T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SİNİRBİLİMLER ANABİLİM DALI

YIKICI DUYGUDURUM DÜZENLEYEMEME BOZUKLUĞU VE BİPOLAR BOZUKLUK TANISI OLAN GENÇLERDE ZİHİN KURAMI, BİLİŞSEL BECERİLER VE OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN SAĞLIKLI KONTROLLERLE KIYASLANMASI

Gonca ÖZYURT

ORCID ID:0000-0002-0508-0594

SİNİRBİLİMLER ANABİLİM DALI

Temel Sinirbilimler Doktora Programı

DOKTORA TEZİ

İZMİR

ARALIK 2024

TEZ KODU:DEU.HSI.PhD-2016970139

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SİNİRBİLİMLER ANABİLİM DALI

YIKICI DUYGUDURUM DÜZENLEYEMEME BOZUKLUĞU VE BİPOLAR BOZUKLUK TANISI OLAN GENÇLERDE ZİHİN KURAMI, BİLİŞSEL BECERİLER VE OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN SAĞLIKLI KONTROLLERLE KIYASLANMASI

Gonca ÖZYURT

ORCID ID:0000-0002-0508-0594

SİNİRBİLİMLER ANABİLİM DALI

Temel Sinirbilimler Doktora Programı

DOKTORA TEZİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Burak BAYKARA

ORCID ID:0000-0002-1530-0159

İZMİR

ARALIK 2024

T.C. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERİSTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum "**Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu Ve Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Gençlerde Zihin Kuramı, Bilişsel Beceriler ve Otizm Spektrum Bozukluğu Belirtilerinin Sağlıklı Kontrollerle Kıyaslanması**" başlıklı Doktora tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhimde doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza

Öğrencinin Adı Soyadı: Gonca Özyurt

Tarih

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca akademik desteğini esirgemeyen; bilgilerini ve deneyimlerini benimle paylaşan, bana bu alanda çalışma fırsatı sunan, tez araştırma sürecimde ilgi ve isteklerimi göz ardı etmeden destek olan, öğrencileri olmaktan gurur duyduğum değerli danışmanlarım Prof. Dr. Fatma Neslihan İnal'a ve Prof. Dr. Burak Baykara'ya tüm kalbimle teşekkür ederim.

Tez izlem sürecinde ve doktoramın başından sonuna kadar beni hep yüreklendiren hep yanımda olan değerli hocam Prof Dr. Şermin Genç'e; tez izlemimde ve tezimin ilerlemesinde büyük katkıları olan değerli hocam Prof. Dr. Sevaly Alşen Güney'e de çok teşekkür ederim.

Sinir Bilimleri Anabilim Dalı'nda tanıştığım hep örnek aldığım değerli hocalarım Prof. Dr. Görsev Yener'e, Prof. Dr. Emre Bora'ya, Prof. Dr. Pınar Akan'a ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda beraber çalışma fırsatı bulduğum bana hep rol model olan; doktoram için referans olan değerli hocam Prof. Dr. Aynur Akay'a ve tüm hocalarıma, arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde çok büyük emekleri olan, yaptığım ve yapacağım her şeyde beni yüreklendiren anneme ve babama; sonsuz sabırları ve destekleri için sevgili eşim Ayhan Özyurt'a ve çocuklarım Tunahan ve Defne'ye de en büyük teşekkürlerimi sunarım.

Gonca Özyurt

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER …….i

TABLOLAR DİZİNİ ……..……..v

KISALTMALAR ……..vi

TEŞEKKÜR ……..viii

ÖZET …….3

ABSTRACT …….5

1.GİRİŞ VE AMAÇ …….…….....7

2.GENEL BİLGİLER……....10

2.1.Bipolar Bozukluk…….……10

2.1.1.Bipolar Bozukluk Tanımı ve Tarihçesi…… ..10

2.1.2. Bipolar Bozukluk Görülme Sıklığı……11

2.1.3. Bipolar Bozukluk Klinik Tanı Kriterleri ve Klinik Görünüm… 11

2.1.4. Bipolar Bozukluğun Gidişi……17

2.1.5. Çocuk ve Ergenlerde Bipolar Bozukluğa Eşlik Eden Tanılar ve Ayırıcı Tanı…….18

2.1.6. Bipolar Bozukluğun Tedavisi……...19

2.2. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu……..20

2.2.1. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu Tanımı, Tarihçesi …… ……...20

2.2.2. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu Klinik Görünüm ve Tanı Kriterleri……22

2.2.3. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu'nda Komorbidite …….....25

2.2.4. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu'nda Ayırıcı Tanı ……..……26

2.2.5. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu'nda Görülme Sıklığı……..27

2.2.6. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu'nda Tedavisi……..27

2.3. Yürütücü İşlevler…….28

2.3.1. Bipolar Bozukluk'ta Yürütücü İşlevler……..…….29

2.4. Sosyal biliş ve Zihin Kuramı…….……30

2.5. Otizm Belirtileri ve Değerlendirilmesi……..32

2.6. Empati……..33

2.7. Duygu Düzenleme Güçlüğü……..……...33

2.8. Çalışmanın hipotezleri…….35

3.GEREÇ VE YÖNTEM…….36

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı……..36

3.2. Araştırmanın Deseni……...36

3.3. Araştırmanın Örneklemi…….36

3.3.1. Katılımcıların Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Ölçütleri……..……37

3.4. Uygulama…….38

3.5. Araştırmanın Değişkenleri…….39

3.5.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkeni……..……..39

3.5.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri…….39

3.6. Klinik Veri Toplama Araçları ...……..39

3.6.1. Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu…….39

3.6.2. Sosyodemografik Veri Formu……..40

3.6.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu……..40

3.6.4. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formu ……40

3.6.5. Young Mani Değerlendirme Ölçeği…….....41

3.6.6. Strrop TBAG Form……41

3.6.7. Wisconsin Kart Eşleme Testi……..42

3.6.8. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği……..…….43

3.6.9. Duygusal Reaktivite İndeksi…….43

3.6.10. Zihin Kuramı- Yüzler Testi……44

3.6.11. Gözlerden Zihin Okuma Testi……44

3.6.12. Zihin Kuramı- Gaf Testi……..44

3.6.13. Otizm Tanı Görüşmesi-Gözden Geçirilmiş……..44

3.6.14. Sosyal İletişim Ölçeği……44

3.6.15. KA-Sİ Empati Eğilim Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu……..45

3.7. İstatistiksel Değerlendirme……46

4.BULGULAR……47

4.1. Sosyodemografik Özellikler……...……47

4.1.1. Yaş……47

4.1.2. Cinsiyet……47

4.1.3. Çocuğa Yakınlık…….47

4.1.4. Ebeveynlerin Medeni Durumu…….48

4.1.5. Çocukların Kardeş Sayısı…….48

4.1.6. Ailenin Yapısı……..49

4.1.7. Annelerin Doğum Yaşı…….50

4.1.8. Annelerin Öğrenim Durumu…….51

4.1.9. Babaların Öğrenim Durumu……..51

4.1.10. Annelerin Meslekleri……...……..52

4.1.11. Babaların Meslekleri……..53

4.1.12. Ailelerin Gelir Durumu……..53

4.1.13. Ailede Tıbbi Hastalık Öyküsü…….54

4.1.14. Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü…….55

4.1.15. Çocukların Okul Başarısı…….56

4.1.16. Çocukların Akran İlişkisi…….57

4.1.17. Çocukların Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Young Mani Değerlendirme Ölçeği ve Duygusal Reaktivite Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması……..58

4.2. Nöropsikolojik Testler……..61

4.2.1. Stroop Testi…….61

4.2.2. Wisconsin Kart Eşleme Testi…….64

4.3. Otizm Tanı Görüşmesi (ADI-R) Sonuçları…….66

4.4. Zihin Kuramı ve Empati Sonuçları…….71

4.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Sonuçları…….74

4.6. Sosyal İletişim Ölçeği Sonuçları……..75

4.7. Korelasyonlar……77

5.TARTIŞMA…….82

5.1.Sosyodemografik Özellikler Yönünden Karşılaştırma…….82

5.2.Nöropsikolojik Test Sonuçları Yönünden Karşılaştırma……..83

5.2.1.Stroop Interferans Testi Açısından Grupların Karşılaştırılması……..83

5.2.2.Wisconsin Kart Eşleme Testi Açısından Grupların Karşılaştırılması….86

5.3. Duygu düzenleme güçlükleri açısından grupların karşılaştırılması……89

5.4. Zihin Kuramı ve Empati Becerileri açısından grupların karşılaştırılması..92

5.5. Otizm Spektrum Bozukluğu Belirtileri açısından grupların karşılaştırılması…….96

6.SONUÇ VE ÖNERİLER……97

6.1. Sonuç…….97

6.2.Öneriler……....98

7.KAYNAKLAR…….100

8.EKLER……..119

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Tablo 1. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu Tanı Kriterleri

Tablo 2. Çocuğa yakınlık durumu

Tablo 3. Bipolar Bozukluğu, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grupların ebeveynlerin medeni durumu

Tablo 4. Bipolar Bozukluk tanısı olan , Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu tanısı olan ve kontrol grupların kardeş sayısı

Tablo 5. Bipolar Bozukluğu, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grupların aile yapısı

Tablo 6. Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun annelerinin doğum yaşı

Tablo 7. Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubunun annelerinin öğrenim durumu

Tablo 8. Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun babalarının öğrenim durumu

Tablo 9. Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun annelerinin meslek durumu

Tablo 10. Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun babaların meslek durumu

Tablo 11. Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun ailelerin gelir durumu

Tablo 12. Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun ailelerde tıbbi hastalık öyküsü

Tablo 13. Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun ailelerde ruhsal hastalık öyküsü

Tablo 14. Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun okul başarısı

Tablo 15. Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun akran ilişkisi

Tablo 16. Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Young Mani Değerlendirme Ölçeği ve Duygusal Reaktivite Ölçeği Puanları açısından karşılaştırılması

Tablo 17. Stroop Testi sonuçları bakımından Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun karşılaştırılması

Tablo 18. Wisconsin Kart Eşleme Testi sonuçları bakımından Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun karşılaştırılması

Tablo 19. Otizm Tanı Görüşme Sonuçları açısından Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun karşılaştırılması

Tablo 20. Zihin Kuramı ve empati açısından Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun karşılaştırılması

Tablo 21. Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği açısından Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun karşılaştırılması

Tablo 22. Sosyal İletişim Ölçeği açısından Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun karşılaştırılması

Tablo 23. Yürütücü İşlev Testlerinin; Zihin Kuramı testleri, ARI, CDRS ve YMDÖ ile ilişkisinin incelenmesi

Tablo 24. DDGÖ değerlerinin, ARI, CDRS, YMDÖ, SİÖ, Empati ölçeği ve ADI-R ile ilişkisinin incelenmesi

KISALTMALAR

BB : Bipolar bozukluk

DEHB : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM : Mental Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

KOKB : Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

MDB : Majör Depresif Bozukluk

NT: Nöropsikolojik Testler

SNRI: Seçici Nöradrenalin Gerialım İnhibitörleri

SSRI: Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri

ŞDDB: Şiddetli Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu

WKET : Wisconsin Kart Eşleme Testi

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

YDDB : Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu

K-SADS-PL:Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli

CDRS-R: Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formu

YMÖ: Young Mani Ölçeği

DRİ: Duygusal Reaktivite İndeksi

DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

ADI-R: Otizm Tanı Koyma Görüşmesi (Autism Diagnostic Interview – Revised-ADI-R),

YIKICI DUYGUDURUM DÜZENLEYEMEME BOZUKLUĞU VE BİPOLAR BOZUKLUK TANISI OLAN GENÇLERDE ZİHİN KURAMI, BİLİŞSEL BECERİLER VE OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN SAĞLIKLI KONTROLLERLE KIYASLANMASI

Doktora Tezi

Gonca ÖZYURT

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sinirbilimler Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Bipolar Bozukluk (BB) tanısı olan ve Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu (YDDB) tanısı olan 12-18 yaş arası ergenlerin nörobilişsel özelliklerinin, zihin kuramı becerilerinin, otizm spektrum bozukluğu belirtilerinin, empati ve duygu düzenleme özelliklerinin sağlıklı gençlerle karşılaştırılmasıdır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalı'na başvuran ve bipolar bozukluk tanısı olan 21 genç, YDDB tanısı olan 21 genç ve yaş ve cinsiyet olarak benzer 21 sağlıklı genç alınmıştır. Çalışmaya katılan tüm gençlere sosyal bilişi değerlendirmek için zihin kuramı testlerinden yüzler, gözler ve gaf testi uygulanmıştır. Wisconsin Kart Eşleme Testi ve Strrop testi ile nörobilişsel özellikleri değerlendirilmiştir. Empati özellikleri KA-Sİ Empati ölçeği ile, duygu düzenleme güçlükleri ise duygu düzenleme güçlüğü ölçeği (DDGÖ) ile değerlendirilmiştir. Otizm tanı görüşmesi ve sosyal iletişim ölçeği ile otizm spektrum bozukluğu belirtileri incelenmiştir.

Bulgular: Zihin kuramı testlerinden yüzler, gözler ve gaf testinin üçünde de gruplar arası anlamlı farklılık saptanmıştır ve sağlıklı gençler istatistiksel açıdan anlamlı daha yüksek puanlar almıştır. Sağlıklı gençlerin hem bilişsel özellikleri hem duygu düzenleme becerileri hem de empatileri BB ve YDDB grubundan daha iyi olarak

değerlendirilmiştir. Otizm spektrum belirtileri YDDB grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde hem BB grubundan hem de kontrol grubundan fazla saptanmıştır

Sonuç: Çalışmamızda BB tanısı ve YDDB tanısı olan gençlerin hem nörobilişsel açıdam, hem duygu düzenleme alanında daha fazla zorluk yaşadığı aynı zamanda sosyal biliş becerilerinde de güçlükleri olduğu gösterilmiştir. BB ve YDDB tanısı olan gençlerin tedavisinde bu nörobilişsel, sosyal bilİşsel ve duygu düzenleme becerileri açısından destek verilmesi olguların hem psikososyal işlevselliğine hem de hastalığın seyrine etki edebilir Yürütücü işlevler, zihin kuramı ve duygu düzenleme becerilerindeki bozulmalarla Bipolar Bozukluk ve Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu arasındaki potansiyel ilişkinin net olarak ortaya koyulabilmesi ve mevcut çalışmanın bulgularının güvenirliğinin sağlanması için bu çalışmanın bulguları daha geniş bir örneklemle, uzunlamasına araştırmaya gereksinim vardır.

Anahtar kelimeler: bipolar bozukluk, duygu düzenleme, sosyal biliş, yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu, zihin kuramı

Tezin sayfa adedi:189

Danışman: Prof. Dr. Burak Baykara

COMPARISION OF THEORY OF MIND, COGNIITIVE SKILLS, AND AUTISM SPECTRUM DISORDER SYMPTOMS IN ADOLESCENTS WITH DISRUPTIVE MOOD DYSREGULATION DISORDER AND BIPOLAR DISORDER TO HEALTHY CONTROLS

PhD Thesis

Gonca ÖZYURT

DOKUZ EYLUL UNIVERSITY HEALTH SCIENCE INSTITUTE

Department of Neuroscience

ABSTRACT

Aim: The aim of the present study is to compare neurocognitive characteristics, theory of mind skills, symptoms of autism spectrum disorder, empathy and emotion regulation characteristics of adolescents aged 12-18 years with bipolar disorder and disruptive mood dysregulation disorder to healthy adolescents.

Materials and Methods: In this study, 21 adolescents diagnosed with bipolar disorder and 21 adolescents diagnosed with disruptive mood dysregulation disorder who applied to Child Psychiatry Department of Dokuz Eylul University Faculty of Medicine were included and 21 healthy adolescents similar in age and gender were included. Faces, eyes and faux pas tests, among theory of mind tests, were applied to all adolescents in the study to evaluate social cognition. Neurocognitive characteristics were evaluated with the Wisconsin Card Sorting Test and the Stroop test. Empathy traits were evaluated with the KA-SI Empathy scale, and emotion regulation difficulties were evaluated with the difficulties in emotion regulation scale. Autism spectrum disorder symptoms were examined with the autism diagnostic interview and social communication questionnaire

Results: Significant differences were detected among the groups in all three of the theory of mind tests: faces, eyes and faux pas test, and healthy adolescents received statistically significantly higher scores. Both the cognitive characteristics, emotion regulation skills and empathy of healthy adolescents were evaluated as better than

those in the BD and DMDD groups. Autism spectrum symptoms were found to be statistically significantly higher in the DMDD group than in both the BD group and the control group.

Conclusion: In our study, it was shown that young people with a diagnosis of BD and DMDD had more difficulties in neurocognitive aspects and emotion regulation, and also had difficulties in social cognition skills. Providing support in terms of these neurocognitive, social cognitive and emotion regulation skills in the treatment of young people diagnosed with BD and DMDD may affect both the psychosocial functionality of the cases and the course of the disease. The potential relationship between impairments in executive functions, theory of mind and emotion regulation skills and Bipolar Disorder and Disruptive Mood Dysregulation Disorder is not clear. In order to be able to present the findings of this study as a whole and to ensure the reliability of the findings of the current study, longitudinal studies with a larger sample are needed

Keywords: bipolar disorder, disruptive mood dysregulation disorder, emotion regulation, social cognition, theory of mind

Page number:189

Advisor: Prof. Dr. Burak Baykara

BÖLÜM 1

GİRİŞ ve AMAÇ

Yıkıcı duygu durumu düzenleyememe bozukluğu (YDDB) DSM 5'te duygudurum bozuklukları başlığı altında yerini alan ve klinik örneklemde %26-30 arasında görülen ve sıklıkla Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun eşlik ettiği psikiyatrik bir bozukluktur (1-3). YDDB tanısı olan çocuklarda sözel ve/veya davranışsal biçimde ortaya çıkan ve yoğunluk ya da süre açısından büyük ölçüde orantısız olan, yineleyici, ağır öfke patlamaları vardır. Haftada üç ya da daha çok kez ortaya çıkan öfke patlamaları, çocuğun gelişim düzeyine uygun değildir. Bu öfke patlamaları aralarındaki duygudurum, neredeyse her gün, sürekli olarak çabuk kızma ya da kızgınlık gösterme ile belirlidir ve bu durum başkalarınca rahatlıkla gözlenebilir. Bu tanı, ilk kez 6 yaşından önce ya da 18 yaşından sonra konmamalıdır (1). Bipolar bozukluk (BB) tekrarlayan mani, hipomani ve depresyon dönemleri ile karakterize, dönemler arasında kişinin ötimik olduğu bazen de eşik altı belirtiler taşıdığı kronik bir duygudurum bozukluğudur. Toplumdaki yaygınlığı %0,5-1,5 olarak bilinmektedir (1). Tüm alt tiplerin ve spektrum içine dahil edilebilecek görünümleri ile birlikte yaygınlığının %5-10 aralığında bir orana ulaştığı saptanmıştır (4). BB hastaların bireysel, sosyal ve mesleki işlevselliklerini önemli derecede etkileyebilir ve hastaların beklenen yaşam süresinin kısalmasına neden olabilir (5). YDDB tanısı kronik irritabilitesi ve öfke patlamaları olan ama bipolar bozukluk özelliklerinde epizodu olmayan çocuklarda, bipolar bozukluk yanlış tanılanmasını azaltmak için DSM 5'e dahil edilmiştir (2). Kısıtlı literatür, gençlerde öfke patlamaları ve kronik irritabilitenin psikiyatrik bozukluklar arasında oldukça yaygın olduğu gerçeği ve YDDB'nin yüksek miktarda diğer bozukluklarla komorbid olması tanının güvenirliği anlamında soru işaretleri oluşturmuştur (6). Axelson ve ark.'nın 6-12 yaş arası çocuklarda poliklinik ortamında yapılandırılmış klinik görüşme ile YDDB semptomlarını değerlendirdikleri çalışmada, YDDB'nin başlangıçtaki tanı kriterlerini karşılayan hastaların sadece %40'ının 2 yıl sonra takipte, YDDB tanısını karşıladığı görülmüştür.(2). Semptomların tabilitesinden dolayı, bazı yazarlar YDDB teşhisinin tanısal faydası hakkında endişelerini dile getirmişlerdir (7). Bu bağlamda YDDB'nin doğasını

anlamak ve değerlendirmek çok büyük önem kazanmıştır ve YDDB tanısının BB tanısından farklılıklarının tespit edilmesi de mühimdir.

Zihin kuramı teorisi sosyal bilişi açıklayan önemli bir teoridir. Bipolar bozuklukta zihin kuramı testleri ile ilişkili olarak Bora ve ark. arafından yapılan meta-analize 34 çalışma dahil edilmiştir. Meta-analize katılan çalışmalardan 1214 bipolar bozukluk hastası ve 1097 sağlıklı kontrol örneklemi oluşturmuştur. Meta-analizde hem remisyonda hem de subsendromal bipolar bozukluk hastalarında zihin kuramı becerilerinin orta büyüklükte ve anlamlı bir şekilde bozulduğu saptanmıştır. Bu bozulmanın hastalığın akut dönemlerinde daha belirgin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (8). Zihin kuramı becerilerindeki yetersizliklerin hem akut hem de eşik altı belirtileri olan hastalarda devam ediyor olması hastalarda görülen kişiler arası sorunlara katkı sağladığı sonucu vurgulanmıştır. BB tanısı olan ergenlerde yapılan çalışmalarda da sonuçlar benzerdir ve orta büyüklükte sosyal bilişte bozulma saptanmıştır (9). ***Güncel yazında YDDB tanısı olan gençlerde zihin kuramını inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Dolayısıyla BB tanısı olanlarla YDDB tanısı olanların zihin kuramı beceerilerini kıyaslayan bir çalışma da bulunmamaktadır.***

Yine sosyal bilişin en çok bozulduğu psikiyatrik hastalıklardan biri Otizm Spektrum Bozukluğudur (OSB). Son yapılan çalışmalarda 1/36 oranında görülen OSB sıklığı ve psikiyatrik tanılara komorbid durumu giderek artmaktadır. Bipolar bozukluk tanısı olan kişilerde OSB belirtilerinin arttığı ve sosyal etkileşimdeki bozulmanın bu belirtilerle de ilişkili olabileceği çalışmalarda gösterilirken YDDB tanılı ya da BB tanılı gençlerde yapılan böyle bir çalışma bulunmamaktadır (10).

BB tanısı olan gençlerin nörobilişsel testlerinde bozulmalar olduğu da gösterilmiştir ancak YDDB tanısı olan gençlerde nörobilişsel olarak nasıl bir zorluk olduğu ve bu güçlüğün BB tanılı gençlerden farkı henüz gösterilmemiştir (11).

Bu çalışma kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Ebeveyni veya yasal vasisi ve kendisi bu çalışmayı kabul etmiş, 12-18 yaş aralığındaki Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına başvuran ve çocuk ve ergenlere çalışmanın başlangıcında K-SADS-PL (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu

Şekli) uygulanarak durum saptaması yapılmış ve tanıları belirlenmiştir. YDDB ve BB tanısı olan çocuk ve ergenlere Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (CDRS-R) verilecek, Young Mani Ölçeği (YMÖ), Duygusal Reaktivite İndeksi (DRİ), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ), sosyal bilişi değerlendirme amaçlı Zihin Kuramı Testleri, Otizm Tanı Koyma Görüşmesi (Autism Diagnostic Interview – Revised-ADI-R), empati ölçeği, nörobilişsel testlerden Wisconsin Kart Eşleme ve Stroop testi uygulanmıştır. Aynı anketler ve uygulamalar sağlıklı kontrollere de uygulanmıştır. Çalışmada BB tanısı olanlar gençlerle YDDB tanısı olanların zihin kuramı becerilerin, otistik özelliklerin, nörobilişsel özelliklerinin karşılaştırılması ve sağlıklı kontrollerle de kıyaslanması amaçlanmıştır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2. 1. Bipolar Bozukluk

2.1.1. Bipolar Bozukluk Tanımı, Tarihçesi

Bilim dünyasında daha 40 yıl öncesine kadar çocukların depresyon geçirip geçirmediklerine yönelik derin şüpheler varken bugün erişkin duygudurum bozukluklarının yüzde kaçının gerçekten erişkin başlangıçlı duygudurum bozukluğu olduğu tartışılmaktadır. Özellikle son 20 yılda bipolar bozukluk ve majör depresyon gibi major duygudurum bozukluklarının gelişimine odaklanmış çalışmalar bu bozuklukların hayatın erken dönemlerinde başladığını kanıtlamışlardır (12). Bipolar bozukluk ile ilgili olan genel görüş ergenlik öncesi görülebilse de ergenlikte oranın bir hayli arttığı yönündedir. Öte yandan ergenlik öncesi bipolar bozukluğun sıklığının sanıldığı gibi az olmadığı; yalnızca bu dönemde görülen belirtilerin yetişkinlerden oldukça farklı olduğunu savunan bir görüş daha mevcuttur. Bu görüş çocuklarda duygudurum değişimlerini 1 saat içinde bile değişebileceğini; saldırganlık, irritabilite, uyku bozukluğu artmış enerji gibi belirtilerin daha sık olduğunu savunmaktadır (13). Özellikle kronik ve şiddetli irritabiliteye sahip çocukların bipolar bozukluk olmadığına yönelik yapılan çalışmalar sonucunda DSM 5'e yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu (YDDB) tanı olarak eklenmiştir. Öne sürülen bu tanı grubunun ergenlik öncesi sıklığı bipolar bozukluktan yüksek olarak görülmektedir (14).

Bu bozuklukta özellikle şiddetli, yatışamayan, olumsuz olaylara aşırı tepkisellik ile süregiden ve çocuğun uyanık kaldığı zamanın yarısından çoğunda aynı olumsuz duygu durumu taşıyan bir tablo tanımlanmaktadır. Bu tablo, bu özellikleri ile BB'den farklıdır.

2.1.2. Bipolar Bozukluk Görülme Sıklığı

Bipolar bozukluğun başlangıç tepe noktası 15-19 yaşları arasındadır. Sıklığı cinsiyetler arasında eşit olmaktadır. Erişkin olgularla yapılan geriye dönük çalışmalarda %50 olguda bozukluğun 20 yaşından önce başladığı gösterilmiştir (15). 14-18 yaş arası ergenlerde yapılan bir toplum örnekleri çalışmada sıklığı %1 oranında saptanmıştır (15).

2.1.3. Bipolar Bozukluk Tanı Kriterleri ve Klinik Görünüm

Uluslararası ruhsal ve davranışsal bozuklukların sınıflandırması (international classification of mental and behavioural disorders) ICD 10 ölçütleri en az iki epizot boyunca belirgin bozulmuş duygudurum ve aktivite; artmış duygudurum ve artmış enerji ya da depresyon için azalmış aktivite ve enerji olarak tanımlamıştır (17). Ruhsal bozuklukların tanımsal ve istatistiki rehber kitabı (diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition text revision, -DSM IV TR) de belirgin olarak farklılaşmış artmış yükselmiş veya iritable duygudurum ile bir manik epizotun en az bir hafta sürmesi ya da hastaneye yatış gerektirmesi ve bu zaman diliminde ve ölçütleri varlığını öne sürmüştür (18).

DSM 5 te "Bipolar ve İlişkili Bozukluklar" ile "Depresyon ve İlişkili Bozukluklar" birbirinden farklı bölümlere taşınmıştır. A kriterine (kabarmış, taşkın ya da irritabl, olağandışı ve sürekli bir duygudurum) amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte olağandışı sürekli bir artışın olması eklenmiştir (1). DSM-5'te BB-I ya da BB-II'de, o sıradaki mani, hipomani ya da depresyon dönemine uygulanabilen "karma özellikler gösteren" belirleyicisi tanımlanmıştır. Bu tanımlamaya göre mani ya da hipomani dönemi tam olarak karşılandığında belirgin disfori ya da çökkün duygudurum, anhedoni, psikomotor yavaşlama, enerji düşüklüğü, değersizlik ya da suçluluk düşünceleri, ölüm düşünceleri şeklindeki altı belirtiden en az üçünün bulunması gerekli görülmüştür. Depresyon dönemi için tanı ölçütleri tam olarak karşılandığında ise öfori, grandiyözite, çok konuşma, düşünce uçuşması, amaca yönelik etkinliklerde artma, kötü sonuçlar doğuracak etkinliklerde artma, uykusuzluk şeklindeki yedi belirtiden en az üçünün bulunması gerekli görülmüştür (1). Çocukluk çağında BB

tanısının belirgin bir artış göstermesi sonrasında yapılan çalışmalarda "Şiddetli Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu" tanısı önerilmiş olup, devamında DSM-5'te kronik irritabilite gösteren, ataklar halinde seyretmeyen, birden fazla ortamda öfke atakları geçiren yeni bir grup Depresyon ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında "Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu" olarak yer almıştır (1). Mikst epizodların sadece BB-I'de görüldüğü DSM-IV'ün aksine, bu epizodların BB-I, BB-II ve Majör Depresif Bozuklukta (MDB) görülebileceği belirtilmiştir (1).

Son yıllarda çocuk ve ergenlerde iki uçlu duygudurum bozukluğu ile ilgili bilimsel ilgi ve çalışmaları artmıştır. Bu ilgideki artış son yıllarda artan oranda çocuk ve gencin bu bozukluk tanısı ile tedavi altına alınması sonucunda oluşmuştur ancak erken dönemde bozukluğun tanınması ve tanılandırılması halen tartışmalıdır. Erken başlangıçlı bipolar bozukluk erişkin dönemi ile karşılaştırıldığında belirti, görünüm, gidiş ve eş tanımlık açısından atipik bir fenomenolojiye sahiptir (19). Çocuklardaki bipolar bozukluğun daha sık subsendromal döngüler içerdiği karma özelliklerin daha sık olduğu ve daha semptomatik olduğu saptanmıştır. İki uçlu duygudurum bozukluğunda başlangıç yaşının çocukluk ya da ergenlik olması durumunda eştanılar ve işlevsellik değişiklik göstermektedir. Bipolar tip I bozukluk tanısı olan çocuk ve ergenlerin erişkinlerden daha anlamlı olarak semptomatik seyrettiği ve karışık döngülenme ve eşik altı belirtili epizotları taşıdığı gösterilmiştir (20). Ayrıca bipolar tip I bozukluk tanısı olan çocuk ve gençlerde yetişkinlerden daha fazla kutup değişimi saptanmıştır. Yaş değişimi boyunca çocuk ve gençlerde devamlılık arz eden bir değişebilen seyirde geniş bir duygudurum belirtileri spektrumu ılımlıdan şiddetliye depresyon, mani ve /veya hipomani şeklinde belirebilir (21).

Bipolar bozukluk tanısı olan çocuklarda erişkinlere benzer olarak yükselmiş duygudurum, grandiyosite, uyku ihtiyacında azalma, hiperseksüel davranışlar, düşünce hızlanması görülür ancak çocuklar bunları erişkinlerden farklı şekillerde ifade ederler (22). Çocukluk çağı gelişimsel dönemleri özgü davranışlarla patolojik duyguları farklıdır. Grandiyosite, psikomotor ajitasyon ve rahat ya da bulaşkan

davranış gibi önemli manik belirtileri diğer yaygın çocukluk çağı özelliklerinden ayırt etmek gerekir (23). Övünme, hayali oyun, aşırı hareketlilik ve çocuksu patavatsızlık çocuklarda görülebilen mani ile karıştırılabilecek dönem özellikleridir (22,23). COBY (Course and outcome of bipolar youth - bipolar bozukluklu Çocuk ve ergenlerin gidiş ve izleme çalışması) çalışmasında bipolar bozukluk tanımlı karma dönemi olan gençlerin çoğunun yaşamlarını eşik altı belirtilerle geçirdiklerini ve belirtilerinde çok fazla değişiklik gösterdiğini işaret etmiştir (24). Karma özellikli bipolar durumlar hem manik hem de depresif belirtilerin eşzamanlı olarak ortaya çıkması ve belirtilerin sayısı ve karışık olarak bir arada bulunması üzerine kurulu farklı bir nozolojik içeriğe sahip bir durumdur (18).

Her bipolar bozukluk tanısı olan çocukta; depresif belirtilerin incelikli değerlendirilmesi; ciddi bir depresif atak için neredeyse bir belirleyici olarak pasif bile olsa öz kıyım düşüncelerinin hangi tipi olursa olsun tanımlanması çok önemli olabilir. Depresif bozukluk tanısı olan çocukların ilk atak bipolar depresyon yaşıyor olabileceklerini akılda tutmak gerekir. Çocukluk döneminde depresif bozukluk tanısı olan çocukların erişkinlik döneminde %40'a yakın oranda tam bir manik atak yaşayabilecekleri ve bu oranın ailede bipolar bozukluk öyküsü ile birlikte %50'ye yaklaşacağı bildirilmiştir (25). Çocukluk çağı depresyon olgularında ilerleyen dönemde bipolar bozukluk tanısının ortaya çıkması için bilinen en fazla risk artırıcı etkinin pozitif aile öyküsü olduğu bildirilmektedir. Bipolar ve unipolar depresyon için farklı tedavi yöntemleri olmasına rağmen bipolar depresyon unipolar depresyonla karşılaştırıldığında daha fazla psikososyal güçlükler ve öz kıyım riski ile ilişkili bulunmuştur (26). Çok iyi bir klinik değerlendirme tedavide büyük ölçüde şekil verecektir. Duygudurumu değerlendiren atakların sıklığı yoğunluğu sayı ve süresi ile eş tanıları değerlendirmek önemlidir (25,26). Ayrıca bipolar bozukluk tanısı olan gencin yaşam kalitesindeki sorunlar, kültürel farklılıklar ve beklentileri belirlenmeli; akranlar danışmanlar ve öğretmenlerle anlamlı ilişkiler kurup kurmadığı; uygun akademik performans gösterip gösteremediği; yeterlilik, ustalık ve zevk duygusunun türediği müzik sanat, dans, atletizm veya diğer kişisel ödüllendirme alanlarında ilgili optimal iş performansını sahip olup olmadığı dikkate alınmalıdır (25). Klinisyenler

gencin bakımın uygun yoğunluk ve kısıtlayıcılıkta (ör: ayaktan ya da yatarak tedavi seçeneği için) olup olmadığını da değerlendirmelidir. Bakım düzeyi için karar verme; duygudurum belirtilerinin şiddeti, intihar veya başkalarına zarar verme (ölüm riski) düşünce ve davranışları, psikoz, madde bağımlılığı, ajitasyon gibi belirtiler ile çocuk ve ailenin tedaviye uyumu ebeveynlere ait psikopataloji varlığı ve aile çevresi gibi faktörlerin değerlendirmesine bağlıdır (27). Duygudurum belirtilerin ortaya çıkaracak ya da kötüleştirecek herhangi bir tıbbi durumun varlığı değerlendirilmelidir. Tanı koyduran herhangi bir biyolojik ya da görüntüleme yöntemi klinik olarak halen mevcut değildir fakat tiroit fonksiyonları ve tam kan sayımı B12, folat, demir düzeyleri bipolar bozukluğun ilk duygudurum atağı saptanınca mutlaka istenmelidir (25-27).

DSM-5'e göre "Bipolar ve İlişkili Hastalıklar" gurubunda gözlenebilen duygudurum epizodlarının tanı ölçütleri şöyledir (1) :

Majör (Yeğin) Depresyon Dönemi için DSM-5 Tanı Ölçütleri

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

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

Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir,

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

(3) perhizde değil iken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun %5"inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması,

Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması,

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

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

(6) hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması,

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

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

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

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

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

Mani Dönemi için DSM-5 Tanı Ölçütleri

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

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

(1) benlik saygısında abartılı artma ya da grandiyozite,

(2) uyku gereksiniminde azalma,

(3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma,

(4) fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi,

(5) distraktibilite (dikkat dağınıklığı) (yani dikkat önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir),

(6) amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon,

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

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

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

Hipomani Dönemi için DSM-5 Tanı Ölçütleri

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

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

(1) benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite

(2) uyku gereksiniminde azalma

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

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

(5) distraktibilite (dikkat dağınıklığı)

(6) amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon

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

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

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

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

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

Ataklara ilişkin tanı ölçütlerinin yanı sıra mevcut duruma ait bazı özellikler de DSM 5' te ayrıca belirteç olarak yer almıştır. Bu belirteçler anksiyöz/sıkıntılı, karma özellikli, hızlı döngülü, melankolik özellikler, atipik özellikler, duygudurumla uyumlu psikotik özellikler, duygudurumla uyumsuz psikotik özellikler, katotoni ile giden, peripartum başlangıçlı, mevsimsel patern gösteren olarak betimlenmiştir (1).

2.1.4. Bipolar Bozukluğun Gidişi

İzlem çalışmaları bipolar bozukluğun temel görünümünde eşikaltı bulguların yoğunlukta olduğuna özellikle karma ve depresif bulgular gösterdiğine işaret etmektedir (28). Örneğin COBY çalışmasında izleme alınan bipolar bozukluk tanılı çocuklar ve ergenler dört yılın %60'ında sendromal (eşik) ve subsendromal (eşik altı) duygu durum değişiklikleri göstermiş % 40'lık zaman diliminde ise yalnızca subsendromal çoğunlukla depresif duygudurum bulguları göstermişlerdir (24). Eşik altı bulguların ayırt edilmesi önemlidir çünkü eşik altı bulgulara psikososyal güçlükler ve öz kıyım riskinde artış; adli sorunlar ve madde kötüye kullanımının eşlik ettiği gösterilmiştir. ek olarak COBY tanımıyla bipolar bozukluk başka türlü adlandırılamayan tanısı almış özellikle mani yada hipo mani aile öyküsü olanların olguların yüzde ellisini tanısı dört yıl içinde BB I ya da BB II'ye dönüşmüştür (24).

Tüm bu bulgular eşik altı bulguların erken tanınması ve tedavisinin gerekliliğine işaret etmektedir.

2.1.5. Çocuk ve Ergenlerde Bipolar Bozukluğa Eşlik Eden Tanılar ve Ayırıcı Tanı

Bipolar bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerin en az dörtte üçüne diğer psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği düşünülmektedir. Bu eş tanılar; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB- %49-87), karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKB- %75), davranım bozukluğu (DB 12-41), madde kullanım bozuklukları (%8-39), anksiyete bozuklukları (sosyal fobi %40, panik bozukluk % 19-26, yaygın anksiyete bozukluğu %19, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar %44) olarak sıralanabilir ve gelişimsel olarak fark gösterebilir (29). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısının daha çok ergenlik öncesi çocuklarda saptandığı; davranın bozukluğu, madde kullanım bozukluklarının ise daha çok ergenlerde görüldüğü bildirilmiştir (29). Karşıt olma karşı gelme bozukluğu eş tanısı bipolar bozukluk semptomlarıyla örtüşmeye bağlı olabilir ve bu eştanının varlığının duygudurum semptomları geriledikten sonra tekrar değerlendirilmesi önerilebilir. Anksiyete bozukluklarının yüksek oranda görülmesine stresle başa çıkma zorluklarının bağlı olabileceği öne sürülmektedir (30). Özellikle anksiyete bozukluklarının çocuk ve ergenlerde bipolar bozukluk tanısının gidişin olumsuz etkilediğini gösterilmesi ile bu eş tanının erken tanısı, önlenmesi ve tedavisinin önemli olduğu söylenebilir (29-30)

Çocukluk ve ergenlik döneminde eştanıların fazlalığı, DEHB ile olan belirti binişmeleri tanısal güçlükler yaratmaktadır ancak grandiyosite, artmış duygudurum, azalmış uyku ihtiyacı gibi belirtiler DEHB'den ayırıcı tanı sağlamaktadır (31). Davranın bozukluğundan farklı olarak bipolar bozukluk tanısında davranış değişikliği ani başlamaktadır ve ailesel bipolar bozukluk özellikle kişilik bozukluklarından daha fazla dikkat çekmektedir (31). Duygudurum dengesizliği, aynı zamanda sınır kişilik özelliklerinde; duygudurum dengesizliği ve irritabilite yaygın gelişimsel bozukluklar da da mevcut olabilmektedir ancak %15 bipolar bozukluk tanılı hastada aynı anda sınır kişilik özellikleri görülebilmektedir Psikozla ayırıcı tanıda duygu durumla uyumsuz varsayımlar ve düşünce bozukluğu yanlışlıkla Şizofreni olarak tanımlanabilir (32). Tanı öncesinde premorbid kişilik sorunları şizotipal kişilik bozuklukları, ailesel yüklülük, sinsi başlangıç psikoz ile ayırıcı tanıda yardımcı olabilir (29,30) Maninin

madde, ilaç ya da steroid gibi medikal tedavi etkisinde ortaya çıkıp çıkmadığını da ayırt edilmelidir (29,30).

2.1.6. Bipolar Bozukluğun Tedavisi

Bipolar bozukluğun, doğru teşhis ve tedavi edildiğinde bile oldukça tekrar etme potansiyeli olan bir rahatsızlıktır. Hastalığın tedavisinde koruyucu tedavi, akut dönem tedavisi kadar önemlidir (33,34). Depreşme ve yinelemelerin önlenmesi, eşikaltı belirtilerin tedavisi ve hastaların hastalık öncesi işlevsellik düzeylerine ulaşması koruyucu tedavinin temel hedefleridir. Bu amaçla duygudurum dengeleyici ilaçlar kullanılmaktadır (35).

Duygudurum dengeleyici ilaç olarak; lityum ve bazı antiepileptikler (valproik asit, karbamazepin, lamotrijin) kullanılmaktadır (33).

Lityum, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından akut mani tedavisi için onaylanan ilk ilaç olup daha sonrasında akut mani tedavisi için üç ilaç (Lityum, karbamazepin ve divalproex), bipolar depresyon tedavisi için üç ve idame tedavisi için altı ilaç daha aynı kurum tarafından onaylanmıştır (33,34). Çocuklar ve ergenler için, beş ilaç (Lityum, Aripiprazol, Olanzapin, Ketiapin ve Risperidon) akut mani için FDA tarafından onaylanmıştır (36). Akut mani tedavisinde lityum monoterapisi uygulanan hastaların %70-80'i tedaviye iyi yanıt verirken; hızlı döngülü seyir, psikotik mani, karma atak, madde kötüye kullanımı ile birliktelik durumunda lityuma yanıt oranı düşer (33,34,36). Lityumun antidepresan etkisi 3-6 haftada ortaya çıkmaktadır. Antidepresan etkinliğinin elde edilmesi için yüksek dozlarda kullanımı önerilmektedir (36).

Valproat; antiepileptik özelliği olan, yağ asidi ve karboksilik asitten oluşan bir ilaçtır. Gastrointestinal sistemden hızla emilir ve iki saat içinde plazmada en yüksek düzeye ulaşır. Valproatın antiepileptik ve DDD etki düzeneği tam olarak bilinmemektedir. Beyinde inhibitör bir nörotransmitter olan GABA (Gama aminobutirik asit)'nın etkinliğini arttırarak, limbik tutuşmayı önleyip mani belirtilerini

ve epileptik nöbetleri engellediği bilinmektedir. Hayvan deneylerinde GABA düzeyinde azalmaya paralel olarak saldırganlık artışı olabileceği gösterilmiştir (33).

Karbamazepin barsaklardan emilir, 2-8 saat içinde plazmada en yüksek düzeye çıkar. Lityuma yanıt alınamayan, hızlı döngülü, disforik özellikte manik hastalarda ve ailesinde duygudurum bozukluğu öyküsü olmayanlarda tercih edilebilir. Karbamazepinle yapılmış çalışmalardan birinde, 600-1600 mg/gün dozunda kullanımı sonrası terapötik kan düzeyine ulaşıldığında klinik düzelme olduğu gözlenmiştir (37).

Lamotrijin 1994 yılından beri antiepileptik olarak kullanılmaktadır. İlaç barsaklardan hızlı emilir, alındıktan 2-4 saat sonra kanda en yüksek düzeye ulaşır. Lamotrijin BB'de manik, depresif ataklarda ve koruma tedavisinde kullanılabilir (34). Lamotrijinin 2003 yılında BB tedavisinde FDA onayı almıştır (34).

Son yıllarda yapılan klinik çalışmalarda, ikinci kuşak antipsikotiklerin, özellikle ketiapin ve olanzapinin bipolar bozukluğun sürdürüm ve koruma sağaltımında kullanılabileceği öne sürülmektedir. Ketiapinin çökkünlüğü önleyici etkisinin lityuma yakın olduğu bilinmektedir. İkinci kuşak antipsikotikler BB sağaltımında önemli bir seçenek sunmakla birlikte; özellikle olanzapin, ketiapin ve klozapinin hiperlipidemiye yol açmaları ve glukoz tolerans testini bozmaları uzun dönemli kullanımları durumunda göz önünde bulundurulmalıdır (38).

2.2. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu

2.2.1. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu Tanımı, Tarihçesi

Bipolar bozukluğun tanımlandığı ilk yıllarda çocukluk yaş döneminde mani olmayacağı düşüncesi yaygındır ancak uzun yıllar sonra erişkin hastalarla yapılan geriye dönük çalışmalar ile bipolar bozukluk belirtilerinin hastaların yüzde altmışında 20 yaşından %10-20 sinde ise on yaşından önce başladığı anlaşıldı. Bipolar bozukluğun çocukluk döneminde başlayabileceği kabul edildikten sonra çocuklarda klinik görünümün ergen ve erişkinlere göre farklılık olmadığı tartışılmaya başlandı

(39). Ergenliğin son dönemlerinde belirtilerin erişkin döneminde çok benzediği bilinmekteydi diğer taraftan bipolar bozukluğun başta dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olmak üzere diğer çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarıyla sıklıkla birlikte görülmesi ve ortak belirtilerin çokluğu, tanı ve tedavi karmaşasına neden olmaktaydı (39).

Tartışılan önemli bir konuda epizodik olmayan irritabilitenin çocukluk çağı bipolar bozukluğun gelişimsel bir görünümü olup olmadığı konusudur. DSM IV bipolar bozukluk da duygudurum değişikliklerinin ayrı epizotlar halinde olması manik epizodun en az bir hafta hipo manik epizodun ise en az dört gün sürmesi şartını getirmiştir. Birçok çalışma ise çocukluk dönemi bipolar bozukluk tanılı olgularda epizotların dört günden daha kısa sürdüğünü ya da kronik seyrettiğini yani epizodik olmadığını göstermiştir (40) . Ayrıca erişkinlerde görülen tipik manik epizodik belirtilerin çocuklarda görülüp görülmediği konusunda da farklı görüşler vardır bir grup araştırmacı erişkinler için tanımlanmış kabarmış duygudurum ve grandiyosite belirtilerinin çocuklara uyarlanması gerektiğini savunmuşlardır (41).

Leibenluft ve ark. (2003) BB ve DEHB belirtilerini aynı anda gösteren ancak her ikisi içinde tanı ölçülerini tam karşılamayan ciddi derecede bozulma gösteren duygu durumu stabil olmayan şiddetli kronik irritabilite ile birlikte patlayıcı davranışlar ve aşırı uyarılmışlık hali görülen bir grup çocukta şiddetli duygudurum düzenleme bozukluğu isimli bir bozukluk tanımı önerdiler (42).

Ancak şiddetli duygu durumu düzenleme bozukluğu belirtilerinin şizofreni yaygın gelişimsel bozukluk travma sonrası stres bozukluğu ya da madde kullanım bozukluğu ile daha iyi açıklanmaması gerektiğini ifade ettiler. Olguların %80'den fazlası DEHB bileşik tip ve KOKB ile daha nadir olarak anksiyete bozukluğu ölçülerini karşılamaktaydılar. Yapılan çalışmalarda özellikle erken dönemde kronik irritabilite ve ŞDDB ile daha sonraki yıllarda gelişen depreyon arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (42,43).

Yıkıcı duygu durumu düzenleyememe bozukluğu şiddetli öfke nöbetleri ve kronik epizodik olmayan irritabilitenin eşlik ettiği durumları tanımlamak için psikiyatri sınıflama sistemine yeni girmiş bir bozukluktur (1). DSM 5 çalışma grubu ŞDDB

olarak önerdiği klinik görünümü aşırı uyarılmışlık hali belirtisini tanı ölçütlerinden çıkararak tekrar tanımladı ve belirgin epizodik olmayan irritabilitenin eşlik ettiği ağır emosyonel ve davranışsal sorunları olan çocuklarda YDDB tanısını önerdi (42). Bu klinik görünüm önce BB'nin bir alt grubu olarak tanımlanmış ancak uzunlamasına yapılan toplumsal klinik çalışmalarda kronik irritabilitenin daha sonra ortaya çıkan BB ile değil unipolar depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur (42). Yine bu çalışmalarda YDDB tanısı olan çocukların ailelerinde BB tanısı alanlara göre daha az sayıda BB öyküsü olduğu bildirilmiştir bu nedenle YDDB DSM 5'te depresif bozukluklar sınıflaması altında yer almaktadır (42).

2.2.2. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu Klinik Görünüm ve Tanı Kriterleri

Yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğunda sözel ve/ veya davranışsal biçimde ortaya çıkan yoğunluk ya da süre açısından büyük ölçüde orantısız olan yineleyici ve ağır öfke patlamaları söz konusudur (1). Öfke nöbetleri öfkeden kudurma, sözel saldırı ve kötü sözler kullanma şeklinde sözler olabileceği gibi çevresindeki insanları ve eşyalara zarar verecek saldırgan tutum sergileme şeklinde davranışsal olarak da kendini gösterebilir öfke patlamaları çocuğun içinde bulunduğu durum ve kışkırtıcı faktörlere göre şiddet ve süre açısından büyük ölçüde orantısızdır dolayısıyla çocuğun içinde bulunduğu duruma tepki olarak gösterdiği normal sayılabilecek öfke halinden öfke patlamalarının şiddeti derecesi ve yenileyici biçimde seyretmesi ile kolaylıkla ayrılabilir (42,43). Öfke patlamalarının şiddeti ve biçimi çocuğun gelişim düzeyine uygun değildir; öfke nöbetleri sırasında çocuğun kendi gelişim düzeyinden beklenmeyen şiddet ve yoğunlukta öfkesini dışa vurdu gözlenir öfke patlamaları aralarındaki duygudurum neredeyse her gün iritabldır, çocuk nöbetler arasında sürekli olarak çabuk kızma ya da kızgınlık göstermeye meyillidir yani her an öfkelenecek ve sinirlenecek izlenimi verir çocuğun çevresinde bulunan başta anne baba öğretmen ve arkadaşları bu durumu rahatlıkla fark eder ve gözlerle ayrıca bu gerginlik hali çocuğun çevresiyle olan ilişkilerini bozar onların da gergin olması neden olabilir (1).

Yıkıcı duygu durumu düzenleyememe bozukluğunda sözel ve/ veya davranışsal olarak ortaya çıkan aşırı öfke patlamalarının haftada üç ya da daha çok kez ortaya çıkması gerekir yani nöbetler nadir değildir ayrıca bu öfke patlamalarının 12 ay boyunca

iğneleyici bir şekilde devam etmesi gerekmektedir. Belirtilerin sürekli de önemli bir ölçüttür belirtileri hiç olmadı ardışık üç ay ya da daha uzun süre bir süre olmamalıdır. Yıkıcı duygu durumu düzenleyememe bozukluğunda tanı koyabilmek için hastalığın başlama eşiğiyle ilgili ilk kez alt ve üst sınır yaş ölçü getirilmiştir. Bu tanı ilk kez altı yaşından önce ya da 18 yaşından sonra konulmamalıdır belirtileri mutlaka on yaşından önce başlaması gerekir (1). Belirtilerin üç ortamdan (evde, okulda, yaşıtlarıyla birlikteyken) en az ikisinde var olması ve bunlardan en az birinde ağır bir biçimde kendini göstermesi gerekmektedir. Böylece çocuğun sadece yaşadığı ortamdaki sorunlara bağlı gelişen ve benzer belirtilerle seyreden sorunlardan ayrımı sağlanmış olur. Grandiyozite, duygu kabarması ve uyku ihtiyacını azalma gibi bir günden daha uzun süren mani ya da hipomani belirtilerinin gözlendiği ayrı bir dönem var ise YDDB tanısı konamaz ancak normal çocuklarda bir takım ortamı durumlarda belli bir ölçüye kadar duygudurum kabarması ve coşku hali yaşarlar son derece olumlu bir olay ya da böyle bir beklenti bağlamında ortaya çıkan gelişimine göre uygun coşku hali mani ya da hipomani belirtisi olarak kabul edilmemelidir Ayrıca çocuk daha önce bir mani ya da hipomani dönemi geçirmişse de YT tanısı kalmamalıdır Hem öfke nöbetleri hem de irritabilite yalnızca depresif bozukluk döneminde ortaya çıkıyor ise YDDB tanısı konmalıdır ayrıca bu belirtiler otizm spektrum bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, ayrılma kaygısı bozukluğu ve distimik bozukluk ile daha iyi açıklanıyor ise yine YDDB tanısı konmaması gerekmektedir (1).

Yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu tanısı Major Depresif Bozukluk, davranın bozukluğu ve madde kullanım bozuklukları gibi diğer bozukluklarla birlikte konabilir ancak KOKB, aralıklı patlayıcı bozukluk ya da bipolar bozukluk ile birlikte konamaz (1). Eğer bir çocukta belirtiler hem YDDB hem de KOKB tanılarını birlikte karşılıyor ise çocukta yalnızca YDDB tanısı konulur çünkü YDDB, kliniği daha ağır seyreden bir bozukluktur (1) .

Yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu kavramının ortaya atılmasındaki temel amaç DEHB ve KOKB tanılarını tam olarak karşılamayan bu nedenle de bipolar bozukluk tanı ölçütleri esneletilerek kolaylıkla bipolar bozukluk tanısı alan çocuklara yeni bir tanı alanı açmaktadır çünkü bipolar bozukluk tanı ölçütlerine tam uymadıkları için bu çocuklara çoğunlukla başka türlü adlandırılamayan bipolar bozukluk tanısı

konmaktaydı (42,43). YDDB'nin tanımlanmasından sonra bu tanı DSM 5'ten çıkarılmıştır (1).

Tüm bu bilgiler eşliğinde 2013 yılında yayımlanan DSM 5'te epizodik olmayan, kronik irritabiliteye sahip ve öfke patlamaları yaşayan çocukları tanımlayan "Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu" tanısı yeni bir tanı olarak yer almış ve bu çocukların ilerleyen yıllarda bipolar bozukluktan ziyade depresyon geliştirme risklerinin yüksek olmasından ötürü bu tanı Depresyonla İlişkili Bozukluklar başlığı altında yer almıştır.

Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu (YDDB), süreğen irritabilite ve öfke patlamaları yaşayan çocukları tanımlayan ve DSM-5 de yer alan yeni bir tanı olup tanı ölçütleri şu şekildedir (1).

Tablo 1. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu Tanı Kriterleri

Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu (YDDB)
A) Sözel (örn.öfkeden kudurma) ve/ ya da davranışsal (örn. İnsanlara ya da eşyalara karşı saldırgan bir tutum gösterme) olarak kendini gösteren, içinde bulunulan ya da kışkırtılan duruma göre yoğunluk ya da süre açısından büyük ölçüde orantısız olan, yineleyici ağır öfke patlamaları vardır B) Öfke patlamaları gelişim düzeyi ile tutarsızdır. C) Öfke patlamaları ortalama olarak haftada üç ya da daha çok kez ortaya çıkar. D) Öfke patlamaları aralarındaki duygu durum, neredeyse hergün, sürekli olarak çabuk kızma ya da kızgınlık gösterme ile belirlidir ve bu durum başkalarınca (örn. ana babaları, öğretmenleri, yaşıtları) gözlenebilir.
E) A-D tanı ölç ütleri 12 aydır ya da daha uzun bir süredir vardır. Bu süre boyunca kişinin AD tanı ölçütlerindeki bütün belirtilerin olmadığı ardışık 3 ay ya da daha uzun bir süre olmamıştır.

F) A ve D tanı ölçütleri, üç ortamdan (evde, okulda, yaşıtları ile birlikteyken) en az ikisinde vardır ve bunlardan en az birinde, ağır biçimde kendini gösterir.

G) Bu tanı ilk kez 6 yaşından önce ya da 18 yaşından sonra konmamalıdır.

H) Öyküden elde edilen bilgilere ya da yapılan gözleme göre, A-E tanı ölçütlerinin başlangıç yaşı 10 yaşından öncedir.

İ) Mani ya da hipomani döneminin süre dışında, tanı ölçütlerinin tam karşılandığı, bir günden daha uzun süren ayrı bir dönem hiç olmamıştır.

Not: Son derece olumlu bir olay ya da böyle bir beklenti bağlamında ortaya çıkan, gelişime göre uygun duygudurum kabarması, bir mani ya da hipomani belirtisi olarak düşünülmemelidir.

J) Bu davranışlar yalnızca majör depresyon bozukluğu dönemi sırasında ortaya çıkmaz ve başka bir ruhsal bozuklukla (Örn. otizm spektrum bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, ayrılık kaygısı bozukluğu, distimi) daha iyi açıklanamaz.

Not: Bu tanı major depresyon bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu ve madde kullanım bozuklukları gibi diğer bozukluklarla birlikte konabilirse de, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk, ya da iki uçlu bozukluk ile birlikte konulamaz. Belirtileri hem YDDB'nin hem de karşıt olma karşı gelme bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılayan kişilere yalnızca YDDB tanısı konur. Kişi, daha önce bir mani ya da hipomani dönemi geçirmişse YDDB tanısı konmamalıdır.

K) Bu belirtiler bir maddenin, başka bir sağlık durumunun ya da nöroloji ile ilgili bir durumun etkilerine bağlanamaz (DSM- 5).

2.2.3. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu'nda Komorbidite

Yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu başta depresif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu olmak üzere madde kullanımı bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ile yüksek oranda komorbid bulunur ve yüksek

orandakı komorbidite durumu YDDB'nin geçerli bir tanı olup olmadığı tartışmasını yaratmaktadır çünkü çocuk psikiyatri alanında tanıların komorbid görülmesi de çok sık karşılaşılan bir durumdur (44). Copeland ve arkadaşları daha önce yapılmış üç alan çalışması verilerini inceleyerek yaptıkları çalışmaların da YDDB'nin en sık KOKB ve depresif bozukluk ile komorbid olduğunu bildirmişlerdir KOKB tanısı olan çocuklarda %20 oranın YDDB tanısı varken; buna karşın YDDB tanısı olan çocuklar %58 oranında KOKB tanısı almıştır (44). 6-12 yaş arası 706 çocuğun üç yıl izlendiği bir klinik çalışmada YDDB ve yıkıcı davranış bozuklukları birlikteliğinin daha yüksek oranda olduğu gösterilmiş ayrıca aynı çalışmada YDDB tanısının devamlılığının DEHB tanısının devamlılığından daha düşük oranda olduğu görülmüştür Uzun dönem prognoz hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır (45).

2.2.4. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu'nda Ayırıcı Tanı

Klinisyenler için en önemli sorunlardan birisi YDDB ile BB arasındaki ayırıcı tanıdır. Burada özellikle üzerinde durulan sınırları belirgin duygudurum değişiklikleri ve bununla eşzamanlı olarak gelişen davranışsal bilişsel değişim epizotları gözlemlemedikçe BB tanısı konmamasıdır. Grandiyozite, uyku gereksiniminde azalma, basınçlı konuşma, fikir uçuşması dikkatin kolay dağılması, keyif veren aktivitelerde artış ve riskli eylemlerde bulunma gibi belirtilerden en az üçünün olması gerekir ancak özellikle grandiyozite, fikir uçuşması, hiperseksüealite ve basınçlı konuşmanın ayırıcı tanıda önemli belirtiler olduğu üzerinde durulmuştur (46). YDDD'deki irritabilite kronik seyreder BB'de ise epizodiktir ayrıca YDDD tipik duygudurum özelliği irritabilite ve öfkeyken, BB'de mani ve depresyondur. Özellikle psikotik belirtiler gözlendiğinde; intihar girişimi olduğunda ve ailede manik epizot öyküsü olduğunda daha çok BB'den şüphelenmek gerekir.

İrritabilite ve öfke patlamaları hem KOKB hem de YDDB'nin belirtilerindendir. Ancak bu iki klinik durum birbirinden üç açıdan farklılık gösterir birincisi YDDB'de öfke patlamaları haftada üç kez KOKB'de haftada bir kez oluşur; ikincisi bu nöbetlerin süresi KOKB'de altı ay YDDD ise bir yıldır üçüncüsü, YDDB'de yeti yitimi üç ortamdan en az ikisinde vardır ve bunlardan en az birinde ağır biçimde kendini gösterir ancak KOKB'de ise böyle bir ölçüt yoktur ayrıca KOKB'nin en temel belirtisi olan otorite figürü ile sürekli çatışma belirtisi YDDB'de bulunmayabilir (47). Davranım

bozukluğu ciddi ölçüde kurallara aykırı hareket etme ve empati kuramama belirtileri ile YDDB'den ayırt edilebilir.

Aralıklı patlayıcı bozukluk ile YDDB ayırıcı tanısında öfke patlamalarının sıklığı önemli bir belirleyicidir; öfke patlama nöbetlerinin aralıklı patlayıcı bozuklukta haftada iki kez ve üç ay süre devam etmesi gerekirken YDDB'de haftada üç defa ve bir yıl süreyle devam etmesi gerekmektedir (1). Ayrıca kronik irritabilite aralıklı patlayıcı bozuklukta belirti olarak görülse de ana ölçütlerinden biri değildir oysa YDDB'nin ana belirtilerinden birisidir (1).

Major depresif bozukluktaki irritabilite de daha çok huysuzluk nöbeti şeklindedir ve depresyonun zevk almama, depresif duygudurum, düşük özgüven gibi kendine özgü belirtileri ile ayırıcı tanı yapılır (1).

2.2.5. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu'nda Görülme Sıklığı

Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu yeni bir tanı olduğu için; bu bozukluğun sıklığı konusunda çok az yayın bulunmaktadır. Geriye dönük olarak yapılan 9-19 yaş arası çocukların araştırıldığı epidemiyolojik bir çalışmada %3.3 olarak bulunmuştur (48).

ABD'de 2-17 yaş arası üç ayrı toplumsal örneklemden 7881 çocuğun dahil edildiği; 3258 çocuğun yapısal görüşmelerle değerlendirildiği bir çalışmada % 0.8-3.3 olarak YDDB tanı oranı bildirilmiştir. En sık görülen belirtiler olarak, öfke patlamaları ve negatif duygudurum gösterilmiştir. Cinsiyetler arası fark bulunmamıştır (44).

2.2.6. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu'nda Tedavi

YDDB'de tedavi daha çok semptomatik yönde olabilmektedir ancak YDDB tanısı olan çocukların daha çok polifarmasi ile takip edildiği görülmektedir (49,50) Son sistematik bir derlemede, YDDB'li bireylerde saldırganlık ve kronik sinirlilik için farmakolojik tedavinin duygudurum düzenleyicileri (lityum, valproat, lamotrijin, karbamazepin), anti depresanları (SSRI'ler, SNRI'ler), psikostimülanları

(metilfenidat), atipik antipsikotikleri (ketiapin, aripiprazol, risperidon), tipik antipsikotikleri (haloperidol), ve diğer ilaçları (a-2 agonisti, b bloker, trazodon) içerdiği gösterilmiştir(51-53).

DEHB ile komorbid YDDB olduğu durumlarda stimülan tedavisinin etkili olduğu yönünde bir çalışma vardır. Stimülan tedavisi sonrası DEHB, KOKGB ve duygudurum belirtilerinde anlamlı iyileşme bildirilmiştir. Stimülan tedavisine eklenen davranışçı terapiler de tedaviye katkı sağlamıştır (51,52). Duygudurum ve anksiyete semptomları varsa Selektif Serotonin Gerialım İnhibitörleri kullanılmalıdır (51,52).

Medikal tedavinin irritabilite üzerine etkili olduğu varsayımı ile klinisyenler tarafından risperidon, aripirazol, olanzapin, ziprasidon gibi ikinci jenerasyon antipsikotiklerden de tedavide faydalanılabileceği düşünülmüştür. Kanıtlanmış olmasa da başta SSRI'lar olmak üzere antidepresanlar ile lityum ve valproik asit gibi duygudurum düzenleyiciler semptomlarda iyileşme sağlayabilmektedir (53,54).

Psikoterapi yöntemlerinde çocuklar için genel hedefler, duygu ve düşüncelerin bağlantılandırılması, problem çözme becerileri ve frustrasyon karşısında sakin kalmayı öğrenme ve baş etme becerileri geliştirme, farkındalık, stres toleransı, duygu düzenlenmesi, kişilerarası etkililik ve iletişimi geliştirmek ve yanlış tehdit olarak algılanan uyaranları tolere edebilme becerisi kazanılmasıdır. Aile için hedefler ise psikoeğitim, irritabiliteyi besleyen aile döngülerinin belirlenmesi ve yıkıcı davranışlara tepki becerileri geliştirilmesidir (55). Davranış odaklı terapiler ve grup terapilerinin de semptomlarda düzelme sağladığı ve intihar düşüncesini azalttığı öne sürülmektedir. Hastalar ve aileleri hastalık hakkında eğitilmelidir. Ebeveyn programları ve aile terapileri de problemli ve iletişimin zayıf olduğu ailelerde mutlaka uygulanmalıdır (54,55).

2.3. Yürütücü İşlevler

Kendini düzenleme, organizasyon yeteneği, motivasyon gibi bilşsel süreçleri kapsayan yeni durumlara uyum sağlayabilme uygun yenıtlar verebilme ve davranışlarını kontrol edebilme yeteneği olarak tanımlanabilir (56-58). Bir ikişini bir eylemi yapıp

yapamayacağı ve nasıl yapcağı yürütücü işlevlerle ilişkilidir. (57). Bilişsel bozulmalar çoğu zaman daha özel işlevler ya da işlevsel alanları etkiler fakat yürütücü işlev bozulmaları daha globaldir ve davranışın planlama, organizasyon, performans gösterme gibi tüm alanlarında kendisini belli eder. İnhibisyonda azalma, duygulanımda dalgalanma, ya da küntleşme, irritabilite artışı, dikkati yöneltmekte zorluk gibi birtakım yürütücü işlev bozulmaları klinisyen olmayan gözlerce de ayırt edilebilirken; anerji, planlama güçlüğü, hedefe yönelik davranışları sürdürebilme gibi bazı yürütücü işlev bozuklukları klinisyenlerin yapılandırılmış görüşmeleri ile ayırt edilebilmektedir (57).

Yürütücü işlevler temel olarak daha önce de üzerinde çalışılmış, yapılandırılmış görüşmelerle ölçülebilen 3 önemli ana bileşen altında incelenebilir; bilişte esneklik, çalışma belleğini güncelleyebilme ve baskın cevabı inhibe edebilme (59-61). Bilişte esneklik, görevler arasında geçiş yapabilme, "shifting" olarak da anılır. Birden fazla görev ya da kural varlığında yorumlamada değişiklik yapabilme yetisidir. Çalışma belleğini güncelleyebilme tanımı görev sırasında yeni bilgileri gözlemleme ve algılamayı ve bu yeni bilgiler doğrultusunda çalışma belleğindeki artık işlevsel olmayan önceki bilgilerin yerini yeni ve daha işlevsel bilgilerin almasını içerir (59,61). İnhibisyon; baskın, ilk akla gelen cevapları ihtiyaç durumunda baskılayabilmek olarak tanımlanır (59,61).

2.3.1. Bipolar Bozukluk'ta Yürütücü İşlevler

Güncel literatür incelendiğinde bilişsel işlevlerin bipolar bozuklukta işlevsellikle yakından ilişkli olduğu; etkilerinin hem o anki durumu hem de hastalığın seyrini etkilediği bulunmuştur (62-64). Konuyla ilgili metaanaliz çalışmalarında bipolar bozukluğun remisyonda bile devam eden yürütücü işlevler, dikkat ve bellek işlevlerinde güçlüklerle ilişkili olduğu bulunmuştur Bora ve ark. tarafından yapılan metaanalizde sağlıklı kontrollere kıyasla bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin tüm yürütücü işlevler alanlarında ve bireysel task görevlerinde anlamlı düzeyde güçlükler yaşadığı bulunmuştur Bilişsel değişkenlerin bir çoğu için orta etki boyutu bulunurken dükkatin sürekliliği ile ilişkili etki boyutu geniş saptanmıştır. Hastalık öncesi IQ,

akıcılık ve akıl yürütme kısımlarında etki boyutu daha küçük bulunmuştur (65) Bu bulgular da daha önce yapılan metaanalizlerle uyumludur.

Bipolar ve ilişkili bozukluklarda nörobilişsel fonksiyonları kıyaslayan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi alanındaki çalışmalar oldukça kısıtlı miktardadır ve bu çalışmaların çoğunluğu sadece atak dönemlerini değerlendirmekte olup, remisyon dönemini değerlendirmemektedir. BB'li çocuk ve ergenler çeşitli bilişsel alanlarda bozulmalar gösterirler. En tutarlı sonuçlar sözel hafızadaki bozulma için bulunmuştur. Çocuk ve ergenlerdeki nörobilişsel bozulma seyri erişkin BB ile kıyaslandığında benzer bulunmuştur (66). Çocukluk ve ergenlikte duygudurum bozukluklarını inceleyen birçok araştırma, BB ve MDB tanısına sahip olgulardaki nörobilişsel etkilenmeyi ortaya koymuştur (67,68). Elias ve arkadaşları 2016 yılında yaptıkları meta-analizlerinde BB tanılı gençlerde global bilişte (etki boyutu: 0.78), dikkatte (etki boyutu: 0.41-0.48), sözel bellek ve öğrenmede (etki boyutu: 0.89-0.90), işlem belleğinde (etki boyutu: 0.79-0.99) ve görsel bellekte (etki boyutu: 0.78) sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde bozulma saptamışlardır (68).

2.4. Sosyal Biliş ve Zihin Kurami

Karşılıklı sosyal etkileşim kurabilmek ve sürdürmek için gerekli olan bilişsel becerilerin tümü sosyal biliş kapsamına girer (69). Algılayabilme, yorum yapabilme, başka kişilerin niyeti, eğilimleri ve davranışlarını tespit edebilme bu becerilerin önde gelen örneklerindendir (70). Yüz ifadeleri, prozodi ve postür gibi komponentler kişinin karşısındaki insanın duyguları ya da niyetlerine yönelik çıkarım yapmasına yardımcı olur (71). Literatürde sosyal bilişin otizm spektrum bozuklukları, şizofreni, demans ve prefrontal korteks hasarı olan vakalarda bozuk olduğu gösterilmiştir (71-75).

Yüz ifadelerinden kişilerin cinsiyeti, yaşı, duygudurumu ve niyeti hakkında çıkarım yapabilme önemli bir sosyal beceridir. Bu becerideki eksiklik ya da bozulmalar karşılıklı diyaloglarda yanlış anlaşılmalara ve sosyal işlevsellikte düşüşe sebep olabilir. Prozodi dilin kullanımında zamanlama, tonlama seyri, ritim gibi işitsel ayrıntılarını içerir; kelimelerin temel anlamlarının haricinde anlam içermelerini sağlar (71). Güncel çalışmalar ciddi psikiyarik bozukluklarla sosyal biliş ilişkisini araştırmaktadır. Sosyal biliş birçok psikiyatrik bozuklukta bozulmuş psikososyal işlevsellik ile ilişkilidir (76,77). Sosyal bilişsel yeteneklerdeki bozulmalar olmasının

semptom şiddetini üzerinde olumsuz etkileri vardır ve dolayısıyla olguların işlevselliği daha da bozulmaktadır (78,79). Zihin kuramı ise sosyal bilişi değerlendirmede en çok kullanılan yöntemlerden biridir. Zihin kuramını tanımlamak gerekirse bir kişinin kendiyle ve diğer bireylerle ilişkili zihinsel durumları ile ilişkili çıkarımda bulunması; diğer bireylerin inançlarını, duygularını ve niyetlerini anlama kapasitesi ve bu alanlarda tahmin edebilmesive zihninde bunları temsil edebilme yeteneğidir (80,81).

Yapılan çalışmlarda yetişkin BB tanısı olanların zihin kurmaı becerilerinde yani sosyal bilişlerinde güçlükler olduğu gösterilmiştir (82-85). Yetişkin BB ve major depresif bozukluk tanıları tanısı yapılan bir çalışmada semptomlarının olmadığı dönemde de zihin kuramı becelerinde güçlüklerinin ve duygu tanıma ile ilgili güçlüklerinin devam ettiği gösterilmiştir (85).

Ayrıca Bora ve ark. (2016) yaptığı çalışmada ötimik dönemde de zihin kuramı becerilerindeki güçlüklerin devam ettiği gösterilmiştir (82). Rotenberg ve ark (2020) yaptığı metaanalizde ötimide de Zihin Kuramı becerilerinde güçlüklerin devam etmesinin bipolar bozukluk için olası bir endofenotip olacağı üzerinde durmuştur ve bu metaanaliz sonuçları önceki araştırmaların sonuçlarını da destekler niteliktedir (85). Çocuk ve ergenlerde bipolar bozukluk ve sosyal biliş ilişkisini incaleyen çok az çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda da bipolar bozukluğu tanısı olan ergenlerin yüz tanıma gibi zihin kuramı testlerinde zorluk yaşadıkları gösterilmiştir (86).

Zihin kuramı teorisi sosyal bilişi açıklayan önemli bir teoridir. Bipolar bozuklukta zihin kuramı testleri ile ilişkili olarak Bora ve ark tarafından yapılan meta-analize 34 çalışma dahil edilmiştir. Meta-analize katılan çalışmalardan 1214 bipolar bozukluk hastası ve 1097 sağlıklı kontrol örneklemi oluşturmuştur. Meta-analizde hem remisyonda hem de subsendromal bipolar bozukluk hastalarında zihin kuramı becerilerinin orta büyüklükte ve anlamlı bir şekilde bozulduğu saptanmıştır. Bu bozulmanın hastalığın akut dönemlerinde daha belirgin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (8). Zihin kuramı becerilerindeki yetersizliklerin hem akut hem de eşik altı belirtileri olan hastalarda devam ediyor olması hastalarda görülen kişiler arası sorunlara katkı sağladığı sonucu vurgulanmıştır. BB tanısı olan ergenlerde de yapılan çalışmalarda da sonuçlar benzerdir ve orta büyüklükte sosyal bilişte bozulma saptanmıştır (9). *Güncel yazında YDDB tanısı olan gençlerde zihin kuramını inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır.*

2.5. Otizm Belirtileri ve Değerlendirilmesi

Sosyal bilişin en çok bozulduğu psikiyatrik hastalıklardan biri Otizm Spektrum Bozukluğudur. Son yapılan çalışmalarda 1/36 oranında görülen OSB sıklığı ve psikiyatrik tanılara komorbid durumu giderek artmaktadır. Bipolar bozukluk tanısı olan kişilerde OSB belirtilerinin arttığı ve sosyal etkileşimdeki bozulmanın bu belirtilerle de ilişkili olabileceği çalışmalarda gösterilirken YDDB tanılı gençlerde yapılan böyle bir çalışma bulunmamaktadır (10).

Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)- Otizm Tanı Görüşmesi Revize Hali OSB belirtilerini değerlendirmek için kullanılan altın standart yöntemler biridir.

Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)- Otizm Tanı Görüşmesi Revize Hali: Otizm Tanı Görşmesi Revize Hali iki yaş ve üstündeki çocuklara uygulanabilen; ebeveynleri yada primer bakımverenleri ile yapılan; hem şu anki davranışlarını hem de erken gelişim basamakları ile ilgili bilgi toplanmasını sağlayan yarı yapılandırlmış bir görüşmedir. 93 sorudan oluşan görüşmede 0 (sosyal açıdan uygun)-3(ciddi anormallik) arası her soruya puan verilir. Görüşme dört bölümden oluşur birinci bölümde sosyal etkileşim; ikinci bölüm de iletişim; üçüncü bölüm tekrarlayıcı

davranışlar incelenirken dördüncü bölümde 3 yaş öncesi gelişim basamklarındaki şikayetler değerlendirilir. Her bölüm için otizm spektrum bozukluğu tanısal kriteleri açısından bir kesim noktası puanı vardır (87). Çalışmamızda Doç Dr. Burak Baykara ve Prof Dr. Neslihan İnal hocalarımızın bu görüşme yapma sertifikası bulunmaktadır. Literatürde YDDB yada bipolar bozukla ilişkili yapılan otizim spektrum bozukluğu belirtilerini ADI-R ile inceleyen çalışma bulunmamaktadır

2.6. Empati

Bir başkasının duygusal durumunu ve zihin çerçevesini anlama ve bunlarla bağlantı kurma becerisine empati denir. Empati hem duygusal hem bilişsel süreçlerin unsurlarını kapsayan çok boyutlu bir yapıdır (88). Bilişsel empati için diğer insanların duygularını ve inançlarını doğru şekilde tanıma ve bunların nedenlerini anlama yeteneğinden bahsederken, duygusal empatide başka bir kişinin zihinsel durumuna uygun bir duygusal tepki verme yeteneğinden bahsederiz (89) Empati temelde kendini bilinçli şekilde diğerinin yerine koyarak bakış açısı almayı içerir. Bakış açısını yorumlamak için bilişsel beceriler gerektirirken kişinin karşısındakinin duygularını anlaması gerektiğinde ZK becerileri devreye girer (90). ZK nörobilişsel yapı olan empatinin gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır ve birçok karmaşık sosyal durumun değerlendirilmesinde empati ve zihin kuramı birlikte gereklidir (91). Yapılan araştırmalar ZK çalışmalarının bireylerde empatik anlayışı ve empati yeteneklerini güçlendirdiğini göstermiştir (91).

2.7. Duygu Düzenleme Güçlüğü:

Duygu düzenlemede güçlük tetikleyici bir uyaran karşısında o kişinin duygusal yanıtını düzenlemesinde ve kontrol etmesinde yetersizlik olmasıdır. Bu aynı zamanda "duygusal hiperreaktivite" olarak da tanımlanabilir. Hayatta herkes, tekrarlayan kez olaylara maruz kalır ve ilişkide anlaşmazlığa düşme, kişisel eleştiriye uğrama veya terk edilmiş algılanma gibi etkileşimlere uğrar. Duygu düzenlemede güçlük yaşayan kişi bu çevre ve kişilerarası zorluklara duygusal olarak abartılı bir şekilde tepki verir; öfke patlamaları, ağlamalar, pasif-agresif davranışlar, kaos yaratma, suçlama veya çatışma söz konusu olabilir. Bu özellikler, genellikle yüksek çatışmalı kişiliğin bir

parçası olarak tarif edilmektedir. Duygusal dengesizlik, öfke patlamaları, gerçek veya algılanan terk edilmeden kaçınma için yoğun uğraşılar ve kişiler arası ilişkinin sabit, kararlı olmaması, duygu düzenlemede güçlük ile birbirine dolanmış psikolojik durumların altında yattığını işaret eder (92)

2.8. Çalişmanin Hipotezleri

YDDB tanılı gençler zihin kuramı becerilerinde yani sosyal bilişsel açıdan hem BB tanılı gençlere hem de sağlıklı gençlere göre daha fazla güçlük çekerler.

YDDB tanısı olan gençlerin otizm belirtileri hem BB tanılı gençlere hem de sağlıklı gençlere göre daha fazladır.

YDDB tanılı gençlerin nörobilişsel özellikleri BB tanılı gençlerle benzerdir.

Sağlıklı kontrollerin nörobilişsel ve sosyal bilişsel açıdan işlevselliği hem BB tanılı gençlerden hem de YDDB tanılı gençlerden daha iyidir.

Bu çalışma kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Ebeveyni veya yasal vasisi ve kendisi bu çalışmayı kabul etmiş, 12-18 yaş aralığındaki Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına başvuran ve çocuk ve ergenlere çalışmanın başlangıcında K-SADS-PL (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli) uygulanarak durum saptaması yapılmış ve tanıları belirlenmiştir. YDDB ve BB tanısı olan çocuk ve ergenlere Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (CDRS-R) verilecek, Young Mani Ölçeği (YMÖ), Duygusal Reaktivite İndeksi (DRİ), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ), sosyal bilişşi değerlendirme amaçlı Zihin Kuramı Testleri, Otizm Tanı Koyma Görüşmesi (Autism Diagnostic Interview – Revised-ADI-R), empati ölçeği nörobilişsel testlerden Wisconsin Kart Eşleme ve Stroop testi uygulanmıştır. Aynı anketler ve uygulamalar sağlıklı kontrollere de uygulanmıştır. Çalışmada BB tanısı olanlar gençlerle YDDB tanısı olanların zihin kuramı becerilerin, otisitk özelliklerin, nörobilişsel özelliklerinin karşılaştırılması ve sağlıklı kontrollerle de kıyaslanması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde Mayıs 2023 -Temmuz 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Tez süreci planı aşağıda verilmiştir

Haziran 2022-Ocak 2023	Tez önerisi, hazırlanması ve sunumu
Şubat-Mayıs 2023	Etik kurul hazırlanması, başvuru ve onay alınması
Mayıs 2023-Temmuz 2024	Olguların ve kontrollerin alınması ve değerlendirmenin yapılması
Temmuz-Kasım 2024	Tezin hazırlanması ve yazımı
Aralık 2024	Tez sunumu

3.2. Araştırmanın Deseni

Bu araştırma; gözlemsel, tek merkezli yapılan bir olgu-kontrol çalışması olarak planlanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce "Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan (Non-İnvaziv) Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu"ndan etik onay alınmıştır. Tüm ebeveynlerden ve çocuklardan çalışmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair yazılı onam alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğinde "Bipolar Bozukluk ve Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu" tanıları ile takipli olan 12 -18 yaş aralığındaki 42 çocuk ve bu çocukların anne babası, gönüllük usulü ile araştırmaya dahil edilmiştir.

Hastanenin farklı kliniklerine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 21 sağlıklı genç de kontrol grubu olarak çalışmaya alınmıştır

3.3.1. Katılımcıların Çalışmaya Dahil Olma ve Dışlama Ölçütleri:

Dahil Olma Ölçütleri:

Çalışmaya dahil edilme ölçütleri

Bipolar Bozukluk olgu grubu:

12-18 yaş arasında olması;

K-SADS-PL görüşmelerinde bipolar bozukluk tanı ölçütlerini karşılıyor olması;

Olgu ve ebeveynlerinin çalışmaya gönüllü olarak katılmak için ayrı ayrı yazılı onam vermesi;

Ötimik olmak

Yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu

12-18 yaş arasında olması;

DSM 5'e göre yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu tanısı alması;

Olgu ve ebeveynlerinin çalışmaya gönüllü olarak katılmak için ayrı ayrı yazılı onam vermesi;

Çalışmaya dahil edilmeme ölçütleri:

• Her grup için herhangi bir nörolojik hastalığı, mental retardasyonu, epilepsi, serebral tümör ya da serebro-vasküler hastalığı olması, bilinç yitimine yol açmış kafa travması geçirmiş olmak, kronik oranik bir rahatsızlığa sahip olmak (böbrek yetmezliği, kolitis ülseroza vs.)

• Şimdi ve/veya geçmişte otizm spektrum bozukluğu, şizofreni, psikotik bozukluklar grubundan bir tanıya sahip olmak;

• Madde ve alkol kötüye kullanımı ya da bağımlığı öyküsü olması

• Son 48 saatte nörobilişsel testleri etkileyecek ilaç (benzodiazepin, uyarıcı madde, alkol vs.) almış olmak

• Çalışmaya gönüllü olarak katılmak için yazılı onam vermemek

3.4. Uygulama

Belirtilen tarihlerde Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine başvuran çalışmaya alınma ölçütlerini taşıyan 21 bipolar bozukluk tanısı olan; 21 yıkıcı duygudurum düzenleyememe tanısı olan genç çalışmaya dahil edilirken; üniversitenin diğer kliniklerine başvuran herhangi bir psikiyatrik yakınması olmayan gençlerden çalışmaya katılmayı kabul eden 21 genç de kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Bu çalışma olgu kontrol çalışması olarak planlanmıştır. Ebeveyni veya yasal vasisi ve kendisi bu çalışmayı kabul etmiş, 12-18 yaş aralığındaki Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına başvuran ve çocuk ve ergenlere çalışmanın başlangıcında K-SADS-PL (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli) uygulanarak durum saptaması yapılarak tanıları koyulmuştur. YDDB ve BB tanısı olan çocuk ve ergenlere Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (CDRS-R) verilecek, Young Mani Ölçeği (YMÖ), Duygusal Reaktivite İndeksi (DRİ), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ), sosyal bilişşi değerlendirme amaçlı Zihin Kuramı Testleri, Otizm Tanı Koyma Görüşmesi (Autism Diagnostic Interview – Revised-ADI-R), empati ölçeği nörobilişsel testlerden Wisconsin Kart Eşleme ve Stroop testi uygulanmıştır. Aynı anketler ve uygulamalar sağlıklı kontrollere de uygulanmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın temel amacı kapsamında belirlenen hipotezlere ait bağımsız ve bağımlı değişkenler, aşağıda belirtilmiştir.

3.5. 1. Bağımsız Değişkenler

Yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu ve bipolar bozukluğu tanısı; Sosyodemografik formdan elde edilen verilerdir

3.5.2. Bağımlı Değişkenler

YMÖ skoru

CDRS skoru

DDGÖ skorları

DRI skoru

Stroop Testi TBAG Formu skorları

Wisconsin Kart Eşleme Testi skorları

ADI R skoru

KASİ Empati skoru

Zihin kuramı testi skorları

3.6.Klinik veri toplama araçları:

3.6.1. Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu*:* Bu formda çocuk ve ergenlere çalışma ve çalışmada uygulanacak yöntemler hakkında ayrıntılı bilgi verilmektedir. Katılımcılar, çalışma ile ilgili bu bilgileri öğrendikten sonra çalışmaya katılmayı kabul etmeleri durumunda doldurulan ve çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair imzalarının alındığı bölümlerden oluşmaktadır.

3.6.2. Sosyodemografik Veri Formu: Çalışmada yer alan çocuk ve ergenlerinin sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla yazarlar tarafından oluşturulmuştur (Ek-3).

3.6.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Kiddie-SADS-lifetime Version (K-SADS-PL-DSM-5- Turkish Adaptation) (Kasım 2016): Kaufman ve arkadaşları (2016) tarafından (93) çocuk ve ergenlerde görülen psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesinde ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Hem çocuklara hem de ebeveynlerine uygulanan bu yarı-yapılandırılmış görüşme duygulanım bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, davranış bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve diğer bozukluklar olmak üzere beş adet tanı eki, bu tanıların alt tanı ekleri ve çocuklar için genel değerlendirme ölçeğini içermektedir. Türkçe'de geçerlilik, güvenirlik çalışması Ünal ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılmıştır (94).

3.6.4. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formu (CDRS-R): Klinik örneklemde Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu depresyonun şiddeti ve depresif belirtiler hakkında genel bilgi sağlar. Ölçek, hastalık tanısının konulmasını takiben başlangıçta ve izlem sürecinde tedaviye yanıtın ölçümü ile ilgili bilgi edinilmesini sağlar. Klinik dışı örneklemde ise, örneğin okullarda veya çocuk hastalıkları uzmanları ve aile hekimleri içinse çocukluk çağı ve ergenlerde depresyonun taranması için kullanılabilir. Uygun eğitim aldıkları takdirde psikiyatristler, aile hekimleri, sosyal çalışmacılar, pediatristler, okul psikologları, okul hemşireleri gibi profesyoneller de ölçeği kolaylıkla uygulayabilirler. Ölçek tarafından değerlendirilen 17 belirtiden 14'ü, klinik görüşme sırasında çocuğun kendisine yöneltilen sorulara verdiği sözel yanıtlara göre değerlendirilir. Bu belirti alanları; hafiften şiddetliye doğru puanlamanın yapıldığı; bozulmuş okul işlevselliği, eğlenme/keyif almada güçlük, sosyal içe çekilme, iştahta

bozulma, uykunun bozulması, aşırı halsizlik hali, fiziksel yakınmalar, irritabilite, yoğun suçluluk duyguları, düşük benlik saygısı, depresif duygular, morbid fikirler, intihar fikirleri ve yoğun ağlama olarak maddeleştirilmiştir. Geri kalan 3 belirti alanı, depresif belirtilerin sözel olmayan özellikleri arasında yer alan ve görüşmecinin değerlendirdiği, depresif afekt, cansız konuşma ve hipoaktivitedirdir. Her ne kadar, CDRS-R 6-12 yaş arası çocuklarda depresyonu taramak için tasarlansa da ergenler içinde başarı ile uygulanabilmektedir CDRS-R formunun ergenler için psikometrik özellikleri Mayes ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılan çalışmada değerlendirilmiştir (95). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği 2012 yılında Alşen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (96).

3.6.5. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMÖ) (Young Mania Rating Scale): Manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak 1978 yılında Young ve Manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak 1978 yılında Young ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. YMÖ 11 maddeden oluşan ve her biri beş şiddet derecesi içeren bir ölçektir. 7 madde beşli Likert tipinde 4 madde ise 9'lu Likert tipindedir. 9'lu Likert tipindeki 4 madde iletişime girilmesi güç olan hastaların daha iyi ayırt edilebilmesi için ağırlığı artırılarak hazırlanmıştır. Belirtiler son 1 hafta dikkate alınarak değerlendirilir. Her bir maddeden elde edilen puanların toplamı ölçek toplam puanını oluşturur. Türkçe'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında Karadağ ve ark. tarafından yayınlanmıştır (97). Türkçe versiyonunda kesme puanı hesaplanmamıştır.

3.6.6. Stroop TBAG Form: Stroop Testi 1935 yılında Stroop tarafından geliştirilen deneysel bir görev olan Stroop testi, farklı versiyonları ile kullanılmaktadır. Bu çalışmada, Stroop Testi TBAG(temel bilimler araştırma grubu) formu kullanılmıştır ve Türk toplumu için bu formun standartizasyon çalışmaları yapılmıştır. Stroop Testi testi ile nöropsikolojik açıdan dikkat edilen uyarıcılar ile dikkat edilmeyen uyarıcıların paralel işlemesi becerisi, bilgi işleme hızı ve otomatik süreçlerin bozucu etkisi karşısında direnç gösterebilme becerisi değerlendirilmektedir (98). Stroop Testi, sözcük okuma ve renk isimlendirme alt testlerinden oluşan dört alt teste sahip bir nöropsikolojik testtir. Bu alt testler, "kırmızı, mavi ve yeşil renklerin yer aldığı 60

kutucuktan oluşan birinci ve ikinci alt test ile kırmızı, yeşil ve mavi renklerle yazılmış rastgele sıralanmış 60 kelime içeren üçüncü ve dördüncü alt testlerdir" (98). Bu test, uygunsuz uyarıcının en seçici şekilde baskılandığı bir testtir. Stroop testi, dikkatin belirli bir süre boyunca yoğunlaştırılması ve sürdürülmesini, araya giren bozucu uyarılara karşı direnme yeteneğini, uygunsuz uyarıları ve tepki eğilimlerini bastırabilme kabiliyetini değerlendirir. Bu süreç, testin verildiği zamana ve yapılan göreve bağlı olarak değişebilir. Testin ilk aşamasında katılımcılardan, gösterilen renk isimlerini en hızlı şekilde okumaları istenir. İkinci aşamada, renkli mürekkeple basılmış nokta kümelerinin renklerini en hızlı şekilde söylemeleri istenir. Üçüncü aşamada ise, katılımcılardan kelimeyi okuma eğilimlerini bastırarak, yazıldığı mürekkebin rengini söylemeleri istenir. Örneğin "yeşil" kelimesi kırmızı veya mavi mürekkeple yazılıdır. Bu çalışmaların sonuçlarından elde edilen Stroop etkisi, deneklerin farklı renk mürekkebiyle yazılmış renk adlarını okumakta güçlük çekmeleri ve doğru okumak için uzun süreler harcamaları, hatta mürekkebin rengini söylemeleri (örneğin, doğru okuma "kırmızı" iken, deneklerin "mavi" demesi) gibi dikkat dağıtıcı etkileri ifade etmektedir. Altı sıradan oluşan test, her biri 10 adet dikdörtgen içeren bir toplamda 60 dikdörtgen içermektedir. Testin her aşamasında cevap verme süresi, hata sayısı ve inhibisyon güçlüğü sayısı kaydedilir (99). Bu test, enterferansı ölçmek için kullanılan bir testtir ve karıştırıcı uyaranları yok sayma yeteneğini değerlendirir (99). Test sırasında belirli bir görsel özelliğin seçici olarak işlenmesi ve diğerlerinin engellenmesi gerekmektedir. Değerlendirme aşamalarından biri olan renkli kelimeleri okuma aşaması için kullanılan süre, sadece kelimelerin renklerini söyleme aşaması için kullanılan süreden çıkarılarak enterferans süresi elde edilir. Bu enterferans süresi, araştırmamızda süre farkı olarak kaydedilmiştir. Hatalar ve otomatik düzeltmeler de değerlendirme sırasında göz önünde bulundurulur. Enterferans süresi 60 saniyenin üzerinde olduğunda patolojik olarak kabul edilir (100).

3.6.7. Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET): Berg tarafından icat edilen test, Heaton ve meslektaşları tarafından 1981-1993 yılları arasında modifiye edilmiş ve sonucunda test el kitabı oluşturulmuştur. (101). "Deneklerin bilişsel yeteneklerini değerlendiren bu test, karmaşık dikkat, çalışma belleği, soyut düşünme, kavramsal düşünme, problem çözme, tepki düzeneğini değiştirme, mantık yürütme, düzenleme, ardışık düşünme, cevap engelleme, dikkat sürekliliği ve bilişsel esneklik becerileri" gibi farklı

alanları ölçmektedir. Bu testte, dört temel kategori kartı bulunmaktadır. WKET Testi Puan Türleri: Toplam Doğru Sayısı: Eğer ilgili tepki kartı ve dizinin ilgili elemanı birbirine eşit değilse, bu durumda cevap doğru olarak kabul edilir. "Toplam Yanlış Sayısı: Eğer ilgili tepki kartı ve bu dizinin ilgili elemanı birbirine eşit değilse, bu durumda cevap yanlış olarak değerlendirilir. "Toplam Perseveratif Hata Sayısı: Perseverasyon, yanlış olduğu fark edildiği halde test sırasında aynı cevabı tekrar tekrar vermeye devam etmek olarak tanımlanabilir." "Perseveratif Hata Yüzdesi: Perseveratif hata sayısının tüm hata sayısınına yüzdelik oranıdır." Tamamlanan Kategori Sayısı: Katılımcının Renk, Şekil ve Miktar kategorilerini tamamlama durumunun belirlenmesi için ilk olarak ilgili kategorideki doğru sayısı incelenir. Eğer ardışık olarak doğru sayısı artış gösterir ve katılımcı on doğruya ulaşırsa, kategori tamamlandı olarak kabul edilir ve sayacı 1 olarak ayarlanır. Ancak ardışık on doğruya ulaşılamazsa, sayacı 0 yani tamamlanamadı olarak işaretlenir (102).

3.6.8. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) (Difficulties in Emotion Regulation Scale): DDGÖ 36 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeği olup duygu düzenlemesiyle ilgili güncel ve klinik açıdan anlamlı güçlükleri değerlendirir (103). Katılımcılardan beşli Likert tipi ölçek (1=hemen hiçbir zaman, 5= hemen her zaman) kullanılarak kendilerine sunulan anlatımın sıklığını değerlendirmeleri istenmiştir. Altı alt ölçekten oluşmaktadır: Kabullenememe, hedefler, dürtü, farkındalık, stratejiler ve açıklık. Bu çalışmada daha yüksek puanlar daha kötü duygu düzenlemesini gösterecek biçimde, tüm maddelerden edinilen toplam DDGÖ puanı kullanılmıştır. Ölçekle ilgili yüksek güvenilirlik ve kabul edilebilir yapı ile ön görücü geçerlilik değerleri bulunmuştur. DDGÖ toplam puanının iç tutarlılığı 0.81 olarak bulunmuştur. Rugancı ve Gençöz, ölçeğin yetişkinler için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlar, bu değerlendirmede DDGÖ'nün Türkçe formunda 10. maddenin çıkarılması önermişlerdir. Çalışmamızda, önerildiği gibi DDGÖ'nün 35 maddelik formu kullanılmıştır (104).

3.6.9. Duygusal Reaktivite İndeksi (DRİ) (Affective Reactivity Index): Stringalis ve ark tarafından 2012 yılında oluşturulmuştur (105). Yedi maddeden oluşan ölçek 0,1,2 şeklinde puanlanır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Kocael tarafından

yapılmıştır. İrritabiliteyi değerlendirmek için ebeveyn formu ve özbildirim formu kullanılmıştır (106).

3.6.10. Zihin Kuramı- Yüzler Testi (Faces Test): Yüzler testi, Ekman tarafından 1972'de yüzlerden emosyon tanımaya yönelik olarak geliştirilmiştir. Çalışmamızda Baron-Cohen (1997) tarafından geliştirilen kısa formu kullanılmış olup, katılımcılara, emosyonel ifadeleri yansıtan 20 tane fotoğrafı incelemeleri istenir (107).

***3.6.11. Gözlerden Zihni Okuma Testi (Gözler Testi*)**: Gözler testi, ilk olarak Baron-Cohen ve ark. tarafından 1997'de geliştirilmesi, 2001'de yeniden gözden geçirilmesi yapılmış olup, katılımcı göz ifadelerine bakarak basit duygularında ötesine giden zihinsel durumunu anlayabilme becerisini incelemeyi hedeflemektedir (108). Toplamda 28 tane, yalnız göz bölgesinin olduğu fotoğrafları kapsamaktadır. Dört cevap bulunmaktadır. Şans oranı ise p=.25' tir ve katılımcı yalnız 13 ve üzerinde skor aldığında anlamlı düzeyde şansın üstünde performans göstermektedir (Binominal test). Girli ve arkadaşları tarafından testin çocuklar için olan versiyonu Türkçe'ye çevrilmiştir (109).

3.6.12. Zihin Kuramı – Gaf Testi: Baron-Cohen ve ark. (1999), diğer sosyal biliş testlerine ek olarak yüksek zihinsel atıfları değerlendirebilmek içi Gaf Testi görevlerini kullanmıştır (110). Gaf Testi görevi, 2. aşama zihin kuramı bozukluklarının iyi bir ölçüm aracı olarak kabul edilmekte; bu testlerde ki becerisinin bireyin zihin kuramı bozukluğunun şiddet derecesinin iyi bir göstergesi olduğu belirtilmektedir.

3.6.13. Otizm Tanı Görüşmesi-Gözden Geçirilmiş (ADI-R): Olası otizm veya otizm spektrum bozukluklarının ve belirtilerinin değerlendirilmesi için bireylerin ebeveynleriyle yapılan yapılandırılmış bir görüşmedir. Çocukların özellikle 18 ay- 6 yaş dönemini sorgulayan sorular içermektedir. Çalışmamızdaki Prof. Dr. Neslihan İnal ve Prof. Dr. Burak Baykara'nın ADI-R uygulama sertifikası vardır. Le Couteur tarafından geliştirilmiştir (87,111). OSB tanısında önemli bir yer tutan, altın standart olarak kabul edilen ve uygulanması en az 2,5 saat süren bir görüşmedir.

3.6.14. Sosyal İletişim Ölçeği (SİÖ): Sosyal İletişim Ölçeği (SİÖ) SİÖ önceden adı Otizm Tarama Ölçeği (Autism Screening Questionnaire) olarak bilinen, Rutter ve Lord tarafından geliştirilmiş birincil bakım verenler tarafından doldurulan bir tarama

ölçeğidir (112). Otizm Tanı Görüşmesi (Autism Diagnostic Interview Revised, ADI-R) (111) için yardımcı tarama ölçeği olarak geliştirilmiştir. ADI-R temel alınarak hazırlanan SİÖ, 40 maddeden oluşur ve zeka yaşı en az iki olmak şartı ile kronolojik yaşı dört ve üzerindeki tüm bireylere uygulanabilir (112). SİÖ maddelerinin birçoğu, ADI-R ile benzer olarak karşılıklı sosyal etkileşim boyutu, iletişim boyutu ve sınırlı, yineleyici ve basmakalıp davranışlar boyutu olmak üzere üç boyutta düzenlenmiştir. Ölçeğin en önemli kullanım amacı, Otizm Spektrum Bozukluğu açısından daha ileri değerlendirmeyi gerektiren kişileri seçmektir. Bununla birlikte SİÖ, gelişimsel dil bozukluğu, Frajil X, Tuberosklerozis, Down sendromu gibi tıbbi durumlardan herhangi biriyle ilişkili OSB olan farklı gruplarda OSB belirti düzeylerini karşılaştırabilmek için de kullanılabilir. SİÖ belirli aralıklarla tekrarlanarak, zaman içerisinde OSB belirti düzeyindeki değişimler de izlenebilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Avcıl ve ark. tarafından yapılmıştır ve bu çalışmada ölçeğin Cronbach α değeri 0,80 (113).

3.6.15. KA-Sİ Empati Eğilim Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu: Çocuk ve ergenlerin empatik eğilimlerini ölçmek için Türk kültürüne özgü bir ölçme aracı geliştirilmiştir (114). Araştırmacının çalışma grubu, ilköğretim okulu ve liselere devam eden toplam 1144 öğrenciden oluşmuştur. Veriler her sınıf düzeyinde ayrı analiz edilmiş, 3-5. sınıfların görünümü ile 6-12. sınıfların görünümünfarklı olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle ölçeğin çocuklar ve ergenler için ayrı formlar olarak hazırlanmasının doğru olacağı düşünülmüştür. KA-Sİ Empati Eğilim Ölçeği çocuk ve ergen formunun geçerliliği için yapılan açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ve alt-üst grup ayırt edicilik analizleri sonucunda, hem çocuk hem de ergen formu için iki faktörlü yapının uygun olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çocuk ve ergen formunun alt ölçeklere ve ölçeğin geneline ilişkin Cronbach alpha güvenirlik katsayıları, alt ölçekler arasındaki korelasyon katsayıları ve bir hafta arayla uygulanmasından elde edilen test, tekrar test güvenilirlik katsayıları ölçeğin güvenilir bir şekilde kullanılabileceğini göstermektedir (114).

3.7. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmadan elde edilen veriler, “IBM SPSS (The Statistical Package for Social Sciences)” 24.0 paket programı kullanılarak istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. Normal dağılıma uyan üçlü grubun analizi Oneway ANOVA ile iki grubun ortalamaları t-testi ile karşılaştırıldı. Normal dağılmayan veriler için Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Puan veya kantitatif değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler sunuldu. İstatistiksel anlamlılığı $p<0,05$ olan değerler anlamlı kabul edildi ve bulgulardaki anlamlılık düzeyini belirtmek için doğrudan p değeri yazıldı.Korelasyonlar için Pearson Korelasyon analizi uygulandı.

BÖLÜM 4

BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

4.1.1. Yaş

Bipolar bozukluk olan grupta yer alan çocukların yaş ortalaması 15,86 ± 1,23 yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu olan grupta yer alan çocukların yaş ortalaması ise 15,67 ± 1,29 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda yer alan gençlerin yaş ortalaması ise 15,29 ± 1,64'tür. Grupların yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,494).

4.1.2. Cinsiyet

Grupların cinsiyet özellikleri ki kare testi ile karşılaştırılmıştır. Bipolar bozukluğu olan çocukların %52.4'ü (n=11) kız, %47.6'sı (n=10) erkek; yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu olan grubunun %47.6'sı (n=10) kız, %52.4'ü (n=11) erkek iken kontrol grubunda %47.6'sı (n=10) kız, %52.4'ü (n=11) erkektir. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p:0.938).

4.1.3. Çocuğa Yakınlık

Bipolar bozukluk, yıkıcı duygudurum bozukluğu tanısı olan grupların ve kontrol grubunun çocuğa yakınlık durumu tablo 2'de verilmiştir. Çocuğa yakınlık durumu ki kare testi ile karşılaştırıldığında üç grup arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,389).

Tablo 2. *Çocuğa yakınlık durumu*

Çocuğa Yakınlık Durumu	BB Grup n (%)	YDDB Grup n (%)	Kontrol Grup n (%)	p*
Öz anne	19 (90,4)	6 (100)	21(100)	0,389
Koruyucu anne	1 (4,8)	0 (0)	0 (0)	
Diğer	1 (4,8)	0 (0)	0 (0)	
Toplam	21 (100)	21 (100)	21 (100)	

**:Kikare istatistiksel analiz yöntemi uygulanmıştır.*

4.1.4. Ebeveynlerin Medeni Durumu

Bipolar bozukluk, yıkıcı duygudurum bozukluğu tanısı olan grupların ve kontrol grubunun ebeveynlerin medeni durumu tablo 3'de verilmiştir. Ebeveynlerin medeni durumu kikare testi ile karşılaştırıldığında üç grup arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,403). (Tablo 3).

Tablo 3. *Bipolar Bozukluğu, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grupların ebeveynlerin medeni durumu*

Ebeveynlerin Medeni Durumu	BB Grup n (%)	YDDB Grup n (%)	Kontrol Grup n (%)	p*
Evli	16 (76,2)	13 (61,9)	12 (57,1)	0,403
Boşanmış	5 (23,8)	8 (38,1)	9 (32,9)	
Toplam	21 (100)	21 (100)	21 (100)	

**:Kikare istatistiksel analiz yöntemi uygulanmıştır.*

4.1.5. Çocukların Kardeş Sayısı

Bipolar bozukluk, yıkıcı duygudurum bozukluğu tanısı olan grupların ve kontrol grubunun kardeş sayısı durumu tablo 3'te verilmiştir. Grupların kardeş sayıları

durumu kikare testi ile karşılaştırıldığında üç grup arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,705). (Tablo 4).

Tablo 4. *Bipolar Bozukluk tanısı olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu tanısı olan ve kontrol grupların kardeş sayısı*

Kardeş sayısı	BB grup n (%)	YDDB grup n (%)	Kontrol Grup n (%)	p*
Kardeş yok	3(14,3)	5 (23,8)	7 (33,3)	0,705
Bir kardeş var	11 (52,4)	11 (52,4)	12 (57,1)	
İki kardeş var	3 (14,3)	2 (9,5)	1(4,8)	
Üç kardeş ve üzeri	4 (19)	3 (14,3)	1(4,8)	
Toplam	21 (100)	21 (100)	21 (100)	

**:Kikare istatistiksel analiz yöntemi uygulanmıştır.*

4.1.6. Ailenin Yapısı

Bipolar bozukluk, yıkıcı duygudurum bozukluğu tanısı olan grupların ve kontrol grubunun aile yapısı durumu tablo 5'de verilmiştir. Ailelerin yapısal durumu kikare testi ile karşılaştırıldığında üç grup arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,411). (Tablo 5).

Tablo 5. *Bipolar Bozukluğu, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grupların aile yapısı*

Aile yapısı	BB grup n (%)	YDDB grup n (%)	Kontrol n (%)	p*
Çekirdek aile	18 (85,7)	16 (76,2)	14 (66,6)	0,411
Boşanmış aile	2 (9,5)	4 (19)	6 (28,6)	
Ayrı yaşayan aile	1 (4,8)	1 (4,8)	1 (4,8)	
Toplam	21 (100)	21 (100)	21 (100)	

**:Kikare istatistiksel analiz yöntemi uygulanmıştır.*

4.1.7. Annelerin Doğum Yaşı

Bipolar bozukluk, yıkıcı duygudurum bozukluğu tanısı olan grupların ve kontrol grubunun annelerin doğum yaşı tablo 6'da verilmiştir. Annelerin doğum yaşı kikare testi ile karşılaştırıldığında üç grup arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. (p=0,558). (Tablo 6).

Tablo 6. *Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun annelerinin doğum yaşı*

Annenin doğum yaşı	BB grup n (%)	YDDB grup n (%)	Kontrol n (%)	p*
16-18	0 (0)	1 (5)	2 (10,5)	0,558
18-25	8 (47)	7 (35)	8 (42,1)	
25-35	8 (47)	9 (45)	5 (26,3)	
35-40	1 (6)	3 (15)	4 (21,1)	
Toplam	17 (100)	20 (100)	19 (100)	

**:Kikare istatistiksel analiz yöntemi uygulanmıştır.*

4.1.8. Annelerin Öğrenim Durumu

Bipolar bozukluk, yıkıcı duygudurum bozukluğu tanısı olan grupların ve kontrol grubunun annelerin öğrenim durumu tablo 7'de verilmiştir. Annelerin öğrenme durumu kikare testi ile karşılaştırıldığında üç grup arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. (p=0,987). (Tablo 7)

Tablo 7. *Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubunun annelerinin öğrenim durumu*

Annelerin öğrenim durumu	BB grup n (%)	YDDB grup n (%)	Kontrol n (%)	p*
İlkokul mezunu	5 (23,8)	5 (23,8)	3 (14,3)	0,987
Ortaokul mezunu	5 (23,8)	4 (19)	5 (23,8)	
Lise mezunu	7 (33,3)	7 (33,4)	8 (38)	
Yüksekokul veya üniversite mezunu	4 (19)	5 (23,8)	5(23,8)	
Toplam	21 (100)	21 (100)	21 (100)	

**:Kikare istatistiksel analiz yöntemi uygulanmıştır.*

4.1.9. Babaların Öğrenim Durumu

Bipolar bozukluk, yıkıcı duygudurum bozukluğu tanısı olan grupların ve kontrol grubunun babaların öğrenim durumu tablo 8'de verilmiştir. Babaların öğrenme durumu kikare testi ile karşılaştırıldığında üç grup arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. (p=0,903). (Tablo 8)

Tablo 8. *Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun babalarının öğrenim durumu*

Babaların öğrenim durumu	BB grup n (%)	YDDB grup n (%)	Kontrol n (%)	p*
İlkokul mezunu	7 (33,3)	8 (38)	4 (19)	0,903
Ortaokul mezunu	6 (28,5)	5 (23,8)	7 (33,3)	
Lise mezunu	5 (23,8)	5 (23,8)	7 (33,3)	
Yüksekokul veya üniversite mezunu	3 (14,3)	3 (14,3)	3 (14,3)	
Toplam	21 (100)	21 (100)	21 (100)	

**:Kikare istatistiksel analiz yöntemi uygulanmıştır.*

4.1.10. Annelerin Meslekleri

Bipolar bozukluk, yıkıcı duygudurum bozukluğu tanısı olan grupların ve kontrol grubunun annelerin meslek durumu tablo 9'da verilmiştir. Annelerin meslekleri kikare testi ile karşılaştırıldığında üç grup arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. (p=0,773). (Tablo 9)

Tablo 9. *Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun annelerinin meslek durumu*

Annelerin meslekleri	BB grup n (%)	YDDB grup n (%)	Kontrol n (%)	p*
İşsiz	1 (4,8)	1 (4,8)	0 (0)	0,733
Memur	1 (4,8)	2(9,5)	2 (9,5)	
İşçi	1 (4,8)	0 (0)	0 (0)	
Emekli	4 (19)	2 (9,5)	5 (23,8)	
Diğer	14 (66,6)	16 (76,2)	14 (66,6)	
Toplam	21 (100)	21 (100)	21 (100)	

4.1.11. Babaların Meslekleri

Bipolar bozukluk, yıkıcı duygudurum bozukluğu tanısı olan grupların ve kontrol grubunun babaların meslekleri tablo 9'da verilmiştir. Babaların meslekleri kikare testi ile karşılaştırıldığında üç grup arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. (p=0,940). (Tablo 10)

Tablo 10. *Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun babaların meslek durumu*

Babaların meslekleri	BB grup n (%)	YDDB grup n (%)	Kontrol n (%)	p*
İşsiz	1 (4,8)	1 (4,8)	1 (4,8)	0,940
Memur	1 (4,8)	2(9,5)	2 (9,5)	
İşçi	8 (38)	6 (28,5)	5 (23,8)	
Emekli	5 (23,8)	3 (14,3)	3 (14,3)	
Diğer	6 (28,5)	9 (42,9)	10 (47,6)	
Toplam	21 (100)	21 (100)	21 (100)	

**:Kikare istatistiksel analiz yöntemi uygulanmıştır.*

4.1.12. Ailelerin Gelir Durumu

Bipolar bozukluk, yıkıcı duygudurum bozukluğu tanısı olan grupların ve kontrol grubunun ailelerin gelir durumu tablo 11'de verilmiştir. Ailelerin gelir durumu kikare testi ile karşılaştırıldığında üç grup arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. (p=0,349). (Tablo 11)

Tablo 11. *Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun ailelerin gelir durumu*

Ailelerin gelir durumu	BB grup n (%)	YDDB grup n (%)	Kontrol Grup n (%)	p*
Çok düşük	1 (4,8)	1 (4,8)	0 (0)	0,349
Düşük	4 (19)	4 (19)	2(9,5)	
Orta	13 (61,9)	16 (76,2)	19 (90,5)	
Yüksek	2 (9,5)	0 (0)	0 (0)	
Çok yüksek	1 (4,8)	0 (0)	0(0)	
Toplam	21 (100)	21 (100)	21 (100)	

**:Kikare istatistiksel analiz yöntemi uygulanmıştır.*

4.1.13. Ailede Tıbbi Hastalık Öyküsü

Bipolar bozukluk, yıkıcı duygudurum bozukluğu tanısı olan grupların ve kontrol grubunun ailelerinde tıbbi hastalık öyküsü tablo 12'de verilmiştir. Ailelerde tıbbi hastalık öyküsü durumu kikare testi ile karşılaştırıldığında üç grup arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. (p=0,908). (Tablo 12)

Tablo 12. *Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun ailelerde tıbbi hastalık öyküsü*

Ailede tıbbi hastalık	BB Grup n (%)	YDDB Grup n (%)	Kontrol grup n (%)	p*
Var	17 (81)	16 (76,2)	17(81)	0,908
Yok	4(19)	5(23,8)	4(19)	
Toplam	21 (100)	21 (100)	21 (100)	

**:Kikare istatistiksel analiz yöntemi uygulanmıştır.*

4.1.14. Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü

Bipolar bozukluk, yıkıcı duygudurum bozukluğu tanısı olan grupların ve kontrol grubunun ailelerinde ruhsal hastalık öyküsü tablo 13'de verilmiştir. Ailelerde ruhsal hastalık öyküsü durumu kikare testi ile karşılaştırıldığında üç grup arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. (p=0,014). (Tablo 13)

Tablo 13. *Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun ailelerde ruhsal hastalık öyküsü*

Ailede ruhsal hastalık	*Bipolar Grup n (%)*	*YDDB Grup n (%)*	*Kontrol grup n (%)*	*p**
Var	*12 (57,1)*	*7 (33,3)*	*3(14,3)*	***0,014***
Yok	*9(42,9)*	*14 (66,7)*	*18(85,7)*	
Toplam	*21 (100)*	*21 (100)*	*21 (100)*	

**:Kikare istatistiksel analiz yöntemi uygulanmıştır.*

Ailede ruhsal hastalık öyküsü en fazla bipolar bozukluk tanısı olan ergenlerde saptanırken kontrol grubunda en azdır.

4.1.15. Çocukların Okul Başarısı

Çocukların okul başarısı son dönemdeki karne notuna göre değerlendirilmiştir. Bipolar bozukluk, yıkıcı duygudurum bozukluğu tanısı olan grupların ve kontrol grubunun okul başarısı tablo 14'de verilmiştir. Çocukların okul başarısı kikare testi ile karşılaştırıldığında üç grup arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. (p=0,036). (Tablo 14)

Tablo 14. *Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun okul başarısı*

Okul başarısı	BB grup n (%)	YDDB grup n (%)	Kontrol Grup n (%)	p*
Pekiyi	2 (9,5)	2 (9,5)	8 (38)	
İyi	7 (33,3)	7 (33,3)	10 (47,7)	
Orta	6 (28,6)	9 (42,9)	3 (14,3)	**0,036**
Ortanın altı	5 (23,8)	3 (14,3)	0 (0)	
Zayıf	1 (4,8)	0 (0)	0 (0)	
Toplam	21 (100)	21 (100)	21 (100)	

**:Kikare istatistiksel analiz yöntemi uygulanmıştır.*

Sağlıklı ergenlerin ders başarısı hem BB tanısı olan ergenlerden hem de YDDB tanısı olan ergenlerden daha fazladır.

4.1.16. Çocukların Akran İlişkisi

Bipolar bozukluk, yıkıcı duygudurum bozukluğu tanısı olan grupların ve kontrol grubunun akran ilişkisi tablo 15'de verilmiştir. Çocukların akran ilişkisi kikare testi ile karşılaştırıldığında üç grup arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. (p=0,036). (Tablo 15)

Tablo 15. *Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun akran ilişkisi*

Akran İlişkisi	BB grup n (%)	YDDB grup n (%)	Kontrol Grup	p*
İyi ve yeterli sayıda arkadaş	14 (73,4)	12 (57,1)	19 (90,4)	**0,036**
Yakın arkadaşı yok	7 (26,6)	9 (42,9)	2 (9,6)	
Toplam	21 (100)	21(100)	21(100)	

**:Kikare istatistiksel analiz yöntemi uygulanmıştır.*

Sağlıklı ergenlerin yakın arkadaş sayısı hem BB tanısı olan ergenlerden hem de YDDB tanısı olan ergenlerden daha fazladır.

4.1.17. Çocukların Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Young Mani Değerlendirme Ölçeği ve Duygusal Reaktivite Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması

Çocukların Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Young Mani Değerlendirme Ölçeği ve Duygusal Reaktivite Ölçeği Puanları açısından karşılaştırılması Oneway Anova ile yapılmıştır ve tablo 16 da verilmiştir

Tablo 16. Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği Revize Formu, Young Mani Değerlendirme Ölçeği ve Duygusal Reaktivite Ölçeği Puanları açısından karşılaştırılması

	BB grup (n=21)	YDDB grup (n=21)	Kontrol grup	F	p*
	ort ± SD	ort ± SD	ort ± SD		
ÇDDÖ-R	35,90 ± 4,10	35,66± 3,00	20,71 ± 2,30	152,730	**<0,001**
YMDÖ	7,90± 1,13	7,33± 0,96	2,61± 0,80	184,627	**<0,001**
DRİ	7,52 ± 1,07	9,61± 0,86	2,38± 1,07	285,857	**<0,001**

*:Oneway Anova istatistiksel analiz yöntemi kullanılmıştır.

ÇDDÖ-R: *Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği Revize Formu*

YMDÖ:Young Mani Değerlendirme Ölçeği

DR:Duygusal Reaktivite İndeksi

Grupların ikili karşılaştırılması için Bonferroni düzeltme uygulanarak post hoc analiz yapılmıştır. Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde ÇDDÖ-R toplam değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı (p:1) yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında (p<0,001) ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında (p<0,001) istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı ergenlerin depresif belirtilerinin en az olduğu; YDDB tanısı alan ve BB tanısı alan ergenlerin depresif belirtilerinin birbirine benzer şekilde olduğu saptanmıştır.

. Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde YMDÖ toplam değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı (p:0.192) yani YDDB tanısı olan ve BB tanısı olan grubun manik belirtilerinin benzer olduğu; yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı ergenlerin manik belirtilerinin en az olduğu; YDDB tanısı alan ve BB tanısı alan ergenlerin manik belirtilerinin birbirine benzer şekilde olduğu saptanmıştır.

Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde DRİ değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ($p<0,001$) YDDB tanısı olan ergenlerin BB tanısı olan ergenlere göre daha fazla irritabilite belirtisi olduğu; yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) BB tanısı olan gençlerin irritabilite belirtisinin kontrol grubundan fazla olduğu; ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu, YDDB tanısı olan gençlerin kontrol grubundan daha fazla irritabilite belirtisi olduğu saptanmıştır. İrritabilite belirtilerinin en fazla YDDB tanısı olan ergenlerde görüldüğü; sağlıklı ergenlerde ise en az olduğu saptanmıştır. YDDB tanısı olan ergenlerde BB tanısı ergenlere kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde irritabilite belirtileri daha fazla görülmektedir. Yine sağlıklı kontrollerde hem YDDB hem de BB tanısı olan ergenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde irritabilite belirtileri daha az görülmektedir.

4.2. Nöropsikolojik Testler

4.2.1. Stroop Testi

Tablo 17. *Stroop Testi sonuçları bakımından Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun karşılaştırılması*

	BB grup (n=15)	YDDB grup (n=6)	Kontrol grup	F	p*
	ort ± SD	ort ± SD	ort ± SD		
Stroop A (saniye)	43,00 ± 10,53	56,43± 14,97	28,81± 4,99	33,408	**<0,001**
Stroop B (saniye)	29,90± 5,99	44,19± 11,82	25,33± 2,59	33,405	**<0,001**
Stroop C (saniye)	76,38± 19,63	101,71± 27,31	50,95± 7,15	34,317	**<0,001**
Stroop D (saniye)	46,86 ± 19,12	57,33 ± 19,51	25,14± 7,42	21,190	**<0,001**
Spontan düzeltme	1,78 ± 1,00	1,90± 0,91	1,48 ± 0,81	1,185	0,313
Hata sayısı	1,22± 1,00	0,95± 1,05	1,14± 0,96	0,374	0,689

*:Oneway Anova istatistiksel analiz yöntemi kullanılmıştır.

Yürütücü işlevlerden olan cevap inhibisyonu ve bozucu etkiye direnci değerlendiren Stroop testi ile 1. Kartta (Stroop A) saptanan renkli okuma süresi, BB grubunda ortalama 44,00 ± 10,53 saniye, YDDB grubunda ortalama 56,43 ± 14,97 saniye ve kontrol grubunda ortalama 28,81±4,99 saniye olarak belirlendi. Renkli okuma süresi yönünden gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Renkli okuma süresi YDDB grubunda en uzun iken; sağlıklı gençlerde en kısadır.

2. kartta (Stroop B) saptanan renkli kelimeleri okuma süresi, BB tanısı olan grupta ortalama 29,90 ± 5,99 saniye, YDDB tanı grubunda ortalama 44,19 ± 11,82 saniye ve

kontrol grubunda ortalama 25,33±2,59 saniye olarak belirlendi. Renkli kelimeleri okuma süresi yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Renkli kelimeleri okuma süresi YDDB grubunda en uzun iken; sağlıklı gençlerde en kısadır.

Stroop C' de saptanan renkli kelimelerin rengini söyleme süresi, bipolar bozukluk tanısı olan grupta ortalama 76,38 ± 19,63 saniyedir, yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu olan grupta ortalama 101,71 ± 27,31 saniyedir ve kontrol grubunda ortalama 50,95±7,15 saniye olarak belirlenmiş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Renkli kelimelerin rengini söyleme süresi YDDB grubunda en uzun iken; sağlıklı gençlerde en kısadır.

Stroop D'de saptanan renkli kelimelerin rengini söyleme ve renkli kelimeleri okuma arasındaki süre farkı bipolar bozukluk tanısı olan grupta ortalama 46,86 ± 19,12 saniye, yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu olan ergen grubunda ortalama 57,33 ± 19,51 saniye ve kontrol grubunda ortalama 25,14±7,42 saniye olarak belirlenmiştir. Renkli kelimelerin rengini söyleme ve renkli kelimeleri okuma arasındaki süre farkı yönünden gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Renkli kelimelerin rengini söyleme ve renkli kelimeleri okuma arasındaki süre farkı YDDB grubunda en fazla iken; sağlıklı gençlerde en azdır.

Yapılan spontan düzeltme sayısı BB grubunda ortalama 1,78 ± 1,00, YDDB grubunda ortalama 1,90 ± 0,91 ve kontrol grubunda 1,48±0,81 olup, istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,313). Yapılan toplam hata sayısı BB grubunda 1,22 ± 1,00, YDDB grubunda 0,95 ± 1,05, kontrol grubunda 1,14±0,96 olup istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,689) (Tablo 18).

Grupların ikili karşılaştırılması için Bonferroni düzeltme uygulanarak post hoc analiz yapılmıştır Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde Stroop A değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu (p:0,001); . renkli okuma süresinin YDDB grubunda BB grubuna göre daha uzun olduğu; yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında (p<0,001) renkli okuma süresinin BB grubunda kontrol

grubuna göre daha uzun olduğu; ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında (p<0,001)da istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu; renkli okuma süresinin YDDB grubunda kontrol grubuna göre daha uzun olduğu; saptanmıştır. YDDB tanısı olan grupta Stroop A süresi en uzın; sağlıklı kontrollerde en kısa saptanmıştır.

Stroop B değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu (p<0,001); renkli kelimeleri okuma süresi YDDB grubunda BB grubundan daha uzun olduğu; ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında (p<0,001)da istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu yani YDDB grubunda sağlıklı gençlere göre renkli kelimeleri okuma süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır. Ancak bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamaıştır (p:0,187) YDDB tanısı olan grupta Stroop B süresi en uzın; sağlıklı kontrollerde en kısa saptanmıştır.

Stroop C değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu (p<0,001); renkli kelimelerin rengini söyleme süresi YDDB grubunda BB grubuna göre daha uzunken yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında (p<0,001) ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında (p<0,001) istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda hem BB grubuna hem de YDDB grubuna göre renkli kelimelerin rengini söyleme süresi daha kısadır. YDDB tanısı olan grupta Stroop C süresi en uzın; sağlıklı kontrollerde en kısa saptanmıştır

Stroop D değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı (p:0.126) renkli kelimelerin rengini söyleme ve renkli kelimeleri okuma arasındaki süre farkının BB ve YDDB grubunda benzer olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında (p<0,001) ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında (p<0,001)da istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontrollerde hem BB hem de YDDB grubuna göre) renkli kelimelerin rengini söyleme ve renkli kelimeleri okuma arasındaki süre farkı daha az saptanmıştır.

4.2.2. Wisconsin Kart Eşleme Testi

Tablo 18. *Wisconsin Kart Eşleme Testi sonuçları bakımından Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun karşılaştırılması*

	BB grup (n=21)	YDDB grup (n=21)	Kontrol Grup (n=21)	F	p*
WKET	ort ± SS	ort ± SS	ort ± SS		
Toplam doğru sayısı	39,95 ± 10,97	39,90± 7,25	51,90± 2,99	16,547	**<0,001**
Toplam yanlış sayısı	23,10± 9,35	24,10± 7,25	12,10± 2,99	18,723	**<0,001**
Perseveratif hata yüzdesi	10,86 ± 5,54	13,38 ± 5,40	3,33± 1,46	27,714	**<0,001**
Tamamlanan kategori sayısı	19,16 ± 11,89	12,05 ± 7,92	39,95±6,25	55,570	**<0,001**

*:Oneway Anova istatistiksel analiz yöntemi kullanılmıştır.

WKET:Wisconsin Kart Eşleme Testi

Yürütücü işlevlerin ölçüldüğü Wisconsin Kart Eşleme Testi alt parametre puanları (toplam doğru sayısı, toplam yanlış sayısı, perseveratif hata yüzdesi, tamamlanan kategori sayısı) açısından değerlendirildiğinde, "Toplam doğru sayısı" puan düzeyleri BB tanısı olan grupta ortalama 39,95±10,97, yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu olan ergen grubunda ortalama 39,90 ± 7,25 ve kontrol grubunda ortalama 51,90 ±2,99 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Sağlıklı kontrollerde toplam doğru sayısı en fazla iken; YDDB grubunda en az saptanmıştır.

"Toplam yanlış sayısı" puan düzeyleri BB tanısı olan ergen grubunda ortalama 23,10 ± 9,35, yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu olan ergen grubunda

ortalama 24,10 ± 7,25 ve kontrol grubunda ortalama 12,10 ±2,99 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Sağlıklı kontrollerde toplam yanlış sayısı en az saptanırken; YDDB grubunda en fazla saptanmıştır.

"Perseveratif hata yüzdesi" puan düzeyleri BB tanısı olan ergen grubunda ortalama 10,86± 5,54, yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu olan ergen grubunda ortalama 13,38 ± 5,40 ve kontrol grubunda ortalama 3,33 ±1,46 olarak olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Sağlıklı kontrollerde perseveratif hata yüzdesi en az saptanırken; YDDB grubunda en fazla saptanmıştır.

"İlk seferde tamamlanan kategori sayısı" ise BB tanısı olan ergen grubunda ortalama 19,16 ± 11,89, yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu olan ergen grubunda ortalama 12,05± 7,92 ve kontrol grubunda ortalama 39,95 ± 6,25 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Sağlıklı kontrollerde ilk seferde tamamlanan kategori sayısı en fazla saptanırken; YDDB grubunda en az saptanmıştır.

Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde toplam doğru sayısı değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı (p:1) yani YDDB grubu ve BB grubunun benzer doğru sayısı olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında (p<0,001) ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında (p<0,001) da istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontrollerin toplam doğru sayısı hem BB tanısı olan ergenlerden hem de YDDB tanısı olan ergenlerden daha fazladır.

Toplam yanlış değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı (p:1) yani YDDB grubu ve BB grubunun benzer yanlış sayısı olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında (p<0,001) ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında (p<0,001) istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontrollerin

toplam yanlış değerleri hem BB tanısı olan ergenlerden hem de YDDB tanısı olan ergenlerden daha azdır.

Perseveratif hata sayısı değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı (p:0,232) yani YDDB grubu ve BB grubunun benzer perseveratif sayısı olduğu saptanmıştır. Yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontroller hem BB tanısı olan ergenlerden hem de YDDB tanısı olan ergenlerden daha az perseveratif hata yapmaktadır.

İlk seferde tamamlanan kategori sayısı değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı (p:0,043) yani YDDB grubu ve BB grubunun benzer tamamlanan kategori sayısı olduğu saptanmıştır. Yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontroller hem BB tanısı olan ergenlerden hem de YDDB tanısı olan ergenlerden ilk seferde daha fazla kategori tamamlamıştır.

4.3. Otizm Tanı Görüşmesi (ADI-R) Sonuçları

Tablo 19: Otizm Tanı Görüşme Sonuçları açısından Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun karşılaştırılması

ADI-R	Bipolar Grup (ort±SS)	YDDB Grup (ort±SS)	Kontrol Grup (ort±SS)	**p***	F
A1	1,57±0.50	2,66±0,65	0,71±0,58	**<0,001**	60,047
A2	1,52±0,51	2,61±0,80	0,66±0,85	**<0,001**	36,725
A3	1,61±0,49	2,64±0,82	0,72±0,56	**<0,001**	47,283
A4	1,54±0,52	2,28±0,56	0,57±0,50	**<0,001**	58,379
Atotal	6,28±1,23	10,19±2,18	2,80±1,96	**<0,001**	84,730
B1	1,56±0,57	2,09±0,53	0,28±0,46	**<0,001**	71,688
B2	1,42±0,50	2,23±0,70	0,14±0,35	**<0,001**	80,272
B3	1,52±0,60	2,14±0,57	0,23±0,43	**<0,001**	67,514
B4	1,19±0,67	1,80±0,51	0,19±0,40	**<0,001**	47,473
Btotal	5,71±1,14	8,28±1,52	0,76±1,22	**<0,001**	179,981
C1	0,09±0,30	0,19±0,40	0,04±0,21	0,336	1,111
C2	0,09±0,30	0,19±0,40	0	0,336	1,111
C3	0	0	0		
C4	0	0	00		
Ctotal	0,28±0,46	0,28±0,46	0,23±0,43	0,926	0,077
D	0,23±0,44	0,57±0,50	0,04±0,28	**<0,001**	8,942

*:Oneway Anova istatistiksel analiz yöntemi kullanılmıştır.

ADI-R: Otizm Tanı Görüşme

Otizm Tanı Görüşme Sonuçları açısından bipolar bozukluk; YDDB ve kontrol grubu karşılaştırıldığında A kritelerine göre üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$).

A kriterinde Karşılıklı Sosyal Etkileşimde Kalitatif Anormallikleri Değerlendirme yapılmaktadır.

A1'de Sosyal Etkileşimde Sözel Olmayan Davranışlarında Kullanımda Zorluk değerlendirilmektedir ve üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$).

A2'de Akran ilişkisini geliştirmede zorluk değerlendirilmektedir ve üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$).

A3'de Ortak Keyif Almanın Yokluğu değerlendirilmektedir ve üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$).

A4'de Sosyoemosyonel karşılıklılığın yokluğu değerlendirilmektedir ve üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$).

Toplam A değerinde de üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$).

B Kriterinde İletişimde kalitaif anormallikler değerlendirilmiştir.

B1'de Dili konuşmada gecikme ya da konuşmanın yokluğu değerlendirilmektedir ve üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$).

B4'de Çeşitli spontan, -mış gibi oyunların ve sosyal taklit oyunlarının yokluğu değerlendirilmektedir ve üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$).

B2'de Konuşmayı başlatma ya da devam ettirmekte güçlük değerlendirilmektedir ve üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$).

B3'te Tekrarlayıcı, idiyosenkratik konuşma değerlendirilmektedir ve üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$).

Toplam B değerinde de üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır($p<0,001$).

C kriterinde Kısıtlı, tekrarlayıcı davranış paterni değerlendirilmektedir.

C1'de Sınırlı ilgi alanları değerlendirilmektedir ve üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p:0,336$).

C2'de İşlevsel olmayan rutin ve ritüellere kompulsif bağlılık değerlendirilmektedir ve üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p:0,336$).

C3'te tekrarlayıcı motor mannerizm ve C4: Cisimlerin parçaları ile ya da işlevsel olmayan materyaller ile yoğun uğraşı değerlendirilmiş gruplar arası fark bulunmamıştır.

Toplam C değerinde de üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p:0,926$).

D kriterinde 36 aydan önce gelişimsel dönüm noktalarında anomali değerlendirilirken üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$).

A kriterinde Karşılıklı Sosyal Etkileşimde Kalitatif Anormallikleri Değerlendirme yapılmaktadır. Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde toplam A değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ($p<0,001$) yani YDDB tanısı olan ergenlerin sosyal etkileşimde BB tanısı olan ergenlere göre daha fazla anomali olduğu saptanmıştır. Yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$)da

istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda hem BB tanısı olan ergenlere göre hem de YDDB tanısı olan ergenlere göre sosyal etkileşimde daha az anomali saptanmıştır.

B Kriterinde İletişimde kalitaif anormallikler değerlendirilmiştir. Toplam B değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ($p<0,001$) yani YDDB tanısı olan ergenlerin BB tanısı olan ergenlere göre daha fazla iletişimde anomalisi olduğu saptanmıştır. Yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$)da istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda hem BB tanısı olan ergenlere göre hem de YDDB tanısı olan ergenlere göre iletişimde daha az anomali saptanmıştır.

C kriterinde Kısıtlı, tekrarlayıcı davranış paterni değerlendirilmektedir. Toplam C değerleri gruplar arası incelendiğinde hiçbir grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kısıtlı tekrarlayıcı davranış patern özellikleir üç grupta benzer bulunmuştur.

D kriterinde 36 aydan önce gelişimsel dönüm noktalarında anomali değerlendirilmiştir. D değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı ($p:0,030$) yani 36 aydan önce gelişimsel dönüm noktalarında anomalilerin YDDB ve BB tanısı olan ergenlerde benzer olduğu; yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ($p:0,402$) anlamlı fark olmadığı saptanırken BB ve kontrol grubunun 36 aydan önce gelişimsel dönüm noktalarında anomalilerin de benzer olduğu; YDDB grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. YDDB grubunda kontrollere oranla 36 aydan önce gelişimsel dönüm noktalarında anomalilerin fazla olduğu saptanmıştır.

4.4. Zihin Kuramı ve Empati Sonuçları:

Tablo 20: Zihin Kuramı ve empati açısından Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun karşılaştırılması

	BB Grup (ort±SS)	YDDB Grup (ort±SS)	Kontrol Grup (ort±SS)	p*	F
Gözler testi	21,85±1,42	20,80±1,07	22,52±1,16	**<0,001**	10,335
Yüzler testi	16,09±1,13	15,09±0,76	16,52±1,03	**<0,001**	11,505
Gaf testi	7,04±0,92	6,85±0,79	8,04±0,80	**<0,001**	12,130
Bilişsel Empati	12,42±1,39	10,85±1,38	15,42±0,97	**<0,001**	70,177
Duyusal Empati	16,42±2,13	14,09±2,46	21,57±1,02	**<0,001**	78,751
Toplam Empati	28,85±3,42	24,95±3,61	37,0±1,64	**<0,001**	86,633

*:Oneway Anova istatistiksel analiz yöntemi kullanılmıştır.

Zihin kuramı gözler, yüzler ve GAF testi aracılığıya karşılaştırılmıştır. Her üç testte de bipolar bozukluk grubu, YDDB grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyal $p<0,001;p<0,001;p<0,001$). KASİ Empati ölçeğinde hem bilişsel hem duygusal empati ve hem de toplam skorda bipolar bozukluk grubu, YDDB grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyal $p<0,001;p<0,001;p<0,001$)

Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde gözler testi değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı (p:0,023) yani iki grubun zihin okuma becerilerinin gözler testinde benzer olduğu saptanmıştır. Yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında (p:0,254) istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı yani iki grubun da benzer zihin okuma becerisi ile gözler testinde benzer sonuçları olduğu saptanırken ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında (p<0,001) istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu; gözler testinde YDDB tanısı olan gençlerin kontrollere göre daha fazla zorlandığı saptanmıştır.

Yüzler testi değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu (p:0,005); YDDB grubunun yüzler testinde performansının BB tanısı olan gençlere göre daha kötü olduğu saptanmıştır. Yine YDDB grubu ile kontrol grubu arasında (p<0,001) istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu YDDB grubunun yüzler testinde performansının kontrol grubundan daha kötü olduğu saptanmıştır ancak bipolar bozukluk tanısı olan grup ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı yani yüzler testi performansının iki grup arasında benzer olduğu saptanmıştır.

Gaf testi değerleri gruplar arası incelendiğinde bipolar bozukluk tanıis olan grup ile YDDB tanısı olan grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (p:0,820) yani iki grubun Gaf testi performansları benzer olarak değerlendirilmiştir. Kontrol grubu ile bipolar bozukluk tanısı olan grup arasında ve yine kontrol grubu ile YDDB tanısı olan gruparasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (p:0,003 ve p<0,001). Sağlıklı kontrollerin hem BB tanısı olan ergenlere göre hem de YDDB tanısı olan ergenlere göre GAF testi performansı daha iyi olarak saptanmıştır.

Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde KASİ Empati Ölçeği toplam değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu (p<0,001) YDDB grubunun empati becerilerinin BB tanısı ola ergenlere göre daha zayıf olduğu saptanırken yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında (p<0,001) ve

YDDB grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) da istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontrollerin empati becerileri hem YDDB tanısı olan ergenlerden hem de BB tanısı olan ergenlerden daha iyi olarak saptanmıştır.

Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde KASİ Empati Ölçeği Bilişsel Empati değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu (p:0,001) YDDB grubunun bilişsel empati becerilerinin BB tanısı ola ergenlere göre daha zayıf olduğu saptanırken; bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) da istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontrollerin bilişsel empati becerileri hem YDDB tanısı olan ergenlerden hem de BB tanısı olan ergenlerden daha iyi olarak saptanmıştır.

Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde KASİ Empati Ölçeği Duygusal Empati değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu (p:0,001); YDDB grubunun duygusal empati becerilerinin BB tanısı ola ergenlere göre daha zayıf olduğu saptanırken yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$)da istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontrollerin duygusal empati becerileri hem YDDB tanısı olan ergenlerden hem de BB tanısı olan ergenlerden daha iyi olarak saptanmıştır.

4.5 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Sonuçları

Tablo 21: Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği açısından Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun karşılaştırılması

DDGÖ	BB Grup (ort±SS)	YDDB Grup (ort±SS)	Kontrol Grup (ort±SS)	p*	F
Farkındalık	14,23±2,93	15,00±3,94	12,71±2,26	0,062	2,912
Açıklık	11,76±4,92	11,33±4,45	10,14±1,74	0,396	0,942
Kabul Etmeme	15,42±5,01	15,00±5,43	9,42±1,12	**<0,001**	12,624
Strateji	19,19±5,98	18,14±7,52	9,52±1,32	**<0,001**	18,828
Dürtü	18,80±5,60	17,90±6,08	8,57±1,36	**<0,001**	28,785
Amaç	13,28±4,51	13,66±4,66	9,52±1,66	**<0,001**	7,356
Toplam	92,71±23,72	91,04±26,67	59,90±5,98	**<0,001**	16,425

*:Oneway Anova istatistiksel analiz yöntemi kullanılmıştır.

DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

Duygu düzenleme güçlükleri DDGÖ ile karşılaştırılmıştır. Açıklık ve farkındalık alt ölçeklerinde bipolar bozukluk grubu, YDDB grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (sırasıyla p:0,062;p:0,396). Kabul etmeme, strateji, dürtü alt ölçeklerinde bipolar bozukluk grubu, YDDB grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık

saptanmıştır (sırasıyal p<0,001;p<0,001;p<0,001). DDGÖ toplam skorunda da bipolar bozukluk grubu, YDDB grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001).

Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde DDGÖ toplam değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı (p:1) yani BB tanısı olan ergenlerin ve YDDB tanısı olan ergenlerin duygu düzenleme güçlüklerinin benzer olduğu ancak bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında (p<0,001) ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında (p<0,001)da istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı ergenlerin hem BB tanısı olan ergenlere göre hem de YDDB tanısı olan ergenlere göre daha az duygu düzenleme güçlüğü sorunları vardır.

4.6.Sosyal İletişim Ölçeği Sonuçları

Tablo 22: Sosyal İletişim Ölçeği açısından Bipolar Bozukluğu olan, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu olan ve kontrol grubun karşılaştırılması

Sosyal İletişim Ölçeği	BB Grup (ort±SS)	YDDB Grup (ort±SS)	Kontrol Grup (ort±SS)	p*	F
Sosyal	2,90±1,70	4,14±0,72	0,66±0,48	**<0,001**	53,546
İletişim	2,42±1,24	3,42±0,92	0,33±0,48	**<0,001**	59,371
Tekrarlayıcı	2,66±1,35	3,95±0,21	1±0	**<0,001**	73,392
Toplam	7,95±3,35	11,52±1,03	2,00±0,83	**<0,001**	112,097

*:Oneway Anova istatistiksel analiz yöntemi kullanılmıştır.

Sosyal iletişim ölçeği sosyal etkileşim, iletişim ve tekaralayıcı hareket alt ölçeklerinde ve toplam skorunda bipolar bozukluk grubu, YDDB grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla $p<0,001;p<0,001;p<0,001;p<0,001$).

Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde SİÖ toplam değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ($p<0,001$); YDDB grubunun sosyal iletişim ölçeği toplam değerlerinin BB grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun sosyal iletişim ölçeği toplam değerleri hem BB tanısı olan ergenlerden hem de YDDB tanısı olan ergenlerden daha düşük saptanmıştır.

Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde SİÖ iletişim değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ($p:0,003$) YDDB grubunun sosyal iletişim ölçeği ileitşim alt ölçeği değerlerinin BB grubuna göre daha yüksek olduğu yani iletişimsel güçlüklerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun iletişim özellikleirnin hem BB tanısı olan ergenlerden hem de YDDB tanısı olan ergenlerden daha iyi olduğu saptanmıştır.

Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde SİÖ sosyal etkileşim değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ($p:0,002$) YDDB grubunun sosyal iletişim ölçeği sosyal etkileşim alt ölçeği değerlerinin BB grubuna göre daha yüksek olduğu yani sosyal etkileşim alanında güçlüklerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun sosyal etkileşim özelliklerinin hem BB tanısı olan ergenlerden hem de YDDB tanısı olan ergenlerden daha iyi olduğu saptanmıştır.

Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde SİÖ tekrarlayıcı davranış değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ($p<0,001$) YDDB grubunda tekrarlayıcı davranışların BB tanısı olan gençlere göre daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında ($p<0,001$) istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır Kontrol grubunun tekrarlayıcı davranışlarının hem BB tanısı olan ergenlerden hem de YDDB tanısı olan ergenlerden daha az olduğu saptanmıştır.

4.7 Korelasyonlar

Tablo 23. Yürütücü İşlev Testlerinin; ZihinKuramı testleri, DRİ, ÇDDÖ-R ve YMDÖ ile ilişkisinin incelenmesi:

	Stroop D	WKET toplam hata	WKET tekrarlayıcı hata	DRİ	ÇDDÖ-R	YMDÖ	Yüzler	Gözler	Gaf
Stroop D		**p<0,001 r:0,436''**	**p:0,001 r:0,407''**	**p<0,001 r:0,618''**	**p<0,001 r:0,538''**	**p<0,001 r:0,526''**	**p:0,005 r:-0,355''**	p:0,185 r:-0,169	**p:0,042 r:-0,257'**
WKET toplam hata	**p<0,001 r:0,436''**		**p<0,001 r:0,887''**	**p<0,001 r:0,608''**	**p<0,001 r:0,550''**	**p<0,001 r:0,591''**	**p:0,006 r:-0,343''**	p:0,202 r:0,163	**p<0,001 r:-0,428''**
WKET tekrarlayıcı hata	**p:0,001 r:0,407''**	**p<0,001 r:0,887''**		**p<0,001 r:0,680''**	**p<0,001 r:0,609''**	**p<0,001 r:0,643''**	**p:0,007 r:-0,334''**	**p:0,026 r:-0,281'**	**p<0,001 r:-0,472''**
DRİ	**p<0,001 r:0,618''**	**p<0,001 r:0,608''**	**p<0,001 r:0,680''**		**p<0,001 r:0,825''**	**p<0,001 r:0,812''**	**p<0,001 r:-0,429''**	**P:0,002 r:-0,375''**	**p<0,001 r:-0,527''**
ÇDDÖ-R	**p<0,001 r:0,538''**	**p<0,001 r:0,550''**	**p<0,001 r:0,609''**	**p<0,001 r:0,825''**		**p<0,001 r:0,882''**	**p<0,001 r:-0,431''**	**P:0,001 r:-0,410''**	**p<0,001 r:-0,479''**
YMDÖ	**p<0,001 r:0,526''**	**p<0,001 r:0,591''**	**p<0,001 r:0,643''**	**p<0,001 r:0,812''**	**p<0,001 r:0,882''**		**p<0,001 r:-0,445''**	**p:0,001 r:-0,401''**	**p<0,001 r:-0,484''**
Yüzler	**p:0,005 r:-0,355''**	**p:0,006 r:-0,343''**	**p:0,007 r:-0,334''**	**p<0,001 r:-0,429''**	**p<0,001 r:-0,431''**	**p<0,001 r:-0,445''**		**p:0,044 r:0,254'**	p:0,094 r:0,464
Gözler	p:0,185 r:-0,169	**p:0,006 r:-0,343''**	**p:0,026 r:-0,281'**	**p:0,002 r:-0,375''**	**p:0,001 r:-0,410''**	**p:0,001 r:-0,401''**	**p:0,044 r:0,254'**		**p:0,02 r:0,292'**
Gaf	**p:0,042 r:-0,257'**	**p<0,001 r:-0,428''**	**p<0,001 r:-0,472''**	**p<0,001 r:-0,527''**	**p<0,001 r:-0,479''**	**p<0,001 r:-0,484''**	**p:0,094 r:0,464**	**p:0,02 r:0,292'**	

*:Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır

WKET:Wiskonsin Kart Eşleme Testi

DRİ:Duygusal Reaktivite İndeksi

ÇDDÖ-R:Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği Revize Form

YMDÖ:Young Mani Değerlendirme Ölçeği

Çalışmamızda yürütücü işlevler ile ÇDDÖ-R, DRİ ve YMDÖ skorları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Depresyon skorları, mani skorları ve irritabilite arttıkça yürütücü işlevlerde kötüleşme olmaktadır. Çalışmamızda yürütücü işlevlerle zihin kuramı testleri arasında ilişki incelendiğinde; aralarında anlamlı negatif korelasyon olduğu saptanmıştır. Zihin kuramı becerileri kötüleştikçe yürütcü işlevler performansında da kötüleşme olduğunu göstermektedir. Yine zihin kuramı testleri ile ÇDDÖ-R, DRİ ve YMDÖ skorları arasında ilişki incelendiğinde; aralarında anlamlı negatif korelasyon olduğu saptanmıştır. Zihin kuramı becerileri kötüleştikçe bu skorlar artmaktadır.

Tablo 24. DDGÖ değerlerinin, DRİ, ÇDDÖ-R,YMDÖ, SİÖ, Empati ölçeği ve ADI-R ile ilişkisinin incelenmesi

	DRİ	ÇDDÖ-R	YMDÖ	DDGÖ toplam	SİÖ toplam	Empati toplam	ADI R Tekrarlayıc	ADI R ileitşim	ADI R sosyal
DRİ		**p<0,001 r:0,825’’**	**P<0,001 r:0,812’’**	**p<0,001 r:0,592’’**	**p<0,001 r:0,825’’**	**p<0,001 r:-0,876’’**	p:0,375 r:0,116	**p<0,001 r:0,902’’**	**p<0,001 r:0,748’’**
ÇÇDR	**p<0,001 r:0,825’’**		**p<0,001 r:0,882’’**	**p<0,001 r:0,606’’**	**p<0,001 r:0,769’’**	**p<0,001 r:-0,694’’**	p:0,349 r:0,120	**p<0,001 r:0,794’’**	**p<0,001 r:0,671’’**
YMDÖ	**p<0,001 r:0,812’’**	**p<0,001 r:0,882’’**		**p<0,001 r:0,658’’**	**p<0,001 r:0,767’’**	**p<0,001 r:-0,692’’**	p:0,457 r:0,095	**p<0,001 r:0,794’’**	**p<0,001 r:0,576’’**
DDGÖ toplam	**p<0,001 r:0,592’’**	**p<0,001 r:0,606’’**	**p<0,001 r:0,658’’**		**p<0,001 r:0,443’’**	**p<0,001 r:-0,551’’**	p:0,552 r:0,076	**p<0,001 r:0,574’’**	**p<0,001 r:0,470’’**
SİÖ toplam	**p<0,001 r:0,825’’**	**p<0,001 r:0,769’’**	**p<0,001 r:0,767’’**	**p<0,001 r:0,443’’**		**p<0,001 r:-0,715’’**	p:0,739 r-0,043	**p:0,001 r:0,828’’**	**p<0,001 r:749’’**
Empati toplam	**p<0,001 r:-0,876’’**	**p<0,001 r:-0,694’’**	**p<0,001 r:-0,692’’**	**p<0,001 r:-0,551’’**	**p<0,001 r:-0,715’’**		p:0,759 r:0,039	**p:0,001 r:0,825’’**	**p<0,001 r:0,742’’**
ADI R Tekrarlayıcı	p:0,375 r:0,116	P:0,349 r:0,120	P:0,457 r:0,095	P:0,552 r:0,076	P:0,739 r-0,043	p:0,759 r:0,039		p:0,892 r:0,018	p:0,892 r:0,017
ADI R İletişim	**p<0,001 r:0,902’’**	**p<0,001 r:0,794’’**	**p<0,001 r:0,794’’**	**p<0,001 r:0,574’’**	**p<0,001 r:0,828’’**	**p<0,001 r:0,825’’**	p:0,892 r:0,018		**p<0,001 r:0,802’’**
ADI R Sosyal	**p<0,001 r:0,748’’**	**p<0,001 r:0,671’’**	**p<0,001 r:0,576’’**	**p<0,001 r:0,470’’**	**p<0,001 r:0,749’’**	**p<0,001 r:0,742’’**	p:0,892 r:0,017	**p<0,001 r:0,802’’**	

*:Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

DDGÖ:Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

DRİ:Duygusal Reaktivite İndeksi

ÇDDÖ-R:Çocuklar için Depresyon DeğerlendirmeÖlçeği Revize Form

YMDÖ:Young Mani Değerlendirme Ölçeği

SİÖ:Sosyal İletişim Ölçeği

ADI-R:Otizm Tanı Görüşmesi

Çalışmamızda DDGÖ ile ÇDDÖ-R,DRİ ve YMDÖ skorları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Depresyon skorları, mani skorları ve irritabilite arttıkça duygu düzenleme güçlükleri de artmaktadır. Yine DDGÖ ile SİÖ ve ADI R skorları arasında da pozitif korelasyon bulunmuştur. Duygu düzenleme güçlükleri arttıkça otizm belirtilerinin arttığını göstermektedir. Çalışmamızda empati ile CDRS, ARI ve YMÖ skorları arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Depresyon skorları, mani skorları ve irritabilite arttıkça empati güçlükleri de artmaktadır

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Bu çalışma bipolar bozukluk tanısı olan ergenlerler, yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu tanısı olan ergenler ve sağlıklı gençlerin nörobilişsel ve sosyal biliş açısından karşılaştırıldığı ilk çalışmadır. Yapılan uygulamalarla ergenlere uygulanan nörobilişsel ve sosyal bilişsel testlerin bipolar bozukluk ya da yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğuna ilişkin özgün değerini belirlemek açısından da bu çalışma bir pilot çalışma niteliği taşımaktadır. Çalışmamızda yürütücü işlev özellikleri, zihin kuramı becerileri, otizm belirtileri, empati ve duygu düzenleme güçlüklerinin bipolar bozukluk tanısı olan ergenlerlerde, yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu tanısı olan ergenlerde klinik özelliklerle ilişkisi de araştırılmıştır.

5.1.Sosyodemografik Özellikler Yönünden Karşılaştırma

Bipolar bozukluk olan grupta yer alan çocukların yaş ortalaması 15,86 ± 1,23 yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu olan grupta yer alan çocukların yaş ortalaması ise 15,67 ± 1,29 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda yer alan gençlerin yaş ortalaması ise 15,29 ± 1,64'tür. Grupların yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Grupların cinsiyet özellikleri ki kare testi ile karşılaştırılmıştır. Bipolar bozukluğu olan çocukların %52.4'ü (n=11) kız, %47.6'sı (n=10) erkek; yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu olan grubunun %47.6'sı (n=10) kız, %52.4'ü (n=11) erkek iken kontrol grubunda %47.6'sı (n=10) kız, %52.4'ü (n=11) erkektir. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Katılımcıların cinsiyet özellikleri var olan güncel yazın ile benzerdir.

Ebeveynlerin medeni durumu, çalışmaya katılanların kardeş sayısı, aile yapısı incelendiğinde bipolar bozukluk tanısı olan ergenler, yıkıcı duygudurum bozukluğu olan ergenler ve sağlıklı ergenler arasında farklılık saptanmamıştır ve grupların benzer özellikte olduğu görülmektedir. Yine annelerin eğitim durumları, babaların eğiitm durumları, anneleirn ve babaların meslekleri, ailede tıbbi hastalık verileri incelendiğinde bipolar bozukluk tanısı olan ergenler, yıkıcı duygudurum bozukluğu

olan ergenler ve sağlıklı ergenler arasında farklılık saptanmamıştır. Bipolar bozukluk tanısı olan ergenlerin %57,1'inde ailede ruhsal hastalık saptanırken; YDDB grubunun %33,3'ünde ve kontrol grubunun %14,3'ünde ailede ruhsal rahatsızlık saptanmıştır. Bipolar bozukluk kalıtımsal geçişi yüksek oranda olan ve ailede ruhsal rahatsızlığı olanlarda daha sık görülen bir bozukluktur. Bu bağlamda ailede ruhsal hastalık oranının en fazla bipolar bozukluk grubunda olması literatürle uyumlu bir durumdur (115).

Çocukların okul başarısı açısından bipolar bozukluk grubunda 12 çocuğun ders başarısı orta ve ortanın altında iken (%57,2); yine YDDB grubunda da %57,2'sinde ders başarısı orta ve ortanın altındadır; kontrol grubunun %14,3'ünde ders başarısı bu şekildedir. Bir gencin psikiyatrik bir rahatszılığı olması durumunda etkilenen işlevsellik alanlarından biri de akademik başarısıdır. Bu noktada hem BB tanısı olan hem de YDDB tanısı olan gençlerin okul başarısında ciddi etkilenmeler olduğu görülmektedir. Bu bulgu da literatürle uyumlu diğer bir bulgumuzdur (116,117).

Akran ilişkisi açısından ise kontrol grubunun %90,4 ü yakın arkadaşı olduğunu belirtirken BB tanısı olan grubun %73,4'ü ve YDDB tanısı olan grubun %57,1 i yakın arkadaş tariflemiştir. Yine psikiyatrik rahatsızlıkların akran ilişkilerini de olumsuz yönde etkilediği yapılan çalışmalarda da gösterilmiştir (118,119).

5.2.Nöropsikolojik Test Sonuçları Yönünden Karşılaştırma

5.2.1.Stroop Interferans Testi Açısından Grupların Karşılaştırılması

Seçici dikkat performansının değerlendirilmesi için Stroop testi kullanılmıştır. Stroop testi algısal kurulum ve tepkiyi değiştirebilme becerisi, amaca yönelik davranışı sürdürebilme, bilgi işleme hızı, konsantrasyon, dikkati ölçen bit testtir (101). Grupların Stroop testi performanslarını incelediğimizde; BB tanısı olan gençler; YDDB tanısı olan gençler ve sağlıklı kontroller kıyaslandığında Stroop A, Stroop B, Stroop C, Stroop D arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunurken hata oranları ve düzeltme oranları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yürütücü işlevlerden olan cevap inhibisyonu ve bozucu etkiye direnci değerlendiren Stroop testi ile 1. Kartta

(Stroop A) saptanan renkli okuma süresi, YDDB grubunda en uzun iken; sağlıklı gençlerde en kısadır. 2. kartta (Stroop B) saptanan renkli kelimeleri okuma süresi YDDB grubunda en uzun iken; sağlıklı gençlerde en kısadır. Stroop C' de saptanan renkli kelimelerin rengini söyleme süresi, YDDB grubunda en uzun iken; sağlıklı gençlerde en kısadır. Stroop D'de saptanan renkli kelimelerin rengini söyleme ve renkli kelimeleri okuma arasındaki süre farkı YDDB grubunda en fazla iken; sağlıklı gençlerde en azdır. Yapılan spontan düzeltme sayısı açısından üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Grupların ikili karşılaştırılması için Bonferroni düzeltme uygulanarak post hoc analiz yapılmıştır Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde Stroop A değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu; renkli okuma süresinin YDDB grubunda BB grubuna göre daha uzun olduğu; yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında renkli okuma süresinin BB grubunda kontrol grubuna göre daha uzun olduğu; ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu; renkli okuma süresinin YDDB grubunda kontrol grubuna göre daha uzun olduğu; saptanmıştır. YDDB tanısı olan grupta Stroop A süresi en uzın; sağlıklı kontrollerde en kısa saptanmıştır.

Stroop B değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu; renkli kelimeleri okuma süresi YDDB grubunda BB grubundan daha uzun olduğu; ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu yani YDDB grubunda sağlıklı gençlere göre renkli kelimeleri okuma süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır. Ancak bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamaıştır. YDDB tanısı olan grupta Stroop B süresi en uzın; sağlıklı kontrollerde en kısa saptanmıştır.

Stroop C değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu; renkli kelimelerin rengini söyleme süresi YDDB grubunda BB grubuna göre daha uzunken yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda hem BB

grubuna hem de YDDB grubuna göre renkli kelimelerin rengini söyleme süresi daha kısadır. YDDB tanısı olan grupta Stroop C süresi en uzın; sağlıklı kontrollerde en kısa saptanmıştır

Stroop D değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı renkli kelimelerin rengini söyleme ve renkli kelimeleri okuma arasındaki süre farkının BB ve YDDB grubunda benzer olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontrollerde hem BB hem de YDDB grubuna göre renkli kelimelerin rengini söyleme ve renkli kelimeleri okuma arasındaki süre farkı daha az saptanmıştır.

Çalışmamızın verileri değerlendirildiğinde YDDB tanısı olan gençlerde stroop performansının birçok alanda hem bipolar bozukluk tanısı olan gençlerden hem de sağlıklı gençlerden daha kötü olduğu bazı alanlarda da bipolar bozukluk tanısı olan gençlerle YDDB tanısı olan gençlerin benzer performansları olduğu görülmektedir. Nörobilişsel açıdanYDDB tanısı olan gençlerde en az bipolar bozukluk tanısı olan gençlerdeki kadar bozulma olduğu görülmektedir. Elde ettiğimiz bulguların sonuçları düşünüldüğünde yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu da aynı bipolar bozukluk gibi çocuk ve ergenlerin seçici dikkatlerini etkilemektedir. Henüz bu konuda yapılmış geniş örneklemli çalışma bulunmamaktadır. Bipolar Bozukluk tanısı olan gençlerle sağlıklı gençler arasında yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Bizim çalışmamıza benzer şekilde BB tanısı olan ötimik dönemde ergenlerin stroop testi ile dikkatilerinin değerlendirildiği başka bir çalışmada çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde BB tanısı olan ergenlerin sağlık kontrollere göre stroop testinde zayıf performans gösterdiğini bulmuşutr. BB tanısı olan gençlerin dikkati sürdürmede güçlükleri belirgin olarak bulunmuştur (120).

Ötimik pediatrik bipolar bozukluk tanısı olan gençlerin sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı diğer çalışmalarda da BB grubunda sağlıklı gruba göre stroop testi performansları etkilenmiş bulunmuştur (121). Doyle ‘nin çalışmasında da benzer şekilde BB grubun performansı sağlıklı gruba göre daha kötü bulunmuştur (122).

BB tanısı olan bireyler ile kontrol grubundaki katılımcıların, stroop testi tamamlama süreleri, hata oranları ve düzeltme oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Stroop testinin bozucu uyarana karşı direnç gösterme bölümünde hasta gruplarının kontrol grubuna göre daha yüksek skorlarının olması stroop performanslarının düşük olduğunu göstermiştir. BB tanılı hastalarda sağlıklı kişilere göre seçici dikkat performansının daha düşük olması bilimsel yazınla uyumludur (123-126).

YDDB ve BB tanılı ergenlerin sağlıklı kontrollerle Stroop testi aracılığıyla değerlendirildiği ilk çalışma bizim çalışmamızdır. YDDB'nin BB'grubuna göre daha yüksek oranda bilişsel bozulma göstermesi bu grubun bilişsel işlevlerindeki daha ciddi bir yıkımın habercisi de olabilir. YDDB ve yüksek DEHB birlikteliği bilişsel fonksiyonları etkilemiş olabilir. YDDB'nin nörogelişimsel bozukluklarla birlikte daha sık görülmesi ve nörogelişimsel bozukluk paternine yakın olması bilişsel fonksiyonlardaki bozulmayla ilişkili olabilir.

5.2.2.Wisconsin Kart Eşleme Testi Açısından Grupların Karşılaştırılması

Soyutlama ve çevresel durumlardaki değişikliklere cevap olarak bilişsel stratejileri değiştirme yeteneğini gösteren; stratejik planlama, organizasyon ve bilişsel setleri değiştirmek için çevreden gelen geri bildirimleri kullanabilme becerisini de içeren yürütücü işlevlerin ölçüldüğü testtir (121). Yürütücü işlevlerin ölçüldüğü Wisconsin Kart Eşleme Testi alt parametre puanları (toplam doğru sayısı, toplam yanlış sayısı, perseveratif hata yüzdesi, tamamlanan kategori sayısı) açısından değerlendirildiğinde, "Toplam doğru sayısı" puan düzeyleri açısından gruplar arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ve sağlıklı kontrollerde toplam doğru sayısı en fazla iken; YDDB grubunda en az saptanmıştır.

"Toplam yanlış sayısı" puan düzeyleri açısından gruplar arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağlıklı kontrollerde toplam yanlış sayısı en az saptanırken; YDDB grubunda en fazla saptanmıştır.

"Perseveratif hata yüzdesi" puan düzeyleri açısından gruplar arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağlıklı kontrollerde perseveratif hata yüzdesi en az saptanırken; YDDB grubunda en fazla saptanmıştır.

"İlk seferde tamamlanan kategori sayısı" açısından gruplar arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağlıklı kontrollerde ilk seferde tamamlanan kategori sayısı en fazla saptanırken; YDDB grubunda en az saptanmıştır.

Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde toplam doğru sayısı değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı yani YDDB grubu ve BB grubunun benzer doğru sayısı olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında da istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontrollerin toplam doğru sayısı hem BB tanısı olan ergenlerden hem de YDDB tanısı olan ergenlerden daha fazladır.

Toplam yanlış değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı; YDDB grubu ve BB grubunun benzer yanlış sayısı olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontrollerin toplam yanlış değerleri hem BB tanısı olan ergenlerden hem de YDDB tanısı olan ergenlerden daha azdır.

Perseveratif hata sayısı değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı yani YDDB grubu ve BB grubunun benzer perseveratif sayısı olduğu saptanmıştır. Yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontroller hem BB tanısı olan ergenlerden hem de YDDB tanısı olan ergenlerden daha az perseveratif hata yapmaktadır.

İlk seferde tamamlanan kategori sayısı değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark

olmadığı yani YDDB grubu ve BB grubunun benzer tamamlanan kategori sayısı olduğu saptanmıştır. Yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontroller hem BB tanısı olan ergenlerden hem de YDDB tanısı olan ergenlerden ilk seferde daha fazla kategori tamamlamıştır.

Bilimsel yazında yürütücü işlev performanslarının değerlendirilmesinde WKET'ni kullanan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bilimsel dizinde genel olarak BB tanılı hastaların WKET performanslarının kontrol grubuna göre düşük olduğu belirtilmiştir (127-132). **Ancak YDDB ve BB tanılı ergenlerin sağlıklı kontrollerle nöropsikilojik açıdan WKET aracılığıyla değerlendirildiği başka bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma YDDB tanılı çocukların nöropsikolojik açıdan WKET ile değerlendirildiği de ilk çalışmadır.** Dolayısıyla biz çalışmamızda hem ilk kez yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğunda Wisconsin Kart Eşleme Testi'ni kullanırken hem de elde ettiğimiz bulgularla yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu ile bipolar bozukluk tanısı olan çocuk ve ergenlerin Wisconsin Kart Eşleme Testi özellikleri arasında farklılık olmadığını tespit ettik. Her iki bozuklukta da çalışma belleği ciddi anlamda etkilenmişti. Bu literatürde ilk defa gösterilmiştir. Elde ettiğimiz bulgular sonucunda düşünüldüğünde yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu da aynı bipolar bozukluk gibi çocuk ve ergenlerin çalışma belleğini, bilişsel esnekliğini etkilemektedir. Bu sebepten buna yönelik çalışmalar yapılması yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu olan çocuk ve gençlerin tedavisi için ışık tutabilir.

Literatürde BB olgularında uygulanan WKET skorları gözden geçirildiğinde tutarsız sonuçlar belirtilmektedir. Rossi ve arkadaşlarının erişkin popülasyonla yaptığı çalışmasında BB olgularının Tamamlanan Kategori ve Toplam Hata skorlarında sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak farklı sonuçlar elde etmedikleri belirtilmiştir (133). Doyle ve arkadaşlarının çocuk ve ergen popülasyonunda yaptığı

değerlendirmede ise BB olguları tamamlanan kategori ve tekrarlı hata skorlarında sağlıklı kontrollerden farklılıklar olduğu saptanırken; Karakurt ve arkadaşlarının 2013 yılındaki çalışmasında ilk kategori tamamlanana kadarki hata sayısı haricinde WKET'in tüm alt skorlarında BB olguları, hem BB açısından riskli gruptan hem de sağlıklı kontrollerden farklı olduğu gösterilmiştir (122,134). Yapılan başka bir çalışmada bipolar bozukluk tanısı olan gençlerin hem epizotlarda hem de ötimik iken WKET ile değerlendirilen nörokognitif becerilerde bozulma olduğu gösterilmiştir (135). Tekrarlı ölçümleri yapılan olguların Stroop İnterferans ve WKET Tamamlanan Kategori ile Tekrarlı cevap, Tekrarlayan hata ölçümlerinde ölçümler arası anlamlı fark gözlenmemiş, fakat bağımsız grupların karşılaştırmalarında WKET Tekrarlayan cevap skoru haricinde tüm skorlarda istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiş ve post-hoc analizlerde manik atakta bozulma en yüksek düzeyde gözlenmiştir. Mevcut sonuçlar BB'de yürütücü işlevlerde bozulma tarifleyen literatür ile uyumludur.

5.3. Duygu düzenleme güçlükleri açısından grupların karşılaştırılması

Duygu düzenlemede güçlük tetikleyici bir uyaran karşısında o kişinin duygusal yanıtını düzenlemesinde ve kontrol etmesinde yetersizlik olmasıdır. Çalışmamızda Duygu düzenleme güçlükleri DDGÖ ile karşılaştırılmıştır. Açıklık ve farkındalık alt ölçeklerinde bipolar bozukluk grubu, YDDB grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kabul etmeme, strateji, dürtü alt ölçeklerinde bipolar bozukluk grubu, YDDB grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. DDGÖ toplam skorunda da bipolar bozukluk grubu, YDDB grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır.

Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde DDGÖ toplam değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı yani BB tanısı olan ergenlerin ve YDDB tanısı olan ergenlerin duygu düzenleme güçlüklerinin benzer olduğu ancak bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı ergenlerin hem BB tanısı

olan ergenlere göre hem de YDDB tanısı olan ergenlere göre daha az duygu düzenleme güçlüğü sorunları vardır.

Duygu düzenleme güçlükleri açısından hem YDDB hem de BB olan grubun benzer şiddette güçlükler yaşadığı gösterilmiştir. Güncel literatürde YDDB de duygu düzenleme güçlüklerini inceleyen bir çalışma ya da YDDB ve bipolar bozukluk grubunu bizim çalışmamızdaki gibi kıyaslayan bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Bipolar bozukluk sosyal yaşamda güçlükler, akademik başarısızlık ve yüksek suisid oranları ile seyreden ve işlevsellik de bozulma düzeyleri belirgin olan bir bozukluktur (136,137). Psikososyal işlevselliğin olumsuz seyretmesi ile duygu düzenleme güçlüğü arasında ilişki gösterilmiştir (138,139). Duygu düzenleme güçlüğü yoğun duyguların düzenlenmesinde zorluklarla karakterize trans diagnostik bir yapıdır (140). Yine BB tanısı olan olguların duygu düzenleme alanında belirgin güçlük yaşadıkları; maladaptif duygu dzüenleme stratejileirni daha fazla kullandıkları gösterilmiştir duygu düzenleme güçlükleri yaşadıkları bulunmuştur (141).

Bipolar bozukluk tanısı olan bireyler incelendiğinde hem epizotta iken hem de epizotlar arası dönemde iken psikososyal işlevsellikte azalma olduğu gösterilmiş; bu azalmanın duygu düzenleme güçlükleri ile ilişkisi araştırma konusu olmuştur (142). Bazı araştırmalar özellikle epizotlar arasında bireylerin yaşadığı duygu düzenleme güçlüklerinin hastalık belirtilerinin devam etmesiyle ilişki olabileceğini ve psikososyal işlevselliği olumsuz etkilediğini vurgulamıştır (143,144). Özelllikle ergenlerde epizotlar arası dönemlerde yapılan çalışmalarla belirtiler ve duygu düzenleme güçlükleri arasında ilişkinin incelenmesi; ergenlilkte başlayan bipolar bozukluğun ağır seyri açısından da önemlidir. Ötimik bipolar bozukluk tanılı vakalarda yapılan çalışmalarda duygu dalgalanması ve duygusal yoğunluk yaşamanın ötiminin temel belirtilerinden olduğu ve epizotlar arasında da emosyonel özelliklerin karakteristik olabileceğine dikkat çekilmiştir (143-145).

Pediatrik bipolar bozukluk tanılı çocuklarda duygusal değikenlik; duygularını düzenleyememe çok sık görülmektedir (146). Bizim çalışmamızda da hem BB grubunun, hem de YDDB grubunun; kontrol grubundaki gençlere göre daha yüksek

puan almaları bu verilerle uyumludur. Bipolar bozukluk tanısı olan gençlerde dürtüselliğin belirgin olması ve kabullenme sürecinde zorluklar yaşamaları dikkat ekici özelliklerdendir. Duygularını kabul edememe olumsuz bir olay esnasında odaklanmakta güçlüğe ve görevi sürdürmede zorluğa sebep olabilir. Bu durumla ilişkili olarak da amaçlar ve stratejiler alanlarından da zorlanmalar yaşanabilir. Yapılan çalışmalarda gösterilen orbitofrontal ve subgenual beyaz madde de yapısal anomaliler BB'ta duygu düzenleme güçlüklerinin ve impulsivitenin nörobiyolojik modelini açıklamada yararlı olabilir (147). Duygu düzenleme güçlüğünün merkezinde limbik aşırı aktivite ve göreceli prefrontal aktivite eksikliği yer almaktadır ki bu durum; duygudurum düzenlemesine aracılık eden limbik yapılar üzerindeki prefrontal etkinin azaldığını gösterir (148). Inferior frontal girusda fonksiyonel diskonnektivite duygu düzenleme güçlüğünde rol alır ve özelikler pediatrik bipolar bozuklukta rol oynamaktadır (149). Bipolar bozukluk tanılı çocuklar, duygusal ifadeleri doğru bir şekilde yorumlayabilmek için daha yüksek düzeyde duygusal yoğunluğa ihtiyaç duyarlar ve yüz ifadelerinin yoğunluğundaki hafif değişiklikleri ayırt etmekte zorluk çekerler bu özellik de hem duygu dzüenlemde güçlük yaşamlarına hem de sosyal bilişte zorluklara sebep olmaktadır (150). Frontolimbik beyin ağlarındaki disfonksiyon hem sosyal bilişte hem de duygu düzenleme güçlüklerinde rol oynayan ortak mekanizma olabilir (151).

Güncel literatür incelendiiğinde YDDB ile duygu düzenleme becerileri arasındaki ilşikiyi inceleyen bir çalışma buunmamıştır. YDDB tanısın da DSM 5' yer aldığı depresif bozukluklar ile ilgili yapılan çalışmalar incelenmiştir. Yapılan çalışmalarda duygu düzenleme güçlüğü ile depresyon arasında ilişki olduğu ve depresif belirtilerin ortaya çıkma sürecini ve şiddetini etkilediği gösterilmiştir. (152,153). Duygu düzenleme becerileri hem psikososyal iyilik halinin korunmasında hem de ergenlikte piskopatoloji ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır (154). YDDB tanısı olan çocukların duygu düzenleme becerilerinde yaşadığı güçlükler belki de hastalığın ortaya çıkmasında önemli rol oynuyor da olabilir. Etkin duygu düzenleme stratejileri olmayan gençlerin psikiyatrik hastalıklar için yatkınlığı artabilir. Özellikler duygu düzenleme güçlükleri arttıkça irritabilitenin de artıyor olması YDDB ve BB için tedavide değerlendirilmesi gereken bir alan olarak duygu düzenleme stratejilerini karşımıza çıkarmaktadır.

5.4. Zihin Kuramı ve Empati Becerileri açısından grupların karşılaştırılması

Zihin kuramı gözler, yüzler ve Gaf testi aracılığıya karşılaştırılmıştır. Zihin kuramı gözler, yüzler ve GAF testi aracılığıya karşılaştırılmıştır. Her üç testte de bipolar bozukluk grubu, YDDB grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. YDDB tanısı olan grubun zihin kuramı testlerinde en çok zrolandığı saptanmıştır. KASİ Empati ölçeğinde hem bilişsel hem duygusal empati ve hem de toplam skorda bipolar bozukluk grubu, YDDB grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. YDDB tanısı olan gençlerin empati becerileir alanında en çok güçlük yaşadığı saptanmıştır.

Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde gözler testi değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı yani iki grubun zihin okuma becerilerinin gözler testinde benzer olduğu saptanmıştır. Yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı yani iki grubun da benzer zihin okuma becerisi ile gözler testinde benzer sonuçları olduğu saptanırken ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu; gözler testinde YDDB tanısı olan gençlerin kontrollere göre daha fazla zorlandığı saptanmıştır.

Yüzler testi değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu; YDDB grubunun yüzler testinde performansının BB tanısı olan gençlere göre daha kötü olduğu saptanmıştır. Yine YDDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu YDDB grubunun yüzler testinde performansının kontrol grubundan daha kötü olduğu saptanmıştır ancak bipolar bozukluk tanısı olan grup ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı yani yüzler testi performansının iki grup arasında benzer olduğu saptanmıştır.

Gaf testi değerleri gruplar arası incelendiğinde bipolar bozukluk tanıis olan grup ile YDDB tanısı olan grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır yani iki grubun Gaf testi performansları benzer olarak değerlendirilmiştir. Kontrol grubu ile bipolar bozukluk tanısı olan grup arasında ve yine kontrol grubu ile YDDB tanısı olan gruparasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağlıklı kontrollerin hem BB tanısı olan ergenlere göre hem de YDDB tanısı olan ergenlere göre Gaf testi performansı daha iyi olarak saptanmıştır.

Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde KASİ Empati Ölçeği toplam değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu YDDB grubunun empati becerilerinin BB tanısı ola ergenlere göre daha zayıf olduğu saptanırken yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontrollerin empati becerileri hem YDDB tanısı olan ergenlerden hem de BB tanısı olan ergenlerden daha iyi olarak saptanmıştır.

Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde KASİ Empati Ölçeği Bilişsel Empati değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu YDDB grubunun bilişsel empati becerilerinin BB tanısı ola ergenlere göre daha zayıf olduğu saptanırken; bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontrollerin bilişsel empati becerileri hem YDDB tanısı olan ergenlerden hem de BB tanısı olan ergenlerden daha iyi olarak saptanmıştır.

Bonferroni düzeltme uygulanarak yapılan post hoc analizde KASİ Empati Ölçeği Duygusal Empati değerleri gruplar arası incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu; YDDB grubunun duygusal empati becerilerinin BB tanısı ola ergenlere göre daha zayıf olduğu saptanırken yine bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasında ve YDDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontrollerin duygusal empati becerileri hem YDDB tanısı olan ergenlerden hem de BB tanısı olan ergenlerden daha iyi olarak saptanmıştır.

Zihin kuramı becerilerinin; mental state decoding yani zihinsel durumun çözümlenmesi ve mental state reasoning yani zihinsel durumun muhakeme edilmesi gibi değerlendirilebileceği çalışmalarda gösterilmiştir (155). Örneğin gözler ve yüzler testlerinde zihinsel durumun çözümlenmesi komponenti değerlendirilirken gaf testinde ise muhakeme kısmı değerlendirilir (156). Bora ve ark nın yaptığı çalışmada BB tanısı olan ötimik olguların zihin kuramının her iki komponentinde de zorluk yaşadığı gösterilmiştir (157). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde her iki komponentte de bozulma saptanmıştır.

Pediatrik bipolar bozukluk ve zihin kuramı ilişkisini inceleyen tek bir metaanaliz bulunmaktadır (158). Bu metaanalizde bipolar bozukluk tanılı çocuk ve ergenlerde sosyal bilişle ilişkili hem zihin kuramında hem de emosyonları tanıma alanlarında zorluklar yaşadığı gösterilmiştir. Zihin kuramı (Hedges' g = 0.98), ve duygu tanıma yeteneği (Hedges' g = 0.74) orta geniş aralık derecesinde saptanmıştır. Bu bulguların hastaların içinde bulunduğu epizotlardan etkilenmediği de gösterilmiştir. Yine yaş, cinsiyete ve kullanılan ilaçlardan bağımsız olduğu bulunmuştur. Geniş etki aralığı zihin kuramı becerileri ile bipolar bozukluğun yakından ilişkisini göstermiştir (159). Bora ve ark tarafından 1214 erişkin BB tanısı olanlarda zihin kuramı becerilerinin incelendiği metaanalizde zihin kuramı becerilerinde yaşanılan güçlüklerin benzer derecede olduğu gösterilmiştir (8). Zihin kuramı becerilerinde kontrollere göre anlamlı derecede zorluk yaşadıkları gösterilmiştir (Cohen's d = 0.63) (8). Samame ve ark metaanalizinde de ötimik dönemde bipolar bozukluk tanısı olanlarda zihin kuramı güçlüklerinin kontrollere daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır (Cohen's d = 0.79) (159).

Bipolar bozuklukta ötimik durumda dahi zihin kuramında zorluklar yaşanması hem duygudurum bozukluklarının hem de psikotik bozukluklarının sosyal bilişte bu kadar güçlüğe sebep olmasının transdiagnostik nörobiyolojik mekanizmalarla ilişkili ortak genetik komponenetlerden köken aldığını düşündürmektedir (160).

Rotenberg ve ark (2020) yaptığı metaanalizde ötimide de Zihin Kuramı becerilerinde güçlüklerin devam etmesinin bipolar bozukluk için olası bir endofenotip olacağı üzerinde durmuştur ve bu metaanaliz sonuçları önceki araştırmaların sonuçlarını da destekler niteliktedir (161). Çocuk ve ergenlerde bipolar bozukluk ve sosyal biliş ilişkisini inceleyen çok az çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda da bipolar

bozukluğu tanısı olan ergenlerin yüz tanıma gibi zihin kuramı testlerinde zorluk yaşadıkları gösterilmiştir (162,163). Yaşamın daha erken döneminde sosyal bilişteki bu bozulmanın erişkin bipolar bozuklukla benzer olması benzer nörogelişimsel dönemlerle ilişkili mekanizmalarının altını çizmektedir. Pediatrik bipolar bozukluk tanısı olan gençlerde uzunlamasına çalışmalar yapılarak konunun araştırılması daha açıklayıcı olacaktır.

Lemvigh ve ark tarafından yapılan araştırmada bipolar bozukluk tanısı olan bireylerde empati becerilende zorluk olduğu ortaya koyulmuştur (164). Yine Yang ve ark. yaptığı çalışmada da bipolar bozuklukta empati becerilende güçlük yaşandığı ortaya koyulmuştur (165). Empati bceerilerinin ve zihin kuramı becerileirnin bipolar bozukluk ve YDDB için dayanıklılığı artırabilen beceriler olabileceği unutulmamalıdır.

Çalışmamızın önemli bir bulgusu da YDDB tanısı olan gençlerin empati becerilerinin ve zihin kuramı becerilerinin hem bipolar bozukluk hem de kontrol grubundan daha fazla bozulmuş olmasıdır. Güncel yazın incelendiğinde bu konuda yapılan herhangi bir çalışma olmadığı görülmüştür. Literatürde YDDB ve DEHB komorbid YDDB olanların sağlıklı kontrollerle empati ve zihin kuramı becerileri açısından incelendiği bir çalışmada YDDB ve DEHB olan grubun hem empati beerileri hem de zihin kuramı yetenekleri açısından sadece DEHB tanısı olanlara göre ve sağlıklı kontrollere göre daha fazla zorluk yaşadıkları tespit edilmiştir (166).

Çalışmamızın sonuçları göz önüne alındığında YDDB tanısının da ZK becerilerinde güçlükler ilişkili olduğu görülmüştür. Daha geniş örneklemli çalışmlarla bulunan verileirni değerlendirilmesi uygun olacaktır.

5.5. Otizm Spektrum Bozukluğu Belirtileri açısından grupların karşılaştırılması

Sosyal bilişin en çok bozulduğu psikiyatrik bozukluklardan biri de Otizm Spektrum Bozukluğudur. Yapılan bir derlemede 1997-2003 yılları arasında bipolar bozukluk ve OSB birlikteliiğini araştıran 20 çalışma derlemeye dahil edilmiştir. BB-OSB birlikteliğinin %0,74'ten %56,9' a kadar değişen geniş bir aralıkta olduğu bulunmuştur; yazarlar bu çalışmaları temel aldığında OSB-BB gerçek komorbiditesinin %7 gibi olduğunu tahmin etmektedir (167). Hem bipolar bozukluk ta hem de OSB de yoğun irritabilite gözlenmesi; hostilite, agresyon görülmesi, duygu dalgalanmaları hem komorbidite açısından değerlendirilmesi gereken hem de fenomenolojik açıdan OSB belirtilerinin BB tanısı olan gençlerde nasıl gözlendiğini açısından önemlidir (168-170).

Güncel literatür incelendiğinde OSB belirtilerinin bipolar bozukluk tanısı olan ergenlerde incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Yazında YDDB ile OSB birlikteliğini inceleyen ya da OSB belirtilerinin YDDB'de sıklığını incelyen bir çalışmaya da rastlanılmamıştır.

Özellikle YDDB de OSB belirtilerinin daha yoğun olması YDDB'nin erken yaşlardan itibaren tüm hayatı etkileyebilen bir bozukluk olması ile ilişkişli olabilir. Yine DEHB gibi nörogelişimsel bir bozuklukla sık görülmesi ortak genetik alt yapı açısından değerlendirlmesi gereken bri konu olabilir.

YDDB tanısı olan gençlerde OSB belirtilerinin daha fazla görülmesi YDDB tanısının nörogelişimsel açıdan da değerlendirilmesinde fayda olacağını düşündürmüştür. YDDB tanısına en sık DEHB eşlik etmektedir. DEHB tanısı olan çocuklarda bu konuda yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçlar bu şekildedir. DEHB tanısı alan yaklaşık 8 çocuktan 1'ine aynı zamanda OSB tanısı konmuştur (%13,0) (171). Yine iki tanının bir arada olması durumunda DEHB belirtileri de daha şiddetli olarak görülmektedir (171). DEHB bileşik tipin OSB belirtileri ile daha çok ilişkili olduğu da gösterilmiştir (171). YDDB tanısı olan gençlerin sonrasında major depresyon tanısı alması durumu daha fazla olmaktadır. Yine DEHB ve OSB belirtileri birlikte olan grupta major depresyonun ileri zamanlarda görülme olasılığı da çok artmıştır (172).

BÖLÜM 6

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

- Çalışmada BB tanısı olanlar gençlerle YDDB tanısı olanların zihin kuramı becerilerin, otistik özelliklerin, nörobilişsel özelliklerinin karşılaştırılması ve sağlıklı kontrollerle de kıyaslanması amaçlanmıştır. Sosyodemografik özellikler açısından BB grubu, YDDB grubu ve kontroller arasında cinsiyet, medeni durum, kardeş sayısı, ailenin yapısı, anne ve babanın eğitim düzeyi, anne ve babanın meslekleri, ailenin gelir durumu, ailede tıbbi hastalık öyküsü açısından fark bulunmamıştır. Ailede ruhsal rahatsızlık en fazla BB tanısı olan grupta yer alırken okul başarısı da BB tanısı olan grupta daha düşük bulunmuştur. Akran ilişkisinde YDDB tanısı olan gençlerin daha fazla zorluk yaşadığı ortaya çıkmıştır.

- Dikkat süreçlerinin değerlendirildiği Stroop test sonuçlarına YDDB tanılı hasta grubunun BB tanısı olan gruba göre de kontrol grubuna göre performansının daha kötü olduğu saptanmıştır.

- Yürütücü işlevlerin ölçüldüğü Wisconsin Kart Eşleştirme Testi alt parametre puanları (tamamlanan kategori sayısı, toplam doğru sayısı, toplam yanlış sayısı, perseveratif hata yüzdesi) açısından BB tanılı hasta grubu ve YDDB tanılı hasta grubu değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kontrol grubunun performansı iki gruptan da daha iyi bulunmuştur.

- Bu çalışmada nöropsikolojik testlerin bipolar bozuklukta ve yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğunda özgüllük ve duyarlılığını saptamak ve böylece gelecekteki olası tanı ya da tedavi stratejilerinde bilişsel işlev bozukluğunun saptanması için özellikli testlerle ışık tutmak, özgül testler saptayarak bipolar ve yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu olan hastaların gelecekteki tedavi ve izlem sürecinde yapılabilir bir pratiklik sağlamak olarak özetlenebilir.

- ADI-R ile OSB beliritleri değerlendirildidiğinde OSB belirtilerinin en fazla YDDB grubunda görüldüğü; en az kontrol grubunda görüldüğü bulunmuştur.

- SİÖ ile OSB belirtileri değerlendirildiğinde OSB belirtilerinin en fazla YDDB grubunda görüldüğü; en az kontrol grubunda görüldüğü bulunmuştur.
- Zihin kuramı beccerilerinin en fazla YDDB tanısı olan grupta etkilendiği BB ve kontrol grubu arasında sadece GAF testinde farklılık olduğu bulunmuştur.
- Empati yeteneğinde YDDB grubunda en fazla zorluk olduğu; kontrol grubunun da hem YDDB hem de BB grubundan daha iyi olduğu saptanmıştır.
- Duygu düzenleme güçlüğü açısından gruplar incelendiğinde YDDB grubu ile bipolar bozukluk grubunun benzer güçlükler yaşadığı ancak kontrol grubun daha az güçlüğü olduğu tespit edilmiştir. Duygu düzenleme güçlükleri açısından hem YDDB hem de BB olan grubun benzer şiddette güçlükler yaşadığı gösterilmiştir

6.2.Öneriler

- Mental esneklik, dürtüsellik ve inhibisyon becerilerindeki bozulmalarla bipolar bozukluk ve yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu arasındaki potansiyel ilişkinin net olarak ortaya koyulabilmesi ve mevcut çalışmanın bulgularının güvenirliğinin sağlanması için bu çalışmanın bulguları daha geniş bir örneklemle tekrarlanmalıdır.
- Bipolar bozukluk ve yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğunun etiyolojisinde rol oynaması muhtemel diğer yürütücü işlev becerilerinin belirlenebilmesi için ilgili olabilecek diğer nöropsikolojik testlerin de araştırma desenine dahil edilmesi, bipolar bozukluk ve yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğunda rol alan bilişsel süreçlerin net olarak belirlenebilmesi adına fayda sağlayabilir.
- Mevcut çalışmada bipolar bozukluk ve yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu ile bilişsel işlevlerin ilişkisi kesitsel olarak incelenmiştir. Bu bağlamda, boylamsal araştırmaların yürütülmesi bipolar bozukluk ve yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğunun risk faktörleri ve altında yatan sebeplere daha geniş bir bakış açısı sağlayabilir.

- Bu çalışmada elde edilen sonuçlar YDDB tanısı olan gençlerin bilişsel açıdan en az BPB tanısı olan gençler gibi ciddi güçlükler yaşadığını göstermektedir.

- YDDB tanısı olan gençlerin tedavisi düzenlenirken bilişsel açıdan zorluklarına yönelik bilişsel müdahaleler de kullanılması hastalığın seyri açısından çok anlamlı olabilir.

- Yine bipolar bozukluk tanılı gençlerde hastalığın bilişsel açıdan da zorluklara sebep vermesi bilişsel müdahalenin önemini göstermektedir. İlk tanıdan itibaren bilişsel olarak gençlerin güçlendirilmesi önemlidir.

- Küçük yaşlardan itibaren duygusal zorluklar ve öfke kontrolünde güçlük yaşayan YDDB tanısı olan çocukların bilişsel olarak da değerlendirilmesi hem duygusal sorunları hem de olası bilişsel sorunları azaltabilir.

- BB ve YDDB tanılı olguların yaşadığı duygu düzenleme güçlükleri ve zihin kuramında yetersizlikler göz önüne alındığında olgulara bu alanlara yönelik müdahaleler yapılmasının hem hastalığı belirtilerinin kontrolünde hem de prognozunda olumlu katkılar sağlayacağı öngörülmüştür.

- Hem sosyal bilişin güçlenmesine yönelik hem de duygu düzenleme becerileirne yönelik destekleyici eğitim ve terapilerle olguların tedavi süreci olumlu etkilenecektir. Duygu düzenleme güçlükleri ve sosyal bilişin ileri çalışmalarla daha iyi anlaşılıp BB ve YDDB'nin tedavisine katkı sağlayabileceği söylenebilir.

KAYNAKLAR:

1) American Psychiatric Association (APA) 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5) Washington, DC: American Psychiatric Association
2) Axelson D, Findling RL, Fristad MA, Kowatch RA, Youngstrom EA, Horwitz SM, Arnold LE, Frazier TW, Ryan N, Demeter C, Gill MK, Hauser-Harrington JC, Depew J, Kennedy SM, Gron BA, Rowles BM, Birmaher B. Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in the longitudinal assessment of mania symptoms study. Journal of Clinical Psychology 2012;73, 1342–1350
3) Margulies DM, Weintraub S, Basile J, Grover PJ, Carlson GA. Will disruptive mood dysregulation disorder reduce false diagnosis of bipolar disorder in children? Bipolar Disorders 2012;14, 488–496Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevelance and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. Arch Gen Psychiatry, 2011 Mar;68(3):241-51
4) Wessa M, Linke J. Emotional processing in bipolar disorder: behavioural and neuroimaging findings. Int Rev Psychiatry 2009;21:357–67.
5) Phillips ML, Ladouceur CD, Drevets WC. A neural model of voluntary and automatic emotionregulation: implications for understanding the pathophysiology and neurodevelopment of bipolar disorder. Mol Psychiatry. 2008; 13:829, 833–57.
6) Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, Kraemer HC, Kuramoto SJ, Kuhl EA, Kupfer DJ. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. Am J Psychiatry. 2013;170:59-70
7) Mayes SD, Mathiowetz C, Kokotovich C, Waxmonsky J, Baweja R, Calhoun SL, Bixler EO. Stability of disruptive mood dysregulation disorder symptoms (irritable-angry mood and temper outbursts) throughout childhood and adolescence in a general population sample. J Abnorm Child Psychol. 2015;43:1543-1549.
8) Bora E, Pantelis C. Social cognition in schizophrenia in comparison to bipolar disorder: A meta-analysis. Schizophr Res. 2016 Aug;175(1-3):72-78. doi: 10.1016/j.schres.2016.04.018. Epub 2016 Apr 23. PMID: 27117677.
9) Halac E, Ciray RO, Turan S, Tuncturk M, Agac N, Elmas FN, Rosson S, Ermis C. Impaired theory of mind and emotion recognition in pediatric bipolar disorder: A

systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. 2021 Jun;138:246-255. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.04.011. Epub 2021 Apr 12. PMID: 33866053.

10) Dunalska A, Rzeszutek M, Dębowska Z, Bryńska A. Comorbidity of bipolar disorder and autism spectrum disorder - review paper. Psychiatr Pol. 2021 Dec 31;55(6):1421-1431. English, Polish. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/122350. Epub 2021 Dec 31. PMID: 35472236.
11) Best MW, Bowie CR, Naiberg MR, Newton DF, Goldstein BI. Neurocognition and psychosocial functioning in adolescents with bipolar disorder. J Affect Disord. 2017 Jan 1;207:406-412. doi: 10.1016/j.jad.2016.09.063. Epub 2016 Oct 11. PMID: 27770733.
12) Nierenberg AA, Agustini B, Köhler-Forsberg O, Cusin C, Katz D, Sylvia LG, Peters A, Berk M. Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder: A Review. JAMA. 2023 Oct 10;330(14):1370-1380. doi: 10.1001/jama.2023.18588. PMID: 37815563.
13) Song M, Yoon H, Choi I, Hong SD, Joung YS. Differences of clinical characteristics and phenotypes between prepubertal- and adolescent-onset bipolar disorders. J Korean Med Sci. 2010 Jun;25(6):912-7. doi: 10.3346/jkms.2010.25.6.912. Epub 2010 May 24. PMID: 20514314; PMCID: PMC2877236.
14) Stringaris A, Baroni A, Haimm C, Brotman M, Lowe CH, Myers F, Rustgi E, Wheeler W, Kayser R, Towbin K, Leibenluft E. Pediatric bipolar disorder versus severe mood dysregulation: risk for manic episodes on follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010 Apr;49(4):397-405. PMID: 20410732; PMCID: PMC3000433.
15) Strober M, Carlson G. Bipolar illness in adolescents with major depression: clinical, genetic, and psychopharmacologic predictors in a three- to four-year prospective follow-up investigation. Arch Gen Psychiatry. 1982 May;39(5):549-55. doi: 10.1001/archpsyc.1982.04290050029007. PMID: 7092488.
16) Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Erkanli A, Stangl DK, Tweed DL. The Great Smoky Mountains Study of Youth. Functional impairment and serious emotional disturbance. Arch Gen Psychiatry. 1996 Dec;53(12):1137-43. doi: 10.1001/archpsyc.1996.01830120077013. PMID: 8956680.
17) International Classification of Disease 10 tenth edition
18) American Psychiatric Association (APA) 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) Washington, DC: American Psychiatric Association

19) Hafeman DM, Goldstein TR, Strober M, Merranko J, Gill MK, Liao F, Diler RS, Ryan ND, Goldstein BI, Axelson DA, Keller MB, Hunt JI, Hower H, Weinstock LM, Yen S, Birmaher B. Prospectively ascertained mania and hypomania among young adults with child- and adolescent-onset bipolar disorder. Bipolar Disord. 2021 Aug;23(5):463-473. doi: 10.1111/bdi.13034. Epub 2021 Jan 19. PMID: 33340226; PMCID: PMC8213864.

20) Hafeman DM, Merranko J, Joseph HM, Goldstein TR, Goldstein BI, Levenson J, Axelson D, Monk K, Sakolsky D, Iyengar S, Birmaher B. Early indicators of bipolar risk in preschool offspring of parents with bipolar disorder. J Child Psychol Psychiatry. 2023 Oct;64(10):1492-1500. doi: 10.1111/jcpp.13739. Epub 2022 Dec 28. PMID: 36577710; PMCID: PMC10300228.

21) Weintraub MJ, Schneck CD, Axelson DA, Birmaher B, Kowatch RA, Miklowitz DJ. Classifying Mood Symptom Trajectories in Adolescents With Bipolar Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020 Mar;59(3):381-390. doi: 10.1016/j.jaac.2019.04.028. Epub 2019 May 28. PMID: 31150753; PMCID: PMC6881540.

22) Post RM, Grunze H. The Challenges of Children with Bipolar Disorder. Medicina (Kaunas). 2021 Jun 11;57(6):601. doi: 10.3390/medicina57060601. PMID: 34207966; PMCID: PMC8230664.

23) Llamocca EN, Fristad MA, Bridge JA, Brock G, Steelesmith DL, Axelson DA, Fontanella CA. Correlates of deliberate self-harm among youth with bipolar disorder. J Affect Disord. 2022 Apr 1;302:376-384. doi: 10.1016/j.jad.2022.01.085. Epub 2022 Jan 21. PMID: 35066010; PMCID: PMC8957063.

24) Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Strober M, Gill MK, Hunt J, Houck P, Ha W, Iyengar S, Kim E, Yen S, Hower H, Esposito-Smythers C, Goldstein T, Ryan N, Keller M. Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: the Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study. Am J Psychiatry. 2009 Jul;166(7):795-804. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08101569. Epub 2009 May 15. PMID: 19448190; PMCID: PMC2828047.

25) Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Monk K, Kalas C, Obreja M, Hickey MB, Iyengar S, Brent D, Shamseddeen W, Diler R, Kupfer D. Psychiatric disorders in preschool offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring

Study (BIOS). Am J Psychiatry. 2010 Mar;167(3):321-30. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09070977. Epub 2010 Jan 15. PMID: 20080982; PMCID: PMC2868596.

26) Diler RS, Goldstein TR, Hafeman D, Merranko J, Liao F, Goldstein BI, Hower H, Gill MK, Hunt J, Yen S, Keller MB, Axelson D, Strober M, Iyengar S, Ryan ND, Birmaher B. Distinguishing Bipolar Depression from Unipolar Depression in Youth: Preliminary Findings. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2017 May;27(4):310-319. doi: 10.1089/cap.2016.0154. Epub 2017 Feb 28. PMID: 28398819; PMCID: PMC5439419.

27) Axelson DA, Birmaher B, Strober MA, Goldstein BI, Ha W, Gill MK, Goldstein TR, Yen S, Hower H, Hunt JI, Liao F, Iyengar S, Dickstein D, Kim E, Ryan ND, Frankel E, Keller MB. Course of subthreshold bipolar disorder in youth: diagnostic progression from bipolar disorder not otherwise specified. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011 Oct;50(10):1001-16.e3. doi: 10.1016/j.jaac.2011.07.005. Epub 2011 Sep 8. PMID: 21961775; PMCID: PMC3185249.

28) Diler RS, Goldstein TR, Hafeman D, Merranko J, Liao F, Goldstein BI, Hower H, Gill MK, Hunt J, Yen S, Keller MB, Axelson D, Strober M, Iyengar S, Ryan ND, Birmaher B. Distinguishing Bipolar Depression from Unipolar Depression in Youth: Preliminary Findings. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2017 May;27(4):310-319. doi: 10.1089/cap.2016.0154. Epub 2017 Feb 28. PMID: 28398819; PMCID: PMC5439419.

29) Kowatch RA, DelBello MP. Pediatric bipolar disorder: emerging diagnostic and treatment approaches. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2006 Jan;15(1):73-108. doi: 10.1016/j.chc.2005.08.013. PMID: 16321726.

30) Fahrendorff AM, Pagsberg AK, Kessing LV, Maigaard K. Psychiatric comorbidity in patients with pediatric bipolar disorder - A systematic review. Acta Psychiatr Scand. 2023 Aug;148(2):110-132. doi: 10.1111/acps.13548. Epub 2023 Mar 28. PMID: 36941106.

31) Marangoni C, De Chiara L, Faedda GL. Bipolar disorder and ADHD: comorbidity and diagnostic distinctions. Curr Psychiatry Rep. 2015 Aug;17(8):604. doi: 10.1007/s11920-015-0604-y. PMID: 26084666.

32) Marangoni C, De Chiara L, Faedda GL. Bipolar disorder and ADHD: comorbidity and diagnostic distinctions. Curr Psychiatry Rep. 2015 Aug;17(8):604. doi: 10.1007/s11920-015-0604-y. PMID: 26084666.
33) Eroğlu MZ, Özpoyraz N. Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2010;2(2):206-36
34) Eroglu MZ, Özpoyraz N. Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi/Long-term Treatment in Bipolar Disorder. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar 2010;2(2):206).
35) Goodwin GM, Young AH. The British Association for Psychopharmacology guidelines for treatment of bipolar disorder: a summary. J Psychopharmacol 2003;17(4 Suppl):3-6.
36) Cichoń L, Janas-Kozik M, Siwiec A, Rybakowski JK. Clinical picture and treatment of bipolar affective disorder in children and adolescents. Psychiatr Pol. 2020 Mar 29;54(1):35-50. English, Polish. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/92740. Epub 2020 Mar 29. PMID: 32447355.
37) Ballenger J, Post R. Carbamazepine in Manic-Depressive Illness: A New Treatment. Am J Psychiatry 1980;137(7):782-90.
38) Yatham LN. Atypical antipsychotics for bipolar disorder. Psychiatric Clinics. 2005;28(2):325-47.
39) Carlson GA, Jensen PS, Findling RL, Meyer RE, Calabrese J, DelBello MP, Emslie G, Flynn L, Goodwin F, Hellander M, Kowatch R, Kusumakar V, Laughren T, Leibenluft E, McCracken J, Nottelmann E, Pine D, Sachs G, Shaffer D, Simar R, Strober M, Weller EB, Wozniak J, Youngstrom EA. Methodological issues and controversies in clinical trials with child and adolescent patients with bipolar disorder: report of a consensus conference. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2003 Spring;13(1):13-27. doi: 10.1089/104454603321666162. PMID: 12804123.
40) Carlson GA, Meyer SE. Bipolar disorder in youth. Curr Psychiatry Rep. 2000 Apr;2(2):90-4. doi: 10.1007/s11920-000-0051-1. PMID: 11122939.
41) Spring L, Carlson GA. The Phenomenology of Outbursts. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2021 Apr;30(2):307-319. doi: 10.1016/j.chc.2020.10.003. Epub 2021 Feb 15. PMID: 33743940.

42) Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. Am J Psychiatry. 2003 Mar;160(3):430-7. doi: 10.1176/appi.ajp.160.3.430. PMID: 12611821.

43) Leibenluft E, Charney DS, Pine DS. Researching the pathophysiology of pediatric bipolar disorder. Biol Psychiatry. 2003 Jun 1;53(11):1009-20. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00069-6. PMID: 12788246.

44) Copeland WE, Angold A, Costello EJ, Egger H. Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. Am J Psychiatry. 2013 Feb;170(2):173-9. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12010132. PMID: 23377638; PMCID: PMC3573525.

45) Axelson D, Findling RL, Fristad MA, Kowatch RA, Youngstrom EA, Horwitz SM, Arnold LE, Frazier TW, Ryan N, Demeter C, Gill MK, Hauser-Harrington JC, Depew J, Kennedy SM, Gron BA, Rowles BM, Birmaher B. Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms study. J Clin Psychiatry. 2012 Oct;73(10):1342-50. doi: 10.4088/JCP.12m07674. PMID: 23140653; PMCID: PMC3581334.

46) Youngstrom EA, Findling RL, Youngstrom JK, Calabrese JR. Toward an evidence-based assessment of pediatric bipolar disorder. J Clin Child Adolesc Psychol. 2005 Sep;34(3):433-48. doi: 10.1207/s15374424jccp3403_4. PMID: 16026213.

47) Roy AK, Lopes V, Klein RG. Disruptive mood dysregulation disorder: a new diagnostic approach to chronic irritability in youth. Am J Psychiatry. 2014 Sep;171(9):918-24. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13101301. PMID: 25178749; PMCID: PMC4390118.

48) Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, Dickstein DP, Guyer AE, Costello EJ, Egger HL, Angold A, Pine DS, Leibenluft E. Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. Biol Psychiatry. 2006 Nov 1;60(9):991-7. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.08.042. PMID: 17056393.

49) Moreno C, Laje G, Blanco C, Jiang H, Schmidt AB, Olfson M. National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. Archives of General Psychiatry 2007; 64(9):1032-1039.

50) Olfson M, Crystal S, Huang C, Gerhard T. Trends in antipsychotic drug use by very young, privately insured children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2010; 49(1):13-23.

51) Hendrickson B, Girma M, Miller L. Review of the clinical approach to the treatment of disruptive mood dysregulation disorder. Int Rev Psychiatry. 2020 May;32(3):202-211. doi: 10.1080/09540261.2019.1688260. Epub 2019 Nov 28. PMID: 31775528.

52) Bruno A, Celebre L, Torre G, Pandolfo G, Mento C, Cedro C, Zoccali RA, Muscatello MRA. Focus on Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A review of the literature. Psychiatry Res. 2019 Sep;279:323-330. doi: 10.1016/j.psychres.2019.05.043. Epub 2019 Jun 1. PMID: 31164249.

53) Orsolini L, Longo G, Cicolini A, Volpe U. An expert opinion on the pharmacological interventions for Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD). Expert Opin Pharmacother. 2024 Jan-Apr;25(1):67-78. doi: 10.1080/14656566.2024.2303422. Epub 2024 Feb 1. PMID: 38186365.

54) Tourian L, LeBoeuf A, Breton JJ, Cohen D, Gignac M, Labelle R, Guile JM, Renaud J. Treatment Options for the Cardinal Symptoms of Disruptive Mood Dysregulation Disorder. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015 Winter;24(1):41-54. Epub 2015 Mar 4. PMID: 26336379; PMCID: PMC4357333.

55) Kircanski K, Clayton ME, Leibenluft E, Brotman MA. Psychosocial Treatment of Irritability in Youth. Curr Treat Options Psychiatry. 2018 Mar;5(1):129-140. doi: 10.1007/s40501-018-0141-5. Epub 2018 Feb 9. PMID: 30319935; PMCID: PMC6181450.

56) mitherman, T. A., Huerkamp, J. K., Miller, B. I., Houle, T. T., & O'Jile, J. R. (2007). The relation of depression and anxiety to measures of executive functioning in a mixed psychiatric sample. Archives of Clinical Neuropsychology, 22(5), 647-654.

57) Lezak, M. D. (2004). Neuropsychological assessment. Oxford University Press, USA..

58) Quraishi, S., & Frangou, S. (2002). Neuropsychology of bipolar disorder: a review. Journal of affective disorders, 72(3), 209-226.

59) Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: A latent variable analysis. Cognitive psychology, 41(1), 49-100.

60) Collins, A., & Koechlin, E. (2012). Reasoning, learning, and creativity: frontal lobe function and human decision-making. PLoS biology, 10(3), e1001293.

61) Lehto, J. E., Juujärvi, P., Kooistra, L., & Pulkkinen, L. (2003). Dimensions of executive functioning: Evidence from children. British journal of developmental psychology, 21(1), 59 80.

62) *Levy, B., Manove, E., & Weiss, R. D. (2012). Recovery of cognitive functioning in patients with co-occurring bipolar disorder and alcohol dependence during early remission from an acute mood episode. Annals of Clinical Psychiatry, 24(2), 143.*

63) *Martínez-Arán, A., Vieta, E., Reinares, M., Colom, F., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., ... & Salamero, M. (2004). Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. American Journal of Psychiatry, 161(2), 262-270.*

64) *orres, I. J., DeFreitas, C. M., DeFreitas, V. G., Bond, D. J., Kunz, M., Honer, W. G., ... & Yatham, L. N. (2011). Relationship between cognitive functioning and 6-month clinical and functional outcome in patients with first manic episode bipolar I disorder. Psychological medicine, 41(5), 971-982.*

65) Bora E, Pantelis C. Meta-analysis of Cognitive Impairment in First-Episode Bipolar Disorder: Comparison With First-Episode Schizophrenia and Healthy Controls. Schizophr Bull. 2015 Sep;41(5):1095-104. doi: 10.1093/schbul/sbu198. Epub 2015 Jan 23. PMID: 25616505; PMCID: PMC4535631

66) *Horn, K., Roessner, V., & Holtmann, M. (2011). Neurocognitive performance in children and*

adolescents with bipolar disorder: a review. European child & adolescent psychiatry, 20, 433-450.

67) *Hermens, D. F., Hodge, M. A. R., Naismith, S. L., Kaur, M., Scott, E., & Hickie, I. B. (2011). Neuropsychological clustering highlights cognitive differences in young people presenting with depressive symptoms. Journal of the International Neuropsychological Society, 17(2), 267- 276.*

68) *Elias, L. R., Miskowiak, K. W., Vale, A. M., Köhler, C. A., Kjaerstad, H. L., Stubbs, B., ... & Carvalho, A. F. (2017). Cognitive impairment in euthymic pediatric bipolar*

disorder: a systematic review and meta-analysis. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56(4), 286-296.

69) Allen, D. N., & Barchard, K. A. (2009). Identification of a social cognition construct for the WAIS-III. Applied Neuropsychology, 16(4), 262-274.

70) Allen, D. N., Strauss, G. P., Donohue, B., & van Kammen, D. P. (2007). Factor analytic support for social cognition as a separable cognitive domain in schizophrenia. Schizophrenia research, 93(1-3), 325-333.

71) Uekermann, J., & Daum, I. (2008). Social cognition in alcoholism: a link to prefrontal cortex dysfunction?. Addiction, 103(5), 726-735.

72) Stuss, D. T., Gallup Jr, G. G., & Alexander, M. P. (2001). The frontal lobes are necessary fortheory of mind'. Brain, 124(2), 279-286.

73) Cuerva, A. G., Sabe, L., Kuzis, G., Tiberti, C., Dorrego, F., & Starkstein, S. E. (2001). Theory of mind and pragmatic abilities in dementia. Cognitive and Behavioral Neurology, 14(3), 153 158.

74) Corcoran, R., Cahill, C., & Frith, C. D. (1997). The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia: a study of 'mentalizing'ability. Schizophrenia research, 24(3), 319-327.

75) Baron-Cohen, S., Ring, H., Moriarty, J., Schmitz, B., Costa, D., & Ell, P. (1994). Recognition of mental state terms. British Journal of Psychiatry, 165(5), 640-649.

76) Vlad M, Raucher-Chéné D, Henry A, Kaladjian A. Functional outcome and social cognition in bipolar disorder: Is there a connection? Eur Psychiatry. 2018 Aug;52:116-125. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.05.002.

77) Weightman MJ, Knight MJ, Baune BT. A systematic review of the impact of social cognitive deficits on psychosocial functioning in major depressive disorder and opportunities for therapeutic intervention. Psychiatry Res. 2019 Apr;274:195-212. doi: 10.1016/j.psychres.2019.02.035.

78) Henderson AR. The impact of social cognition training on recovery from psychosis. Curr Opin Psychiatry. 2013 Sep;26(5):429-32. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283642cf1.

79) Hoertnagl CM, Hofer A. Social cognition in serious mental illness. Curr Opin Psychiatry. 2014 May;27(3):197-202. doi: 10.1097/YCO.0000000000000055.

80) Martino DJ, Strejilevich SA, Fassi G, Marengo E, Igoa A. Theory of mind and facial emotion recognition in euthymic bipolar I and bipolar II disorders. Psychiatry Research 2011; 189: 379–84.

81) Baron-Cohen S. The theory of mind deficit in autism: How specific is it? British Journal of Developmental Psycholology 1991; 9: 301-14.

82) Bora E, Bartholomeusz C, Pantelis C. Meta-analysis of Theory of Mind (ToM) impairment in bipolar disorder. Psychol Med. 2016 Jan;46(2):253-64. doi: 10.1017/S0033291715001993.

83) Cusi AM, Nazarov A, Holshausen K, Macqueen GM, McKinnon MC. Systematic review of the neural basis of social cognition in patients with mood disorders. J Psychiatry Neurosci. 2012 May;37(3):154-69. doi: 10.1503/jpn.100179.

84) de Siqueira Rotenberg L, Beraldi GH, Okawa Belizario G, Lafer B. Impaired social cognition in bipolar disorder: A meta-analysis of Theory of Mind in euthymic patients. Aust N Z J Psychiatry. 2020 Aug;54(8):783-796. doi: 10.1177/0004867420924109.

85) Samamé C, Martino DJ, Strejilevich SA. Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach. Acta Psychiatr Scand. 2012 Apr;125(4):266-80. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01808.x.

86) Bozorg B, Tehrani-Doost M, Shahrivar Z, Fata L, Mohamadzadeh A. Facial emotion recognition in adolescents with bipolar disorder. Iran J Psychiatry. 2014 Mar;9(1):20-4.

87) Le Couteur, A., Rutter, M., Lord, C., Rios, P., Robertson, S., Holdgrafer, M., et al. (1989). Autism diagnostic interview: A semistructured interview for parents and caregivers of autistic persons. Journal of Autism and Developmental Disorders, 19, 363–387.

88) HANDFORD, C., LEMON, J., GRIMM, M. C., & VOLLMER-CONNA, U. (2013). "Empathy as A Function of Clinical Exposure – Reading Emotion in The Eyes", PloS ONE, 8(6), e65159. Doi:10.1371/journal.pone.0065159

89) MONTGOMERY, C. B., ALLISON, C., LAI, M. C., CASSIDY, S., LANGDON, P. E., & BARON-COHEN, S. (2016). "Do Adults with High Functioning Autism or Asperger Syndrome Differ in Empathy and Emotion Recognition?", Journal of autism and developmental disorders, 46, 1931-1940.

90) AINLEY, V., MAISTER, L., & TSAKIRIS, M. (2015). "Heartfelt Empathy? No Association Between İnteroceptive Awareness, Questionnaire Measures of Empathy, Reading The Mind in The Eyes Task or The Director Task", Frontiers in Psychology, 6, 554.

91) PRECKEL, K., KANSKE, P., & SINGER, T. (2018). "On the Interaction of Social Affect and Cognition: Empathy, Compassion and Theory of Mind", Current Opinion in Behavioral Sciences, 19, 1-6.

92) Cole PM, Michel MK, Teti LO. The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. Monographs of the Society for Research in Child Development 1994; 59: 73-100.

93) Kaufman J, Birmaher B, Axelson D et al (2016). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) DSM-5 November 2016 working draft. New Haven, Yale University, Child and Adolescent Research and Education.

94) Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroğlu F, Çengel Kültür SE, AKDEMİ D, Foto Özdemir D, Çak HT, Ünal D, TIRAŞ K, Aslan C, Kalayci BM. Reliability and validity of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version, DSM-5 November 2016-Turkish adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). Turkish Journal of Psychiatry. 2019 Mar 1;30(1).

95) Mayes TL, Bernstein IH, Haley CL, Kennard BD, Emslie GJ. Psychometric properties of the Children's Depression Rating Scale-Revised in adolescents. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2010 Dec;20(6):513-6.

96) Alşen S. Çocuklar için depresyon değerlendirme ölçeği-gözden geçirilmiş formunun Türkçe uyarlamasının Türk populasyonundaki ergenlerde psikometrik özellikleri. Uzmanlık Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2012

97) Karadağ F, Oral T, Yalçın FA, Erten E. Reliability and validity of Turkish translation of Young Mania Rating Scale. Turk Psikiyatri Derg, 2002 Summer;13(2):107-14.

98) Golden Charles J. Diagnosis and rehabilitation in clinical neuropsychology. 1978.

99) Golden CS (1978) Stroop Color and Word Test: A Manual for Clinical and Experimental Uses. Chiago: Stroelting Go- Shields A, Cicchetti D. Emotion Regulation Among School-Age Children: The Development and Validation of a New Criterion Q-Sort Scale. Dev Psychol 1997; 33: 906-916.

100) Karakaş S, Eski R, Başar E. Türk kültürü icin standardizasyonu yapılmış nöropsikolojik testler topluluğu: BİLNOT Bataryası. 32. Ulusal Noroloji Kongresi kitabı, Türk Nöroloji Dergisi, Ufuk Matbaası, İstanbul 1997.

101) Heaton RK, Chelune GJ, Talley JL, Kay GG, Curttis CG. Wisconsin card sorting test manual: Revised and expanded. Florida: Psycological Assesment Resources, 1993.

102) Karakaş S. Bilişsel fonksiyonların değerlendirilmesinde nöropsikolojik testler. Türk Nöroloji Dergisi. 2002; 8:61-69

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

104) Rugancı RN, Gençöz T. Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. J Clin Psychol 2010; 66:442- 455.

105) Stringaris, A., Goodman, R., Ferdinando, S., Razdan, V., Muhrer, E., Leibenluft, E., & Brotman, M. A. (2012). The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53(11), 1109-1117.

106) Kocael Ö. Irritability in children and adolescents: Turkish validity and reliability study of the affective reactivity index. Unpublished Medicine thesis, Bursa, Uludag University, Faculty of Medicine; 2015.

107) Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C. andRobertson, M. 1997. Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines,* 38(7), 813–822.

108) Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. and Plumb, I. 2001. The 'reading the mind in the eyes' test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. Journal of Child Psychology and Psychiatry , 42(2), 241–251.

109) Girli A, Tekin D. Investigating false belief levels of typically developed children and children with autism. Procedia Social and Behavioral Sciences 2010;2(2): 1944- 50.

110) Baron-Cohen, S., O'Riordan, M., Stone, V., Jones, R. and Plaisted, K. 1999. Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 29(5), 407–418..

111) Couteur AL, Lord C, Rutter M. Autism Diagnostic Interview-Revised. Western Psychological Service; 2003.

112) Rutter M, Bailey A, Lord C. The Social Communication Questionnaire (SCQ), second printing. Western Psychological Services; 2007.

113) Avcil S, Baykara B, Baydur H, Münir KM, İnal Emiroğlu N. 4–18 Yaş Aralığındaki Otistik Bireylerde Sosyal İletişim Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Turk Psikiyatri Derg 2015;26:56–64

114) Kaya A. KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği: Geliştirilmesi Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Education and Science 2010; Vol 35, No 156.

115) Özdemir, O., Coskun, S., Mutlu, E. A., Özdemir, P. G., Atli, A., Yilmaz, E., & Keskin, S. (2016). Bipolar Bozuklugu Olan Hastalarda Aile Öyküsü/Family History in Patients with Bipolar Disorder. *Noro-Psikyatri Arsivi*, *53*(3), 276.

116) Epstein RA, Fonnesbeck C, Potter S, Rizzone KH, McPheeters M. Psychosocial Interventions for Child Disruptive Behaviors: A Meta-analysis. Pediatrics. 2015 Nov;136(5):947-60. doi: 10.1542/peds.2015-2577. Epub 2015 Oct 19. PMID: 26482672.

117) Brumariu LE, Waslin SM, Gastelle M, Kochendorfer LB, Kerns KA. Anxiety, academic achievement, and academic self-concept: Meta-analytic syntheses of their relations across developmental periods. Dev Psychopathol. 2023 Oct;35(4):1597-1613. doi: 10.1017/S0954579422000323. Epub 2022 May 2. PMID: 35491696.

118) van Geel M, Goemans A, Vedder PH. The relation between peer victimization and sleeping problems: A meta-analysis. Sleep Med Rev. 2016 Jun;27:89-95. doi: 10.1016/j.smrv.2015.05.004. Epub 2015 Jun 2. PMID: 26140869.

119) Iffland B, Weitkämper A, Weitkämper NJ, Neuner F. Attentional avoidance in peer victimized individuals with and without psychiatric disorders. BMC Psychol.

2019 Feb 22;7(1):12. doi: 10.1186/s40359-019-0284-1. PMID: 30795803; PMCID: PMC6387543.

120) Maqbool M, Sinha VK, Vikas. Sustained Attention and Executive Functioning among Remitted Adolescents with Bipolar Disorder. Indian J Psychol Med. 2015 Jul-Sep;37(3):322-6. doi: 10.4103/0253-7176.162955. PMID: 26664081; PMCID: PMC4649823.

121) Lera-Miguel S, Andre´s-Perpin S, Calvo R, Fatjo-Vilas M, Lourdes F, Lazaro L. Early-onset bipolar disorder: How about visual-spatial skills and executive functions? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2011;261:195-203.

122) Doyle AE, Wilens TE, Kwon A, Seidman LJ, Faraone SV, Fried R, et al. Neuropsychological functioning in youth with bipolar disorder. Biol Psychiatry 2005;58:540-8.

123) Sanchez-Moreno J, Bonnin CM, González-Pinto A, Amann BL, Solé B, Balanzá-Martinez V, et al. Factors associated with poor functional outcome in bipolar disorder: sociodemographic, clinical, and neurocognitive variables. Acta Psychiatr Scand. 2018 Aug 1;138(2):145–54.

124) Simonsen C, Sundet K, Vaskinn A, Birkenaes AB, Engh JA, Hansen CF, et al. Neurocognitive profiles in bipolar I and bipolar II disorder: differences in pattern and magnitude of dysfunction. Bipolar Disord. 2008 Mar;10(2):245–55.

125) Tsitsipa E, Fountoulakis KN. The neurocognitive functioning in bipolar disorder: a systematic review of data. Ann Gen Psychiatry. 2015;14:42.

126) Bonnín CM, Jiménez E, Solé B, Torrent C, Radua J, Reinares M, et al. Lifetime Psychotic Symptoms, Subthreshold Depression and Cognitive Impairment as Barriers to Functional Recovery in Patients with Bipolar Disorder. J Clin Med. 2019 Jul 18;8(7):1046.

127) Bourne C, Aydemir Ö, Balanzá-Martínez V, Bora E, Brissos S, Cavanagh JTO, et al. Neuropsychological testing of cognitive impairment in euthymic bipolar disorder: an individual patient data meta-analysis. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 2013 Sep [cited 2019 Aug 20];128(3):149–62. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23617548-.

128) David DP, Soeiro-de-Souza MG, Moreno RA, Bio DS. Facial emotion recognition and its correlation with executive functions in bipolar I patients and healthy controls. J Affect Disord. 2014 Jan;152–154:288–94.

129) Frangou S, Donaldson S, Hadjulis M, Landau S, Goldstein LH. The Maudsley Bipolar Disorder Project: Executive Dysfunction in Bipolar Disorder I and Its Clinical Correlates. Biol Psychiatry. 2005 Dec 1;58(11):859–64.

130) Martínez-Arán A, Vieta E, Reinares M, Colom F, Torrent C, Sánchez-Moreno J, et al. Cognitive Function Across Manic or Hypomanic, Depressed, and Euthymic States in Bipolar Disorder. Am J Psychiatry. 2004 Feb;161(2):262–70.

131) Martinez-Aran A, Vieta E, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Goikolea J, Salamero M, et al. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. Bipolar Disord. 2007 Feb;9(1–2):103–13.

132) Selva G, Salazar J, Balanzá-Martínez V, Martínez-Arán A, Rubio C, Daban C, et al. Bipolar I patients with and without a history of psychotic symptoms: Do they differ in their cognitive functioning? J Psychiatr Res. 2007 Apr;41(3–4):265–72.

133) Zalla T, Joyce C, Szöke A et al. (2004), "Executive dysfunctions as potential markers of familial vulnerability to bipolar disorder and schizophrenia." Psychiatry Res; 121:207-17.

134) *Karakurt MN, Karabekiroğllu MZ, Yüce M, Baykal S, Şenses A. Neuropsychological profiles of adolescents with bipolar disorder and adolescents with a high risk of bipolar disorder. Turk Psikiyatri Derg. 2013 Dec 1;24(4):221-30.*

135) Zaravinos-Tsakos F, Kolaitis G. Disentangling pediatric bipolar disorder and attention deficit-hyperactivity disorder: A neuropsychological approach. Psychiatriki. 2020 Oct-Dec;31(4):332-340. doi: 10.22365/jpsych.2020.314.332. PMID: 33361063

136) Goldstein BI, Birmaher B. Prevalence, clinical presentation and differential diagnosis of pediatric bipolar disorder. Isr J Psychiatry Relat Sci. 2012;49(1):3-14.

137) Hauser M, Galling B, Correll CU. Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions. Bipolar Disord. 2013 Aug;15(5):507-23. doi: 10.1111/bdi.12094.

138) De Prisco M, Oliva V, Fico G, et al. Defining clinical characteristics of emotion dysregulation in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev. 2022;104914:104914.

139) Dodd A, Lockwood E, Mansell W, Palmier-Claus J. Emotion regulation strategies in bipolar disorder: a systematic and critical review. J Affect Disord. 2019;246:262-284.

140) Thompson RA. Emotion dysregulation: a theme in search of definition. Dev Psychopathol. 2019;31(3):805-815.

141) Oliva V, De Prisco M, Fico G, Possidente C, Fortea L, Montejo L, Anmella G, Hidalgo-Mazzei D, Grande I, Murru A, Fornaro M, de Bartolomeis A, Dodd A, Fanelli G, Fabbri C, Serretti A, Vieta E, Radua J. Correlation between emotion dysregulation and mood symptoms of bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatr Scand. 2023;148(6):472-490.

142) Gershon A, Eidelman P. Inter-episode affective intensity and instability: Predictors of depression and functional impairment in bipolar disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2015 Mar;46(1):14–8.

143) Henry C, Van den Bulke D, Bellivier F, Roy I, Swendsen J, M'Baïlara K, Siever LJ, Leboyer M. Affective lability and affect intensity as core dimensions of bipolar disorders during euthymic period. Psychiatry Res. 2008 May 30;159(1-2):1-6. doi: 10.1016/j.psychres.2005.11.016. Epub 2008 Mar 4. PMID: 18295902.

144) Akiskal HS. The prevelant clinical spectrum of bipolars: beyond DSM-IV. J Clin Psychopharmacol. 1996;16:4–15

145) De Prisco M, Oliva V, Fico G, Fornaro M, de Bartolomeis A, Serretti A, Vieta E, Murru A. Defining clinical characteristics of emotion dysregulation in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev. 2022 Nov;142:104914. doi: 10.1016/j.neubiorev.2022.104914

146) Fulford D, Eisner LR, Johnson SL. Differentiating risk for mania and borderline personality disorder: The nature of goal regulation and impulsivity. Psychiatry Res. 2015;227:347–52. doi: 10.1016/j.psychres.2015.02.001

147) Kafantaris V, Kingsley P, Ardekani B, Saito E, Lencz T, Lim K, et al. Lower orbital frontal white matter integrity in adolescents with bipolar I disorder. J Am Acade Child Adolesc Psychiatry. 2009;48:79–86. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181900421

148) Chang KD,Wagner C,Garrett A, HoweM,ReisA.Apreliminary functional magnetic resonance imaging study of prefrontal-amygdalaractivation changes in adolescents with bipolar depression treated with lamotrigine. Bipolar Disord. 2008;10:426–31. doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00576.x

149) Roberts G, Lord A, Frankland A, Wright A, Lau P, Levy F, et al. Functional dysconnection of the inferior frontal gyrus in young people with bipolar disorder or at genetic high risk. Biol Psychiatry. 2017; 81:718–27. doi: 10.1016/j.biopsych.2016.08.018

150) Schenkel LS, Pavuluri MN, Herbener ES, Sweeney EM. Facial emotion processing in acutely ill and euthymic patients with pediatric bipolar disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007; 46:1070–9. doi: 10.1097/chi.0b013e3180600fd6

151) Rowland JE, Hamilton MK, Vella N, Lino BJ, Mitchell PB, Green MJ. Adaptive Associations between Social Cognition and Emotion Regulation are Absent in Schizophrenia and Bipolar Disorder. Front Psychol. 2013;3:607. doi: 10.3389/fpsyg.2012.00607.

152) Kaiser, R. H., Andrews-Hanna, J. R., Wager, T. D., & Pizzagalli, D. A. (2015). Large-

Scale Network Dysfunction in Major Depressive Disorder: A Meta-analysis of Resting-State

Functional Connectivity. JAMA psychiatry, 72(6), 603–611. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0071

153) Park, C., Rosenblat, J. D., Lee, Y., Pan, Z., Cao, B., Iacobucci, M., & McIntyre, R. S.
(2019). The neural systems of emotion regulation and abnormalities in major depressive
disorder. Behavioural brain research, 367, 181–188. https://doi.org/10.1016/j.bbr.2019.04.002

154) Trent ES, Viana AG, Raines EM, Woodward EC, Storch EA, Zvolensky MJ. Parental threats and adolescent depression: The role of emotion dysregulation.

Psychiatry Res. 2019 Jun;276:18-24. doi: 10.1016/j.psychres.2019.04.009. Epub 2019 Apr 5. PMID: 30981831.,00

155) Sabbagh MA. Understanding orbitofrontal contributions to theory-of-mind reasoning: implications for autism. Brain Cogn 2004; 55:209-19.

156) Gibson CM, Penn DL, Prinstein MJ, Perkins DO, Belger A. Social skill and social cognition in adolescents at genetic risk for psychosis. Schizophr Res 2010; 122:179-84.

157) Bora E, Vahip S, Gönül AS, Akdeniz F, Alkan M, Ögüt M, Eryavuz A. Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. Acta Psychiatr Scand 2005; 112:110-6.

158) Halac E, Ciray RO, Turan S, Tuncturk M, Agac N, Elmas FN, Rosson S, Ermis C. Impaired theory of mind and emotion recognition in pediatric bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. 2021;138:246-255. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.04.011.

159) Samamé C, Martino DJ, Strejilevich SA. An individual task meta-analysis of social cognition in euthymic bipolar disorders. J Affect Disord. 2015;173:146-53. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.055.

160) van Neerven T, Bos DJ, van Haren NE. Deficiencies in Theory of Mind in patients with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A systematic review of secondary literature. Neurosci Biobehav Rev. 2021 Jan;120:249-261. doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.11.011.

161) de Siqueira Rotenberg L, Beraldi GH, Okawa Belizario G, Lafer B. Impaired social cognition in bipolar disorder: A meta-analysis of Theory of Mind in euthymic patients. Aust N Z J Psychiatry. 2020 Aug;54(8):783-796. doi: 10.1177/0004867420924109.

162) Bozorg B, Tehrani-Doost M, Shahrivar Z, Fata L, Mohamadzadeh A. Facial emotion recognition in adolescents with bipolar disorder. Iran J Psychiatry. 2014 Mar;9(1):20-4.

163) Schenkel LS, Marlow-O'Connor M, Moss M, Sweeney JA, Pavuluri MN. Theory of mind and social inference in children and adolescents with bipolar disorder. Psychol Med. 2008 Jun;38(6):791-800. doi: 10.1017/S0033291707002541

164) Lemvigh CK, Karantonis JA, Furlong LS, Carruthers SP, Pantelis C, Rossell SL, Van Rheenen TE. Characterization and interrelationships of theory of mind, socially competitive emotions and affective empathy in bipolar disorder. Br J Clin Psychol. 2022 Mar;61(1):76-92. doi: 10.1111/bjc.12318. Epub 2021 Jul 7. PMID: 34232514.

165) Yang J, Hu X, Li X, Zhang L, Dong Y, Li X, Zhu C, Xie W, Mu J, Yuan S, Chen J, Chen F, Yu F, Wang K. Decreased empathy response to other people's pain in bipolar disorder: evidence from an event-related potential study. Sci Rep. 2017 Jan 6;7:39903. doi: 10.1038/srep39903. PMID: 28057925; PMCID: PMC5216368.

166) Özyurt G, Öztürk Y, Tufan AE, Akay A, İnal N. Differential effects of disruptive mood dysregulation disorder comorbidity in attention deficit hyperactivity disorder on social cognition and empathy. Journal of attention disorders. 2024 Feb;28(4):458-68..

167) Skokauskas N, Frodl T. Overlap between autism spectrum disorder and bipolar affective dis order. Psychopathology. 2015; 48(4): 209–216.

168) Raja M, Azzoni A. Comorbidity of Asperger's syndrome and bipolar disorder. Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health. 2008; 4: 26.

169) Frazier JA, Doyle R, Chiu S, Coyle JT. Treating a child with Asperger's disorder and comorbid bipolar disorder. Am. J. Psychiatry. 2002; 159(1): 13–21

170) Dunalska A, Rzeszutek M, Dębowska Z, Bryńska A. Comorbidity of bipolar disorder and autism spectrum disorder - review paper. Psychiatr Pol. 2021 Dec 31;55(6):1421-1431. English, Polish. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/122350. Epub 2021 Dec 31. PMID: 35472236

171) Zablotsky B, Bramlett MD, Blumberg SJ. The Co-Occurrence of Autism Spectrum Disorder in Children With ADHD. J Atten Disord. 2020 Jan;24(1):94-103. doi: 10.1177/1087054717713638. Epub 2017 Jun 14. PMID: 28614965; PMCID: PMC5711626.

172) Casseus M, Kim WJ, Horton DB. Prevalence and treatment of mental, behavioral, and developmental disorders in children with co-occurring autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based study. Autism Res. 2023 Apr;16(4):855-867. doi: 10.1002/aur.2894. Epub 2023 Jan 16. PMID: 36644987; PMCID: PMC10160807.

EKLER

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

ADINIZ-SOYADINIZ :

YAŞINIZ :

ADRESİNİZ:

TELEFON NUMARANIZ:

AİLE İLE İLGİLİ BİLGİLER:

ÇOCUĞUNUZUN İSMİ:

ÇOCUĞUNUZUN CİNSİYETİ: ( ) Kız ( ) Erkek

ÇOCUĞUNUZUN DOĞUM TARİHİ:

ÇOCUĞUNUZA OLAN YAKINLIĞINIZ: 1- Anne (Öz veya evlat edinilmiş)

2- Üvey anne

3- Koruyucu anne

4- Diğer (lütfen açıklayınız)

5- Baba (Öz veya evlat edinilmiş)

6- Üvey baba

7- Koruyucu baba

8- Diğer (lütfen açıklayınız)

MEDENİ DURUMUNUZ: 1-Evli 2-Boşanmış

3-Ayrı yaşama 4-Eşinin vefat etmiş olması

5-Diğer: belirtiniz.....

KARDEŞ SAYISI : 1-kardeş yok

2-1 kardeş var

3-2 kardeş var

4-3 kardeş ve üstü

AİLENİN KAÇINCI ÇOCUĞU : 1- 2 3 4 5 ve üstü

AİLENİN YAPISI: 1- Çekirdek aile (anne-baba-çocuk/lar)

2- Geniş aile (anneanne, babaanne ve dede)

3- Boşanma

4- Ayrılma

5- Ölüm

ANNENİN DOĞUM SIRASINDAKİ YAŞI : 1- 16 yaş altı

2- 16-18 arası

3- 18-25 arası

4- 25-35 arası

5- 35-40 arası

6- 40 yaş üstü

ANNENİN ÖĞRENİM DURUMU: 1- Okur yazar değil

2 -Okur yazar

3- İlkokul mezunu

4- Ortaokul mezunu

5- Lise mezunu

6- Yüksekokul veya üniversite mezunu

7- Diğer: belirtiniz

ANNENİN MESLEĞİ : 1- İşsiz

2- Memur

3- İşçi

4- Emekli

5- Diğer (lütfen açıklayınız)

BABANIN ÖĞRENİM DURUMU: 1- Okur yazar değil

2 -Okur yazar

3- İlkokul mezunu

4- Ortaokul mezunu

5- Lise mezunu

6- Yüksekokul veya üniversite mezunu

7- Diğer: belirtiniz

BABANIN MESLEĞİ : 1- İşsiz

2- Memur

3-İşçi

4-Emekli

5-Diğer (lütfen açıklayınız)

ANNE -BABANIN BİRLİKTELİK DURUMU : 1- Evli ve beraber

2. Evli ve ayrı yaşayan

3- Boşanmışlar veya ayrı oturuyorlar

4- Anne yada babadan biri ölmüş

AİLENİN GELİR DURUMU: 1-Çok düşük

2-Düşük

3-Orta

4-Yüksek

5-Çok yüksek

1.DERECE (A-B VEYA KARDEŞ) AİLEDE TIBBİ HASTALIK ÖYKÜSÜ(yalnız kronik bir hastalık- sürekli ilaç kullanım veya ara ara hastaneye yatış, kimde nasıl hastalık? : 1- Var

2- Yok

1. DERECE(Ç'UN A-B VEYA KARDEŞ) AİLEDE RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ (şu anda ilaç veya tedaviye ihtiyacı olan) Kimde ve Nasıl bir hastalık? : 1- Var

2- Yok

OKUL BAŞARISI : (KARNEDEKİ SON DÖNEM) 1- Pekiyi

2- İyi

3- Orta

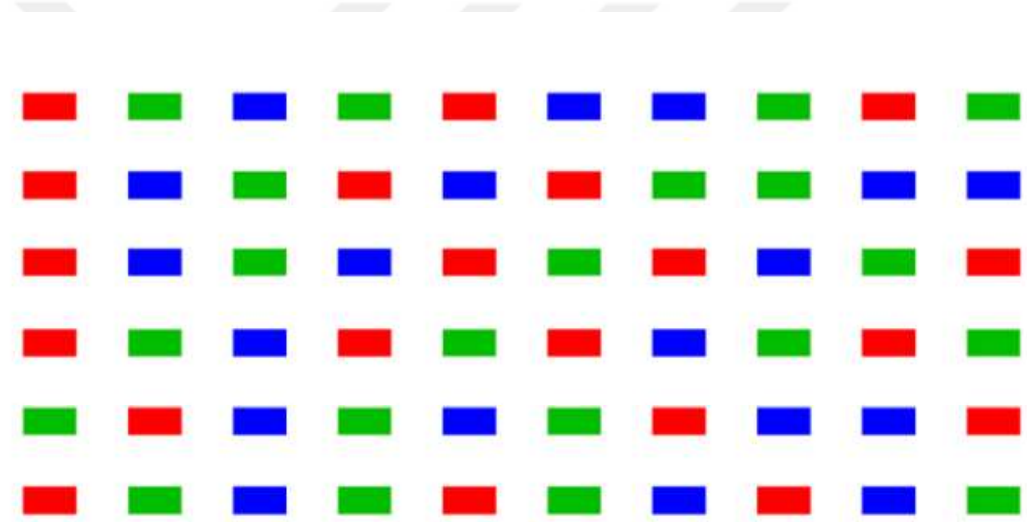
4- Ortanın altı

5- Zayıf

AKRAN İLİŞKİSİ : 1-İyi, yeterli sayıda arkadaş (En az iki yakın veya yalnızca bir yakın arkadaş)

2- Yakın arkadaş tariflenmiyor.

Stroop Testi



KIRMIZI YEŞİL MAVİ YEŞİL KIRMIZI MAVİ MAVİ YEŞİL KIRMIZI YEŞİL

KIRMIZI MAVİ YEŞİL KIRMIZI MAVİ KIRMIZI YEŞİL YEŞİL MAVİ MAVİ

KIRMIZI MAVİ YEŞİL MAVİ KIRMIZI YEŞİL KIRMIZI MAVİ YEŞİL KIRMIZI

KIRMIZI YEŞİL MAVİ KIRMIZI YEŞİL KIRMIZI MAVİ YEŞİL KIRMIZI YEŞİL

YEŞİL KIRMIZI MAVİ YEŞİL MAVİ YEŞİL KIRMIZI MAVİ MAVİ KIRMIZI

KIRMIZI YEŞİL MAVİ YEŞİL KIRMIZI YEŞİL MAVİ KIRMIZI MAVİ YEŞİL

EKLER

EK-1: Duygusal Reaktivite İndeksi

Katılımcının Adı: Yaş:

Lütfen, son altı ay içinde ve yaşıtlarınızla kıyaslandığında, aşağıdaki cümlelerden her birinin, duygularınız/davranışlarınızı ne kadar tanımladığını kutucukları işaretleyerek belirtiniz.
Lütfen boş bırakmayınız

	Doğru değil	Biraz doğru	Kesinlikle doğru
1. Başkaları tarafından kolayca kızdırılırım.			
2. Sık sık öfkeden kontrolümü kaybederim.			
3.Kızgınlığım uzun bir süre geçmez.			
4. Çoğu zaman sinirliyimdir.			
5. Sıklıkla öfkelenirim.			
6.Kolayca öfkeden kontrolümü kaybederim.			
7.Genel olarak, asabiyetim problemlere neden olur.			

Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

© *2012* Stringaris A (King's College London), Goodman R (King's College London), Ferdinando S (King's College London), Razdan V (National Institutes of Health), Muhrer E (National Institutes of Health), Leibenluft E (National Institutes of Health), Brotman MA (National Institutes of Health).

Bu materyal, klinisyenler tarafından kendi hastaları için kullanılmak üzere izinsiz çoğaltılabilir. Elektronik kullanım gibi herhangi bir başka kullanım için, yazarların önceden yazılı izni gerekmektedir.

EK-2: Duygusal Reaktivite İndeksi Aile

Katılımcının Adı: Yaş:

Lütfen, son altı ay içinde ve yaşıtlarıyla kıyaslandığında, aşağıdaki cümlelerden her birinin, çocuğunuzun duygu ve davranışlarını ne kadar tanımladığını kutucukları işaretleyerek belirtiniz. Lütfen boş bırakmayınız.

	Doğru değil	Biraz doğru	Kesinlikle doğru
1. Başkaları tarafından kolayca kızdırılır.			
2. Sık sık öfkeden kontrolünü kaybeder.			
3.Kızgınlığı uzun bir süre geçmez.			
4. Çoğu zaman sinirlidir.			
5. Sıklıkla öfkelenir.			
6. Kolayca öfkeden kontrolünü kaybeder.			
7.Genel olarak asabiyeti problemlere neden olur.			

Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

© *2012* Stringaris A (King's College London), Goodman R (King's College London), Ferdinando S (King's College London), Razdan V (National Institutes of Health), Muhrer E (National Institutes of Health), Leibenluft E (National Institutes of Health), Brotman MA (National Institutes of Health).
Bu materyal, klinisyenler tarafından kendi hastaları için kullanılmak üzere izinsiz çoğaltılabilir. Elektronik kullanım gibi herhangi bir başka kullanım için, yazarların önceden yazılı izni gerekmektedir

1. Ek 1: Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R)

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ, GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU (ÇDDÖ-R)

UYGULAMA KİTAPÇIĞI

Çocuğun İsmi: **Kimlik No:**

Yaş: **Cinsiyet: Kız □ Erkek □** **Etnik Köken:**

Görüşmeni Yapıldığı Tarih: **Görüşmeci:**

Görüşme Yapılan Kişiler: □ Çocuk □ Anne □ Baba □ Diğer (Belirtiniz)……

Not: **Bu özet sayfanın geri kalanı, yalnızca bu uygulama kitapçığı çocuğun "Çocuklar için depresyon değerlendirme ölçeği" görüşmesinin skorlanması için kullanıldıysa tamamlanmalıdır. (Kitapçığın son sayfasının en altında yer alan talimatlar kısmına bakınız)**

ÇDDÖ-R Ham Özet Skoru : **ÇDDÖ-R T-Skoru:**

Persentil	2	10	20	30	40	50	60	70	80	90	95	99
Ham Skor	17	I	20	I	I	I	I	30	I I I I	40	I I I I	50	I I I I	60	I I I I	70	I I I	77-113
T-Skoru	30	33	40	44	48	51	53	55	57 59 61 62	63 64 65 66	67 68 69 71	73 75 76 78	80 81 82 83	84	85	› 85

Çocuklar İçin depresyon değerlendirme Ölçeği T-Skorunun Yorumlanması

√	T-skor aralığı	Yorum
	39 ve altı	Bu kadar düşük skorlar oldukça seyrek gözlenir. Başkalarından bilgi edinilmesine ihtiyaç vardır, böylesine sık rastlanmayan skorlar ağır bir inkar durumuyla ilişkili olabilir.
	40-54	Depresif bozukluk tanısı pek olası görünmemektedir, ileri değerlendirme ile doğrulanmalıdır.
	55-64	Depresif bozukluğun kapsamlı bir tanı koydurucu değerlendirme ile doğrulanması olasıdır. Aşağıdaki durumlardan herhangi biri varsa mutlaka ileri değerlendirme yapılmalıdır: • Semptomların görüldüğü herhangi bir alanda semptomların şiddetinin orta ile ağır arasında skorlanması • Özkıyım düşüncelerinin 3 ya da daha yüksek olarak skorlanması • Depresif duygudurumun (eğlenememe, depresif duygular, deprese yüz afekti veya irritabilite vs.) klinik olarak belirgin olduğunu gösteren kronik gidiş (1 yıl ya da daha fazla vs.)
	65-74	Kapsamlı bir tanı değerlendirmesi ile doğrulanması kuvvetle muhtemel bir depresif bozukluk tanısı. İleri değerlendirme mutlaka yapılmalıdır..
	75-84	Doğrulanması kuvvetle muhtemel bir depresif bozukluk tanısı. İleri değerlendirme mutlaka yapılmalıdır.
	85 ve üzeri	Nerdeyse kesin bir biçimde depresif bozukluk tanısı. Acilen değerlendirilerek müdahale edilmelidir.

Tüm Kaynaklardan Elde Edilen Ölçümlerin Karşılaştırılması

Ölçümün Yapıldığı Kaynaklar

Değer-lendir-ilen Belirti Alanı	Çocuk							Ebeveynler							Diğer							Çocuğa ait en iyi tanımlama						
Okul İşlevselliği	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
An-Hedoni	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Sosyal İçe Çekilme	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Uyku Bozukl-ğu	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
İştahta Bozulma	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Aşırı Yorgun-Luk	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Fiziksel Yakınma-lar	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
İrritabil-ite	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Aşırı Suçluluk Duyma	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Düşük Özgüven	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Depresif Duygular	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
morbid düşün-ce	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Özkıyım Düşünce-leri	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Aşırı Ağlama	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Gözlemci Tarafından Puanlanan Sözel Olmayan Davranışlar	**Çocuk**							**Ebeveynler**	**Diğer**	**Çocuğa ait en iyi tanımlama**						
Depresif Yüz Afekti	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**			**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Cansız Konuşma	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**			**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Hipoaktivite	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**			**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

	=Belirgin bir güçlük yok

	=Klinik olarak belirgin zorluklar

	=Ağır klinik olarak belirgin zorluklar

Yönerge: Bu çocuk için; her semptom alanını puanlarken; kutucuk içine yalnızca bir sayıyı yazın. Puanlama yapmak için yetersiz bilgi mevcutsa kutunun içine **PY** (“Puanlama Yapılmadı”) yazın.

1. OKUL İŞLEVSELLİĞİNDE BOZULMA ⟶

- **Okuldan hoşlanır mısın, hoşlanmaz mısın? (Hangi açılardan?)**
- **Okulda aldığın notlar nasıl? (Geçen seneye ya da geçen yarıyıla göre fark var mı?)**
- **Öğretmenlerin ya da ailen daha iyi olman gerekirdi diye düşünürler mi? (Neden? Sen de buna katılıyor musun?)**
- **Dikkatini vermekte zorluk yaşıyor musun? Neden? (Sana verilen görevi yapman diğer çocuklara oranla daha mı uzun sürüyor? Öğretmen sık sık dinlemen için seni uyarıyor mu? Diğer çocuklar seni rahatsız ediyor mu? Gün içinde dalıp gitmelerin oluyor mu?)**
- **TV'ye dikkatini vermekte zorluğun oluyor mu?**
- **Oyun oynarken oyuna dikkatini vermekte zorlandığın oluyor mu?**
- **Bu yeni ortaya çıkan bir sorun mu? Neden?**

Okul işlevselliği çocuğun yapabilirlikleri ile uyumlu ……. **1 2**

Okul işlevselliğinde ve/veya konsantrasyon kabiliyetinde azalma ……... **3 4**

Pek çok konuda gösterilen performansta yaşanan belirgin bozulma ……. **5 6**

Performans göstermek için hiç motive olamama ……. **7**

Yorumlar……
……
……
……

2. EĞLENMEDE/KEYİF ALMADA ⟶ GÜÇLÜK ÇEKME

- **Eğlenmek için ne yapmaktan hoşlanırsın? (Ayrıntıları tartışın.)**
- **Ne kadar sıklıkta eğlenirsin?**
- **Hiç sıkıldığın olur mu? (Ne sıklıkta?)**
- **TV'de ne izlemekten hoşlanırsın?**
- **Beğendiğin TV programlarında hoşlandığın şeylerin ne olduğunu bana anlatabilir misin? (Çocuk programı pasif olarak mı izliyor, programa kendini kaptırıyor mu? Karar vermeye çalışın.)**

İlgi alanları ve yaptığı aktiviteler çocuğun yaşı, kişiliği ve sosyal çevresi ile gerçekçi olarak uyumludur. En az geçtiğimiz 2 hafta süresince gözlenen davranışları ……**1** her zamanki gibidir, belirgin bir değişiklik olmamıştır. Can sıkıntısı benzeri duygular kısa sürelerle gözlenebilir.

2

Bazı aktiviteleri günlük olarak değil de haftada birkaç kez gerçeğe uygun olacak şekilde keyif verici olarak tanımlar …….. **3** İlgi gösterir ancak hevesli değildir.

4

Kolayca sıkılır. Günlük yaşantısından " yapacak bir şey yok" şeklinde şikayetçidir. Yapılandırılmış aktivitelere " ne olup bittiğini gözden geçirme" amacı ile katılır. (Gerçekte) günlük …….. **5** ya da haftalıktan daha seyrek olan aktivitelere, başlangıçta ilgi gösterebilir.

6

Herhangi bir aktiviteye katılmak için girişimde bulunmaz. Kendisini esasen pasif olarak tanımlamaktadır. Başkalarının oyun oynamasını ya da T.V'yi izler ama çok az ilgilidir. Bir …….. **7** aktiviteye katılmak için çok dil dökmek ve/veya zorlamak gereklidir. Hiç heves ya da gerçekten ilgi göstermez. Aktiviteleri isimlendirme de güçlük yaşar.

Yorumlar……
……

3. SOSYAL İÇEÇEKİLME ⟶

- **Birlikte oyun oynadığın arkadaşların var mı? (Evde mi? Okulda mı? Hangi oyunları oynarsınız? Ne sıklıkta oyun oynarsın?)**
- **Hiç arkadaşlarının seninle bir araya gelip oyun oynamak istediği ama senin dışarı çıkıp oynamayı canının istemediği zamanlar oldu mu? (Ne sıklıkta veya ne zaman? Ne kadar uzun süre böyle hissettin?)**
- **Hiç çok yakın bir arkadaşın oldu mu? (Şimdi bir tane var mı?)**
- **Hiçbir arkadaşını kaybettin mi? (Ne oldu?)**
- **Hiç diğer çocukların sana taktığı oldu mu? (Ne yaptılar? Sen ne yaptın? Senin tarafını tutan oldu mu?)**

Okulda ve evde akranları ile arkadaşlık etmekten keyif alır. **1**

2

Aktif olarak kendisi arkadaş edinmeye çalışmaz, fakat bunun yerine diğerlerinin arkadaşlık girişiminde bulunmasını bekler. Sıklıkla yapacak daha iyi bir alternatifi olmamasına rağmen oyun oynama fırsatlarını geri çevirir. **3**

4

Sıklıkla diğerleriyle istenilen etkileşime girme fırsatlarından kaçınır ya da bu fırsatları geri çevirir ve/veya reddedilmenin kaçınılmaz olduğu durumlar yaratır. **5**

6

Diğer çocuklarla ilişkiye girmez. Kendisini "hiç arkadaşı yok" olarak tanımlar veya yeni ya da eski arkadaşlarını aktif olarak geri çevirmektedir. **7**

Yorumlar.....
.....
.....
.....

4. UYKU BOZUKLUKLARI

- **Uyumakta güçlük çeker misin?**
- **Uykuya dalman için uzun süre geçmesi gerekir mi? (Ne kadar süre? Ne kadar sıklıkta?) (Yatağa gitmeye karşı dirençten ayırt edin)**
- **Gece yarısı uyandığın olur mu? (Uyandıktan sonra hemen uykuya dalar mısın yoksa uyanık mı kalırsın? Ne sıklıkta veya ne zaman? Sonra tekrar uykuya nasıl dalarsın?)**
- **Sabahları kalkman gereken zamandan önce uyandığın hiç oldu mu? (Ne kadar erken? Uyanık kaldın mı yoksa uyumaya devam mı ettin? Ne yaptın? Ne sıklıkta ya da ne zaman oldu bu?)**

Durumsal olarak açıklanabilen güçlüğü …… **1**
sıklıkla ya da hiç yoktur.

2

Sıklıkla uyumakta hafif şiddette güçlüğü vardır…… **3**

4

Neredeyse her gece uyumakta güçlüğü vardır. …….. **5**

Ek Bilgi (Puanlanmaz)

Uyku bozukluğunun ortaya çıkış zamanının belirlenmesi (tüm maddeleri kontrol edin):

…….. ilk kez yatağa girer girmez
…….. gece yarısı
…….. sabahın erken saatlerinde

Yorumlar……
……
……
……

5. İŞTAHTA BOZULMA ⟶

- **Yemek yemekten hoşlanır mısın?**
- **Ne yemekten hoşlanırsın?**
- **Bazı yemekler için/öğünlerde mi?, Çoğu yemek/öğünde mi? Yoksa tüm yemekler için/öğünlerde mi açlık duyarsın?**
- **Hiç acıkmadığın oldu mu? (Ne zaman? Sıklıkla olur mu? Bu yakın zamanda mı oldu?)**
- **Ailen yemek yemenden şikayet ederler mi?**
- **Son zamanlarda kilo aldın mı ya da kilo kaybın oldu mu? (Nasıl anladın?)**

Yemek yeme alışkanlıklarında değişiklik ya da Herhangi bir problem tanımlanmamaktadır. …….. **1**

2

Her zamanki yeme alışkanlıklarında hafif fakat dikkat çekici değişiklikler …….. **3**

4

Yemekten kaçınır ve/veya çoğu zaman aç değildir
VEYA iştahında dikkate değer bir artış ya da tıkınırcasına yemek yeme tanımlamaktadır. ……. **5**

Ek Bilgi (Puanlanmaz)

Eğer uygulanabiliyorsa; iştahta bozulmanın çeşidini belirleyin :

……. Artmış iştah
……. Azalmış iştah

Yorumlar……

……

……

……

6. AŞIRI YORGUNLUK ⟶

- **Gün boyunca yorgun hisseder misin? (Uykunu almış olsan bile? Ne zamanlar? Nerede?)**
- **Okuldan sonra yorgun hissettiğin olur mu? (Ne sıklıkta? Yorgunluk hissin ne kadar sürer? Seni ne kendine getirir?)**
- **Yapmak zorunda olmasan bile gidip kestirecek kadar yorgun hissettiğin oldu mu hiç? (Ne zamanlar? Ne sıklıkta? Bu her zaman doğru muydu?)**

Gün boyunca " aşırı yorgunluk" tan normalden **1**
farklı bir şekilde yakınma yoktur.

2

Yorgunluk yakınması bir miktar artmış görünmekte
olup bu durum can sıkıntısından ya da artmış aktivite **3**
miktarından kaynaklanmamaktadır.

4

Yorgun hissetme günlük bir yakınma halindedir **5**

6

Günün çoğunda yorgun hissettiğinden yakınır.
Gün içinde uyandığında dinlenmiş hissetmediği
istemli uzun şekerlemeler yapar. Yorgunluk hissinin **7**
derecesi ile yaptığı aktiviteleri engellemektedir.

Yorumlar.....
.....
.....
.....

Yukarıdaki soruların puanlamaları toplamı: ..... (Alt toplam 1)

7. FİZİKSEL YAKINMALAR ⟶

- **Hiç karnının, başının ağrıdığı ya da bacaklarının sızladığı olur mu? (Ne sıklıkta? Neden?) (Organik nedenle ilişkili olanları saymayınız)**
- **Başka çeşit ağrı ya da sızıların/acıların olur mu? (Bunlar neye benzer? Ne sıklıkta olur?)**

Organik olmayan şikayetler için:

- **Hep bu tür şikayetlerin (acıların/ağrıların) var mıydı? Yoksa bunlar yeni mi?**
- **Ne zaman bu ağrıların/acıların olur ve ne kadar sürede geçer?**
- **Bunlar seni oynamaktan alıkoyar mı? Ne sıklıkta?**

Genellikle aşırı olmayan yakınmalardan şikayetçidir. **1**

2

Şikayetler hafifçe artmıştır **3**

4

Günlük ağrı ve acılardan şikayet etmektedir. Bunlar sıklıkla işlevselliğini bozacak düzeydedir. **5**

6

Ağrı ve acıları ile ilgili zihinsel uğraşıları vardır. Bunlar oyun aktivitelerini düzenli olarak engellemektedir. **7**

Yorumlar.....
.....
.....
.....

8. İRRİTABİLİTE

- **Ne gibi şeyler senin yakınmana sebep olur ya da seni deli eder/kızdırır? (Ne kadar deli olursun/ kızarsın?)**
- **Hiç kendini her şeyin seni rahatsız ettiği bir moda hissettiğin oldu mu? (Ne zaman? Bu modun/halin ne kadar sürer? Ne sıklıkta olur? Yakın zamanda böyle bir durum oldu mu?)**
- **Başkaları neden bu kadar huysuz olduğunu sorar mı? (Ailen? Kardeşlerin? Öğretmenlerin? Arkadaşların? Kuzenlerin?)**

İrritabilite çok seyrek görülür …… **1**

2

Kolaylıkla öfkelendirilebilir. İrritabilite
periyotları haftada birkaç defa görülür …… **3**
ancak uzun sürmez.

4

Sıklıkla irritabldır. Artmış şekilde irritabilite
periyodları haftada birkaç defa ortaya çıkar ……... **5**
ancak yatıştırılması oldukça güçtür.

6

İrritabilite süreklidir. Hiçbir şey bu duygudurumu…… **7**
değiştiremez.

Yorumlar……
……
……
…….

9. AŞIRI SUÇLULUK

- **Hiç herhangi kötü bir şey olduğunda bunun senin suçun olduğunu hissettiğin ya da kendini suçladığın olur mu?**
- **Yaptığın ya da yapmış olmayı dilediğin belirli şeyler için kendini kötü ya da üzgün hissettiğin hiç oldu mu? (Bunlar nedir? Ne sıklıkta olur? Bu yakın zamanda senin için bir problem haline geldi mi?) (Olayları ve suçluluk duygusunun eylemler ile orantılı olup olmadığını not edin)**

- ***Suçlu*** **kelimesinin ne anlama geldiğini biliyor musun?**
- **Neler sana kendini suçlu hissettirir?**
- **Ne sıklıkta suçlu hissedersin?**

Uygun olmayan bir biçimde suçluluk duymamaktadır. Ortaya çıkaran bir olay karşısında uygun şekilde ortaya çıkan suçluluk duygusu bildirilmektedir. **……1**

2

Tanımlanan olayla ilişkili olarak abartılı suçluluk ve/veya utanma duygusu **…… 3**

4

Kontrolü altında olmayan olaylar hakkında suçluluk duyar. Bu duygular günlük işlevselliğini bozacak düzeydedir. **…….. 5**

6

Ağır suçluluk sanrıları **……. 7**

Yorumlar……
……
……
……..

10. DÜŞÜK ÖZGÜVEN ⟶

- **Dış görünüşünden memnun musun? (Neye benzediğini bana tarif edebilir misin?) (Daha küçük yaş çocuğu için, gözlerinden, yüzünden, giysilerinden hoşlanıp hoşlanmadığını sorun)**
- **Akıllı olduğunu düşünür müsün? Yoksa değil misin?**
- **İyi olduğun şeyler neler/ Nelerde iyisin?**
- **Bazı şeylerde diğer çocuklardan daha iyi mi daha kötü mü olduğunu düşünürsün? (Daha iyi olduğun şeyler neler? Ya kötü oldukların? Bu durum seni üzer mi?)**
- **Çocukların çoğu senden hoşlanır mı ? (Senden hoşlanmayanlar var mı?- Neden? Sana isim takıldığı olur mu?- Ne gibi? Diğer çocuklar seni kötüler mi?)**
- **Sana yüklenildiğini hissettiğin hiç oldu mu?**
- **Kendinle ilgili değiştirmek istediğin şeyler var mı?**

Kendisini tanımlarken öncelikle olumlu tanımlamalar kullanır. **1**

2

Bir tane önemli ya da baskın alanda bir eksiği olduğunu hissettiğini tanımlamaktadır. **3**

4

Kendisini baskın olarak negatif özellikleriyle tanımlar veya sorulan soruları üstü kapalı yanıtlarla geçiştirir. **5**

6

Kendisi hakkında aşağılayıcı tanımlamalar yapar. Diğer çocukların sıklıkla kendisine aşağılayan lakaplarla hitap ettiklerini söylemektedir. Kendisini aşağılar. **7**

Yorumlar

……
……
……
……..

11. DEPRESİF DUYGULAR ⟶

- **Neler senin mutsuz hissetmene yol açar? (Mutsuz hissettiğinde bu ne kadar zamanda geçer? Bir saat? Birkaç saat? Tüm gün?)**
- **Kendini mutsuz ya da üzgün hissettiğin zaman diğer insanlar bunu bilir mi?**
- **Kendini üzgün hissettiğin belli zamanlar var mı? Mesela annen uzaktayken?**
- **Kendini mutsuz hissettiğin zaman ne kadar çaresiz hissedersin? (Bu durumun çok canını yaktığı oldu mu? Ne sıklıkta bu durum o kadar kötüleşir ki canın yanar?)**
- **Son zamanlarda kendini nasıl hissediyorsun? (Normalden daha mı mutsuzsun?)**
- **Mutsuz hissettiğinde ne sana kendini tekrar mutlu hissettirir? (Bu sana şu an kendini mutlu hissettirir miydi?)**

Tek tük ortaya çıkan ve hızla kaybolan mutsuzluk duyguları **1**

2

Tanımlanan bazı olaylar karşısında yoğun olarak ortaya çıkan, uzun süren mutsuzluk periyodları tanımlanır. **3**

4

Major bir prespite edici durum olmaksızın zamanın çoğunda mutsuz hissetme **5**

6

Zamanının tamamında mutsuz hissetme; psişik acı duyma ile karakterizedir **7**
(örn: "buna dayanamıyorum")

Yorumlar.....
.....
.....
.....

12. MORBİD (HASTALIKLI) FİKİR OLUŞTURMA

- **Hiçbir ev hayvanın öldü mü? Ya da bir arkadaşın? Bir yakının? (Bu konuda düşünür müsün? Ne zaman? Bu konu hakkında ne sıklıkta düşünürsün?)**
- **Hiç ailenden birini ölmüş olarak düşünür müsün? Ailen dışından birini? (Kimi? Nasıl ölmüştüler? Bu konu hakkında ne sıklıkta düşünürsün?)**
- **Hiç ölebileceğini düşündüğün olur mu? (Bana bundan bahset)**
- **Ne sıklıkta bu tarz düşüncelerin olur? (Son dönemde bu düşüncelerin ne sıklıkta oluyordu?)**

Hiç morbid düşünme tanımlanmamakta **1**

Morbid düşünceleri kuvvetle inkar eder **2**

Gerçek bir olayla ilişkili ancak duruma göre **3**
aşırı gibi görünen morbid düşünceleri tartışır

4

Bir haftada birkaç kez morbid düşünceler
ile zihninin meşgul olduğunu tanımlar. **5**
Bu morbid düşünceler dış gerçeklikten
bağımsızdır.

..... **6**

Günlük olarak ölüm temaları ile
zihinsel uğraşılar ya da ayrıntılandırılmış, ...**7**
aşırı veya bizar/tuhaf morbid düşünceler

Yorumlar.....
.....
.....
.....

13. SUİSİD (ÖZKIYIM) DÜŞÜNCELERİ →

- **Hiç kendi canını acıtma düşüncen oldu mu?**
- **Hiç kendi canını yakmayı denedin mi? (Ne zaman? Nasıl?)**
- ***İntihar*** **kelimesinin ne demek olduğunu biliyor musun?**
- **Hiç bunu yapmayı düşündüğün oldu mu? (Ne zaman? Nasıl yapmayı düşünmüştün?)**
- **Bunu kastetmemiş/ gerçekten demek istememiş olsan da kendini öldürmek istediğini hiç söylediğin oldu mu?**
- **Hiç kendini öldürmeyi denedin mi? (Ne zaman? Nasıl? Ne oldu?)**
- **Bu durum eskiden olduğundan daha büyük bir sorun mu?**

((COLOMBIA İNTİHAR ŞİDDETİ DEĞELENDİRME ÖLÇEĞİNE DE BAKINIZ (C-SSRS)))

"Özkıyım" kelimesini anlar, ancak bu kelimeyi kendisi ile bağdaştırmaz **1**

Özkıyım düşüncelerinin kesinlikle inkarı **2**

Genellikle kızgın olduğunda, özkıyım veya kendine zarar verme (eğer özkıyım kavramını anlamıyorsa) düşüncelerine sahiptir **3**

4

Tekrarlayan ölüm düşünceleri vardır **5**

6

Aktif olarak intihara meyillidir veya geçtiğimiz 1 ay içinde bir özkıyım girişimi olmuştur **7**

Yorumlar.....
.....
.....
.....

14. AŞIRI AĞLAMA ⟶

- **Çok ağlar mısın? (Seni ne ağlatır? Hiç nedenini bilmeden ağladığın olur mu?)**
- **Bazen ağlamasan bile kendini ağlayacakmış gibi hissettiğin olur mu? (Ne çeşit şeyler sana kendini böyle hissettirir? Bu ne sıklıkta olur?)**
- **Arkadaşlarından daha fazla kendini ağlayacakmış gibi hissettiğin oluyor mu?**

Bildirilen miktar yaşıyla uyumludur **1**

Akranlarından daha sık ağladığını
ima eder veya ağlayacak gibi hisseder **2**

Sıklıkla açık bir tetikleyici olmaksızın, ... **3**
akranlarından daha fazla ağlar

4

Sıklıkla ağlar ya da ağlayacak gibi
hisseder (haftada birkaç kez). Nedenini **5**
bilmeden ağladığını kabul eder

6

Hemen hemen her gün ağlar **7**

Yorumlar.....
.....
.....

7-14 numaralı soruların puanlamaları toplamı: ..... (Alt toplam 2)

DUR Eğer görüşme bir ebeveyn (ya da bir erişkin) ile yapılmışsa elde edilen bilgiler daha fazla puanlama için yeterli olmayacaktır. Yorumlama ve değerlendirme için ÇDDÖ-R el kitabının 3.bölümüne müracaat edilir.

DEVAM ET Eğer görüşme çocuk ile yapılmışsa. Geri kalan 3 belirti alanı için, çocuğun görüşme sırasındaki sözel olmayan özellikleri göz önüne alınarak puanlama yapılır.

15. DEPRESİF YÜZ AFFEKTİ ⟶

(Duygunun ya da afektin yüzdeki yansımasına odaklanın ((mesela; üzgün olma, emosyonel dışavurumun kısıtlı olması veya gözleri dolma/ağlamaklı olma)). Çocuk tarafından görüşme süresince sergilenen, özellikle ses olmak üzere, genel canlılık derecesinin yüzdeki afekt ile uyumunu da değerlendirin)

Görüşme esnasındaki ses ve yüz ifadesi
deprese duygulanıma ait herhangi bir **1**
işaret yok.

Affektin hafif baskılanması. Spontanlığın **2**
bir miktar kaybı.

Spontanlığın ortadan kalkması. Görüşmenin
bölümleri sırasında mutsuz görünüm (örn;
somurtkan yüz, bakışların aşağı bakması, yüzde **3**
canlılığın kaybı). Gülümseyebilir, tehdit edici
olmayan alanlarda göz kontağı kurmaktan kaçınmaz.

4

Görüşmenin çoğunda yüz ifadesinde ılımlı
kısıtlılık, daha uzun ve sık periyotlarda mutsuz
görünümü vardır.Hiç bir şey onu neşelendiremez **5**
gibi görünmektedir.

6

Affektin ağır bir şekilde kısıtlı olması.
Belirgin bir şekilde üzgün ve içe çekilmiştir.
Görüşme esnasındaki sözel iletişimi minimaldir. **7**
Ağlar ya da ağlamaklı görünür.

Yorumlar.....
.....
.....
.....

16. CANSIZ KONUŞMA ⟶

(Paralingual alanda sözel olmayan semptomların değerlendirilmesi: Tempo, gürültülü konuşma, tonlama, iç çekme, inhalasyonlar ve gülmeler gibi ana içerikten uyumsuz (az ya da fazla) konuşma özellikleri. Bazı formlardaki yüz görünümleri ile karşılaştırıldığında, konuşmanın bu boyutlarının bilinçli olarak manipüle edilmesi özellikle zordur. Örneğin üzüntü bir gülümseme ile maskelenebilir ancak sesteki üzüntüyü maskelemek çok daha zordur.

Önemli sapmalar olmaksızın konuşmanın
kalitesi durumsal olarak duyarlılık gösterir. **1**

Yavaşlamış tempo, monotonluk, ya da **2**
fazlaca yumuşak tonda konuşma

Sapmaların görüldüğü, pek çok duraklama
ile devam eden yavaşlamış tempo. İç çekmeyi
de içeren tereddütler. Sesin kalitesi belirgin olarak **3**
monoton ve cansızdır, psişik rahatsızlık ve sıkıntı
hissi taşır. **4**
Aşırı derecede psişik sıkıntı hissi sesten
anlaşılmaktadır veya derin bir boşluk hissi **5**
vardır. Görüşmeyi idare etmede zorluğu vardır.

Yorumlar.....
.....
.....
.....

17. HİPOAKTİVİTE ⟶

(Bu bölüm vücut hareketlerini değerlendirir. Depresyonun değerlendirilmesinde özellikle vücut hareketlerindeki kısıtlılık veya motor retardasyon/yavaşlama ilgi alanını oluşturur. Çocuk için normal olandan daha kısıtlı vücut hareketlerinin; dalgınlık, dikkatin odaklanamaması gibi alanlara işaret ettiği düşünülür, bunlar depresyonun karakteristik özellikleridir. Dikkat eksikliği bozukluğu olan vakalarda not edilen çevresel uyaranlara aşırı yanıt vermenin tam tersi bir durumdur.

Vücut hareketleri canlıdır.(Burada hiperaktif ve/veya ajite çocuğun davranışının, normal olarak gözlenen distrakte edici olmayan davranıştan ayırt edilip edilmediği not edilmelidir; hiperaktivite mutlaka belirtilmelidir) ……**1**

2

Vücut hareketleri bir şekilde sınırlanmış ve/veya yavaşlamış gibi görünmektedir. …… **3**

4

Vücut hareketlerinde belirgin bir kısıtlılık ve genel olarak hissedilen bir motor yavaşlama vardır. …… **5**

6

Motor yavaşlama şiddetle hissedilmekte olup katatoni benzeri özelliktedir. …… **7**

Yorumlar……
……
……
……..

14- 17 numaralı soruların puanlamaları toplamı: …… (Alt toplam 3)

Tüm alt toplamlar toplanıp ÇDDÖ-R Ham Özet Skoru olarak alınır:

……..	+	……	+	……..	= ……
Alt toplam 1		**Alt toplam 2**		**Alt toplam 3**	**Ham Özet Skor**

İlk olarak, ham özet skoru uygulama kitapçığında (birinci sayfasında) yer alan özet sayfasındaki " ÇDDÖ-R Özet Skoru" yazan boşluğa kaydedilir. Aynı sayfa üzerinde bulunan "skorlama termometresi" üzerindeki orta hatta özet skorunun yeri bulunarak işaretlenir. Alt sıra üzerinde, özet skorunun işaretlendiği yerin tam altına tekabül eden yer T-skorunu vermektedir. Buradan elde edilen T-skoru "ÇDDÖ-R T Skoru" yazan yere kaydedilir. (Özet skoruna tekabül eden persentil, bunun tam olarak üstünde skorlama termometresinin en üst sırasında bulunur.)

Daha sonra, eğer herhangi bir uydurma, inkar ya da benzeri geçerlilik probleminden şüpheleniliyorsa yorumlamalar ve değerlendirmeler için ÇDDÖ-R manuelin 3.bölümüne bakılmalıdır.

Aksi takdirde, özet sayfasının tam ortasında yer alan, çocuğun T-skorunun içinde yer aldığı T-skor aralığı belirlenir.. Bu çocuğun T-skoruna uygun yorumlayıcı cümlenin gösterildiği uygun olan T-skoru aralığının sol tarafında yer alan sütuna tik atılır.

Son olarak, aynı sayfanın en alt kısmında yer alan kısma geçilir ve tüm bilgi alınan kişilerin puanlamaları özetlenir.

4. Ek 4: Klinik Global İzlenim-Şiddet (CGI-S) formu

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ - *HASTALIK ŞİDDETİ* (CGI-S)

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil ☐

2. Hastalık sınırında ☐

3. Hafif düzeyde hasta ☐

4. Orta düzeyde hasta ☐

5. Belirgin düzeyde hasta ☐

6. Ağır hasta ☐

7. Çok ağır hasta ☐

DUYGU DÜZENLEMEDE GÜÇLÜKLER ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinde değerlendiriniz. Her bir cümlenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yanlızca bir tek rakkamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.

1	2	3	4	5
hemen hemen hiç (%0-%10)	Bazen (%11-%35)	yaklaşık yarı yarıya (%36-%65)	Çoğu zaman (%66-%90)	hemen hemen her zaman (%91-%100)

2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.

1	2	3	4	5
hemen hemen hiç (%0-%10)	Bazen (%11-%35)	yaklaşık yarı yarıya (%36-%65)	Çoğu zaman (%66-%90)	hemen hemen her zaman (%91-%100)

3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.

1	2	3	4	5
hemen hemen hiç (%0-%10)	Bazen (%11-%35)	yaklaşık yarı yarıya (%36-%65)	Çoğu zaman (%66-%90)	hemen hemen her zaman (%91-%100)

4. Ne hissettiğim konusunda hiç bir fikrim yoktur.

1	2	3	4	5
hemen hemen hiç (%0-%10)	Bazen (%11-%35)	yaklaşık yarı yarıya (%36-%65)	Çoğu zaman (%66-%90)	hemen hemen her zaman (%91-%100)

5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.

1	2	3	4	5
hemen hemen hiç (%0-%10)	Bazen (%11-%35)	yaklaşık yarı yarıya (%36-%65)	Çoğu zaman (%66-%90)	hemen hemen her zaman (%91-%100)

6. Ne hissettiğime dikkat ederim.

1	2	3	4	5
hemen hemen hiç (%0-%10)	Bazen (%11-%35)	yaklaşık yarı yarıya (%36-%65)	Çoğu zaman (%66-%90)	hemen hemen her zaman (%91-%100)

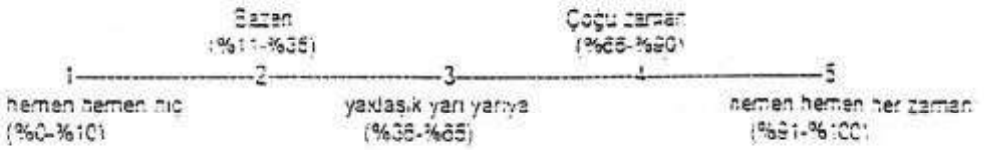
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.

1	2	3	4	5
hemen hemen hiç (%0-%10)	Bazen (%11-%35)	yaklaşık yarı yarıya (%36-%65)	Çoğu zaman (%66-%90)	hemen hemen her zaman (%91-%100)

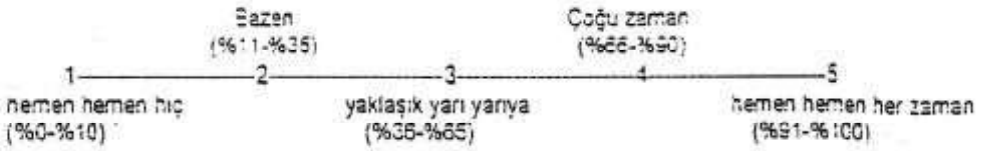
8. Ne hissettiğimi önemserim.

1	2	3	4	5
hemen hemen hiç (%0-%10)	Bazen (%11-%35)	yaklaşık yarı yarıya (%36-%65)	Çoğu zaman (%66-%90)	hemen hemen her zaman (%91-%100)

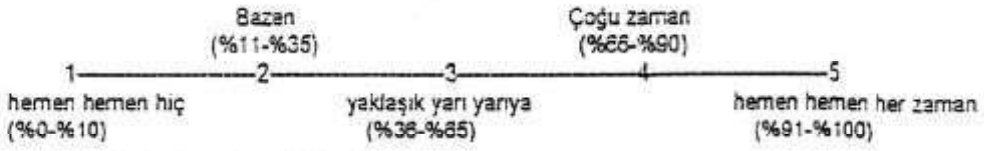
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.



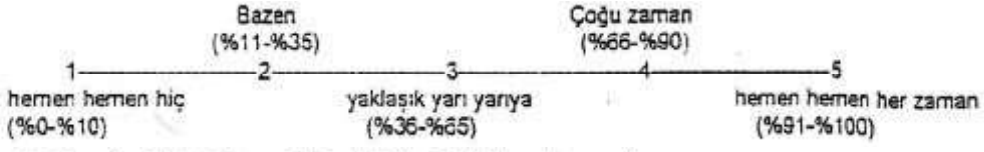
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.



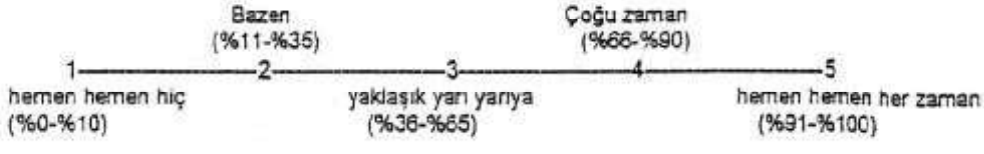
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.



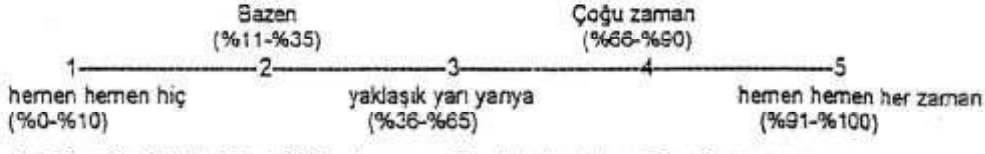
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.



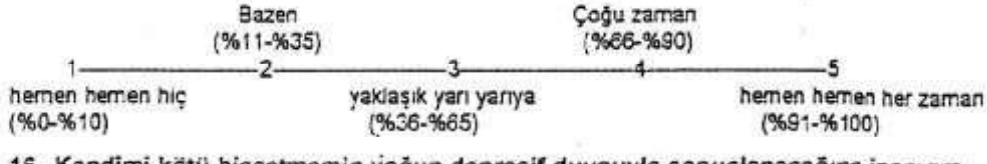
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.



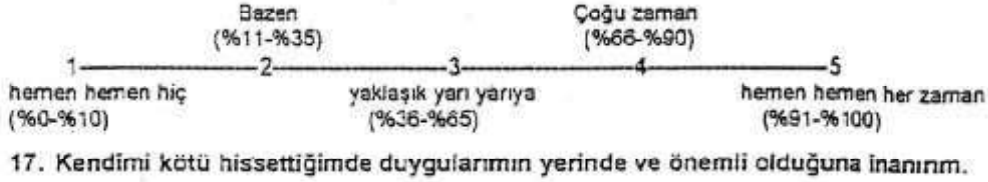
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.



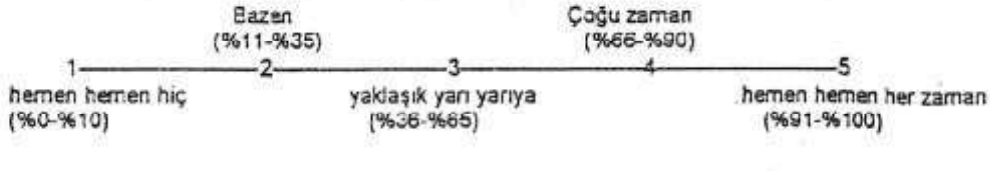
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.



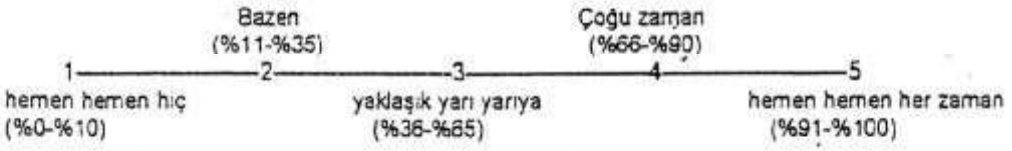
16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.



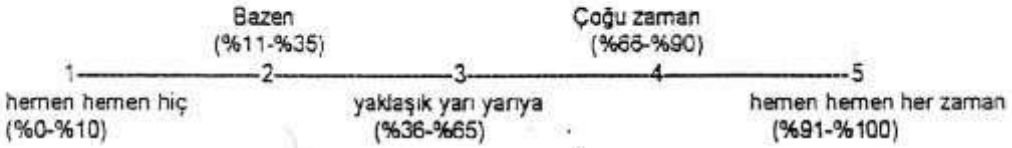
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.



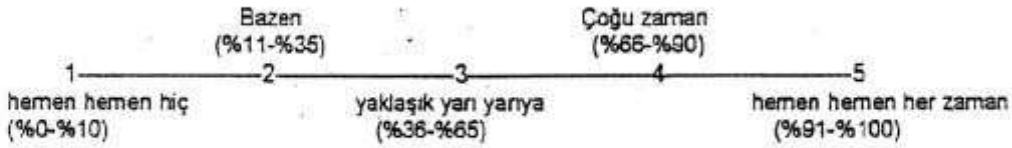
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.



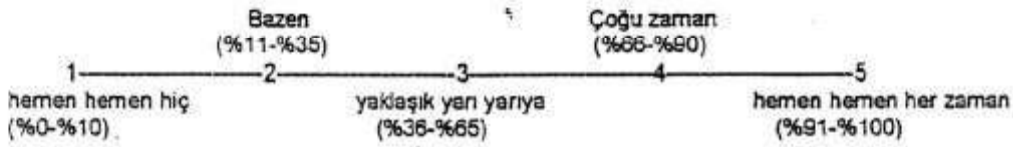
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım.



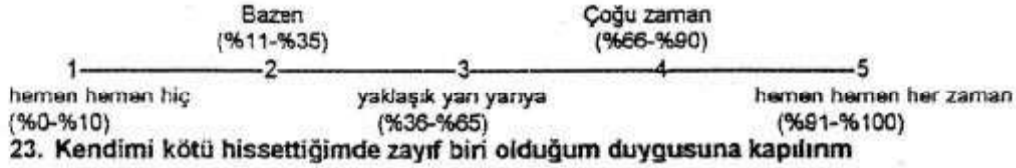
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim.



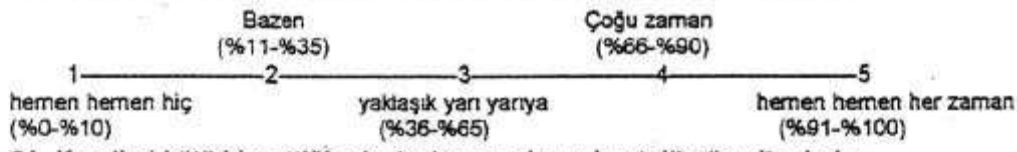
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.



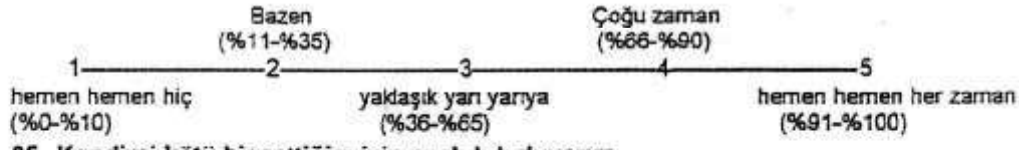
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.



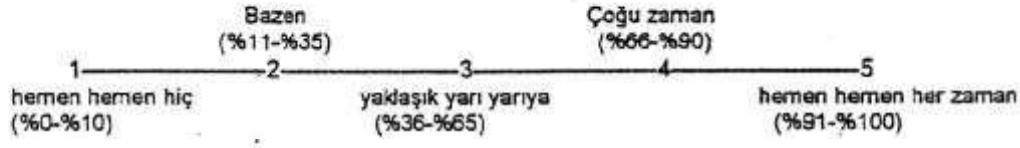
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım



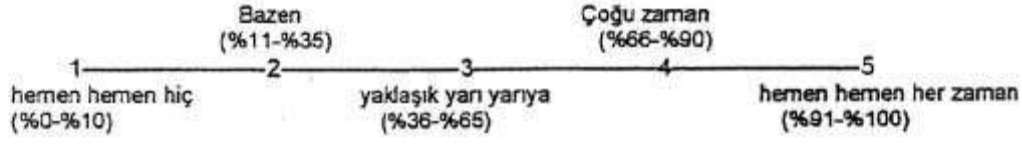
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontolümün altındadır.



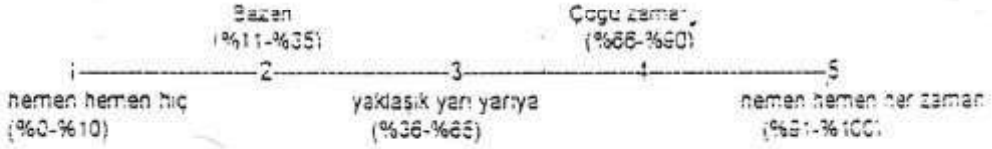
25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.



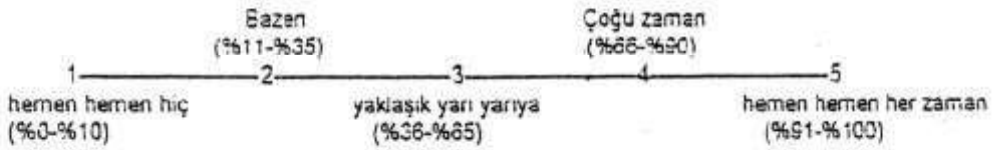
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olamakta zorlanırım.



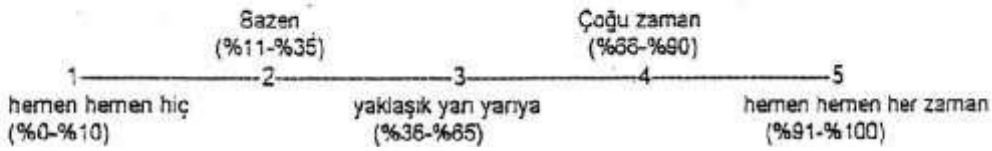
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.



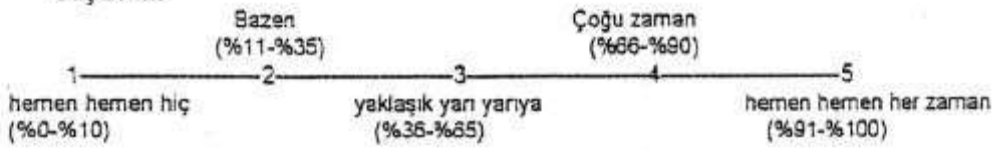
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım.



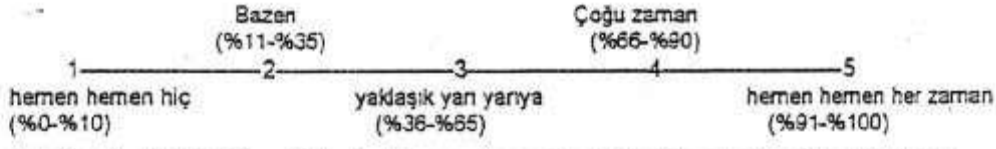
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.



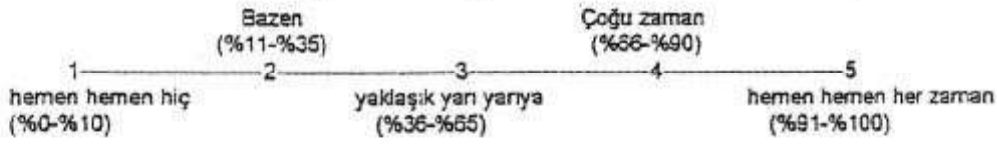
30. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimle ilgili olarak çok fazla enişenlenmeye başlarım.



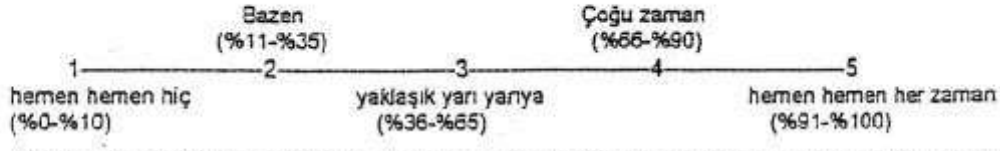
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.



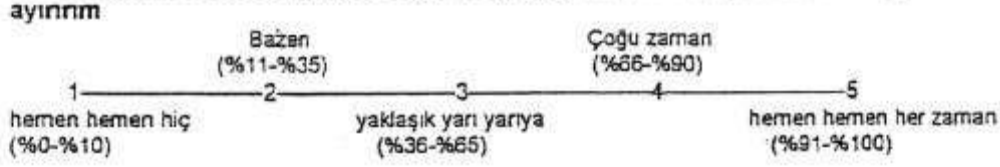
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.



33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.



34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım



35. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimi daha iyi hissetmem uzun zaman alır

	Bazen (%11-%35)		Çoğu zaman (%66-%90)	
1	2	3	4	5
hemen hemen hiç (%0-%10)		yaklaşık yarı yarıya (%36-%65)		hemen hemen her zaman (%91-%100)

36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.

	Bazen (%11-%35)		Çoğu zaman (%66-%90)	
1	2	3	4	5
hemen hemen hiç (%0-%10)		yaklaşık yarı yarıya (%36-%65)		hemen hemen her zaman (%91-%100)

10. EKLER

Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU **TARİH:**

1) Adı Soyadı:
2) Doğum Tarihi ve Yaşı:
3) Cinsiyeti: a) kız b) erkek
4) Tedavi görmekte olduğu fiziksel hastalık:
a) var (belirtiniz…….) b) yok
5) Düzenli olarak kullandığı ilaç tedavisi:
a) var (belirtiniz……..) b) yok
6) Yaşadığı yer:a) İl merkezi b) İlçe c)Köy
7) Beraber yaşadığı kişiler:
a) Anne/baba/kardeş b) Geniş aile c) yurt/kurum d) üvey anne/baba
8) Ailenin aylık toplam geliri:
9) Anne: a) sağ b) vefat etmiş
10)Baba: a) sağ b) vefat etmiş
11) Anne-baba medeni durumu: a) birlikte b) boşanmış c) ayrı yaşıyor
12) Anne Yaşı:
13) Anne eğitim düzeyi:
a) okuryazar değil b)ilkokul c)ortaokul d) lise e) üniversite
14) Annenin mesleği:
15) Annede psikiyatrik hastalık öyküsü:
a)var (tanısını belirtiniz……..) b)yok
16) Babanın yaşı:
17) Baba eğitim düzeyi:
a) okuryazar değil b)ilkokul c)ortaokul d) lise e) üniversite
18) Babanın mesleği:
19) Babada psikiyatrik hastalık öyküsü:
a)var (tanısını belirtiniz……..) b)yok
20) Kardeşi olup olmaması: a) var (sayısını yazınız…….) b) yok
21) Kardeşlerinin yaşı:
22) Kardeşlerde psikiyatrik hastalık öyküsü:
a)var (tanısını belirtiniz……..) b)yok
23) Gebelikte ilaç/hastalık/sigara veya alkol kullanım öyküsü:
a)var (belirtiniz……..) b)yok
24) Doğum şekli: a) Sezeryan b) normal doğum
25) Doğum ağırlığı:
26) Gebelik süresi:
a) çok erken doğum (<32 hafta) b) erken doğum (32-37 hafta) c) miad (>37 hafta)
27) Yürüme zamanı:
28) Tek kelime zamanı:
29) 2 kelimelik cümle zamanı:
30) Kaç ay anne sütü aldığı:
31) Okul öncesi eğitim süresi:

Ek 2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-

EK-5 YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (YMRS)

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum
0. Yok
1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen
2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

2) Hareket ve enerji artışı
0. Yok
1. Kendini enerjik hissetme
2. Canlılık; jestlerde artış
3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite

3) Cinsel ilgi
0. Artma yok
1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciye yönelik aleni cinsel eylem

4) Uyku
0. Uykuda azalma tanımlamıyor
1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5) İritabilite
0. Yok
2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık ataklar
6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor
8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı
0. Artma yok
2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basınçlı. durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu
0. Yok
1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması
3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali
4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği
0. Normal
2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar
6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri
8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış
0. Yok, işbirliğine yatkın
2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm
0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım
1. Hafif derecede dağınıklık
2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü
0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor
1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

Ek 10.

KA-Sİ EEÖ-EF

	AÇIKLAMA: Sevgili öğrenciler aşağıda bazı durumlara ilişkin düşünceler ifade eden cümleler bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuyarak o durumun size ne kadar uyduğunu düşünün ve kararınıza en uygun seçeneğin içine çarpı koyarak düşüncenizi belirtin. Cevaplarınızın kimseyle paylaşılmayacağından emin olun. Bu anketin sizin okul çalışmalarınızla bir ilgisi yoktur. Sizden düşüncelerinizi içten bir şekilde ifade etmeniz beklenmektedir. Lütfen tüm soruları cevaplamaya çalışın	**Bana hiç uygun değil**	**Bana biraz uygun**	**Bana oldukça uygun**	**Bana tamamen uygun**
1	Bir arkadaşım bir başarısından dolayı ödül aldığında onun sevincini ben de hissederim.	( )	( )	( )	( )
2	Bir arkadaşım öğretmen tarafından azarlandığında üzülürüm.	( )	( )	( )	( )
3	Sıkıntısı olan arkadaşlarım konuşmak için önce benim yanıma gelirler.	( )	( )	( )	( )
4	Karşımdaki kişiyi uzun süre dikkatle dinleyebilirim.	( )	( )	( )	( )
5	Arkadaşları tarafından dışlanan birini gördüğümde üzülürüm.	( )	( )	( )	( )
6	Karşımda ağlayan birini gördüğümde benim de gözlerim dolar.	( )	( )	( )	( )
7	Bir arkadaşım başından geçen üzücü bir olay anlattığında ben de kendimi üzgün hissederim.	( )	( )	( )	( )
8	Arkadaşlarımın canını sıkan bir şeyler olduğunda onlar söylemeseler de hal ve hareketlerinden anlarım.	( )	( )	( )	( )
9	Arkadaşlarımı anlama konusunda başarılı olduğuma inanıyorum.	( )	( )	( )	( )

10	Arkadaşlarım sorunlarını benimle rahatlıkla paylaşırlar.	( )	( )	( )	( )
11	Arkadaşlarım benimle konuştuktan sonra kendilerini iyi hissettiklerini söylerler.	( )	( )	( )	( )
12	Üzgün ve morali bozuk bir arkadaşımı gördüğümde benim de moralim bozulur.	( )	( )	( )	( )
13	Karşımda acı çeken birini gördüğümde aynı acıyı ben de hissederim.	( )	( )	( )	( )
14	Bir arkadaşım haksızlığa uğradığında üzülürüm.	( )	( )	( )	( )
15	Televizyonda ya da sinemada üzücü şeyler seyrettiğimde ben de üzülürüm	( )	( )	( )	( )
16	Bir arkadaşımın sorununu anlamak için onu sonuna kadar dinlerim.	( )	( )	( )	( )
17	Canı yanmış bir hayvan gördüğümde üzülürüm	( )	( )	( )	( )

Puanlama: Bana hiç uygun değil= 1, Bana biraz uygun= 2, Bana oldukça uygun =3, Bana tamamen uygun=4

Kırmızı renkli olanlar duygusal empati, siyah renkli olanlar bilişsel empatiyi ölçmektedir. Uygularken renkleri siyah yapmayı unutmayınız.

EK-1 Sosyal İletişim Ölçeği

SOSYAL İLETİŞİM ÖLÇEĞİ

Çocuğun adı-soyadı:
Doğum tarihi:
Görüşme tarihi:
Çocuğun yaşı:
Cinsiyeti: Kız ( ) Erkek ( )
Yanıtlayan kişinin adı-soyadı:
Yakınlık derecesi:
Doktorun adı:

Yönergeler: Bu ölçeği doldurmak için zaman ayırdığınız için teşekkürler. Lütfen her soruyu *evet* ya da *hayır*'ı daire için alarak yanıtlayınız. Az sayıda soru birbiriyle ilişkili bir çok davranış tipiyle ilişkilidir; **lütfen bu davranışlar herhangi bir zamanda var olmuşsa *evet*'i işaretleyiniz.** Bazı davranışların hiç olup olmadığından emin olamasanız da lütfen her soruya düşüncelerinize dayanarak *evet* ya da *hayır* olarak yanıt verin.

1. Şu anda kısa tümcecikler ya da cümlelerle konuşabiliyor mu?
Eğer *Hayır* ise 8. soruya atlayın ….…… **evet** **hayır**

2. Onunla karşılıklı, sırayla konuşulan ve sizin söylediklerinizi takip eden bir "sohbet" kurabilir misiniz? …… **evet** **hayır**

3. Hiç garip tümcecikler kullandığı ya da aynı şeyi tam olarak aynı şekilde tekrar tekrar söylediği olur mu
(ya diğer kişilerden duyduğu ya da kendisinin uydurduğu tümcecikler olabilir) **?**..……... **evet** **hayır**

4. Hiç sosyal olarak uygun olmayan sorular ya da ifadeler kullanır mı? Örneğin hiç düzenli olarak uygunsuz zamanlarda kişisel sorular sorduğu ya da kişisel yorumlar yaptığı olur mu? …….. **evet** **hayır**

5. Hiç zamirleri karıştırdığı olur mu?
(örneğin ben yerine sen ya da o demek gibi) …… **evet** **hayır**

6. Hiç kendisinin uydurduğu ya da icat ettiği kelimeler kullandığı; birşeyleri garip ve dolaylı olarak ifade ettiği ya da birşeyleri mecazi olarak söylediği olur mu?
(örneğin buhar yerine sıcak yağmur demek gibi) …… **evet** **hayır**

7. Hiç aynı şeyi tam olarak aynı şekilde tekrar tekrar söylediği ya da sizin bir şeyi aynı şekilde tekrar tekrar söylemeniz için ısrar ettiği olur mu?..... evet **hayır**

8. Hiç yaptığı şeyleri çok belirli, özel bir şekilde, sırayla ya da sizin yapmanızda ısrar ettiği törensel davranışlar şeklinde yapmak zorunda olur mu?..... evet hayır

9. Söyleyebildiğiniz kadarıyla yüz ifadesi genellikle duruma uygun görünür mü?..... evet hayır

10. Hiç sizin elinizi bir araç gibi ya da kendi vücudunun bir parçası gibi kullanır mı?
(örneğin sizin elinizle işaret etme, kapıyı açmak için sizin elinizi kapı koluna koymak gibi).....**evet hayır**

11. Hiç diğer insanlara garip görünebilecek şeylerle çok fazla uğraşacak şekilde ilgilendiği olur mu?
(örneğin trafik ışıkları, listeler)..... **evet hayır**

12. Hiç bir oyuncak ya da nesneyi amaçlandığı şekilde kullanmak yerine parçalarıyla daha fazla ilgileniyor göründüğü olur mu?
(örneğin bir arabanın tekerleklerini çevirme).....**evet hayır**

13. Hiç yoğunluk olarak alışılmadık ancak diğer açılardan kendi yaş grubuna ve arkadaşlarına uygun özel ilgileri olur mu?
(örneğin trenler, dinozorlar) .....**evet hayır**

14. Hiç insanların ya da diğer şeylerin görüntüsüne, kokusuna, tadına, sesine ya da onlara dokunmaya alışılmadık bir ilgi gösterdiği olur mu? ..... **evet hayır**

15. Hiç ellerine ya da parmaklarına kanat çırpar gibi hareketler yaptırdığı ya da parmaklarını gözlerinin önünden geçirerek garip şekilde hareket ettirdiği olur mu? ..... **evet hayır**

16. Hiç tüm vücuduna dönme ya da tekrar tekrar aşağı yukarı zıplama gibi karmaşık hareketler yaptırdığı olur mu?..... evet hayır

17. Hiç kendisine kendi kolunu ısırma ya da kafasını vurma gibi hareketlerle bilerek zarar verdiği olur mu?..... evet hayır

18. Hiç yanında etrafta taşımak zorunda olduğu
(yumuşak bir oyuncak ya da battaniye dışında)
bir nesne olur mu? .... **evet hayır**

19. Özellikle sevdiği, yakın arkadaşları ya da bir *en iyi* arkadaşı var mıdır?..... evet hayır

Aşağıdaki davranışlar için lütfen çocuğunuzun 4. ve 5. yaş günleri arasındaki zaman dilimine odaklanın. Okula başlama, taşınma, yılbaşı ya da bayramlar ya da sizin aileniz için rahatlıkla hatırlanabilecek olan olaylara odaklanırsanız o dönemdeki şeylerin nasıl olduğunu daha rahat hatırlayabilirsiniz. Eğer çocuğunuz henüz 4 yaşında değilse lütfen son 12 ayı dikkate alın.

20. 4-5 yaş arasındayken, hiç sadece arkadaşça davranmak için (birşey elde etmek için değil) **sizinle konuştuğu olur muydu? .... evet hayır**

21. 4-5 yaş arasındayken, hiç sizi (ya da diğer kişileri) **kendiliğinden taklit ettiği olur muydu?** (örneğin elektrikli süpürge ile yerleri süpürme, bahçe ile ilgilenme ya da birşeyleri tamir etme)..... **evet hayır**

22. 4-5 yaş arasındayken, hiç etrafındakileri size göstermek için (onları istediği için değil) **kendiğilinden parmağıyla işaret ettiği olur muydu?.....evet hayır**

23. 4-5 yaş arasındayken, size istediği şeyi anlatmak için parmağıyla göstermek ya da elinizden çekmek dışında başka jest kullandığı olur muydu?.....**evet hayır**

24. 4-5 yaş arasındayken, başını *evet* anlamında sallar mıydı?.....evet hayır

25. 4-5 yaş arasındayken, başını *hayır* anlamında sallar mıydı?.....evet hayır

26. 4-5 yaş arasındayken, sizinle birşeyler yaparken ya da sizinle konuşurken sizin yüzünüze doğrudan bakar mıydı?..... evet hayır

27. 4-5 yaş arasındayken, eğer birisi ona gülümserse o da ona gülümser miydi?..... evet hayır

28. 4-5 yaş arasındayken, hiç dikkatinizi çekmek için size birşeyler gösterir miydi? ..... **evet hayır**

29. 4-5 yaş arasındayken, sizinle hiç yiyecek dışında birşeyler paylaşır mıydı? ..... **evet hayır**

30. 4-5 yaş arasındayken, hiç eğlendiği bir şeye sizin de katılmanızı ister gibi görünür müydü? ..... evet hayır

31. 4-5 yaş arasındayken, hiç siz üzgün ya da hastayken sizi avutmaya çalışır mıydı? ..... **evet hayır**

32. 4-5 yaş arasındayken, hiç size bakar ve dikkatinizi çekmek için kelimeler, sesler ya da hareketler kullanır mıydı?..... evet hayır

33. 4-5 yaş arasındayken, normal yüz ifadeleri gösteriyor muydu? ..... evet hayır

34. 4-5 yaş arasındayken, hiç kendiliğinden *yağ satarım bal satarım* gibi sosyal oyunlara katılır ya da bunlardaki hareketleri kopya etmeye çalışır mıydı? .....evet hayır

35. 4-5 yaş arasındayken, hiç hayali oyunlar oynar mıydı?.....evet hayır

36. 4-5 yaş arasındayken, hiç yakın yaştaki tanımadığı çocuklarla ilgileniyor gibi görünür müydü?..... evet hayır

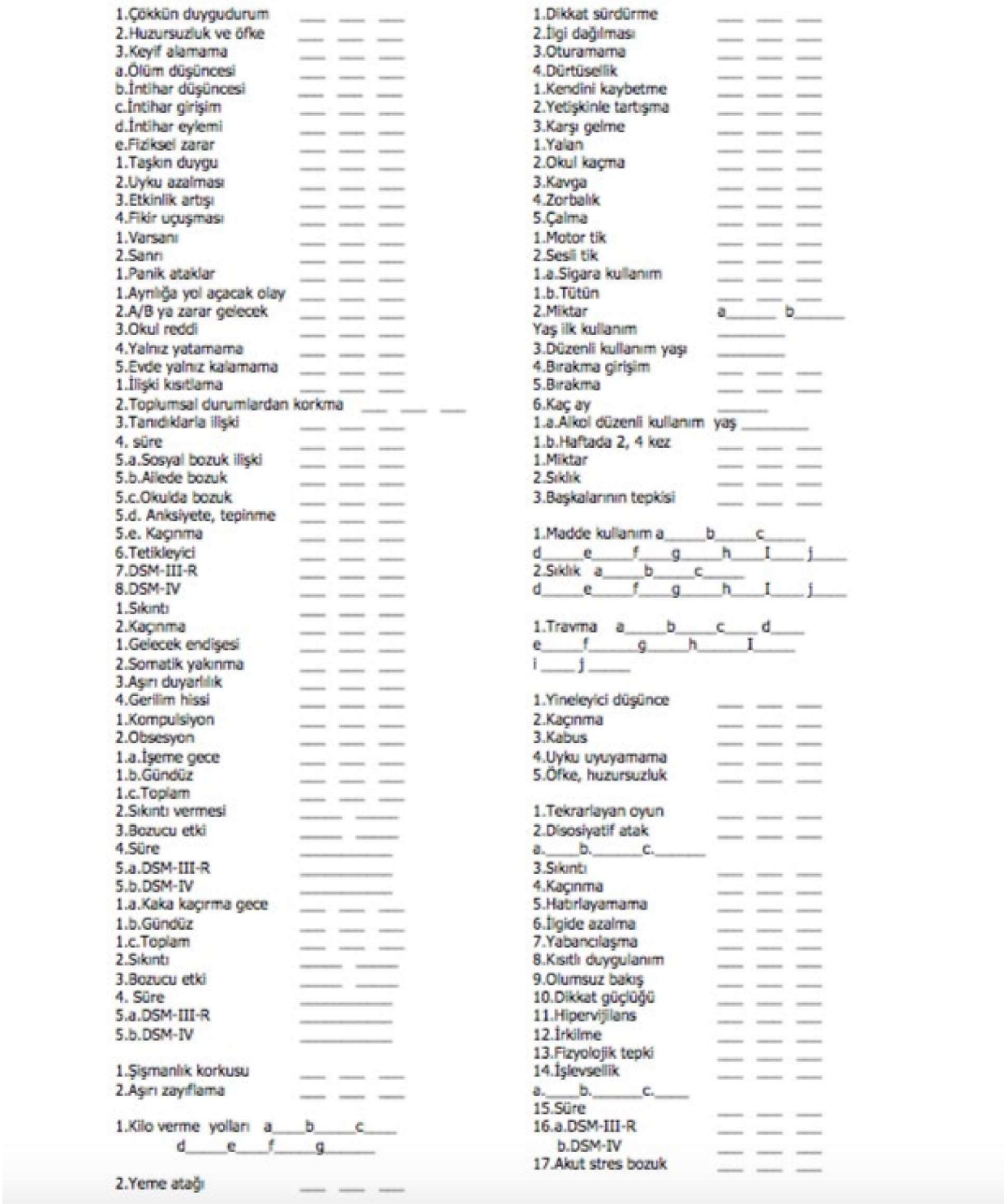
37. 4-5 yaş arasındayken, başka bir çocuk ona yaklaştığında olumlu davranır mıydı?.....evet hayır

38. 4-5 yaş arasındayken, eğer odaya girdiğinizde onun ismini söylemeden konuşmaya başlasaydınız genelde size bakar ve dikkat eder miydi? ..... evet hayır

39. 4-5 yaş arasındayken, hiç sizin, diğer çocuğun neyi taklit ettiğinin farkında olduğunu söyleyebileceğiniz şekilde başka bir çocukla hayali oyun oynar mıydı? ..... evet hayır

40. 4-5 yaş arasındayken, saklambaç ya da top oyunları gibi diğerleriyle ortaklaşa bir şekilde katılmasının gerektiği oyunlar oynar mıydı? ..... evet hayır

Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY)



GDÖ
1.Şimdiki _____
2.Geçmiş en kötü _____
3.Geçmiş en iyi _____

DEPRESYON (Ek 1)
1.Çökkün duygudurum ___ ___ ___
2.Disforik duygudurum ___ ___ ___
3.Değişiklik ___ ___ ___
4.a.Uykuya dalmakta güçlük ___ ___ ___
b.Bölünme ___ ___ ___
c.Erken uyanma ___ ___ ___
d.Uyku düzeni bozukluğu ___ ___ ___
e.Dinlendirmeyen uyku ___ ___ ___
f.Fazla uyuma ___ ___ ___
5.Enerji azlığı ___ ___ ___
6.a.Düşüncede yavaşlama ___ ___ ___
b.Kararsızlık ___ ___ ___
7.a.İştah azalması ___ ___ ___
b.Kilo kaybı ___ ___ ___
c.Artmış iştah ___ ___ ___
d.Kilo alma ___ ___ ___
8.a.Ajitasyon ___ ___ ___
b.Psikomotor yavaşlama ___ ___ ___
9.a.Değersizlik hissi ___ ___ ___
b.Suçluluk duygusu ___ ___ ___
10.Çaresizlik, karamsarlık ___ ___ ___
11.Reddedilme duyarlılığı ___ ___ ___
Diğer kriterler
1.Tetikleyici ___ ___ ___
2.Mens ile belirtiler ___ ___ ___
3.a.Sosyal ___ ___ ___
b.Aile ___ ___ ___
c.Okul ___ ___ ___
4.MDB _____
5.a.DSM-III-R _____
b.DSM-IV _____
6.Mevsimsel _____
7.Atipik depresyon _____
8.Psikotik MDB _____
9.Şizoafektif-Dep _____
10.Distimi _____
11.Distimi primer _____
12.Distimi sekonder _____
13.BTA-DB _____
14.Deprime uyum bozukluğu _____
MANİ (Ek 1)
1.Büyüklük ___ ___ ___
2.Basınçlı konuşma ___ ___ ___
3.Yargılama zayıflığı ___ ___ ___
4.Dikkat dağınıklığı ___ ___ ___
5.Fiziksel huzursuzluk ___ ___ ___
6.Alkol, madde etkisi ___ ___ ___
7.Süresi ___ ___ ___
8.İşlevsellikte bozulma
a.Sosyal ___ ___ ___
b.Ailesiyle ___ ___ ___
c.Okulda ___ ___ ___
d.Hastanede yatma ___ ___ ___
e.Diğer ___ ___ ___
9.a.DSM-III-R _____
b.DSM-IV _____
10.a.Manik-BB _____
b.Depresyon-BB _____
c.Karışık-BB _____
d.Hızlı döngülü _____
11.a.DSM-III-R _____
b.DSM-IV _____
12.Siklotimi _____
13.BB-BTA _____
14.Şizoafektif-manik _____
PSİKOZ (Ek 2)
Varsanılar
1.a.Sözel olmayan ___ ___ ___
1.b.Komut veren ___ ___ ___
1.c.Yorum yapan ___ ___ ___
1.d.Birbiriyle konuşan ___ ___ ___
1.e.Sesli düşünce ___ ___ ___
1.f.Diğer sözel ___ ___ ___
2.a.Kafa içi ___ ___ ___
2.b.Dışarıdan ___ ___ ___
2.c.Her ikisi ___ ___ ___
3.Görsel ___ ___ ___
4.Dokunma ___ ___ ___
5.Koku ___ ___ ___
6.Yanılsama ___ ___ ___
7.Kültürel kabul ___ ___ ___
8.Süre ___ ___ ___
9.DB ile birlikte ___ ___ ___
10.Travma ile birlikte ___ ___ ___
11.Madde/organik ile birlikte ___ ___ ___
12.Tetikleyici ___ ___ ___
13.Süre>1 hafta ___ ___ ___
Sanrılar
1.Büyüklük ___ ___ ___
2.Suçluluk ___ ___ ___
3.Kontrol edilme ___ ___ ___
4.Bedensel ___ ___ ___
4.a.Yalnızca duygulanım atağı ___ ___ ___
5.Nihilizm ___ ___ ___
6.Düşünce yayınlanma ___ ___ ___
7.Düşünce sokulma ___ ___ ___
8.Düşünce çalınma ___ ___ ___
9.Mesaj alma ___ ___ ___
10.Zarar görme ___ ___ ___
11.Düşünce okunma ___ ___ ___
12.Referans ___ ___ ___
13.Diğer ___ ___ ___
14.Ailesel ___ ___ ___
15.Birden fazla ___ ___ ___
16.MDB ya da mani ___ ___ ___
17.Madde/tıbbi hastalık ___ ___ ___
18.Çökkün/ kabarmış duygulanım ___ ___ ___
19.Tetikleyici ___ ___ ___
20.Süre>1 hafta ___ ___ ___
Diğer psikotik belirtiler
1.a.Künt duygulanım ___ ___ ___
b.Uygunsuz duygulanım ___ ___ ___
2.a.Enkoherans ___ ___ ___
b.Çağrışım çözülmesi ___ ___ ___
3.Katatoni ___ ___ ___
İşlevsellik
1. okul ___ ___ ___
2.akran ___ ___ ___
3.aile ___ ___ ___
4.öz bakım ___ ___ ___
1.Seyir a.Subkronik _____
b.Kronik _____

c.Akut-subkronik _____
d.Akut-kronik _____
e.Remisyon _____

2.Eşlik eden özellikler _____
_____
_____

1.Prognostik özellikler a.___ b. ___ c.___
2.Prognoz a.İyi_____ b.Orta_____
c.Kötü_____

PANİK (Ek 3)

1.Dispne	___	___	___
2.Başdönmesi	___	___	___
3.Çarpıntı	___	___	___
4.Titreme	___	___	___
5.Terleme	___	___	___
6.Boğulma hissi	___	___	___
7.Bulantı	___	___	___
8.Depersonalizasyon	___	___	___
9.Karıncalanma	___	___	___
10.Ürperme,ateş basması	___	___	___
11.Göğüs ağrısı	___	___	___
12.Ölüm korkusu	___	___	___
13.Kontrol kaybetme korkusu	___	___	___

Diğer kriterler

14.Uyaran	___	___	___
15.Beklenmeyen atak	___	___	___
16.En az belirti	___	___	___
17.Atak sıklığı	___	___	___
18.Atak korkusu	___	___	___
19.Başlangıç	___	___	___
20.Agorofobi	___	___	___
21.a.Sosyal	___	___	___
b.Aile	___	___	___
c.Okul	___	___	___
22.a.DSM-III-R	_____		
b.DSM-IV	_____		
23.Sınırlı belirti	_____		

AYRILIK KAYGISI (Ek 3)

1.Kabuslar	___	___	___
2.Fiziksel belirtiler	___	___	___
3.Ayrılık beklentisi ile sıkıntı	___	___	___
4.Ayrılıkta aşırı sıkıntı	___	___	___
5.Süre (en az 2 hafta)	___	___	___
6.Bozulma a.Sosyal	___	___	___
b.Aile	___	___	___
c.Okul	___	___	___
7.Tetikleyici	___	___	___
8.DSM-III-R	_____		
DSM-IV	_____		

FOBİ (Ek 3)

1.Fobik uyaran			
a.Yükseklik	___	___	___
b.Karanlık	___	___	___
c.kan	___	___	___
d.köpek	___	___	___
e.diğer hayvanlar	___	___	___
f.böcek	___	___	___
g.evin dışında yalnız	___	___	___
h.kalabalık	___	___	___
i.açık alan	___	___	___
j.yolculuk	___	___	___
k.asansör	___	___	___
l.diğer kapalı alan	___	___	___
m.köprü	___	___	___
n.diğer	___	___	___
2.Korkunun aşırılığı	___	___	___
3.Süre (6 ay ve üstü)	___	___	___
4.Bozulma a.Sosyal	___	___	___
b.Aile	___	___	___
c.Okul	___	___	___
5.Tetikleyici	___	___	___
6.a. DSM-III-R	_____		
b. DSM-IV	_____		
7.a.Hayvan tipi	_____		
b.Doğal çevre tipi	_____		
c.Kan	_____		
d.Durumsal tip	_____		
e.Diğer tip	_____		
8.Agorafobi	_____		
9.Agorafobili panik	_____		

YAYGIN ANKSİYETE (Ek 3)

1.Geçmi,ş davranış	___	___	___
2.Yeterlilik	___	___	___
3.Rahatlatılma	___	___	___
4.Endişeleri kontrol	___	___	___
5.a.Ağrı	___	___	___
b.Huzursuzluk	___	___	___
c.Kolay yorulma	___	___	___
d.huzursuzluk	___	___	___
e.dikkat	___	___	___
f.uyku	___	___	___
g.tedirginlik	___	___	___
6.Süre	___	___	___
7.a.Sosyal	___	___	___
b.Aile	___	___	___
c.Okul	___	___	___
8.Tetikleyici	___	___	___
9.DSM-III-R	_____		
10. DSM-IV	_____		

OKB (Ek 3)

Kompulsiyonlar

1.a.Dokunma	___	___	___
1.b.Sayma	___	___	___
1.c.Temizleme	___	___	___
1.d.Kontrol etme	___	___	___
1.e.Toplama	___	___	___
1.f.Sıralama	___	___	___
1.g.Planlama	___	___	___
1.h.Yineleme	___	___	___
1.i.Diğer	___	___	___
2.Amaç	___	___	___
3.Algılanma	___	___	___
4.Zaman harcama	___	___	___
5.a.Sosyal	___	___	___
5.b.Aile	___	___	___
5.c.Okul	___	___	___
5.d.Aşırı sıkıntı	___	___	___

Obsesyonlar

1.a.Bulaşma,somatik	___	___	___
1.b.Saldırgan düşünce	___	___	___
1.c.Hihilisitik düşünce	___	___	___
1.d.Simetri	___	___	___
1.e.Anlamsız ses	___	___	___
1.f.Cinsel	___	___	___
1.g.Biriktirme	___	___	___
1.h.Dinsel	___	___	___
1.i.Diğer	___	___	___

2.Anlamsız düşünce ___ ___ ___
3.Baskılama ___ ___ ___
4.Kaynak ___ ___ ___
5.Zaman harcama ___ ___ ___
6.a.Sosyal ___ ___ ___
6.b.Aile ___ ___ ___
6.c.Okul ___ ___ ___
6.d.Aşırı sıkıntı ___ ___ ___
7. DSM-III-R _____
_____
8. DSM-IV _____

ADHD (E k 4)

1. Dikkatsizlik hata ___ ___ ___
2. Dinlemez ___ ___ ___
3. Yönergeleri izleyemez ___ ___ ___
4. İşleri düzenleyemez ___ ___ ___
5. Kaçınır ___ ___ ___
6. Kaybeder ___ ___ ___
7. Unutkandır ___ ___ ___
8. Yerinde duramaz ___ ___ ___
9. Çok koşar ___ ___ ___
10. Motor gibidir ___ ___ ___
11. Sessizce oynayamaz ___ ___ ___
12. Söz hakkı bekleyemez ___ ___ ___
13. Sırasını bekleyemez ___ ___ ___
14. Söz keser ___ ___ ___
15. Etkinlik değiştirir ___ ___ ___
16. Fazla konuşur ___ ___ ___
17. Tehlikeli işlere girer ___ ___ ___
18. Süre ___ ___ ___
19. Başlangıç yaşı ___ ___ ___
20. a. Sosyal ___ ___ ___
b. Aile ___ ___ ___
c. Okul ___ ___ ___
21. (DSM-III-R) _____
22. (DSM-IV) _____
23. Dikkatsizlik _____
24. Hareketlilik _____
25. Bileşik _____
26. BTA _____

KARŞI GELME BOZUKLUĞU (E k 4)

1.Kolay kızar ___ ___ ___
2. Öfkeli ___ ___ ___
3. Kinci ___ ___ ___
4. Küfür ___ ___ ___
5. Bilerek kızdırır ___ ___ ___
6. Başkasını suçlar ___ ___ ___
7. Süre ___ ___ ___
8.a.Sosyal ___ ___ ___
b. Aile ___ ___ ___
c. Okul ___ ___ ___
9. Tetikleyici ___ ___ ___
10. a. DSM-III-R _____
b. DSM-IV _____

DAVRANIM BOZUKLUĞU (Ek 4)

1. Vandalizm ___ ___ ___
2. Zorla giriş ___ ___ ___
3. Hırsızlık ___ ___ ___
4. Yangın ___ ___ ___
5. Gece dışarda ___ ___ ___
6. Evden kaçma ___ ___ ___
7. Silah ___ ___ ___
8. Eziyet ___ ___ ___
9.Cinsel zorlama ___ ___ ___
10.Hayvanlara eziyet ___ ___ ___
11.a. Soayal ___ ___ ___
b.Aile ___ ___ ___
c. Okul ___ ___ ___
12. Süre ___ ___ ___
13. Grup tipi ___ ___ ___
14. Tek başına ___ ___ ___
15. Ayrışmamış ___ ___ ___
16. Çocukluk başlangıçlı ___ ___ ___
17. Ergenlik başlangıçlı ___ ___ ___
18.DSM-III-R _____
DSM – IV _____
On yaş altı başlayan _____
On yaş üstü başlayan _____
Hafif belirtiler _____
Orta şiddette _____
Ciddi belirtiler _____

ALKOL KULLANIMI (Ek 5)

1. Sıklık ___ ___ ___
2.Miktar ___ ___ ___
3.Çok içme ___ ___ ___
4.Fiziksel ___ ___ ___
5.Tehlikeli davranış ___ ___ ___
6.Psikolojik ___ ___ ___
7.Mesleki ___ ___ ___
8.Sosyal ___ ___ ___
9.Yasal ___ ___ ___
10.Sarhoş ___ ___ ___
11.Etkinliklerin azaltılması ___ ___ ___
12.Zaman harcama ___ ___ ___
13.Tolerans ___ ___ ___
14.Bırakma ___ ___ ___
15.Çekilme ___ ___ ___
16.Çekilme alkol ___ ___ ___
17.Süre ___ ___ ___
18.Kötüye kullanma
a.DSM-III-R _____
b.DSM-IV _____
19.Alkol bağımlılığı
a.DSM-III-R _____
b.DSM-IV _____

MADDE KULLANIMI (Ek 5)

1. Sıklık (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) ___ ___ ___
2. Fazla (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) ___ ___ ___
3. Fiziksel (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) ___ ___ ___
4. Tehlikeli (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) ___ ___ ___
5. Psikolojik (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) ___ ___ ___
6. Mesleki (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) ___ ___ ___
7. Sosyal (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) ___ ___ ___
8. Yasal (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) ___ ___ ___
9. Sarhoş (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) ___ ___ ___
10. Etkinlik(a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) ___ ___ ___
11. Zaman (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) ___ ___ ___
12. Tolerans (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) ___ ___ ___
13. Bırakma (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) ___ ___ ___
14. Çekilme (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) ___ ___ ___
15. Çekil. madde(a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) ___ ___ ___
16. Süre (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i) ___ ___ ___
18.Kötüye kullanma (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
a.DSM-III-R _____
b.DSM-IV _____
19.Madde bağımlılığı (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)
a.DSM-III-R _____
b.DSM-IV _____

ANOREKSİYA NERVOZA (Ek 5)

1.Beden imgesi	___	___	___
2.Amenore	___	___	___
3.DSM-III-R ve DSM-IV	_____		
Kısıtlayıcı tip	_____		
Tıkanırcasına yeme tipi	_____		

BULİMİYA

1.Kontrol kaybı	___	___	___
2.Kiloyla uğraş	___	___	___
3.Süre	___	___	___
4.a.DSM-III-R	_____		
b.DSM-IV	_____		

TİK BOZUKLUĞU (Ek 5)

Basit motor

1. Göz kırpma	___	___	___
2. Yüz	___	___	___
3. Kafa	___	___	___
4. Omuz	___	___	___
5. Kol	___	___	___
6. Karın	___	___	___
7. Bacak	___	___	___
8. Diğer	___	___	___

Karmaşık motor

1. Dokunma, vurma	___	___	___
2. Zıplama, dönme	___	___	___
3. Ekokinezi	___	___	___
4. Kendine zarar	___	___	___
5. Diğer	___	___	___

Basit ses

1. Burun,öksür,boğaz	___	___	___
2. Horlama	___	___	___
3. Diğer	___	___	___

Karmaşık ses

1. Kendi sözcük yineleme	___	___	___
2. Başka sözcük yineleme	___	___	___
3. Kaprolali	___	___	___
4. Hakaret	___	___	___
5. Diğer	___	___	___
6.a.Sosyal	___	___	___
b. Aile	___	___	___
c. Okul	___	___	___
7. Tourette	___	___	___
a. DSM-III-R	_____		
b. DSM-IV	_____		
8. Kronik Tik Boz.	___	___	___
a. DSM-III-R	_____		
b. DSM-IV	_____		
9. Geçici Tik Boz.	___	___	___
a. DSM-III-R	_____		
b. DSM-IV	_____		

Ek 13. Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) (örnek soru)

kıskanmış

korkmuş



rahatlamış

nefret ediyor

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr. Neslihan İnal

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**
AÇIK ADRES	**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR**
TELEFON	**0 232 412 22 54-0 232 412 22 58**
FAKS	**0 232 412 22 43**
E-POSTA	**goaek@deu.edu.tr**

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	8005-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☒	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu Ve Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Gençlerde Zihin Kuramı, Bilişsel Beceriler Ve Otizm Spektrum Bozukluğu Belirtilerinin Sağlıklı Kontrollerle Kıyaslanması**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Neslihan İnal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ☐

	Belge Adı	**Tarihi**	**Versiyon Numarası**	**Dili**
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:2023/15-02**	**Tarih:10.05.2023**
	Prof.Dr. Neslihan İnal'ın sorumlusu olduğu **"Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu Ve Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Gençlerde Zihin Kuramı, Bilişsel Beceriler ve Otizm Spektrum Bozukluğu Belirtilerinin Sağlıklı Kontrollerle Kıyaslanması"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Şükran Köse (Başkan Yardımcısı)	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Özgür Er	Endodonti A.D.	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Gamze Tuna	Tıbbi Biyokimya	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr. Neslihan İnal

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**
AÇIK ADRES	**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR**
TELEFON	**0 232 412 22 54-0 232 412 22 58**
FAKS	**0 232 412 22 43**
E-POSTA	**goaek@deu.edu.tr**

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	8005-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☒	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu Ve Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Gençlerde Zihin Kuramı, Bilişsel Beceriler Ve Otizm Spektrum Bozukluğu Belirtilerinin Sağlıklı Kontrollerle Kıyaslanması**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Neslihan İnal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ☐

	Belge Adı	**Tarihi**	**Versiyon Numarası**	**Dili**
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:2023/37-08**	**Tarih:22.11.2023**
	Prof.Dr. Neslihan İnal'ın sorumlusu olduğu **"Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu Ve Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Gençlerde Zihin Kuramı, Bilişsel Beceriler ve Otizm Spektrum Bozukluğu Belirtilerinin Sağlıklı Kontrollerle Kıyaslanması"** isimli klinik araştırmaya ait araştırmacı dilekçesine ilişkin; Sorumlu araştırmacı görevinin Doç.Dr. Burak Baykara'ya devredilmesi ile ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Şükran Köse (Başkan Yardımcısı)	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Özgür Er	Endodonti A.D.	Diş Hekimliği Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Üyesi Gamze Tuna	Tıbbi Biyokimya	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	

ÖZGEÇMİŞ



GONCA ÖZYURT

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sinir Bilimleri AD
Izmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

03 Şubat 2017 - Şu Anda (7 yıl 10 ay)
Doktora, Doktora, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, TEMEL SİNİR BİLİMLER (DR)
Diploma Numarası: -
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.83 / 4.0

08 Eylül 2003 - 28 Haziran 2009 (5 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, EGE ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
TIP FAKÜLTESİ, TIP PR.
Diploma Numarası: 12482
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 83.41 / 100.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

Şubat 2017 - Şu Anda (7 yıl 10 ay) (Tam Zamanlı)
DOÇENT, İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Şubat 2017 - Şu Anda (7 yıl 10 ay) (Tam Zamanlı)
DR. ÖĞR. ÜYESİ, İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Şubat 2017 - Şu Anda (7 yıl 10 ay) (Tam Zamanlı)
DOÇENT, DOÇ. DR., İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Şubat 2017 - Şu Anda (7 yıl 10 ay) (Tam Zamanlı)
DOÇENT, DOÇ. DR., İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Oluşturma Zamanı: Ekim 2024 20:43:08

Şubat 2017 - Şu Anda (7 yıl 10 ay) (Tam Zamanlı)
DR. ÖĞR. ÜYESİ, İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Ocak 2017 - Şu Anda (7 yıl 11 ay) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ (DR.), ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ (DR.), DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Aralık 2009 - Şu Anda (15 yıl) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Aralık 2009 - Mart 2014 (4 yıl 4 ay) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Aralık 2009 - Mart 2014 (4 yıl 4 ay) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Aralık 2009 - Mart 2014 (4 yıl 4 ay) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Aralık 2009 - Mart 2014 (4 yıl 4 ay) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

Bilimsel Teknolojik Faaliyet Alanları

Anahtar Kelimeler

Bilişsel Sinirbilim

Gelişimsel Bozukluklar

Duygudurum Bozuklukları

Bipolar Bozukluk

Otizm Spektrum Bozuklukları

Nörogörüntüleme

Nörogelişimsel Bozukluklar

Ar-Ge Yetkinlik

Kitaplar

G. ÖZYURT, B. GÜLLER & F. N. İNAL, Bipolar Bozukluk tanısı olan ve lityum kullanan bir ergende gelişen nöroleptik malign sendrom, 25 olgu 25 çözümleme, İSBN: 978-9944-0538-8-4: Türkiye Çcok ve Genç Psikiyatri Derneği, Kitapta Bölüm.

F. COŞKUN & G. ÖZYURT, Doğal Afetlerde Etkilenen Amputasyon İhtiyacı Olan Çocuklara Yaklaşım, Deprem Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ALGORTİMALAR, ISBN: No1: PUADER, Kitapta Bölüm.

O. BÜYÜKŞEN, G. ÖZYURT, N. OLGAÇ DÜNDAR & P. GENÇPINAR, Doğal Afetlerde Etkilenen Çocuklarda Insomnia Yaklaşımı, Deprem Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ALGORTİMALAR, ISBN: No1: PUADER, Kitapta Bölüm.

G. YİTİK & G. ÖZYURT, Doğal Afetlerden Etkilenen Çocuklarda Kayıp ve Yasa Yaklaşımı, Deprem Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ALGORİTMALAR, ISBN: No1: PUADER, Kitapta Bölüm.

H. B. BAYKARA & G. ÖZYURT, Otizm spektrum bozukluğu, Olgu örnekleriyle tanıdan tedaviye çocuk hastalıkları, ISBN: 978-605-9415-29-3: yakındoğu üniversitesi yayınları, Kitapta Bölüm.

G. ÖZYURT, Kronik HAstalığı Olan Çocuk ve Ergenlerde Uyku Sorunları, Uyku ve Uyku Bozuklukları na YAklaşım, ISBN: 978-625-8299-68-7: akademisyen yayınevi, Kitapta Bölüm.

G. ÖZYURT, Psikoz riskinin değerlendirilmesi ve prodromal psikoz, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi 1-2, ISBN: 978-625-779-514-2: akademisyen yayın evi, Kitapta Bölüm.

G. ÖZYURT & H. B. BAYKARA, Erken Başlagıçlı Şizofreni, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, ISBN: 978-9944-0538-5-3: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, Kitapta Bölüm.

Ş. YALIN SAPMAZ, D. KARAARSLAN & G. ÖZYURT, Ebeveynler ile belirtiler ve bozuklukları gözden geçirme, Çocuk ve Ergende Duygudurum Bozukluklarında Psikoeğitimsel Terapi, ISBN: 978-9944-0538-6-0: Türkiye Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı Derneği, Kitapta Bölüm.

F. HAMİDİ & G. ÖZYURT, Ebeveynlere sistemlerin öğretilmesi:Ruhsal sağlık ve eğitim takımları, Çocuk ve Ergende Duygudurum Bozukluklarında Psikoeğitimsel Terapi, ISBN: 978-9944-0538-6-0: Türkiye Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı ve HAstalıkları Derneği, Kitapta Bölüm.

M. BEŞENEK & G. ÖZYURT, İlaç tedavisini ebeveynlerle ele almak, Çocuk ve Ergende Duygudurum Bozukluklarında Psikoeğitimsel Terapi, ISBN: 978-9944-0538-6-0: Türkiye Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Derneği, Kitapta Bölüm.

G. ÖZYURT & T. MUTLUER, Ebeveynler için İletişim Becerileri, Çocuk ve Ergende Duygudurum Bozukluklarında Psikoeğitimsel Terapi, ISBN: 978-9944-0538-6-0: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatri Derneği, Kitapta Bölüm.

G. ÖZYURT & H. B. BAYKARA, Çocuk ve Ergende Tedaviye dirençli depresyona yaklaşım, Çocuk ve Ergende Duygudurum Bozukluklarının Tedavisi, ISBN: 978-9944-0538-4-6: Türkiye Çocuk ve Genç Pskiyatrisi Derneği, Kitapta Bölüm.

F. HAMİDİ & G. ÖZYURT, Okul kadrosu ile okul sorunlarını ele almak, Çocuk ve Ergende Psikoeğitimsel Terapi, ISBN: 978-9944-0538-6-0: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatri Derneği, Kitapta Bölüm.

O. BÜYÜKSEN, P. GENÇPINAR, G. ÖZYURT & N. OLGAÇ DÜNDAR, Doğal Afetlerde Etkilenen Çocuklarda Insomnia Yaklaşımı, A. AYDIN [Editörler], Deprem Çocuk Sağlığı ve HAstalıkları ALGORİTMALAR: PUADER, 15 Şubat 2024, Kitapta Bölüm.

Oluşturma Zamanı: 17 Kasım 2024 20:43:08

G. Y. TONKAZ & G. ÖZYURT, Doğal Afetlerden Etkilenen Çocuklarda Kayıp ve Yasa Yaklaşımı, A. AYDIN [Editörler], Deprem Çocuk Sağlığı ve HAstalıkları ALGORİTMALAR: PUADER, 15 Şubat 2024, Kitapta Bölüm.

F. COŞKUN & G. ÖZYURT, Doğal Afetlerde Etkilenen Amputasyon İhtiyacı Olan Çocuklara Yaklaşım, A. AYDIN [Editörler], Depremde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ALGORİTMALAR, TÜRKİYE: PUADER, 15 Şubat 2024, Kitapta Bölüm.

Makaleler

Ö. BAYRAK, E. ZAMUR, B. AŞÇI, S. YILDIRIM, G. İNCE, Ö. ÜZÜM, S. ARSLANSOYU ÇAMLAR & G. ÖZYURT, Announcing the death of parents in cases of child earthquake victims, Pediatric Academic Case Reports, 2023, 2822-6682, 2.

U. ÖDEK, K. ÖZCAN, G. ÖZYURT & S. AKPINAR, Psychological Benefits of Equine-Facilitated
Activities for Children Diagnosed with
Cerebral Palsy, Sport Mont, 2022, 1451-7485.

G. ÖZYURT, V. GÖRMEZ, Z. D. ARSLANKAYA, Ö. EKİNCİ, İ. S. ESİN, S. TURAN, N. EKİNCİ, Ö. İ. DOĞAN, S. KİTAPÇIOĞLU & F. N. İNAL et al., Parent Rated Bedtime Resistance and Comorbidity May Predict Levels of Attention Among Turkish Children Diagnosed with ADHD in On-Line Education Classes During the COVID-19, Kare Publishing, 2022, 2148-4902.

Ö. SANCAKLI, T. TUNCEL, S. EREN AKARCAN, M. A. KANIK, G. ÖZYURT & E. E. ÖZDOĞRU, Anxiety Levels and Changes in Health and Hygiene Behaviors in Mothers of Children with Asthma in Early COVID-19 Lockdown in Turkey, Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology, 2022, 2151-321X, 35.

Ö. SANCAKLI, T. TUNCEL, S. EREN AKARCAN, M. A. KANIK & G. ÖZYURT, Evaluation of the Impact of Environmental Changes on Asthma Control in Children, Access to Health Care, and Treatment Adherence in Early COVID-19 Lockdown, Turkish Archives of Pediatrics, 2022, 1306-0015, 57.

G. ÜSTÜNDAĞ, G. ÖZYURT, A. K. AKSAY, A. ŞAHİN, Y. EKEMEN KELEŞ, Y. ÖZTÜRK, P. ŞAMLIOĞLU, K. ELİAÇIK & D. YILMAZ, Evaluation of Depression, Anxiety, and Sleep Quality in Children Diagnosed With COVID-19, Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), 2022, 0022-3018, 210.

G. ÖZYURT, G. CİNGÖZ, Y. ÖZTÜRK, T. KÜME, B. N. DÜNDAR, A. E. TUFAN & G. ÇATLI, Elevated neurotensin levels among obese adolescents may be related to emotion dysregulation and impulsivity: a cross-sectional, case-control study, The Turkish Journal of Pediatrics, 2022, 0041-4301, 64.

B. T. KARAASLAN, G. AKOĞLU, G. ÖZYURT & E. ORAL, Changes in emotion regulation skills of school age children from the eyes of healthcare workers during the COVID?19 pandemic in Turkey: A cross?sectional study, Wiley, 2022, 2398-8835, 6.

G. Y. TONKAZ, H. DELİAĞA, A. ÇAKIR, G. TONKAZ & G. ÖZYURT, An evaluation of parental attitudes and
attachment in children with primary
monosymptomatic nocturnal enuresis: A
case-control study, Journal of Pediatric Urology, 2022, 1477-5131.

O. ÖZVURMAZ, S. D. BARIN, D. GÜZEL, K. ÇELİK, Ç. ZORBAŞ, G. ÖZYURT, M. A. TEKİNDAL & P. GENÇPINAR, Frequency and Causes of the Social Phobia in Medical Faculty Students, Galenos Yayinevi, 2022, 1305-7073, 32, 454-458.

Oluşturma Zamanı: 17 Kasım 2024 20:43:08

R. O. ÇIRAY, G. ÖZYURT, S. TURAN, E. KARAGÖZ, Ç. ERMİŞ, Y. ÖZTÜRK & A. AKAY, The association between pragmatic language impairment, social cognition and emotion regulation skills in adolescents with ADHD, NORDIC JOURNAL OF PSYCHIATRY, 2021, 0803-9488.

Y. ÖZTÜRK, M. ONAT, G. ÖZYURT, C. MUTLU, A. E. TUFAN & A. AKAY, Relationships Between Family Functioning, Parenting and Peer Victimization in Adolescent Depression. A cross-sectional study, Northern Clinics of Istanbul, 2021, 2148-4902.

İ. KAYA, N. CEVHER BİNİCİ, İ. E. NİKEREL, N. B. ÖZBARAN, M. G. AKSOY, S. ERBİLGİN, G. ÖZYURT, N. JAHAN, D. ÇELİK & F. S. DURAK et al., Prevalence and clinical/molecular characteristics of\n PTEN\n mutations in Turkish children with autism spectrum disorders and macrocephaly, Molecular Genetics & Genomic Medicine, 2021, 2324-9269, 9.

G. ERFİDAN, G. ÖZYURT, S. ARSLANSOYU ÇAMLAR, Ö. Ö. ŞİMŞEK, C. BAŞARAN, D. ALAYGUT, F. MUTLUBAŞ ÖZSAN & B. KASAP DEMİR, Is COVID\u201019 Related Anxiety Higher in Children With Chronic Kidney Disease Than Healthy Children?, Pediatrics International, 2021, 1328-8067.

F. N. İNAL, Ç. ERMİŞ, D. KOÇ, M. TUNÇTÜRK, M. ÇIKILI UYTUN, A. M. BEŞENEK, C. KAVURMA, Ö. BİLAÇ, Z. HANGÜL & G. ÖZYURT et al., Index depressive episode and antidepressant exposure were associated with illness characteristics of pediatric bipolar disorder, ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA, 2021, 0001-690X, 1, 1-9.

G. CİNGÖZ, G. ÖZYURT, H. UZUN, Ö. GÜRSOY DORUK, T. KÜME, B. N. DÜNDAR & G. ÇATLI, High serum neurotensin level in obese adolescents is not associated with metabolic parameters, hyperphagia or food preference, Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism, 2021, 0334-018X, 0.

Z. ÇALIŞKAN, D. EVGİN, N. CANER, B. KAPLAN & G. ÖZYURT, Determination of burnout, life satisfaction, and stress coping styles of parents with disabled children, PERSPECTIVES IN PSYCHIATRIC CARE, 2021, 0031-5990, 57.

K. ÖZDEL, Y. ÖZTÜRK & G. ÖZYURT, Comparison of Cognitive Distortions in Adolescents with Major Depressive Disorder with Healthy Controls, Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health, 2021, 1301-3904, 28.

G. ÖZYURT, Y. ÖZTÜRK, M. ONAT, C. MUTLU & A. AKAY, Attachment, emotion regulation and anger expression in adolescent depression: Did comorbid anxiety disorder not have a role?, CURRENT PSYCHOLOGY, 2021, 1046-1310, 40, 751-760.

T. DEMİRCAN, G. ÖZYURT, B. GÜVEN, K. ELİAÇIK, N. NARİN & C. KARADENİZ, Anxiety Levels of Children During Electrophysiological Study, The Journal of Tepecik Education and Research Hospital, 2021, 1305-7073, 31, 1, 97-102.

Ö. ÜZÜM, K. ELİAÇIK, M. A. KANIK, D. ORBATU, Y. T. ACUN, H. ÖRSDEMİR HORTU, G. ÖZYURT, M. BARAN & M. HELVACI, Çocuk Hekimlerinin Çalışma Yaşam Kalitesi: Bir Eğitim Araştırma Hastanesine İlişkin Değerlendirme, İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi, 2021, 1305-7073.

G. ÖZYURT, Y. ÖZTÜRK, M. A. KANIK, E. ORAL, Z. D. ARSLANKAYA, V. GÖRMEZ & F. N. İNAL, Anxiety Level in Pediatrics Residents in COVID-19 Outbreak Days, Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health, 2021, 1301-3904, 28.

G. ÖZYURT, T. TUNCEL, K. ELİAÇIK, H. DUMAN ŞENOL, Y. ÖZTÜRK & E. E. ÖZDOĞRU, Adolescents with asthma reported more peer victimization, more anger repression and less anger expression, JOURNAL OF ASTHMA, 2020, 0277-0903, 1-10.

Oluşturma Zamanı: 17 Kasım 2024 20:43:08

K. ELİAÇIK, N. BOLAT, M. A. KANIK, N. MALAS, T. DEMİRCAN, G. ÖZYURT, D. ORBATU, D. ALAYGUT & B. GÜVEN, Adolescents with unexplained chest pain reported depression and impaired emotional and social functioning, ACTA PAEDIATRICA, 2020, 0803-5253.

Y. ÖZTÜRK, G. ÖZYURT, S. TURAN, C. MUTLU, A. E. TUFAN & A. AKAY, Association of theory of mind and empathy abilities in adolescents
with social anxiety disorder, CURRENT PSYCHOLOGY, 2020, 1046-1310.

G. ÖZYURT & Ç. DİNSEVER, Augmentative and Alternative Communication for Childrenwith Autism Spectrum Disorder: A Randomised Study ofAwareness and Developmental Language Interventions, Hong Kong Journal of Paediatrics, 2020, 1013-9923.

A. ARSLAN, H. ÖRSDEMİR HORTU, Ö. ÜZÜM, K. ELİAÇIK, M. A. KANİK, B. MALBORA, G. ÖZYURT, N. BOLAT & M. HELVACI, Beta Talasemi Minör Tanılı Ergenlerde Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2020, 2458-9799, 5, 3.

G. G. ÖZCAN, Y. ÖZTÜRK, M. SARİ, Y. İMREK, G. ÖZYURT, A. E. TUFAN & A. AKAY, Drug holidays may not affect processing speed while they may reduce beneficial effects on resistance to interference among children with treated with methylphenidate: a single-center, prospective study, NORDIC JOURNAL OF PSYCHIATRY, 2020, 0803-9488.

G. ÖZYURT, K. ÖZCAN, Ç. ELİKÜÇÜK, U. ÖDEK & S. AKPINAR, Equine assistant activities have positive effects on children with autism spectrum disorder and family functioning, Montenegrin Journal of Sports Science and Medicine, 2020, 1800-8755.

Z. ÇALIŞKAN & G. ÖZYURT, Evaluation of the Emotion Regulation Skill of Overweight-Obese Preschool Children and Maternal Mental Well-Being, Erciyes Medical Journal, 2020, 2149-2247, 42, 1, 84-88.

M. T. KADAK, Z. D. ASLANKAYA, İ. KAYA, Y. Y. GÜMÜŞ, Z. KOYUNCU, G. B. KAÇMAZ, H. GÜLŞEN, M. E. GÖKLER, Ş. S. BAŞGÜL & Ö. M. ÖZTÜRK et al., Parental psychological distress associated with COVID-19 outbreak: A large-scale multicenter survey from Turkey, INTERNATIONAL JOURNAL OF SOCIAL PSYCHIATRY, 2020, 0020-7640.

M. ÖZER, G. ÖZYURT & Ş. TELLİOĞLU, Probiyotik ve Prebiyotiklerin Bağırsak-Beyin Aksına Etkisi, Akademik Gıda, 2020, 1304-7582, 269-280.

Y. ÖZTÜRK, G. ÖZYURT, S. TURAN, C. MUTLU, A. E. TUFAN & A. AKAY, Relationships Between Theory of Mind (ToM) and Attachment Properties in Adolescent with Social Axiety Disorder, Nöropsikiyatri Arşivi, 2020, 1309-4866.

G. ÖZYURT & F. N. İNAL, Irritability in Disruptive Mood Dysregulation Disorder, Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health, 2019, 2687-3532, 26, 2, 63-67.

F. N. İNAL, H. B. BAYKARA, A. ÖZERDEM, G. ÖZYURT, Y. ÖZTÜRK, Ü. ŞAHİN, A. ILDIZ, B. B. KAPTANCIK, C. HIDIROĞLU ONGUN & A. AKAY et al., Executive functions and impulsivity in suicide attempter adolescents with major depressive disorder, Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 2019, 2475-0573, 1-8.

G. ÖZYURT, Y. Ç. APPAK, M. KARAKOYUN & M. BARAN, Evaluation of emotional, behavioral problems and family functioning in adolescents with chronic gastritis, Archivos Argentinos de Pediatria, 2019, 0325-0075, 117, 2, 110-114.

Oluşturma Zamanı: 17 Kasım 2024 20:43:08

Y. Ç. APPAK, G. ÖZYURT, M. KARAKOYUN & M. BARAN, Effects of Chronic Gastritis on Sleep and Quality of Life in Adolescents, The Journal of Pediatric Research, 2019, 2147-9445, 0, 0, 0-0.

Y. Ç. APPAK, D. ERTAN, M. KARAKOYUN, G. ÖZYURT, T. ÖZDEMİR & M. BARAN, The cause of abdominal mass in a child with celiac disease: Rapunzel syndrome. A case report, Sao Paulo Medical Journal, 2019, 1806-9460.

G. ÖZYURT & N. C. BİNİCİ, The neutrophil-lymphocyte ratio and platelet-lymphocyte ratio in adolescent obsessive-compulsive disorder: Does comorbid anxiety disorder affect inflammatory response?, PSYCHIATRY RESEARCH, 2019, 0165-1781, 272, 311-315.

G. ÖZYURT, G. ÇATLI, G. CİNGÖZ, B. N. DÜNDAR, A. AKAY & A. ABACI, Personality and subjective psychiatric symptoms of parents of obese youth: a controlled study, Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 2019, 2475-0573, 29, 4, 618-623.

Y. ÖZTÜRK, G. ÖZYURT, S. TURAN, C. MUTLU, A. E. TUFAN & A. AKAY, RELATIONSHIPS BETWEEN THEORY OF MIND (TOM) AND ATTACHMENT PROPERTIES IN ADOLESCENTS WITH SOCIAL AXIETY DISORDER, Archives of Neuropsychiatry, 2019, 1309-4866.

S. TURAN, G. ÖZYURT, G. ÇATLI, Y. ÖZTÜRK, A. ABACI & A. AKAY, Social cognition and emotion regulation may be impaired in adolescents with obesity independent of the presence of binge eating disorder: a two-center study, Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 2019, 2475-0573, 29, 4, 887-894.

M. ONAT, G. ÖZYURT, Y. ÖZTÜRK & A. AKAY, The relationship between problematic internet use, sleep quality and impulsivity in adolescents with major depressive disorder, ANADOLU PSIKIYATRI DERGISI-ANATOLIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 2019, 1302-6631, 0, 1.

G. ÖZYURT, Y. ÖZTÜRK, Y. Ç. APPAK, F. D. ARSLAN, M. BARAN, İ. KARAKOYUN, A. E. TUFAN & A. AKAY, Increased zonulin is associated with hyperactivity and social dysfunctions in children with attention deficit hyperactivity disorder, COMPREHENSIVE PSYCHIATRY, 2018, 0010-440X, 87, 138-142.

G. ÖZYURT, Ç. DİNSEVER, Z. ÇALIŞKAN & D. EVGİN, Effects of Triple P on Digital Technological Device Use in Preschool Children, JOURNAL OF CHILD AND FAMILY STUDIES, 2018, 1062-1024, 27, 1, 280-289.

Y. ÖZTÜRK, G. ÖZYURT & A. AKAY, DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VEYA ANKSİYETEBOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARIN UYKU ALIŞKANLIKLARININ SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2018, 1301-3904.

Y. ÖZTÜRK, G. ÖZYURT, A. E. TUFAN & A. AKAY, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Duygu Düzenleme Güçlükleri ve Tedavisi, Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry, 2018, 1309-0658, 10, 2, 188-201.

M. KARAKOYUN, G. ÖZYURT, Y. Ç. APPAK, Ş. YALIN SAPMAZ, G. DOĞAN, M. BARAN & E. KASIRGA, Comparasion of Psychiatric Features and Family Functioning in Adolescents with Celiac and Healthy Adolescents, Sakarye Tıp Dergisi, 2018, 2146-2585, 8, 4, 720-725.

G. ÖZYURT, Ç. DİNSEVER, Z. ÇALIŞKAN & D. EVGİN, Can positive parenting program (Triple P) be useful to prevent child maltreatment?, INDIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 2018, 0019-5545, 60, 3, 286.

Oluşturma Zamanı: 17 Kasım 2024 20:43:08

G. ÖZYURT, Y. ÖZTÜRK, M. ONAT, C. MUTLU & A. AKAY, Attachment, emotion regulation and anger expression in adolescentdepression: Did comorbid anxiety disorder not have a role?, CURRENT PSYCHOLOGY, 2018, 1046-1310.

G. ÖZYURT, Ç. DİNSEVER, A. E. TUFAN & H. B. BAYKARA, Are language features and emotion regulation related to maternal depression in autism and language delay?, PEDIATRICS INTERNATIONAL, 2018, 1328-8067, 60, 10, 931-937.

B. N. CEVHER, Z. HANGÜL, S. N. DEMİR, M. A. CANSIZ, U. SAVCI, Y. ÖZTÜRK, G. ÖZYURT & A. E. TUFAN, Response of Catatonia to Amisulpride and Lorazepam in an Adolescent with Schizophenia, JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPHARMACOLOGY, 2018, 1044-5463, 28, 2, 151-152.

G. ÖZYURT & Ç. DİNSEVER, Otizm Spektrum Bozukluğu ve Gelişimsel Dil Gecikmesi Tanısı Olan Çocukların Dil Özelliklerinin ve Otizm Spektrum Belirtilerinin Kontrollerle Karşılaştırılması, Noro Psikiyatri Arsivi, 2018, 13094866, 28, 55, 205-210.

G. ÖZYURT & L. BEŞİROĞLU, Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenler ile Annelerinde Otizm Spektrum Belirtileri- EVALUATION OF AUTISM SPECTRUM SYMPTOMS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS DIAGNOSED WITH OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER AND THEIR MOTHERS, Archives of Neuropsychiatry, 2018, 1309-4866, 19, 55, 40-48.

G. ÖZYURT, Ö. GENCER KIDAK, Y. ÖZTÜRK & A. ÖZBEK, Is Triple P effective in childhood anxiety disorder? A randomized controlled study, Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 2018, 2475-0573, 1-9.

Y. ÖZTÜRK, G. ÖZYURT & A. AKAY, The effects of the triple P-positive parenting programme on parenting, family functioning and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. A randomized controlled trial, Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 2018, 2475-0573, 1-9.

G. ÖZYURT & N. C. BİNİCİ, Increased neutrophil-lymphocyte ratios in depressive adolescents is correlated with the severity of depression, PSYCHIATRY RESEARCH, 2018, 0165-1781, 268, 426-431.

G. ÖZYURT, Y. Ç. APPAK, M. KARAKOYUN, K. ELİAÇIK & M. BARAN, Father?s role in infantile anorexia, TURKISH JOURNAL OF PEDIATRICS, 2018, 0041-4301.

Y. ÖZTÜRK, G. ÖZYURT & A. AKAY, Family functioning and quality of life among children with anxiety disorder and healthy controls. A cross-sectional study, SAO PAULO MEDICAL JOURNAL, 2018, 1516-3180, 136, 4, 346-353.

G. ÖZYURT & H. B. BAYKARA, Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğu, Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatri Özel Sayısı, 2018, 1300-0292.

A. AKAY, H. RESMİ, S. ALŞEN GÜNEY, H. O. ERKURAN, G. ÖZYURT, E. SARGIN, A. TOPUZOĞLU & A. E. TUFAN, Serum brain-derived neurotrophic factor levels in treatment-naïve boys with attention-deficit/hyperactivity disorder treated with methylphenidate: an 8-week, observational pretest?posttest study, European Child Adolescent Psychiatry, 2018, 1018-8827, 27, 1, 127-135.

Ö. ÖZBEYLER, K. ELİAÇIK, Ö. ÜZÜM, Y. Ç. APPAK, M. KARAKOYUN, D. ORBATU, G. ÖZYURT & M. BARAN, Anxiety Disorder and Eating Habits in Adolescents with Gastroesophageal Reflux Disease, The journal of Dr. Behcet Uz Children s Hospital, 2018, 21462372.

Oluşturma Zamanı: 17 Kasım 2024 20:43:08

G. ÖZYURT, Y. ÖZTÜRK & A. AKAY, Ergenlerde Yeme Bozuklukları ve Yeme Bozukluklarının Güncel Tedavisinin Gözden Geçirilmesi, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2017, 1301-3904.

G. ÖZYURT, F. N. İNAL, H. B. BAYKARA & A. AKAY, Effectiveness and adverse effects of methylphenidate treatment in children diagnosed with disruptive mood dysregulation disorder and attention-deficit hyperactivity disorder: a preliminary report, Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 2017, 2475-0573, 27, 1, 99-100.

Y. ÖZTÜRK, G. ÖZYURT & A. AKAY, Çocukluk Çağı Obezite Tedavisinde Davranışçı ve Bilişsel Müdahaleler, ÇOCUK VE GENÇLİK DUH SAĞLIĞI DERGİSİ, 2017, 1301-3904.

Y. ÖZTÜRK, G. ÖZYURT & A. AKAY, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Olan Çocukların Ailelerinin Bildirdiği Uyku Alışkanlıklarının ve Uyku Sorunlarının Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması, Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research, 2017, 2146-9490, 6, 2, 1.

G. ÖZYURT, Y. ÖZTÜRK, A. AKAY & A. E. TUFAN, ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANISI OLAN ÇOCUKLARIN EMPATİ VE SALDIRGANLIK ÖZELLİKLERİNİN SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2017, 1301-3904, 24, 3.

A. AKAY, Ç. ERESEN YAZICIOĞLU, G. S. ALŞEN, E. H. ÖZEK, S. KIZILDAĞ, H. B. BAYKARA, G. ÖZYURT, Ş. Y. KADIÇEŞME, S. MİRAL & F. N. İNAL et al., Allele frequencies of dopamine D4 receptor gene (DRD4) and Catechol-O-methyltransferase (COMT) Val158Met polymorphism are associated with methylphenidate response in adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder: a case control preliminary study, Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 2017, 2475-0573, 28, 2, 177-184.

G. ÖZYURT, A. ÖZYURT, A. T. ÖZTÜRK, A. YAMAN & A. T. BERK, Evaluation of maternal attachment, self-efficacy, levels of depression, and anxiety in mothers who have babies diagnosed with retinopathy of prematurity, OPHTHALMIC EPIDEMIOLOGY, 2017, 0928-6586, 25, 2, 140-146.

E. BERKSOY, G. ÖZYURT, M. ANIL, Ö. ÜZÜM & Y. Ç. APPAK, Can Pediatricians Recognize Eating Disorders? Early Onset Anorexia Nervosa in a Male Child, Nutrición Hospitalaria, 2017, 1699-5198.

G. ÖZYURT & E. S. ERCAN, Çocuk ve Ergende Antihiperkinetik ve Dikkat Artırıcı İlaç Kullanımı, Türkiye klinikleri, 2017, 1300-0292, 3, 16-22.

G. ÖZYURT, Ç. DİNSEVER, S. AKPINAR, K. ÖZCAN, Y. ŞAL & Y. ÖZTÜRK, The effect of therapeutic horseback riding for children diagnosed with autism spectrum disorder on autistic symptoms and the quality of life, ANADOLU PSIKIYATRI DERGISI-ANATOLIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 2017, 1302-6631, 18, 6, 630-636.

G. ÖZYURT, Y. ÖZTÜRK & A. AKAY, Relation of Emotion Regulation and Empathy Skills with Maternal Emotion Regulation and Attachment in Children Diagnosed with ADHD, ANADOLU PSIKIYATRI DERGISI-ANATOLIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 2017, 1302-6631, 18, 6, 611-620.

G. ÖZYURT & Ç. DİNSEVER, Gelişimsel dil gecikmesi tanısı olan çocuklarda dil özelliklerinin teknolojik alet kullanmaları, aile işlevselliği, anne depresyonu ile ilişkisi ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması, Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 2017, 10188681, 30, 299-308.

Oluşturma Zamanı: 17 Kasım 2024 20:43:08

G. ÖZYURT, Y. ÖZTÜRK & A. AKAY, Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuklarda Duygu Düzenlemenin Annelerin Duygu Düzenlemesi, Bağlanması ve Anksiyete Duyarlılığı ile İlişkisinin İncelenmesi, ANADOLU PSIKIYATRI DERGISI-ANATOLIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 2017, 1302-6631, 18, 4, 369-379.

Ö. GENCER KIDAK, A. ÖZBEK, G. ÖZYURT & C. KAVURMA, Çocuk ve ergenlerde aile disi ve aile içi cinsel istismar olgularinin karsilastirilmasi/A comparison of extra and intra-familial sexual abuse of children and adolescents, ANADOLU PSIKIYATRI DERGISI-ANATOLIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 2016, 1302-6631, 17, 1, 56.

Y. ÖZTÜRK, G. ÖZYURT & A. AKAY, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Aile Eğitim Programları, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2016, 1301-3904.

G. ÖZYURT, A. AKAY, Y. ÖZTÜRK, H. B. BAYKARA & F. N. İNAL, DEHB?li çocuklarda ve annelerinde duygu düzenlemenin arastirilmasi/Evaluating emotional regulation in children with ADHD and their mothers, ANADOLU PSIKIYATRI DERGISI-ANATOLIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 2016, 1302-6631, 17, 5, 393.

G. ÖZYURT & H. B. BAYKARA, Ergenlerde Depresyon Tanısı, Ayırıcı Tanısı, Kliniği, Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatri Özel Sayısı, 2016, 1300-0292.

G. ÖZYURT, Ö. GENCER KIDAK, Y. ÖZTÜRK & A. ÖZBEK, Is Triple P Positive Parenting Program effective on anxious children and their parents? 4th month follow up results, Journal of Child Family Studies, 2016, 1302-6631, 25, 5, 1646-1655.

T. ALKINS, I. OZTURA, A. OZERDEM & G. OZYURT, Anxiety Disorder Due to Epilepsy: A Case Report, TURK PSIKIYATRI DERGISI, 2015, 1300-2163, 26, 1, 71-75.

G. ÖZYURT, S. OZAN, Ş. ARAS, G. A. GÜRBÜZ, S. MIRAL & B. MUSAL, An Educational Needs Analysis In Child And Adolescent Psychiatry, Anadolu Psikiyatri Derg. , 2015, 1302-6631, 16, 5, 346-356.

G. ÖZYURT, Ö. GENCER KIDAK, E. OKYAY & F. OCET, Gestational Termination Process In Sexual Abused Adolescent: A Case Report, Anatolian Journal of Psychiatry, 2015, 1302-6631, 16, 5, 368-371.

G. ÖZYURT, E. BAYRAM, P. KARAOĞLU, A. S. HIZ & U. YİŞ, Quality Of Life And Sleep In Children Diagnosed With Duchenne Muscular Dystrophy And Their Mothers? Level Of Anxiety: A Case-control Study, Düşünen Adam, 2015, 1309-5749, 28, 4, 362-363.

G. ÖZYURT, B. GULLER, H. B. BAYKARA, Ö. GENCER KIDAK & A. ÖZBEK, Assessment for sexual abuse in a case presenting with genital herpes, Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 2015, 10188681, 28, 4, 378-381.

G. ÖZYURT, E. BAYRAM, P. KARAOGLU, A. S. HIZ & U. YİŞ, Quality of life and sleep in children diagnosed with duchenne muscular dystrophy and their mothers? level of anxiety: a case-control study, Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 2015, 10188681, 362-368.

S. ÖZAN, Ş. ARAS, G. ÖZYURT, G. A. GÜRBÜZ, S. MİRAL & B. MUSAL, Çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanlik alaninda egitim gereksinimi analizi çalismasi/An educational needs analysis in child and adolescent psychiatry, ANADOLU PSIKIYATRI DERGISI-ANATOLIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 2015, 1302-6631, 16, 5, 346.

Oluşturma Zamanı: 17 Kasım 2024 20:43:08

G. ÖZYURT, N. I. EMİROĞLU & B. BAYKARA, A Hypothermia Case With Early Onset Schizophrenia Treated With Clozapine, Anadolu Psikiyatri Derg. , 2015, 1302-6631, 16, 5, 375-377.

G. ÖZYURT, İ. ÖZTURA, T. ALKIN & A. ÖZERDEM, [Anxiety disorder due to epilepsy: a case report]., Turk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry, 2015, 1300-2163, 26, 1, 71-5.

Bildiriler

G. ÖZYURT, DEPREM SONRASI AKUT PSİKOLOJİK YAKLAŞIM, Davetli Konuşmacı, ULUSLARARASI 3. SAĞLIKLI BÜYÜYEN ÇOCUK KONGRESİ, 05 Ekim 2023, 08 Ekim 2023.

G. ÖZYURT, Otizm Spektrum Bozukluğu, Davetli Konuşmacı, 5. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Aile Hekimliği Kongresi, 06 Şubat 2020, 08 Şubat 2020.

B. AKSOY, Y. Ç. APPAK, G. ÖZYURT & M. BARAN, How Does Gastrointestinal System Complaints Effect Quality of Life in Children and Adolescents?, Sözlü Sunum, 6th SAYKAD CONGRESS International Health Related Quality of Life Meeting, 21 Kasım 2019, 23 Kasım 2019.

T. DEMİRCAN & G. ÖZYURT, Quality of Life in Children Who Applied to Hospital with CardiacComplaints, Sözlü Sunum, 6th SAYKAD CONGRESS International Health Related Quality of Life Meeting, 21 Kasım 2019, 23 Kasım 2019.

B. AKSOY, Y. Ç. APPAK, G. ÖZYURT, G. UZUN & M. BARAN, Çocuk Gastroenteroloji Polikliniğimize Başvuran Annelerin Anksiyete Düzeylerive İlişkili Durumların Değerlendirilmesi, Sözlü Sunum, Uluslararası KAdın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Kongresi, 26 Eylül 2019, 29 Eylül 2019.

K. ELİAÇIK, N. BOLAT, M. A. KANIK, Ö. ÜZÜM, T. DEMİRCAN, D. ORBATU, D. ALAYGUT, U. KARADAŞ, B. DOĞRUSÖZ & G. ÖZYURT, Açıklanamayan Göğüs Ağrısı Olan Ergenlerde Sağlıkla İlişkili Kalitenin Değerlendirilmesi Yaşam ve Depresyon Belirtileri, Sözlü Sunum, Dr Behçet Uz Çocuk Kongresi, 28 Şubat 2019, 02 Mart 2019.

M. KARAKOYUN, G. ÖZYURT, Y. Ç. APPAK, Ş. YALIN SAPMAZ, G. DOĞAN & M. BARAN, Çölyak tanıs olan ergenlerin kişilik özelliklerinin kontrollerle karşılaştırılması, Sözlü Sunum, Sağlıklı Büyüyen Çocuk Kongresi, 13 Aralık 2018, 15 Aralık 2018.

G. ÖZYURT, K. ELİAÇIK & T. TUNCEL, Astımlı Adolesanlarda Akran Zorbalığı ve İlişkili Psikolojik Özellikler, Poster Sunumu, 25. Ulusal Allerji ve Klinik İmmunoloji Kongresi, 17 Kasım 2018, 21 Kasım 2018.

G. ÖZYURT, Y. ÖZTÜRK, S. TURAN, A. E. TUFAN & A. AKAY, Association of Theory of Mind (ToM) and Attachment Properties in Adolescents Diagnosed with Social Anxiety Disorder, Poster Sunumu, IACAPAP 2018, 23 Temmuz 2018, 27 Temmuz 2018.

S. TURAN, G. ÖZYURT, Y. ÖZTÜRK, A. ABACI, G. ÇATLI & A. AKAY, Social cognition and emotional functioning in adolescents with binge eating disorder with their relationship to clinical profile: apreliminary report, Sözlü Sunum, IACAPAP 2018, 23 Temmuz 2018, 27 Temmuz 2018.

Y. ÖZTÜRK, G. ÖZYURT, S. TURAN, A. E. TUFAN & A. AKAY, Theory of Mind and Empathy Properties in Adolescent s Diagnosed with Social Anxiety Disorder, Poster Sunumu, IACAPAP 2018, 23 Temmuz 2018, 27 Temmuz 2018.

Oluşturma Zamanı: 17 Kasım 2024 20:43:08

G. ÖZYURT, Y. ÖZTÜRK, M. ONAT, M. CANER & A. AKAY, ATTACHMENT, EMOTION REGULATION AND ANGER EXPRESSION IN ADOLESCENT DEPRESSION: DİD COMORBID ANXIETY DISORDER NOT HAVE A ROLE?, Sözlü Sunum, 28. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, 09 Mayıs 2018, 12 Mayıs 2018.

M. KARAKOYUN, G. ÖZYURT, Y. C. APPAK, Ş. YALIN SAPMAZ, G. DOĞAN, M. BARAN & H. E. KASIRGA, Adherence to Diet Treatment in Adolescents with Celiac Disease and Relationship of Family Functioning and Psychiatric Symptoms, Poster Sunumu, 51. Annual Meeting of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, 09 Mayıs 2018, 12 Mayıs 2018, 0277-2116, 66, 201 - null.

G. ÖZYURT, Y. ÖZTÜRK & K. ÖZDEL, COGNITIVE DISTORTIONS IN ADOLESCENTS DIAGNOSED WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS, Sözlü Sunum, 28. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, 09 Mayıs 2018, 12 Mayıs 2018.

Y. ÖZTÜRK, G. ÖZYURT & K. ÖZDEL, EMOTIONAL SCHEMAS IN ADOLESCENTS DIAGNOSED WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS, Sözlü Sunum, 28. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, 09 Mayıs 2018, 12 Mayıs 2018.

Y. C. APPAK, G. ÖZYURT, M. KARAKOYUN & M. BARAN, Effects of Gastritis on Sleep and Quality of Life in Adolescents, Poster Sunumu, 51. Annual Meeting of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, 09 Mayıs 2018, 12 Mayıs 2018, 0277-2116, 66, 620 - null.

Y. ÖZTÜRK, G. ÖZYURT, M. ONAT, C. MUTLU, A. AKAY & A. E. TUFAN, FAMİLY FUNCTİONİNG, PARENTAL ATTİTUDES AND PROBLEMATİC INTERNET USE IN ADOLESCENT DEPRESSION, Sözlü Sunum, 28. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, 09 Mayıs 2018, 12 Mayıs 2018.

Y. ÖZTÜRK, G. ÖZYURT & K. ÖZDEL, Emotional Schemas in Adolescents Diagnosed with Anxiety Disorders, Sözlü Sunum, 10. uluslarası psikofarmakoloji kongresi, 25 Nisan 2018, 29 Nisan 2018.

G. ÖZYURT, Y. ÖZTÜRK & K. ÖZDEL, Cognitive Distortions in Adolescents Diagnosed with Anxiety Disorders, Sözlü Sunum, 10th International Congress on Psychopharmacology 6th InternationalSymposium on Child and Adolescent Psychopharmacology, 25 Nisan 2018, 28 Nisan 2018.

Z. ÇALIŞKAN, N. CANER, D. EVGİN, B. KAPLAN & G. ÖZYURT, Engelli Çocuğa Bakım Verenlerin Tükenmişlik Ve Yaşam Doyumlarını Etkileyen Faktörler, Sözlü Sunum, 1. Uluslararası, 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 23 Nisan 2018, 26 Nisan 2018.

G. ÖZYURT, Y. ÖZTÜRK, Y. Ç. APPAK, F. D. ARSLAN, M. BARAN, İ. KARAKOYUN, A. E. TUFAN & A. AKAY, DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA ZONULİN İLESOSYAL İŞLEVSELLİĞİN İLİŞKİSİ, Poster Sunumu, 12. Ulusal Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Kongresi, 18 Nisan 2018, 21 Nisan 2018.

Z. ÇALIŞKAN, G. ÖZYURT, D. EVGİN, B. KAPLAN & N. CANER, ENGELLİ ÇOCUK AİLELERİNE VERİLEN EĞİTİMAİLELERİN YAŞADIĞI SORUNLARI AZALTMADA NE KADAR ETKİLİ?, Sözlü Sunum, 1st INTERNATIONALCONGRESS ON HEALTHY LIFE, 12 Nisan 2018, 13 Nisan 2018.

Y. Ç. APPAK, G. ÖZYURT, M. KARAKOYUN & M. BARAN, Gastritin Adölesanlarda Uyku ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Sözlü Sunum, 10. Ege Pediatri ve 6. Ege Pediatri Hemşireliği Kongresi, 17 Aralık 2017, 19 Aralık 2017.

Oluşturma Zamanı: 17 Kasım 2024 20:43:08

K. MİRAY, G. ÖZYURT, Y. Ç. APPAK, Ş. YALİN SAPMAZ, G. DOĞAN, M. BARAN & H. E. KASIRGA, Çölyak hastalığı tanısı ile izlenen adolesan hastalarda tedaviye uyum ile aile işlevselliği ve psikiyatrik bulguların ilişkisi, Sözlü Sunum, 10.Ege Pediatri ve 6.Ege Pediatri Hemşireliği Kongresi, 17 Aralık 2017, 19 Aralık 2017.

Y. ÇAĞAN APPAK, D. ERTAN, M. KARAKOYUN, G. ÖZYURT, T. ÖZDEMİR & M. BARAN, Çölyak Hastası Bir Çocukta Batında Kitle Nedeni: Rapunzel Sendromu, Poster Sunumu, 61. Tu?rkiye Milli Pediatri Kongresi, 15 Kasım 2017, 19 Kasım 2017, 69 - null.

Z. ÇALİŞKAN, D. EVGİN, N. CANER, B. KAPLAN & G. ÖZYURT, ENGELLİ ÇOCUK AİLELERİNİN AİLE STRESİ VE STRESLE BAŞETME TARZLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER, Sözlü Sunum, Adnan Menderes Üniversitesi 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, 29 Haziran 2017, 01 Temmuz 2017.

Y. ÖZTÜRK, G. ÖZYURT & A. AKAY, ?Comparision of Quality of Life and Familiy Functioning Between the Attention Deficit and Hyperactivity Disorder and Healthy Controls?, Poster Sunumu, 27. Turkish Child and Adolescent Psychiatry Congress, 10 Mayıs 2017, 13 Mayıs 2017, 1, 230 - 231.

Y. ÖZTÜRK, G. ÖZYURT & A. AKAY, ?Comparision of Sleeping Habits Between The Cases Who Are Diagnosed with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder or Anxiety Disorder and Healthy Controls?, Sözlü Sunum, 27. Turkish Child and Adolescent Psychiatry Congress, 10 Mayıs 2017, 13 Mayıs 2017, 1, 109 - 110.

G. ÖZYURT & Ç. DİNSEVER, Augmentative and Alternative Communication (AAC) in Developmental Language Delay: Awareness Developmental Language Interventions :A RandomizedControlled Study, Poster Sunumu, 27. ulusal uluslararası katılımlı çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kongresi, 10 Mayıs 2017, 13 Mayıs 2017.

G. ÖZYURT & Ç. DİNSEVER, Augmentative and Alternative Communication (AAC) in Toddlers with AutismSpectrum Disorders: Awareness Developmental Language Interventions :A RandomizedControlled Study, Sözlü Sunum, 27. ulusal uluslararası katılımlı çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kongresi, 10 Mayıs 2017, 13 Mayıs 2017.

G. ÖZYURT, Y. ÖZTÜRK & A. AKAY, Comparison of Empathy and Aggression Between the Cases Who Are Diagnosed withAttention Deficit and Hyperactivity Disorder or Anxiety Disorder and Healthy Controls, Sözlü Sunum, 27. ulusal uluslararsı katılımlı çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kongresi, 10 Mayıs 2017, 13 Mayıs 2017.

G. ÖZYURT, Emotion regulation in Anxiety Disorder, Davetli Konuşmacı, 27. ulusal uluslararsı katılımlı çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kongresi, 10 Mayıs 2017, 13 Mayıs 2017.

F. N. İNAL, H. B. BAYKARA, B. ŞAHBUDAK, G. ÖZYURT, Y. ÖZTÜRK, F. YAYLACI, D. K. ÖĞRENECEK & S. ALŞEN GÜNEY, Phenomenological Assesment Of Pervasive Developmental Characteristics İn Children And Adolescents With Bipolar Disorders And Severe Mood Dysregulation, Sözlü Sunum, 27.ULUSLARARASI KATILIMLI ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KONGRESİ, 10 Mayıs 2017, 13 Mayıs 2017, 141 - 142.

G. ÖZYURT, Psychotherapothıc Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, Davetli Konuşmacı, 27. ulusal uluslararası katılımlı çocuk ve ergen ruh sağlıpı ve hastalıkları kongresi, 10 Mayıs 2017, 13 Mayıs 2017.

Oluşturma Zamanı: 17 Kasım 2024 20:43:08

G. ÖZYURT, S. AKPINAR & K. ÖZCAN, The Effectiveness Of Equine Assisted Activities For Children Diagnosed WithCerebral Palsy And Their Mothers, Poster Sunumu, 27. Ulusal Uluslararası Katılımlı Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, 10 Mayıs 2017, 13 Mayıs 2017.

G. ÖZYURT, S. AKPINAR & K. ÖZCAN, The Effectiveness Of Hippotherapy For Children Diagnosed With Cerebral Palsy, Sözlü Sunum, 27. ulusal uluslarası katılımlı çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kongresi, 10 Mayıs 2017, 13 Mayıs 2017.

G. ÖZYURT, Epilepsi ile İlişkili Uyku Sorunları, Davetli Konuşmacı, 21. Ergen Günleri, 01 Aralık 2016, 03 Aralık 2016.

G. ÖZYURT, Ç. DİNSEVER, S. AKPINAR, K. ÖZCAN, Y. ŞAL & Y. ÖZTÜRK, ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANISI OLAN ÇOCUKLARDA UYKU VE YAŞAM KALİTESİNİN SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞİLAŞTIRILMASI, Sözlü Sunum, 5. ulusal sağlıkta yaşam kalitesi kongresi, 11 Kasım 2016, 12 Kasım 2016.

Y. ÖZTÜRK, G. ÖZYURT & A. AKAY, Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda uyku ve yaşam kalitesinin kontrollerle karşılaştırılması, Sözlü Sunum, 5. ulusal sağlıkta yaşam kalitesi kongresi, 11 Kasım 2016, 12 Kasım 2016.

G. ÖZYURT, Ç. DİNSEVER, S. AKPINAR, K. ÖZCAN, Y. ŞAL & Y. ÖZTÜRK, OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANISI OLAN ÇOCUKLARDA TERAPÖTİK AT BİNME AKTİVİTELERİNİN YAŞAM KALİTESİ VE OTİZM BELİRTİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ, Sözlü Sunum, 5. ulusal sağlıkta yaşam kalitesi kongresi, 11 Kasım 2016, 12 Kasım 2016.

G. ÖZYURT, A. AKAY & Y. ÖZTÜRK, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Olan Çocuklarda ve Annelerinde Duygu Düzenlemenin Araştırılması, Poster Sunumu, 26. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, 13 Nisan 2016, 16 Nisan 2016.

G. ÖZYURT, Otizm Spektrum Bozukluğunda Nörotrofik Değişiklikler, Davetli Konuşmacı, 26. ulusal çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kongresi, 13 Nisan 2016, 16 Nisan 2016.

G. ÖZYURT, Ç. DİNSEVER, Z. ÇALIŞKAN & D. EVGİN, OLUMLU ANNE BABALIK EĞİTİM PROGRAMININ (TRİPLE P) ÇOCUKLARA UYGULANAN FİZİKSEL VE DUYGUSAL İSTİSMAR İLE ANNELERİN BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİÜZERİNE ETKİSİ, Sözlü Sunum, 1. uluslararası kadın çocuk sağlığı ve eğtimi kongresi, 14 Nisan 2016, 15 Nisan 2016.

G. ÖZYURT, Ç. DİNSEVER, D. EVGİN & Z. ÇALIŞKAN, Olumlu Anne Babalık Eğitim Programının aile işlevselliği ve anne ruh sağlığı üzerine etkisinin incelenmesi, Sözlü Sunum, 1.uluslarası Kadın çocuk sağlığı ve eğitimi kongresi, 14 Nisan 2016, 15 Nisan 2016.

G. ÖZYURT, Otizm Yelpazesi Bozukluğu ve Gelişimsel Dil GecikmesiTanısı Olan Çocuklarda Alıcı ve İfade Edici SözelDil Becerilerinin İncelenmesi, Davetli Konuşmacı, Prof . Dr. Mualla Öztürk Anısına 28. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Sempozyumı, 25 Şubat 2016, 26 Şubat 2016.

G. ÖZYURT, İnternet Bağımlılığı Tedavisi ve Koruyucu Yöntemler, Davetli Konuşmacı, 9. ulusal alkol ve madde bağımlılığı kongresi, 10 Aralık 2015, 12 Aralık 2015.

A. AKAY, G. ÖZYURT & S. GÜNDÜZ, Abla, Bana Dokunma !, Poster Sunumu, 25. ulusal çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kongresi, 01 Nisan 2015, 04 Nisan 2015.

Oluşturma Zamanı: 17 Kasım 2024 20:43:08

G. ÖZYURT, Ö. GENCER KIDAK, Y. ÖZTÜRK & A. ÖZBEK, Long term effectiveness of Triple P Positive Parenting Program on childhood anxiety disorders: a randomisedcontrolled trial, Poster Sunumu, 27th ECNP Congress, 18 Ekim 2014, 21 Ekim 2014.

G. ÖZYURT, F. N. İNAL, H. B. BAYKARA & A. AKAY, Effectiveness and adverse effects of methylphenidate treatment in children diagnosedwith DMDD and ADHD: a retrospective study, Poster Sunumu, 6. uluslararası psikofarmakoloji kongresi, 16 Nisan 2014, 20 Nisan 2014.

G. ÖZYURT, E. BAYRAM, P. KARAOGLU, A. S. HIZ & U. YİŞ, Evaluating the health and sleep quality of children diagnosed with Duchene muscular dystrophy and the anxiety level of their mothers: a case control study, Poster Sunumu, 6. uluslararası psikofarmakoloji kongresi, 16 Nisan 2014, 20 Nisan 2014.

D. A. ÇILDIR, B. ŞAHBUDAK, G. ÖZYURT & A. AKAY, Somnambulism induced by methylphenidate, Poster Sunumu, 6. uluslararsı psikofarmakoloji kongresi, 16 Nisan 2014, 20 Nisan 2014.

M. ONAT, G. ÖZYURT & A. AKAY, Treatment resistant trichotillomania: a case report, Poster Sunumu, 6. uluslararası psikofarmakoloji kongresi, 16 Nisan 2014, 20 Nisan 2014.

M. BEŞENEK, G. ÖZYURT, H. B. BAYKARA & A. AKAY, Bir olgu sunumu:? Erkek olursam annam benden nefret eder ?, Poster Sunumu, 24. ULUSAL ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KONGRESİ, 09 Nisan 2014, 12 Nisan 2014.

G. ÖZYURT, EĞİTİM SÜRECİNDE GÜÇLÜKLER VE GÜÇLÜ YÖNLERİMİZ, Davetli Konuşmacı, 24. ULUSAL ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KONGRESİ, 09 Nisan 2014, 12 Nisan 2014.

G. ÖZYURT, Prodromal Psikoz Belirtileri Şizofreni için Öngörücü müdür?, Davetli Konuşmacı, 24. ulusal çocuk ve ergen ruh sağlığı kongresi, 09 Nisan 2014, 12 Nisan 2014, 1301-3904.

G. ÖZYURT, Ö. GENCER KIDAK, Y. ÖZTÜRK & A. ÖZBEK, Triple P Olumlu anne Babalık Eğitiminin Anksiyete Bozukluğu olan 8-12 yaş arası çocuklarda ve ebeveynlerde anksiyete düzeyi ve ruh sağlığı üzerine etkilerinin araştırıldığı randomize kontrollü bir çalışma, Sözlü Sunum, 24. ulusal çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkkları kongresi, 09 Nisan 2014, 12 Nisan 2014.

G. ÖZYURT, Ö. GENCER KIDAK, Y. ÖZTÜRK & A. ÖZBEK, Effectiveness of Triple P ? Positive Parenting Program on Childhood Anxiety Disorders: A Prospective Case Control Stud, Poster Sunumu, Helping Families Change Congress 2014, 19 Şubat 2014, 21 Şubat 2014.

A. ÖZBEK, Y. ÖZTÜRK, A. AKAY & G. ÖZYURT, Effectiveness of Triple P Positive Parenting Programme on Childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A case Control, Sözlü Sunum, Helping Families Change Congress 2014, 19 Şubat 2014, 21 Şubat 2014.

T. GÜVENİR, F. V. TAŞ, A. ÖZBEK, Ö. GENCER KIDAK, G. ÖZYURT, F. YAYLACI & B. KARACA, First population roll out of Triple P in Turkey, Sözlü Sunum, Helping Families Change Congress 2014, 19 Şubat 2014, 21 Şubat 2014.

G. ÖZYURT, H. B. BAYKARA & A. S. HIZ, Tedaviye dirençli epilepsi tanılı 30 aylık kız olguda otistik belirtiler, Poster Sunumu, Konya Otizm Günleri, 28 Kasım 2013, 30 Kasım 2013.

Oluşturma Zamanı: 17 Kasım 2024 20:43:08

G. ÖZYURT, İ. ÖZTURA, T. ALKIN & A. ÖZERDEM, Anxiety disorders due to epilepsy: a case report, Poster Sunumu, 5. uluslararası psikofarmakolojimkongresi, 30 Ekim 2013, 03 Kasım 2013.

S. ÖZAN, Ş. ARAS, G. ÖZYURT, G. A. GÜRBÜZ, S. MİRAL & B. MUSAL, Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yeterlik Kurulu Eğitim Gereksinimi Analiz Çalışması, Poster Sunumu, Mezunyet Sonrası Tıp Eğitimi Sempozyumu, 02 Mayıs 2013, 03 Mayıs 2013.

G. ÖZYURT, B. GÜLLER, Ö. GENCER KIDAK, H. B. BAYKARA & A. ÖZBEK, GENİTAL HERPETİK VEZİKÜLLERLE BAŞVURAN BİR OLGUNUN CİNSEL İSTİSMAR YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRMESİ, Poster Sunumu, 22. ulusal çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kongresi, 24 Nisan 2012, 27 Nisan 2012.

D. KARAKAŞLAR, G. ÖZYURT & Ş. ARAS, İhmal ve Duygusal İstismarın Olduğu Ailede İntihar Eğilimli Bir Kız Çocuğu, Poster Sunumu, 22. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, 24 Nisan 2012, 27 Nisan 2012.

Yönetilen Tezler

S. ALAYBEYOĞLU (Tez Yazarı) , G. ÖZYURT (Tez Danışmanı) , MADDE BAĞIMLILIĞI OLAN ADOLESANLARDA SÜREKLİ ÖFKE, ÖFKE İFADE TARZI VE OSTRASİZM, 2022.

İ. MERCANOĞLU (Tez Yazarı) , G. ÖZYURT (Tez Danışmanı) , Yıkıcı Duygudurum Düzenleme Bozukluğu ve Bipolar Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerin Nöropsikolojik Profili, 2022.

P. GARİPÇİN (Tez Yazarı) , G. ÖZYURT (Tez Danışmanı) , Polikistik over sendromlu adolesanlarda akran zorbalığı, agresyon ve psikiyatrik semptomların değerlendirilmesi, 2020.

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Proje Bilgileri

217S291, Obez Çocuklarda Oksitosin Reseptör Gen Varyantlarının (Rs53576 Ve Rs2254298) Ve Serum Oksitosin Düzeyinin Metabolik Parametreler, Yeme Davranışı Ve Psikiyatrik Semptomlar Ile Ilişkisi, Araştırmacı/Uzman, Sonuç raporu kabul, SBAG - Sağlik Bi?li?mleri? Araştirma Destek Grubu, 3001 - Başlangıç AR-GE, ARDEB, Projeye Katılma/Ayrılma Tarihleri: 15.03.2018 - (), Proje Başlangıç/Bitiş Tarihleri: 15.03.2018 - 15.02.2020.

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Görev	ARDEB	BİDEB	BİLİM TOPLUM	UİDB	TEYDEB	Toplam
Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	0	0	0	0	0	0
Moderatorlük Sayısı	0	0	0	0	0	0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	0	0	0	0	0	0
Raportörlük Sayısı	0	0	0	0	0	0

Katılmadığı Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	0	1	0	0	0	1

Tez ile İlişkili Yayınlar Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler (SCI & SSCI & Arts and Humanities)

1. **Özyurt G,** Öztürk Y, Tufan AE, Akay A, İnal N. Differential Effects of Disruptive Mood Dysregulation Disorder Comorbidity in Attention Deficit Hyperactivity Disorder on Social Cognition and Empathy. J Atten Disord. 2024 Feb;28(4):458-468. doi: 10.1177/10870547231215516. Epub 2023 Dec 8. PMID: 38069496.

2. **Özyurt G**, Öztürk Y, Turan S, Çıray RO, Tanıgör EK, Ermiş Ç, Tufan AE, Akay A. Are Communication Skills, Emotion Regulation and Theory of Mind Skills Impaired in Adolescents with Developmental Dyslexia? Dev Neuropsychol. 2024 Apr-Jun;49(3):99-110. doi: 10.1080/87565641.2024.2325338. Epub 2024 Mar 11. PMID: 38466040.

3. Öztürk Y, **Özyurt G**, Turan S, Tufan AE, Akay AP. Emotion dysregulation and social communication problems but not ToM properties may predict obsessive-compulsive disorder symptom severity. Nord J Psychiatry. 2023 Nov;77(8):778-787. doi: 10.1080/08039488.2023.2251953. Epub 2023 Sep 4. PMID: 37665655.

4. Çiray RO, **Özyurt G,** Turan S, Karagöz E, Ermiş Ç, Öztürk Y, Akay A. The association between pragmatic language impairment, social cognition and emotion regulation skills in adolescents with ADHD. Nord J Psychiatry. 2022 Feb;76(2):89-95. doi: 10.1080/08039488.2021.1938211. Epub 2021 Jun 28. PMID: 34182872.

5. Öztürk Y, **Özyurt G**, Turan S, Mutlu C, Tufan AE, Akay AP. Relationships Between Theory of Mind (ToM) and Attachment Properties in Adolescent with Social Axiety Disorder. Noro Psikiyatr Ars. 2020 Jan 21;57(1):65-70. doi: 10.29399/npa.24757. PMID: 32110154; PMCID: PMC7024826

Tez ile İlişkili Yayınlar Ulusal hakemli dergilerde yayına kabul edilen makaleler

1. **Özyurt G,** İnal N Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Ergenlerde Sosyal Biliş ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Tez ile İlişkili Yayınlar Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler

1. Öztürk Y, **Özyurt G,** Turan S, Tufan AE, Akay A OKB Tanılı Ergenlerde Duygu Düzenleme Güçlükleri ve Sosyal İletişim Sorunları OKB Belirtilerini Yordayabilir Mi? Tek Merkezli, Vaka Kontrollü Bir Çalışma 32. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kongresi, İstanbul 2023

2. **G. Özyurt,** Y. Ozturk, A.E. Tufan, S. Turan, E. Karagöz Tanıgör, A. Akay, N. İnal. Do emotional intelligence and dysregulation predict irritability in adolescents withdisruptive mood dysregulation disorder (DMDD)? 37 th ECNP Milan, Italy, 2024

3. **G. Özyurt,** E. Karagöz Tanıgör, B.Ş. Buran, Y. Ozturk, A. Tufan, A. Akay. Similarities and differences of neuropsychological functions, metacognitive abilities and resilience in cognitive disengagement syndrome(CDS) and attention deficit/ hyperactivity disorder(ADHD) 37 th ECNP Milan, Italy, 2024

PubMed®

Search

Advanced Create alert Create RSS User Guide

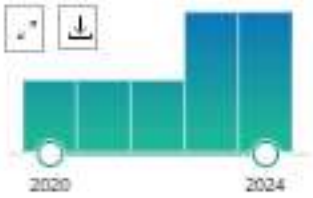
Save Email Send to Sort by: Best match Display options

MY CUSTOM FILTERS

5 results

Page 1 of 1

RESULTS BY YEAR



PUBLICATION DATE

- 1 year
- 5 years
- 10 years
- Custom Range

TEXT AVAILABILITY

- Abstract
- Free full text
- Full text

ARTICLE ATTRIBUTE

- Associated data

ARTICLE TYPE

- Books and Documents
- Clinical Trial
- Meta-Analysis
- Randomized Controlled Trial
- Review
- Systematic Review

See all article type filters

Additional filters +

1 Cite Share

Relationships Between **Theory of Mind** (ToM) and Attachment Properties in Adolescent with Social Axiety Disorder.

Öztürk Y, **Özyurt G**, Turan S, Mutlu C, Tufan AE, Akay AP.

Noro Psikiyatr Ars. 2020 Jan 21;57(1):65-70. doi: 10.29399/npa.24757. eCollection 2020 Mar.

PMID: 32110154 Free PMC article.

Recent studies found that individuals with a diagnosis of SAD were significantly impaired relative to healthy controls on tasks of **theory of mind** (ToM). We aimed to investigate the association of ToM and attachment styles in adolescents diagnosed with SAD in ...

2 Cite Share

Are Communication Skills, Emotion Regulation and **Theory of Mind** Skills Impaired in Adolescents with Developmental Dyslexia?

Özyurt G, Öztürk Y, Turan S, Çiray RO, Tanegör EK, Ermiş C, Tufan AE, Akay A.

Dev Neuropsychol. 2024 Apr-Jun;49(3):99-110. doi: 10.1080/87565641.2024.2325338. Epub 2024 Mar 11.

PMID: 38466040

This study investigates pragmatic language impairment, **Theory of Mind** (ToM), and emotion regulation in adolescents with Developmental Dyslexia(DD). ...

3 Cite Share

The association between pragmatic language impairment, social cognition and emotion regulation skills in adolescents with ADHD.

Çiray RO, **Özyurt G**, Turan S, Karagöz E, Ermiş Ç, Öztürk Y, Akay A.

Nord J Psychiatry. 2022 Feb;76(2):89-95. doi: 10.1080/08039488.2021.1938211. Epub 2021 Jun 28.

PMID: 34182872

OBJECTIVE: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) is associated with significant pragmatic language impairment and **theory of mind** deficits, but there are only a handful of studies have investigated the relationship between them in these condition ...

4 Cite Share

Emotion dysregulation and social communication problems but not ToM properties may predict obsessive-compulsive disorder symptom severity.

Öztürk Y, **Özyurt G**, Turan S, Tufan AE, Akay AP.

Nord J Psychiatry. 2023 Nov;77(8):778-787. doi: 10.1080/08039488.2023.2251953. Epub 2023 Sep 4.

PMID: 37665655

OBJECTIVE: Studies have shown that **theory of mind**, emotion regulation and pragmatic abilities are negatively affected in people with obsessive compulsive disorder (OCD). We aimed to investigate **theory of mind** (ToM) abilities, social respo ...

5 Cite Share

Differential Effects of Disruptive Mood Dysregulation Disorder Comorbidity in Attention Deficit Hyperactivity Disorder on Social Cognition and Empathy.

Özyurt G, Öztürk Y, Tufan AE, Akay A, Inal N.

J Atten Disord. 2024 Feb;28(4):458-468. doi: 10.1177/10870547231215516. Epub 2023 Dec 8.

PMID: 38069496

An official website of the United States government
Here's how you know

FULL TEXT LINKS

Noro Psikiyatr Ars. 2020 Jan 21;57(1):65-70. doi: 10.29399/npa.24757. eCollection 2020 Mar.

Relationships Between Theory of Mind (ToM) and Attachment Properties in Adolescent with Social Axiety Disorder

Yusuf Öztürk [1], Gonca Özyurt [2], Serkan Turan [3], Caner Mutlu [4], Ali Evren Tufan [5], Aynur Pekcanlar Akay [3]

Affiliations

PMID: 32110154 PMCID: PMC7024826 DOI: 10.29399/npa.24757

Abstract

Introduction: Studies have suggested that attachment styles are associated with social anxiety disorder (SAD). Recent studies found that individuals with a diagnosis of SAD were significantly impaired relative to healthy controls on tasks of theory of mind (ToM). We aimed to investigate the association of ToM and attachment styles in adolescents diagnosed with SAD in this study.

Methods: Drug-naïve 42 adolescents diagnosed with SAD and aged between 12 to 18, without psychiatric comorbidity were enrolled in the patient group. Forty-two adolescents in the same age range without any psychiatric disorders were matched as the healthy control group. The diagnosis was made by experienced clinicians using the Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version and diagnostic criteria of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. The severity of SAD symptoms was evaluated with the Social Anxiety Scale for Adolescents. ToM was evaluated with Reading the Mind in the Eyes task and faces test. Parent and Peer Attachment Inventory was used for assessing attachment properties.

Results: Adolescents with SAD compared to healthy control groups have more difficulties both in Reading the Mind in the Eyes task and faces test. We found a statistically significant decrease in peer and parent attachment scores when compared with SAD and healthy controls ($p<0.05$). A negative correlation between the severity of SAD and both ToM tasks and attachment has been found.

Conclusions: The results of this study indicate that ToM deficits and insecure attachment style may play an important role in the etiology and treatment of SAD in adolescents.

Keywords: Social anxiety disorder; adolescent; attachment; theory of mind.

Copyright: © 2020 Turkish Neuropsychiatric Society.

PubMed Disclaimer

Figures

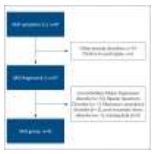


Figure 1 Study flow chart.

LinkOut – more resources

Full Text Sources

Europe PubMed Central

PubMed Central

An official website of the United States government
Here's how you know

FULL TEXT LINKS

View full text

Dev Neuropsychol. 2024 Apr-Jun;49(3):99-110. doi: 10.1080/87565641.2024.2325338.
Epub 2024 Mar 11.

Are Communication Skills, Emotion Regulation and Theory of Mind Skills Impaired in Adolescents with Developmental Dyslexia?

Gonca Özyurt [1], Yusuf Öztürk [2], Serkan Turan [3], Remzi Oğulcan Çıray [4], Ezgi Karagöz Tanıgör [1], Çağatay Ermiş [4], Ali Evren Tufan [2], Aynur Akay [4]

Affiliations

PMID: 38466040 DOI: 10.1080/87565641.2024.2325338

Abstract

This study investigates pragmatic language impairment, Theory of Mind (ToM), and emotion regulation in adolescents with Developmental Dyslexia(DD). The Social Responsiveness Scale-2(SRS) and Children's Communication Checklist-2(CCC-2) scores were found to be statistically significantly higher in the DD group than in healthy controls. DD group had lower performance in ToM skills and they have more difficulties in emotion regulation. We also found that CCC-2 and ToM scores were significantly correlated in adolescents with DD. These results may be important in understanding the difficulties experienced in social functioning and interpersonal relationships in adolescents with DD.

PubMed Disclaimer

Related information

MedGen

LinkOut – more resources

Full Text Sources
Taylor & Francis

An official website of the United States government
Here's how you know

FULL TEXT LINKS

View full text

Nord J Psychiatry. 2022 Feb;76(2):89-95. doi: 10.1080/08039488.2021.1938211. Epub 2021 Jun 28.

The association between pragmatic language impairment, social cognition and emotion regulation skills in adolescents with ADHD

Remzi Oğulcan Çiray [1], Gonca Özyurt [2], Serkan Turan [3], Ezgi Karagöz [4], Çağatay Ermiş [4], Yusuf Öztürk [5], Aynur Akay [4]

Affiliations

PMID: 34182872 DOI: 10.1080/08039488.2021.1938211

Abstract

Objective: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) is associated with significant pragmatic language impairment and theory of mind deficits, but there are only a handful of studies have investigated the relationship between them in these conditions. This study aimed that investigate two different aspects of Theory of Mind (ToM) (ToM decoding and reasoning), pragmatic language impairment, and emotion regulation in patients with ADHD.

Method: Seventy adolescents with ADHD were compared to matched 64 healthy controls. We administered Social Responsiveness Scale-2 (SRS-2), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Kiddie-SADS, Conners Parent Rating Scale, Children's Communication Checklist-2 (CCC-2), Faux Pas, Comprehension Test, and Reading Mind in the Eyes Test (RMET) to all study participants.

Results: The CCC-2 scores were found to be statistically significantly higher in the ADHD group than in healthy controls. ADHD group had lower performance in the Faces Test and RMET compared to healthy controls, which did not survive from false discovery rate correction. We also found that CCC-2 performance and Conners scores were significant predictors of social responsiveness.

Conclusion: Our results point to widespread impairment in pragmatic language use and communication from many perspectives. These results might be important to understand the difficulties in social functioning and interpersonal relationship in adolescents with ADHD.Key pointsADHD is associated with significant impairment in pragmatic language use and social cognitive functions.ToM-Decoding (RMET) is impaired much more than ToM-Reasoning (Faux Pas) in ADHD.Pragmatic language skills and severity of ADHD may be significant predictors of social responsiveness.Emotion regulation problems may affect communication and pragmatic language use.

Keywords: ADHD; emotion regulation; pragmatic language use; social cognition; theory of mind.

PubMed Disclaimer

Related information

MedGen

LinkOut – more resources

Full Text Sources

Taylor & Francis

Other Literature Sources

figshare - Data

Medical

MedlinePlus Health Information

An official website of the United States government
Here's how you know

FULL TEXT LINKS

View full text

Nord J Psychiatry. 2023 Nov;77(8):778-787. doi: 10.1080/08039488.2023.2251953. Epub 2023 Sep 4.

Emotion dysregulation and social communication problems but not ToM properties may predict obsessive-compulsive disorder symptom severity

Yusuf Öztürk [1], Gonca Özyurt [2], Serkan Turan [3], Ali Evren Tufan [1], Aynur Pekcanlar Akay [4]

Affiliations

PMID: 37665655 DOI: 10.1080/08039488.2023.2251953

Abstract

Objective: Studies have shown that theory of mind, emotion regulation and pragmatic abilities are negatively affected in people with obsessive-compulsive disorder (OCD). We aimed to investigate theory of mind (ToM) abilities, social responsiveness, pragmatic language, and emotion regulation skills in children with OCD and to compare them to healthy controls.

Methods: This study was designed as a single-center, cross-sectional, case-control study. ToM abilities were evaluated *via* "Reading the Mind in the Eyes Test" (RMET), "Faces Test", "Faux-Pas Test", "Comprehension Test" and "Unexpected Outcomes Test". Social responsiveness, pragmatic language and emotion regulation were evaluated by Social Responsiveness Scale (SRS), Children's Communication Checklist- Second Edition (CCC-2), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS). Within the study period, we enrolled 85 adolescents (42 with OCD and 43 controls).

Results: The OCD group performed significantly lower than healthy controls in the Faux Pass and Comprehension tests (p = 0.003 for both). We found a statistically significant difference between groups in terms of the goal, strategy, non-acceptance subscales of the DERS (p < 0.001, p = 0.006, p = 0.008, respectively) as well as the total DERS score (p < 0.001). CY-BOCS total scores correlated significantly and negatively with Comprehension, Faux Pas and Unexpected Outcomes tests, and positively with CCC total, SRS total and DERS total scores. In regression analysis the DERS, SRS and CCC tests emerged as significant predictors of CY-BOCS total score.

Conclusion: Addressing ToM, pragmatic, and ER difficulties when planning the treatment of young people with OCD may contribute to positive outcomes.

Keywords: OCD; adolescents; emotion regulation; pragmatic abilities; theory of mind.

PubMed Disclaimer

Related information

MedGen

LinkOut - more resources

Full Text Sources
Taylor & Francis

Medical

An official website of the United States government
Here's how you know

FULL TEXT LINKS

Sage Journals

J Atten Disord. 2024 Feb;28(4):458-468. doi: 10.1177/10870547231215516. Epub 2023 Dec 8.

Differential Effects of Disruptive Mood Dysregulation Disorder Comorbidity in Attention Deficit Hyperactivity Disorder on Social Cognition and Empathy

Gonca Özyurt [1], Yusuf Öztürk [2], Ali Evren Tufan [2], Aynur Akay [3], Neslihan İnal [3]

Affiliations

PMID: 38069496 DOI: 10.1177/10870547231215516

Abstract

Objective: This study aimed to investigate social cognition and empathy properties in children among Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD) + Attention and Hyperactivity Disorder(ADHD); ADHD and healthy controls from Türkiye.

Methods: Twenty-two children with DMDD were compared to matched 30 children with ADHD and 60 healthy controls. We administered Affective Reactivity Index (ARI), KaSi Empathy Scale, Kiddie-SADS, and Reading Mind in the Eyes Test (RMET) to evaluate Theory of Mind skills to all study participants.

Results: DMDD + ADHD group had lower performance in ToM skills and empathy than in two groups. The ARI scores were found to be statistically significantly higher in the DMDD group than in two groups. It was also found that ARI, empathy, and ToM scores were significantly related in children with DMDD + ADHD.

Conclusion: These results might be important to understand the difficulties in social functioning and interpersonal relationship in children with DMDD and ADHD. Children with DMDD may attend specific therapeutic programs which include specific techniques in social cognition, emotion regulation, and irritability.

Keywords: affective empathy; cognitive empathy; disruptive mood dysregulation disorder; irritability; social cognition; theory of mind.

PubMed Disclaimer

Related information

MedGen

LinkOut – more resources

Full Text Sources

Atypon

Ovid Technologies, Inc.

Medical

MedlinePlus Health Information

Check for updates

Article

Differential Effects of Disruptive Mood Dysregulation Disorder Comorbidity in Attention Deficit Hyperactivity Disorder on Social Cognition and Empathy

Journal of Attention Disorders
2024, Vol. 28(4) 458–468
© The Author(s) 2023
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/10870547231215516
journals.sagepub.com/home/jad
Sage

Gonca Özyurt[1], Yusuf Öztürk[2], Ali Evren Tufan[2], Aynur Akay[3], and Neslihan İnal[3]

Abstract

Objective: This study aimed to investigate social cognition and empathy properties in children among Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD) + Attention and Hyperactivity Disorder(ADHD); ADHD and healthy controls from Türkiye. **Methods:** Twenty-two children with DMDD were compared to matched 30 children with ADHD and 60 healthy controls. We administered Affective Reactivity Index (ARI), KaSi Empathy Scale, Kiddie-SADS, and Reading Mind in the Eyes Test (RMET) to evaluate Theory of Mind skills to all study participants. **Results:** DMDD + ADHD group had lower performance in ToM skills and empathy than in two groups. The ARI scores were found to be statistically significantly higher in the DMDD group than in two groups. It was also found that ARI, empathy, and ToM scores were significantly related in children with DMDD + ADHD. **Conclusion:** These results might be important to understand the difficulties in social functioning and interpersonal relationship in children with DMDD and ADHD. Children with DMDD may attend specific therapeutic programs which include specific techniques in social cognition, emotion regulation, and irritability. *(J. of Att. Dis. 2024; 28(4) 458-468)*

Keywords

disruptive mood dysregulation disorder, affective empathy, cognitive empathy, irritability, social cognition, theory of mind

Introduction

Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD) listed among depressive disorders in DSM-5 and 5-TR is characterized by persistently irritable/angry mood present most of the time and observable by others upon which severe, recurrent temper outbursts inconsistent with developmental level are superimposed. The outbursts should be grossly out of proportion in intensity/duration to the triggers and on average should occur at least three times a week. DSM-5 and 5-TR stipulate a duration of ≥12 months with a symptom free period of ≤3 months, presence of symptoms in at least two different settings (e.g., home, school, peers) with severe symptoms in one leading to impairment (American Psychiatric Association, 2013, 2022). The diagnosis should not be made initially among children aged <6 or those >18 years, the onset should be <10 years by history/observation. Manic/hypomanic episodes ≥1 day should not be present and symptoms should not be limited to a major depressive episode, nor should they be better explained by another disorder, the effects of a substance or a general medical condition. Comorbidity with oppositional defiant disorder (ODD), intermittent explosive disorder, and bipolar disorder are not allowed (American Psychiatric Association, 2013, 2022). DMDD was included first in DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) primarily to address concerns about overdiagnosis and overtreatment of bipolar disorder in children and adolescents although it has its detractors (Evans et al., 2021; Gupta & Gupta, 2022). Accordingly, ICD-11 suggests the diagnosis of ODD with chronic irritability/anger instead of DMDD (Evans et al., 2021). DMDD is reported to be common among clinically referred children although prevalence in the community is unclear. There may be a male preponderance in clinically referred samples although no consistent

[1]School of Medicine, Katip Çelebi University, İzmir, Turkey
[2]Bolu Abant İzzet Baysal University, Bolu, Turkey
[3]Dokuz Eylul University, Izmir, Turkey

Corresponding Author:
Gonca Özyurt, Child Psychiatry Department, Izmir Katip Celebi Universitesi, Balatçık Mahallesi Havaalanı Şosesi No:33/2 Balatçık Çiğli, Izmir 35620, Turkey.
Email: goncaenginozyurt@gmail.com

Gmail

cogepderg@jag.journalagent.com

Oluştur

Gelen Kutusu 3.877
Yıldızlı
Ertelenenler
Gönderilmiş Postalar
Taslaklar 97
Diğer

Etiketler

[Gmail]
[Imap]/Archive
[Imap]/Drafts
Deleted Messages
Gonca Özyurt
gonca_engin@yahoo....
Notes

Çok sayıda ileti dizisinde

Makaleniz Hk. - Kabul - (COGEP-50455)

Gelen Kutusu ×

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi Editoryal Ofis <noreply@journalagent.com> 22 Tem Pzt 08:13
Alıcı: ben

Kime: Gonca (ırt@gmail.com)
Bilgi: cogepde m
Konu: Makaleniz Hk. - Kabul - (COGEP-50455)

Ref: COGEP-50455
Baslik: Bipolar Bozukluk Tanisi Olan Ergenlerde Sosyal Bilis ve Duygu Duzenleme Guclugu - Social Cognition and Emotion Dysregulatio
Diagnosed with Bipolar Disorder

Sn. Dr. Gonca Ozyurt

Cocuk ve Genclik Ruh Sagligi Dergisi'ne gondermis oldugunuz 'Bipolar Bozukluk Tanisi Olan Ergenlerde Sosyal Bilis ve Duygu Duzenlen
Cognition and Emotion Dysregulation in Adolescents Diagnosed with Bipolar Disorder' baslikli makaleniz hakem degerlendirmesi sonucu
kararlastirilmistir.

Basarinizi tebrik eder, calismalarinizda basarilar diler, yayinlarinizin devamini bekleriz.

Saygilarimizla,

Yayim Kurulu
http://www.cogepderg.com/

SB-07 Okb Tanılı Ergenlerde Duygu Düzenleme Güçlükleri ve Sosyal İletişim Sorunları Okb Belirtilerini Yordayabilir Mi? Tek Merkezli, Vaka Kontrollü Bir Çalışma

Yusuf Öztürk[1], Gonca Özyurt[2], Serkan Turan[3], Ali Evren Tufan[1], Aynur Pekcanlar Akay[4]
1 Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
2 İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
3 Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
4 Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), tipik olarak ergenlik döneminde başlayan obsesyonları ve/veya kompulsiyonları içeren bir psikiyatrik bozukluktur. Zihin kuramı ve pragmatik dil becerilerinin sosyal işlevsellikteki önemini göz önünde bulundurulduğunda, OKB'si olan ergenlerde zihin kuramı becerileri, sosyal yanıt verebilirlik, pragmatik dil ve duygu düzenleme becerilerini sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışma, tek merkezli, kesitsel, vaka kontrol çalışması olarak tasarlanmıştır. OKB grubu Eylül 2019-Nisan 2022 tarihleri arasında çalışma merkezinde DSM-5'e göre OKB tanısı almış 12-18 yaş arası gençlerden oluşmuştur. Sağlıklı kontroller OKB grubundan sonra çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların klinik tanıları "Affektif Bozukluklar ve Şizofreni için Kiddie Çizelgesi ve Şizofreni Şimdiki ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS-PL)" ile değerlendirilmiştir. Tüm katılımcılar, zihin kuramı becerilerini (Gözlerden Zihin Okuma Testi-GZOT, Yüzler Testi-YT, Gaf testi, Beklenmedik Sonuçlar Testi), sosyal cevaplılıklarını (Sosyal Cevaplılık Ölçeği-SCÖ), pragmatik becerileri (Çocuklar İçin İletişim Kontrol Listesi- ÇİİKL), duygu düzenleme becerilerini (Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği-DDGÖ) ve klinik psikopatoloji düzeylerini (Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği - YBOKÖ) sabit bir sırayla değerlendiren testleri tamamlamışlardır. p anlamlılık seviyesi <0.05 olarak belirlenmiştir. Çalışma süresi içinde 85 ergen (42 OKB'si olan ve 43 kontrol) çalışmaya dahil ediliştir. OKB grubunun yaş ortalaması 14,5 ± 1,6 idi ve kontrol grubu ile benzerdi (14,9 ± 1,6 yıl). Akran ilişkileri (p=0.013) dışında sosyodemografik değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. ÇİİKL uyum alt ölçeği dışındaki tüm ÇİİKL puanları OKB grubunda sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p <0,05). SCÖ ölçek toplam puanı da iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıydı. Yüzler ve GZO testleri açısından iki grup arasında anlamlı bir fark yokken, OKB grubu Gaf, Beklenmedik durum testlerinde sağlıklı kontrollere göre daha düşük performans gösterdi (her ikisi için de p= 0,003). DDGÖ amaç, strateji, kabul etmeme alt ölçekleri (sırasıyla p< 0.001, p= 0.006, p= 0.008) ve DDGÖ toplam puanı açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. YBOKÖ toplam puanları, gaf, beklenmedik durum testleri ile anlamlı ve negatif, ÇİİKÖ toplam, SCÖ toplam ve DDGÖ toplam puanları ile pozitif korelasyon göstermiştir. Linear regresyon analizine göre YBOKÖ toplam puanını DDGÖ, SCÖ ve ÇİİKL testlerinin toplam puanları yordamıştır. Sonuç olarak, çalışmanın sonuçları, OKB tanısı alan ergenlerin ileri düzeyde zihinselleştirme, dilin çeşitli alanlarında ve duygu düzenlemede zorluklar yaşadıklarını göstermektedir. OKB'si olan gençlerin tedavisini planlarken zihin kuramı, pragmatik ve duygu düzenleme zorluklarının ele alınması tedaviye ek katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: OKB, ergen, duygu düzenleme, sosyal iletişim, pragmatik

Abstract details

P4017: Do emotional intelligence and dysregulation predict irritability in adolescents withdisruptive mood dysregulation disorder (DMDD)?

Session details

SESSION TITLE

Saturday 21 September, 19:30-21:00, Dedicated ePoster session to interact virtually with presenters

SESSION TYPE

ePoster Session



PRESENTED BY:
Dr Gonca Özyurt
Dokuz Eylül University Medical School
Türkiye

ABSTRACT TEXT

G. Özyurt[1], Y. Ozturk[2], A.E. Tufan[3], S. Turan[4], E. Karagöz Tanıgör[5], A. Akay[6], N. İnal[6].

[1]Dokuz Eylül University Health Sciences Institute, Neuroscience, Izmir, Türkiye.

[2]Health sciences university, Child and Adolescent Psychiatry, Ankara, Türkiye.

[3]Bolu Abant İzzet Baysal University, Child and Adolescent Psychiatry, Bolu, Türkiye.

[4]Bursa Uludag University, Child and Adolescent Psychiatry, Bursa, Türkiye.

[5]Katip Çelebi University, Child and Adolescent Psychiatry, Izmir, Türkiye.

[6]Dokuz Eylul University Medical School, Child and Adolescent Psychiatry, Izmir, Türkiye.

Pediatric irritability, a symptom shared by various neurodevelopmental and psychiatric disorders, has recently received increasing attention. Despite thetransdiagnostic nature of irritability, it is listed as the primary symptom of disruptive mooddysregulation disorder (DMDD) in the DSM-5. Emotion regulation (ER) is a complex process that involves the modulation of emotions forpersonal and social purposes. It involves the recognition of

construct closely relatedto ER/ ED is emotional intelligence (EI) which is defined as the ability to evaluate andexpress emotions, regulate them, and use emotional content in thought and action for adaptivepurposes. To the best of our knowledge, no study to date has evaluated EI, ER, and Theory of Mind (ToM) abilities amongchildren with DMDD. Therefore, the aims of this study were,a. To compare adolescents diagnosed with DMDD and healthy control adolescents interms of EI, ER, and ToM abilitiesb. To evaluate the contributions of EI, ER, and ToM to irritability. Within the study period, 28 children with DMDD (n= 18, 64.3 % male) and 31 controls (n=19, 61.3 % male) with a median age of 13.0 (IQR= 1.0, both) years were enrolled. The groupswere similar in terms of age (Z= − 0.5, p=0.652) and gender (χ 2= 0.0, p=1.000, Yates'correction). We administered theAffective Reactivity Index(ARI), Difficulties in Emotion Regulation Scale(DERS), Kiddie-SADS, Bar-On Emotional Intelligence Test, Faux Pas, Comprehension Test, unexpected outcomes test, Faces Test and Reading Mind in the Eyes Test(RMET) as Theory of Mindskills to all study participants. The self-reported affective reactivity of adolescents with DMDD was significantly higher thanthat of controls, while their self-reported emotional intelligence was significantly lower in alldomains. Adolescents with DMDD reported significantly greater difficulties in accepting theiremotions, being aware of their emotions, controlling their impulsivity, using appropriatestrategies, and defining ER goals, although clarity did not differ significantly between groups.The RMET, FT, FPT, and CT scores of adolescents with DMDD were also significantly lowerthan those of the controls, while UOT scores did not differ between groups.In the whole sample, EI domains correlated significantly and negatively with irritability (rhobetween − 0.62 and − 0.75) while ED domains except clarity correlated significantly andpositively with irritability (rho between 0.43 and 0.80). As for the ToM tests, except UOT,they correlated negatively and significantly with irritability (Rho between -0.28 and -0.47,).These results suggest that adolescents diagnosed with DMDDface difficulties in peer relations, mentalizing, various domains of emotional intelligence, and emotion regulation. DMDD is classified as a depressive spectrum disorder in the DSM-5 and 5-TR and is known to be associated with anxiety and depression in young adulthood. It has also been found to be related to physical disorders, lower socioeconomic status, lowereducation levels, and legal problems Youth with DMDD may attend specific theuropatic programs which include specific techniques in social cognition, emotional intelligence, emotion regulation,and irritability.

References

TOPICS

- Neuropsychology
- Mood disorders
- Neurodevelopmental conditions

Abstract details

P4018: Similarities and differences of neuropsychological functions, metacognitive abilities and resilience in cognitive disengagement syndrome(CDS) and attention deficit/ hyperactivity disorder(ADHD)

Session details

SESSION TITLE

Saturday 21 September, 19:30-21:00, Dedicated ePoster session to interact virtually with presenters

SESSION TYPE

ePoster Session



PRESENTED BY:
Dr Gonca Özyurt
Dokuz Eylül University Medical School
Türkiye

ABSTRACT TEXT

G. Özyurt[1], E. Karagöz Tanıgör[2], B.Ş. Buran[3], Y. Ozturk[4], A. Tufan[5], A. Akay[6].

[1]Dokuz Eylül University Medical School, Child and Adolescent Psychiatry, Izmir, Türkiye.

[2]Katip Çelebi University, Child and Adolescent Psychiatry, Izmir, Türkiye.

[3]Atatürk State Hospital, Child and Adolescent Psychiatry, Balıkesir, Türkiye.

[4]Health sciences university, Child and Adolescent Psychiatry, Ankara, Türkiye.

[5]Bolu Abant İzzet Baysal University, Child and Adolescent Psychiatry, Bolu, Türkiye.

[6]Dokuz Eylul University Medical School, Child and Adolescent Psychiatry, Izmir, Türkiye.

Sluggish Cognitive Tempo, recently renamed "Cognitive Disengagement Syndrome" (CDS), is a syndrome involving excessive daydreaming, mental confusion, fogginess, slowed behavior, and cognition[1]. First described almost four decades ago as part of attention deficit/ hyperactivity disorder (ADHD), accumulating research have shown that those two syndromes

as the ability to monitor and control one's cognitive processes, and it plays an important role in learning[3]. Metacognitive skills overlap with executive functions, ToM (theory of mind) skills, and emotion regulation[3] Therefore, in this study, we aimed to evaluate the relationships between neuropsychological functions(assessed bythe Wechsler Intelligence Scale for Children–IV,WISC-IV), self-reported metacognitive abilities, and resilience levels among children with ADHD and those with CDS compared to healthy controls. Our secondary aim was to evaluate the predictive value of neuropsychological functions, metacognitive abilities, and resilience levels on the self-reported symptoms of depression and anxiety.. This cross-sectional, case-control study was consisted of 36 children with CDS only, 36 with ADHD only, 33 with CDS and ADHD and 39 control children were enrolled for a total sample of 144 children. The intellectual and neuropsychological functioning of the participating children was evaluated using the WISC-IV. Metacognitive Awareness Inventory for Children(MAI-C), Emotional Resilience Scale(ERS), and Revised Child Anxiety and Depression Scale(RCADS) were used. In both Processing Speed Index(PSI) and Perceptual Reasoning Index (PRI), children with CDS had significantly lower scores compared to those with ADHD, while those with ADHD and ADHD+CDS were similar to each other and controls. Children with CDS had greater metacognitive awareness than those with ADHD only and those with ADHD+CDS, whereas controls had the greatest level of metacognitive awareness. The emotional sensitivity of children with CDS was similar to that of children with ADHD+CDS and significantly greater than that of children with ADHD and controls, while control children had the lowest levels. Our results may be affected by deficient selective/ focused attention in children with CDS, limited age range of our sample as well as using only WISC-IV to evaluate neuropsychological functioning.Alternatively, they may reflect the greater burden on neuropsychological functioning due to CDS symptoms which may be partially buffered by comorbid ADHD[4]. Further studies comparing neuropsychological functioning of children with CDS, ADHD and healthy children are needed with larger samples and wider age ranges. Metacognitive abilities consist of knowledge/ awareness of cognitive processes/ contents and regulation of these for one's goals[3]. Studies on neural bases of those abilities suggest that the prefrontal cortex(PFC), anterior cingulate cortex(ACC), insula, precuneus and parahippocampal gyrus may play important roles in metacognitive awareness and regulation[3,5] . Neural basis of executive functions(EF), ToM skills and emotion regulation also overlap with these areas[6].Also, the results of this study suggest that metacognitive abilities and emotional resilience may be targeted in rehabilitation/ therapy of children with CDS±ADHD and that interventions targeting processing speed and perceptual reasoning in younger children with CDS symptoms may be beneficial.

References

1. Becker, S.P., Willcutt, E.G., Leopold, D.R., Fredrick, J.W., Smith, Z.R., Jacobson, L.A., Burns, G.L., Mayes, S.D., Waschbusch, D.A., Froehlich, T.E. and McBurnett, K., (2023). Report of a

Child & Adolescent Psychiatry, 62(6), 629-645. 2. Burns, G. L., & Becker, S. P. (2021). Sluggish cognitive tempo and ADHD symptoms in a nationally representative sample of US children: Differentiation using categorical and dimensional approaches. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 50(2), 267-280. 3. Fleur, D. S., Bredeweg, B., & van den Bos, W. (2021). Metacognition: ideas and insights from neuro-and educational sciences. npj Science of Learning, 6(1), 13. 4. Creque, C. A., & Willcutt, E. G. (2021). Sluggish cognitive tempo and neuropsychological functioning. Research on child and adolescent psychopathology, 49(8), 1001-1013 5. Fleming, S. M., & Dolan, R. J. (2012). The neural basis of metacognitive ability. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 367(1594), 1338-1349. 6. Patterson J. Metacognitive Skills. In: Kreutzer JS, DeLuca J, Caplan B. (eds) Encyclopedia of Clinical Neuropsychology. Springer, New York, NY. 2011; pp. 1583-1584. Doi: 10.1007/978-0-387-79948-3_897

TOPICS

- Impulsive and compulsive disorders
- Neurodevelopmental conditions
- Neuropsychology