

# Psikiyatrik Kadın Hastalarda Evlilik ve Ebeveyn Olma: Bir Gözden Geçirme

Kadriye PEHLİVAN \*

## ÖZET

*Bu gözden geçirmede şizofreni ve mizaç bozukluklarında cinsiyet farklılıklarına değinilerek kadın hastaların evlilik ve ebeveyn olma özellikleri incelenmektedir. En sık şizofrenide olmak üzere majör psikiyatrik bozukluklarda evlenmemiş olma/ boşanma/ eşinden ayrı olma oranları normal nüfusa kıyasla yüksek olabilmektedir. Ebeveynlik becerileri de çeşitli farklı biçimlerde zaaf gösteren bu hastalar çocuklarının bakımı için yakın aile çevresi ve kurumlara yönelebilmektedir.*

**Anahtar kelimeler:** *Evlilik, ebeveyn olma, cinsiyet farklılıkları, şizofreni, iki uçlu mizaç bozukluğu, depresyon*

*Düşünen Adam; 2006, 19(3):143-154*

## ABSTRACT

### **Marriage and Parenthood in Female Psychiatric Patients: A Review**

*In this article, gender differences in schizophrenia and mood disorders are reviewed in the context of female patients' marital status and parenting skills. In major psychiatric disorders -particularly in schizophrenia- the rate of being single/ divorced/ separated is frequently high compared to normal population. Also these patients, lacking the necessary parenting skills in various extent, tend to rely on close relatives and institutions for childrearing.*

**Key words:** *Marriage, parenthood, gender differences, schizophrenia, bipolar disorder, depression*

## GİRİŞ

Günümüzde psikiyatrik bozukluklarda cinsiyet farklılıkları önemle üzerinde durulan bir konudur. Son yıllarda Kadın Ruh Sağlığı başlığında yoğun araştırmalar yapılmaktadır. Çoğu erken yaşta başlayıp süregelen seyir gösteren şizofreni ve mizaç bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar,

kişilerin yaşamlarının tüm evrelerinde bireysel ve toplumsal ilişkilerini ciddi düzeyde etkilemektedir. Ayrıca, psikotik hastalarda, muhameke bozukluğu, düşünce, davranış/algı bozuklukları ve gerçeği değerlendirme yeteneğinde değişik derecelerde bozulma olmaktadır. Psikiyatrik kadın hastalar, buna bağlı olarak, hayatın her alanında olabileceği gibi cinsel yaşam, evli-

\* Kastamonu Devlet Hastanesi, Psikiyatri Uzm. Dr.

lik ve çocuk bakımı gibi önemli konularda da zorlanmaktadır (1). Günümüzde psikiyatrik hastaların hastanede kalış sürelerinin kısaltarak yaşamlarının daha büyük kısmını toplum içinde geçirmelerinin sonucu olarak, evlilik ve doğurganlık oranlarının arttığı söylenebilir. Yapılan araştırmalarda kadın hastalarda plansız, istenmeyen gebeliklerin ve düşük sıklığının arttığı, gebelikte daha fazla şiddete maruz kaldıkları ve dünyaya gelen çocukların bakımını üstlenemedikleri, gereksinimlerini karşılayamadıkları gösterilmiştir (2,3). Bu nedenle psikiyatrik hastalığı olan kadınların gebelik ve ebeveynlikte zorlandıkları belirtilmiştir (2,4,5).

Bu gözden geçirmede şizofreni ve mizaç bozukluklarında cinsiyet farklılıkları üzerinde kısaca durularak kadın hastaların evlilik ve ebeveyn olma özellikleri ayrıntılı incelenmektedir.

### **ŞİZOFRENİ VE MIZAÇ BOZUKLUKLARINDA CİNSİYET FARKLILIKLARI**

Şizofreni kadın ve erkekte eşit sıklıkta görülür. Bununla beraber hastalığın başlangıcı açısından ciddi farklılıklar gösterir. Erkeklerde kadınlardan daha erken başlar; erkek hastaların yarısından fazlası, kadınların ise yalnızca % 30'luk bir kısmı 25 yaşından önce hastaneye yatar. Hastalığın görülme sıklığı erkeklerde 15-25, kadınlarda 25-35 yaşlarında pik yapar. Bazı çalışmalarda erkeklerin kadınlardan daha fazla negatif semptom gösterdiği, hastane yatış sayılarının daha fazla olduğu ve kadınların daha iyi sosyal işlevselliğe sahip olduğu saptanmıştır (6-10). Seeman (1982) şizofren kadınlarda; evlilik, mesleki ve sosyal uyumun daha iyi olduğunu ve hastalıkta remisyonlarla gidişin erkek şizofrenlerden daha sık olduğunu saptamıştır (9). Test (1990) çalışmasında şizofren kadınların daha sık ebeveyn olduklarını, bir eşle beraber yaşadıkları

rını ve heteroseksüel olarak aktif olduklarını bildirmiştir (11). Şizofrenide cinsiyet farklılıkları ile ilgili bir gözden geçirmede; kadın şizofrenlerde premorbid işlevsellik, sosyal meslek uyumu ve prognozun daha iyi olduğu, şizofrenide belirtilen cinsiyet farklılıklarının normal cinsiyet dimorfizminin ötesinde, doğrudan hastalığın etyopatogenezi ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (8). Ayrıca, hastanın kişiler arası ilişkilerinde sağlıklı duygusal özellikler göstermesi, cinsel yaşantısının olması ve evli ise, bu bağın sürüyor olmasının iyi prognoz belirleyicileri olduğu bildirilmektedir (12).

Araştırmalar genellikle, depresyonun kadınlarda erkeklerden iki kat fazla olduğunu göstermektedir. Depresyon prevalansındaki cinsiyet farklılıkları puberteden sonra ortaya çıkar ve üreme dönemi boyunca belirginleşir. Ayrıca, kontraseptif kullanımı, düşük, premenstrüel dönem, puerperiyum ve menopoz kadının kolayca depresyona girebileceği ilişkili dönem/ durumlardır (13-16).

Kadında depresyonun fazla görülmesinin nedenleri olarak hormonal farklılıklar, çocuk doğurmanın etkileri, kadınlar ve erkekler için psikososyal yüklenmelerin farklılığı ve öğrenilmiş çaresizlikle ilgili davranış modelleri varsayılmaktadır (6,15,17). Son 30-40 yıl içinde yapılan araştırmalardan elde edilen verilere göre depresyonda kadın erkek arasındaki farkın giderek azaldığı sanılmaktadır. Bu, gelişmiş toplumlarda kadının sosyoekonomik konumundaki ve kadın rolündeki değişmeye bağlı olabilir. Depresyon kadınlarda en çok 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55 yaşlarından sonra görülmekte ise de, bu bozuklukların genç yaşlarda sanıldığından çok görüldüğüne ilişkin veriler artmaktadır (18). Majör depresif bozukluğun ortalama başlangıç yaşı 40'tır. Hastaların yarısında başlangıç 20-50 yaşları arasındadır, yaygın olmamasına

rağmen, çocukluk çağı ve genç yaşta da görülebilir. Bazı yeni epidemiyolojik veriler 20 yaş altındaki kişilerde majör depresif bozukluğun artmakta olduğunu göstermektedir (6).

Kadın ve erkeklerin depresyona karşı farklı tepkileri olduğu çeşitli araştırma sonuçlarıyla ortaya çıkarılmıştır. Bu sonuçlara göre, evlilik kadınları erkeklerden daha az korumaktadır. Örneğin, evli erkekler bekârlara göre daha az duygulanım bozukluğu gösterirken, bu bozukluk evli kadınlarda bekârlara göre daha fazla görülmektedir (19).

İki uçlu mizaç bozukluğu (İUMB) sıklığı ise, kadın ve erkekte belirgin farklılık göstermemektedir.

Genelde İUMB'nin başlangıcı majör depresif bozukluktan daha erkendir. 6 ila 50'li yaşlar arasında hatta daha geç başlangıç görülebilmekte ise de ortalama 30'lu yaşlarda başlar (6). İUMB'de temel cinsiyet farklılıkları, hızlı dönü ve depresif/ karma epizodların erkeklere bakışla kadınlarda daha sık görülmesidir (17,20). İUMB'nin medeni durumla ilişkisi araştırıldığında, ayrı yaşayan veya boşanmış kişilerde riskin arttığı bulunmuştur. İUMB'de boşanma oranları, kontrol grubuyla karşılaştırmalı bir çalışmada 2-3 kat artmıştır (21). Bir çalışmada hastaların % 45'inin hastalıkları nedeniyle eşlerinden ayrıldığı saptanmıştır (22).

## EVLİLİK

Evlilik; sosyal, dini ve siyasi anlamda aynı haklara sahip kadın ve erkek arasındaki bir sözleşmedir. Evlenme serbest seçmeye dayalı olması gereken, iki varlığın anlaşarak ortak bir yuva kurma dürtüsüdür. Buna göre evlilikte annelik ve babalık içgüdülerinin önemli bir rolü vardır (21).

İstatistikler akıl hastalıklarının bekârlarda, evlilerden daha sık görüldüğünü doğrulamaktadır. Bunun nedenlerinden biri evlilerin kısmen daha düzenli ve kararlı bir hayat yaşamasıdır. Evliliğin insanın en önemli kişiler arası davranışı olduğu unutulmamalıdır. Birey evlilikte sadece cinsel doyum ve rahatlık bulmaz, bunun yanı sıra birçok güvenlik tedbirlerine kavuşur. Bu gereklerin yokluğu veya eksikliği, özellikle kadında pek çok ruhsal sorunların ortaya çıkışını hazırlar. Kişinin istendiğini, arzu edildiğini ve gereksinim duyulduğunu bilmesi, bir doyum ve güven hissi verir. Bununla birlikte evlilik, özellikle kadını kendisine tamamen yabancı kişilere ve çevreye uyuma zorlar. Bireye büyük ölçüde kişiler arası bir uyum yeteneği ve sorumluluk duygusu aşılar. Kadında evlilik öncesi gelişmeye başlamış bir psikoz ileride evliliğin olumlu bir şekilde sürmesini engeller. İstatistikler boşanmış eşler arasında büyük ölçüde psikiyatrik hastalığı olan kişilerin varlığını ortaya koymuştur (23).

Myerson (1917), Taunton Devlet Hastanesi'nin 1854-1916 yılları arasındaki kayıtlarını inceleyerek aynı yaş gruplarındaki normallerle kıyasladığında, evlilik oranını şizofrenlerde % 18, normallerde ise % 48 olarak saptamıştır (23). Essen-Möller ve ødegard çalışmalarında, şizofrenlerde evlilik oranının normallerden düşük olduğunu saptamış, hastalığın erken yaşta başlaması ve sık hastane yatışları nedenleriyle evlilik şanslarının azaldığını belirtmiştir. Şizofrenlerle normal nüfus arasındaki doğurganlık oranları arasındaki fark doğum kontrol yöntemlerinin gelişimine paralel azalma eğilimindedir. İUMB'de ise düşük evlenme oranlarına rağmen, doğurganlık oranlarının normal nüfusla benzer olduğu tespit edilmiştir (23,24).

Şizofren hastaların prepsikotik dönemde evlenip çocuk sahibi oldukları, hastalık sonrası doğur-

ganlığın toplumdan düşük olduğu belirtilmiştir. Özellikle hebefrenik ve katatonik şizofrenlerin evlenme ve çocuk sahibi olma olasılığı daha düşüktür. Şizofrenler arasında hiç evlenmemişlerin, evli olanlardan ve ayrılmış olanlardan çok daha fazla olduğu, evlilik dışı çocuk sahibi olmanın şizofreni hastalarında arttığı bildirilmektedir (24-26).

Sikloid psikoz/şizofreni ve afektif bozukluğun genel nüfusla karşılaştırıldığı Jönsson'un (1991) çalışmasında, afektif bozukluğu olan hastalarda evlilik ve doğurganlık beklenen oranlarda; şizofrenlerde ise evlilik oranı anlamlı düşük, doğurganlık (marital fertilitite dışında) genel nüfustan anlamlı düşük; ancak gayri meşru çocuk sayısı afektif bozukluğu olanlardan anlamlı yüksek saptanmıştır (25). Blumenthal'in (1975) depresif semptomatoloji ve sosyal işlevleri karşılaştırdığı çalışmasında, yüksek depresyon skoru alan kadınların evlilikte yüksek uyumsuzluk düzeyi bildirdiği gösterilmiştir. Erkeklerde de bu ilişki olmakla birlikte, anlamlı bulunmamıştır. Evliliği erkeklere göre daha önemli görmeleri, kadınlar arasında depresif semptomlarla evlilik gerilimindeki artış arasındaki ilişkiyi açıklayabilir (27).

Depresif kadınların sağlıklı kontrol grubundakilere kıyasla daha bağımlı, daha az iletişim kuran, cinselliğe daha ilgisiz, daha çekingen, tartışmaya daha yatkın ve ebeveynlik konusunda daha az şefkatli oldukları gösterilmiştir. Depresyon evlilik yaşamını büyük ölçüde etkilemektedir. Depresyonlu bireyle yaşamının yakın çevredeki kişiler üzerinde de derin etkiler oluşturduğu bilinmektedir. Yakın akrabalarda, özellikle yorgunluk, umutsuzluk, üzüntü, sosyal yaşama ilgisizlik gibi belirtiler sık görülmektedir. Unipolar depresyonlu hastaların yaklaşık yarısının (% 40-50) evliliği büyük oranda uyumsuzdur. Uyumsuz evliliklerin de yarısında eşlerin

biri veya her ikisi hafif veya orta derecede depresyon belirtilerine sahiptir (27).

Depresyonlu kadınların iletişimlerinde daha fazla ağzı sıkı ve boyun eğici, eşlerine karşı daha az müşfik, kişisel duygularını paylaşmaya gönülsüz oldukları, kocalarıyla ve çocuklarıyla daha çok tartıştıkları; genel olarak depresif hastaların daha fazla düşmanca tutum ve başkalarını kontrol çabası gösterdikleri bildirilmiştir (19,28).

Mutsuz ve dağılmış evlilik yaşayan erkek ve kadınlar arasında majör depresyon oranının yüksek olduğu açıktır. Depresyon düzelirken, hastaların bozulmuş aile işlevi de düzelir. Bununla birlikte bu bireylerin iyilik dönemlerindeki aile içi iletişimleri de sağlıklı çiftlere oranla daha zayıf kalır. Daha fazla yakınlık ve destek gereksinimi içinde oldukları için, depresyonlu kadınların evlilikleri oldukça kötüdür. Depresyon düzelse bile, problem çözme, iletişim kurma, günlük işlerden tatmin olma yeteneği zayıflamaktadır. Kadınlarda depresyonun daha yaygın olmasına ek olarak, depresyonun remisyon oranı daha düşük, nüks oranı ise daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, özellikle depresyonlu kadınların ailede daha fazla güçlük çekmeleri ile ilişkili olabilir (28).

Maner (1987), psikiyatrik hasta eşlerinin hasta ve hastalığa karşı tutum ve anksiyete düzeyleri konusunda yaptığı çalışmada, nörotik grubun % 25,7'sinin eşinin rahatsızlığının evlenmeden önce var olduğunu, bunların % 14,3'ünün bileerek evlendiğini; psikotik grupta ise % 21,4'ünün eşinin hastalığının evlenmeden önce var olduğunu, ancak hiçbirinin bilerek evlenmediğini belirtmiştir. Boşanmayı düşünme konusunda her iki grupta "hiç düşünmedim" seçeneği en fazla, ikinci sırada "önce düşünüyordum, şimdi düşünmüyorum" yanıtı psikotik grupta % 35,7, nörotik grupta % 17,1 ile dikkati çektiği; ancak

istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir (29).

Frank ve ark. (1981), remisyonda bipolar bozukluğu olan 16 hasta ve eşleri ile 16 sağlıklı çiftin evlilik uyumunu incelemiştir. Sonuçlar her iki grubun evlilik uyumunun benzer olduğunu ortaya koymuştur. Çalışma bipolar hastalığı olan kişinin evlilik düzeni başka bir biçimde bozulmazsa ve hasta remisyonda ise çiftin, sağlıklı çiftlere benzer şekilde tatminkâr evlilik uyu mu yakalayabileceğini göstermiştir (30).

Psikiyatrik hastaların eşleri ile yapılan çalışmalarda, "assortative mating" denen, birbiri ile benzer özellikleri olan çiftlerin eşleşme eğilimi gösterdikleri saptanmıştır. Reed ve ark. 1973'te yaptıkları bir çalışmada fonksiyonel psikozu olan hastaların yalnızca % 12-16'sının eşlerinin ruhsal açıdan sağlıklı olduklarını tespit etmiştir (31). Şizofren kadınların eşlerinin değerlendirildiği Parnas'ın (1985) çalışmasında, bunların normal kadınların eşlerinden çok daha sık olarak psikiyatrik rahatsızlık geçirdikleri görülmüştür. Şizofren eşlerinde psikoz sıklığı daha yüksek bulunmuş, bunun yanı sıra şizotipal ve diğer kişilik bozukluklarına da daha sık rastlanmıştır (32).

Fowler ve Tsuang (1975), şizofren eşlerinin % 39'unda ve mizaç bozukluğu olan hastaların eşlerinin ise, % 17'sinde psikiyatrik rahatsızlık olduğunu saptamıştır. Alanen ve Kinnunen (1975) şizofren eşlerinin % 80'inin psikiyatrik açıdan sorunlu (% 6'sı şizofren) olduğunu; Rosenthal (1974) ise, kronik şizofrenlerin eşlerinin üçte birinde 'şizofreni spektrum' bozukluğu ve % 22'sinde psikopatik kişilik bozukluğu olduğunu ortaya koymuştur (33,34).

Tosun (1990) şizofreni ile medeni durum ilişkisini araştırdığı çalışmasında; şizofreninin kişi-

nin evlenme şansını azalttığı ve/veya evlenmeyi geciktirdiği, kadın hastaların daha çok boşanma oranı gösterdiği, şizofreninin boşanmış ve dul-larda daha yüksek oranda görüldüğü, evli hastaların hastanede kalış sürelerinin bekârlara göre daha kısa ve aradaki farkın anlamlı olduğu ve evliliğin şizofrenide iyi prognoz için bir kriter kabul edilebileceği sonucuna varmıştır (35).

Lane ve ark.'nın (1995), 5.158 psikiyatri hastasında yaptıkları çalışmada, toplam evlilik oranının % 61 olduğu bulunmuştur. Evlilik oranları şizofren kadın hastalarda % 51'ken İUMB olan kadınlarda % 66, nevrotik kadınlarda ise % 78 bulunmuştur. Bu çalışmada erkek hastalarda daha belirgin olmak üzere şizofren hasta grubunda evlenme oranı genel nüfusa oranla daha az, bunun yanında İUMB olan grubun evlenme oranı nevroz hastalarının oranlarına eşit bulunmuştur (36).

Dilbaz (1998) erken başlangıçlı olan ve olmayan şizofreni hastalarını karşılaştırdığı kontrollü çalışmasında; erken başlangıçlı şizofreni grubunda % 86,7'sinin bekâr olduğunu saptamış, medeni durum açısından her iki grup arasında anlamlı istatistiksel farklılık olduğu, erken başlangıçlı grupta evli olma oranının oldukça düşük olduğu gözlemlenmiştir (9).

Vedi (1999)'nin yaptığı çalışmada, şizofreninin erkeklerin % 66'sında, kadınların % 76'sında 25 yaşından önce başladığı saptanmıştır. Evliliğin gerek kadın gerekse erkeklerin % 85'inde hastalık başlamadan ya da prodromal dönemde gerçekleştiği, % 15'inde ise, en az bir yıllık hastalık öyküsünün olduğu saptanmıştır. Boşanma oranlarının kadınlarda % 34, erkeklerde % 6 olduğu ve bu oranın kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu, olguların çoğunun hastalık öncesi evlenmesi göz önüne alındığında boşanmada pek çok faktörün içinde hastalığın

önemli bir yer tuttuğu sonucuna varılmıştır (31).

Sevimli (1999); şizofren, İUMB ve depresyonlu kadınlarda yaptığı çalışmada, kontrol ve hasta gruplarının medeni durumları arasında anlamlı fark bulmamıştır. Depresyonlu grupta boşanmış kadın olmamasını ve evlenme yaşı ortalaması açısından normal kontrollerle erken/ geç başlangıçlı hasta grupları arasında istatistiksel farklılık olmamasını ilginç bulgular olarak yorumlamıştır. Hasta ve kontrol grupları arasında evlilik süresi ortalaması İUMB ve depresif hastalarda farksız, erken başlangıçlı hastalarda daha kısa saptanmıştır (9).

Türkmenoğlu'nun (2003) çalışmasında, remisyonadaki kadın İUMB hastalarının evlilik ilişkileri ve cinsel işlevleri, kontrol grubuyla benzer bulunmuştur. Bu sonuç, remisyonadaki kadın hastaların evliliklerini uyumlu bir şekilde sürdürdüklerini göstermesi açısından önemlidir. Hasta eşlerinin, hastalık sürecinde eşlerine oldukça destek olduğu gözlenmiştir. Aile bireylerinin afektif tutum ve davranışlarının İUMB'nin prognozundaki önemi nedeniyle, ailenin de tedaviye katılması gerektiği savunulmuştur. Özellikle ataklar ve hastane yatışları sırasında zorlanan, rolleri değişen eşlerin psikososyal desteğe, gerektiği durumlarda terapiye alınmasının düşünülmesi önerilmiş, aile psikoeğitim programının şizofren ve İUMB hastaları için, farmakoterapiye ek olarak uygulanan etkili bir program olarak kullanılmasının sosyal işlevselliği, aile içi etkileşimi artıracığı, sürdürüm tedavisinin daha iyi olacağı ve hastalarla eşlerinin yaşam kalitelerini artıracığı düşüncesi önemle vurgulanmıştır (21).

Bizler ise şizofreni, İUMB ve depresyon tanılı kadın hastaların sağlıklı kontrollerle kıyaslandığı çalışmamızda yaşam boyu evlilik oranlarını şizofrenlerde % 64, bipolarlarda % 76, depresyonda % 82 ve kontrollerde % 84 oranlarında

saptadık. Hasta ve kontrol grubu evlilik oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Birden fazla evliliğin ise anlamlı olarak hasta gruplarında, özellikle şizofreni ve İUMB olanlarda fazla olduğu saptandı. Mevcut medeni durum yönünden ise hasta gruplarında bekâr/boşanmış/ayrı olma durumu, normal kontrollerden anlamlı yüksek bulundu. Şizofrenlerde % 72, bipolarlarda % 44, depresyonda % 26 ve kontrollerde % 18. Hastalarımızda boşanma oranlarının ise kontrollere göre daha fazla olduğu, İUMB ve şizofreni hastalarının hastalık sonrası, depresyonda ise daha çok hastalık öncesi boşanma olduğu belirlendi. Bu çalışmamızda sonuç olarak, şizofrenlerde daha belirgin olmak üzere boşanma, ayrı yaşama, evlenmemiş olma oranlarının yüksek olduğu, İUMB olanlarda şizofrenler kadar olmasa da belirgin medeni durum değişikliği görüldüğü, depresyon grubunda ise kontrol grubundan farklılık olmadığı saptandı (37).

## EBEVEYN OLMA

Sıcaklığın, içtenliğin, tutarlı denetimin ve özerkliğin gelişime uygun olarak sağlanması iyi ebeveyn olmanın göstergesidir. Sosyokültürel çevre içinde yerleşmiş durumda olan ebeveynlik kavramına ve ebeveynliğin niteliklerinin kapsamına çiftin ruhsal sağlıkları da girmektedir. Ebeveynliğin ilk yıllarında psikiyatrik hastalıkların başlama riski yüksektir. Ağır psikiyatrik hastalıklar, doğum yapan kadınların % 5-8,8'ini etkiler. Annelik ve ebeveynlik koşulları ruh sağlığı ile ayrılmaz şekilde bağlantılıdır. Psikiyatrik bozukluklar stres altında olan, küçük çocukları olan ve birden çok sayıda çocuğa bakım veren annelerde daha sık görülür. Beş yaşından küçük çocuğa sahip olmak anksiyete, depresyon gibi ağır psikiyatrik semptomların ortaya çıkma riskini artırır (38).

Gebelik özlenen, insanı mutlu eden ya da acil bir durum olarak pişman olunan bir süreç olarak yaşanabilir. Kişisel yaşam özellikleri ve genel çevre bunda önemli rol oynar. Gebeliğin şizofreni, bipolar hastalık ve depresyon gibi majör psikiyatrik hastalıklar üzerindeki etkilerinin olumsuz olmadığı, hatta endojen psikozyarla yapılan çalışmalarda olumlu etkisinin gösterildiği ileri sürülmektedir (39). Ancak, çocuk doğurmanın psikiyatrik hastalığı olan kadınların sağlığını koruması ya da psikiyatrik hastalıklara yakınlık yaratması ile ilgili çok az şey bilinmektedir (40).

Psikotik kadınların büyük oranının evli olması, gebelik ve çocuk sahibi olma risklerinin az olduğu gibi yanlış bir inanca yol açar. ABD'de 1950'lerden itibaren psikiyatri hastası kadınların doğurganlığı artmış, 1935-1964 yılları arasında psikotik (% 63'ü şizofren) kadınların doğum yapma oranının % 366 arttığı bulunmuştur. Tüm gebeliklerin planlanmamış ve istenmeyen gebelikler olduğu, gebeliklerin yaklaşık yarısının düşük veya kürtajla, canlı doğumların yarıdan çoğunun da koruyucu ailelere yerleşimle sonlandığı belirlenmiştir. Psikiyatri hastalarının çocukları sadece istenmeyen çocuklar olmakla kalmayıp, ebeveyn hatta doktorlar tarafından annenin hastalığını alevlendirebilecek bir etken olarak algılanır (41).

Ciddi psikiyatrik hastalığı olanlarda gebelik sonuçları, psikiyatrik ilaç kullanımı ya da yasadışı ilaç kullanımının fetus üzerine etkileri nedeniyle olumsuz olabilir. Prospektif bir çalışmada, şizofrenlerin çocuklarında fetal ve neonatal ölüm oranlarında artış olduğu bildirilmiştir (42). Bir başka kontrollü çalışmada prematurite, düşük doğum ağırlığı, düşük APGAR skorunun mental hastalıkların kronisitesi ve şiddetiyle ilişkisi bulunduğu saptanmıştır (43). Çocuklarda çeşitli kronik mental hastalık risklerinin artma olasılığı

vardır. Örneğin, şizofren ebeveynlerin çocuklarında şizofreni görülme riski artmaktadır. Kronik psikiyatrik hastalığı olanların çocukları sıklıkla kendi annelerinin yanında yetişmemekte ve çocuklarda ebeveynlerinden erken ayrılmamanın etkileri ortaya çıkmaktadır (40).

Psikiyatrik hastalarda kontrol grubuna göre daha fazla istemli düşük öyküsü olması kontrasepsiyon kullanımındaki yetersizliklerin bir yansıması olabileceği gibi; ekonomik kısıtlılık, partner desteğinin azlığı ya da psikiyatrik hastalıkların doğasına ilişkin düşünceler ebeveyn olma konusundaki tercihlerde rol oynayabilir. Bir başka faktör de psikiyatri ya da diğer tıp branşlarındaki uzmanların, hastaların çocuklara bakabilme yetisini değerlendirerek gebeliğin sonlandırılmasını önermesi olabilir (44).

Abernety (1974) psikiyatrik hastalığı olan kadınların fazla sayıda çocuk sahibi olmaya eğilimli olduğunu, çalışma grubundaki genç kadınların kontrasepsiyon yöntemi kullanmaksızın korunmasız cinsel ilişkiye girerek risk aldıklarını, bu gebelikleri istemediklerini, gebeliklerinin canlı doğumla sonlandığında da bu çocukların genetik yüklülük, fakir, kalabalık ve dezorganize ailelerde yetişmeleri gibi olasılıklar nedeniyle çocuklarına iyi bir gelecek sunamadıkları için hem annenin, hem de çocuğun fiziksel ve mental sağlıklarının tehlikeye girdiğini, bu çocukların bakım veren kurumlar tarafından yetiştirilmesinin pek çok olumsuz yönü olduğunu belirtmiştir. Yapılan çalışmada deneklerin gebeliklerinin başarısız olarak sonlanmasının arttığı ve canlı doğan bebeklerin evlatlık verilme oranının yüksek olmasının onların istenmediğini dolaylı biçimde gösterdiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada 60 yatan kadın hastanın üçte ikisinden fazlasının cinsel aktif olduğu, 26 gebelikten 15'inin canlı doğumla sonuçlandığı ve bu bebeklerden yedisinin kendi anneleri tarafından bakılmakta

olduğu anlaşılmıştır (5).

Ciddi psikiyatrik hastalığı olan 419 kadının incelendiği McLennan'ın 1999 yılındaki çalışmasında: % 51,3'ünün 1 ile 7 arasında (ortalama 2,1) çocuğunun olduğu, bu kadınların % 51'inde bir ya da daha fazla çocuğunun velayetinin bulunduğu; velayeti olan kadınların % 46'sının çocuğu, % 44'ünün erkek arkadaş / eş ve çocuğu, % 10'nunun akrabasıyla yaşadığı tespit edilmiştir. Akıl hastalığı olan annelerin % 30'unun çocuk bakımı için kimseden yardım almadığı, % 43'ünün eş/biyolojik baba/erkek arkadaş gibi bir erkekten, % 33'ünün büyük ebeveynlerden, % 25'inin diğer akrabalarından yardım aldığı gösterilmiştir (45).

Ağır psikiyatrik hastalığı olan kadınlar genel nüfustaki diğer kadınlar gibi çocuk sahibi olabilmektedir. Bununla birlikte bu kadınlar için çocuklarının bakımını kaybetme riski yüksektir. Bir çalışmada (Nicholson 1998), ağır psikiyatrik hastalıklı kadınların % 80'inden fazlasının çocuklarını büyüttükleri ya da büyötmeye yardım ettikleri, dörtte birinden fazlasının en azından bir çocuğu ile yaşadığı saptanmıştır. Psikiyatrik hastalığı olan annelerin çocuklarını yetiştirme konusunda çok zorluk çektikleri belirtilmiştir (46).

Coverdale'ın (1997) çalışmasında, psikiyatrik hastalığı olan annelerin 19 çocuğunun 16 yaşın altında olduğu; 8'inin biyolojik annelerinin yanında yaşamadığı, bu 8 çocuktan 1'inin evlatlık olarak verildiği, 3'ünün büyükanne/büyükbabalarının, 2'sinin koruyucu aile, 1'inin biyolojik babanın, 1'inin de annesinin kızkardeşinin yanında kaldığı tespit edilmiştir. Biyolojik annelerin yanında yetiştirme oranı psikiyatrik hastalığı olanların çocukları (% 42) kontrol grubu (% 3,8) ile karşılaştırıldığında anlamlı derecede farklılık bulunduğu; psikiyatrik hastalığı olan annelerin

kontrol grubundakilere kıyasla çocuk bakmaktan daha çabuk vazgeçtikleri görölmüştür. Bu sonuçların, kronik psikiyatrik hastalığı olanların çocuk yetiştirme ile ilgili başa çıkma konusundaki zorlanmalarının bir yansıması olabileceği belirtilmiştir. Psikiyatrik hastalığı olan annelerin ebeveyn olabilme şansını artıracak becerilerin kazandırılması için desteklerin artırılması gerekliliği vurgulanmıştır (44).

Psikiyatrik hastalıklardan bağımsız olarak hastaların ekonomik durumu, evli olup olmama ya da yasal akrabaların yanında yaşama vb. nedenlerle de anne olma ya da çocuk yetiştirmekten vazgeçme gibi kararlar etkilenebilir (44). Şizofren annelerin çocuklarının bakımının anneleri dışında kişilere (evlatlık verilmesi, yetiştirme yurtlarına yerleştirilmesi, büyükanne-büyükbaba-akrabalar) verilmesine daha sık rastlanmaktadır. Kırk iki anneye ait 93 çocuğun yer aldığı Nicholson'un çalışmasında (1998); % 43,7 oranında çocukların anne veya anne ve partneri ile yaşamaktayken, geri kalan % 56,3'ünün baba, koruyucu aile, evlatlık alan aile, akrabalar ya da yalnız yaşadıkları saptanmıştır (46).

Miller (1996), şizofreni ve benzeri hastalıkları olan kadınların çocuk bakımında yeterince yardım alamadığını, kontrollere göre çocuklarını daha fazla yurda yerleştirdiklerini ve ihmal ettiklerini vurgulamaktadır (3). Nicholson (1998) psikiyatrik hastalığı olan annelerin çocuklarının kendilerinden uzaklaştırılacağı korkusunu yaşadıklarını belirtmiştir. Anneler yaşadıkları stresin normal çocuk bakımı ile mi ilgili, yoksa hastalığın semptomu mu olduğunu ayırt etmekte zorlandıklarını söylemiştir. Çocuklarının çocukluk ya da ergenlik dönemi sorunlarını kendi hastalıklarına benzetip endişelendiklerini bildirmiş, bir kısım annenin iyi ebeveyn yeteneğine sahip olduğu gözlenirken bir kısmında çocukların gereksinimlerini anladıkları ancak gerekeni yap-



madıkları saptanmıştır. Çocukların hareketlerini yönetemedikleri için yakındıkları belirtilmiştir. Ayrıca, annelerin çocukların gereksinimlerini ön plana alarak kendi sağlık kontrolleri ve ilaçlarını ihmal ettikleri, ilaçların yan etkileri (letarji, düşünmesinin yavaşlaması veya zayıflaması) nedeniyle tedavi önerilerine uymadıkları görülmüştür (46,47).

Ağır psikiyatrik hastalığı olan annelerin, ağır psikiyatrik hastalığı olan babalara kıyasla daha iyi ebeveynlik yapabilecekleri ileri sürülmektedir. Nicholson ve ark.'nın çalışmasında, planlı ya da plansız gebelik deneyimlerinin yüksek olmasına rağmen, ağır psikiyatrik hastalığı olan kadınların, erkeklere göre zamanla tüm bunların üstesinden daha iyi geldikleri gösterilmiştir. Ağır psikiyatrik hastalığı olan kadınlarda evli olma durumu erkelere göre daha fazladır (47). Ağır psikiyatrik hastalığı olan anneler için ebeveynliğin olumlu ve motive edici etkisi olduğuna dair kanıtlar vardır. Bu kadınlar anneliği benimsediklerinde, tedaviye katılımları artmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalarda ağır psikiyatrik hastalığı olan kadınların çocuk sahibi olmayı açıkça istedikleri, bu çocukların bakımlarını ve velayetlerini üstlenerek, kendi çabalarıyla normal bir hayat yaşamayı başarmak istedikleri gösterilmektedir. Ağır psikiyatrik hastalığı olmasına rağmen, bu kadınların yaşamlarının merkezine oturan anne olma istekleri makul görünmektedir. Ebeveynlik normal erişkinlik durumunda majör bir sosyal roldür. Anneler, psikiyatrik hastalıklarının kendine özgü görünümü, seyri ve yaşadıkları tüm zorluklara rağmen, iyi ebeveyn olmak isterler. Çocukların gereksinimlerinin anneleri tarafından karşılanma kapasitesi psikiyatrik hastalık nedeniyle sınırlıdır. Bu nedenle, ebeveynlik koşulları konusundaki şüpheler annenin klinik durumuyla birlikte değerlendirilmeli, değerlendirme yapılırken çocuğun yaşı ve diğer özellikleri de göz önünde bulundu-

rulmalıdır (38,46,47).

İUMB olan hastaların, hastalıklarına rağmen, evlenmeye ve çocuk yapmaya istekli olduğu bildirilmektedir. Hasta genellikle bir eş ve anne-baba konumundadır. Buna bağlı olarak, yaşanan bir atağın sonuçları aile için psikolojik ve ekonomik açıdan travmatik olabilmektedir. Psikolojik olarak; psikotik, güvenilemeyen bir anne/ babaya sahip olmak aile için zordur. Maddi olarak, iş güvencesi olmayan, ataklar sırasında iş kaybı riski taşıyan bir anne/ babaya sahip olmak oldukça tedirgin edicidir (48).

İUMB olan anneler ve kontrollerle yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada, İUMB olan annelerin bebeklerinin daha fazla güvensiz bağlanma geliştirdikleri bulunmuştur (48). Okul çağı çocuklarıyla yapılan bir çalışmada ise güvensiz ve kaçınan bağlanma sıklığının İUMB tanısı olan annelerin çocuklarında daha fazla görüldüğü; annenin unipolar depresif bozukluğu olduğunda etkileşim sorunlarının olduğu ve İUMB olan annelerin aile içi etkileşimlerinde daha fazla öfkeli oldukları saptanmıştır (49).

Majör depresyonun gelişimi ve seyrinde aile önemli rol oynamaktadır. Depresyonlu ebeveynlerin çocukları majör depresyon, madde kullanımı, birden çok psikiyatrik tanı, okul ve sosyal güçlükler yönünden diğer çocuklara kıyasla üç kat fazla risk altındadır. Duygulanım bozukluğu olan anne/babaların çocuklarında depresyon oranları % 23-38 arasında olup, depresyonlu anne/babaların çocuklarındaki depresyon aynı zamanda daha erken başlamaktadır. Anne/baba hastalığının şiddeti ve kronikliği de çocuğun ruhsal durumunu ve işlevlerini büyük ölçüde etkilemektedir. Depresyonlu anne/ babaların çocuklarında psikopatolojinin daha yüksek oranda bulunmasının nedeni açık değildir. Hem genetik, hem de psikososyal etkenler ileri sürül-

mektedir. Şiddetli unipolar depresyonda belirgin genetik yatkınlık saptanmıştır. Doğrudan kanıtlar yoksa da, genetik yatkınlıkla yetersiz anne-baba becerileri ve genel aile çevresi arasında karşılıklı etkileşimin rolü olduğu söylenebilir. Depresyonlu anne/babalar çocuklarının yaramazlığı ve itaatsizlikleriyle başa çıkmanın güçlüğünden yakındıkları gibi, ailedeki psikiyatrik bozukluklar ayrılmaları artırmaktadır. Depresyonlu anne/babalar, çocuklarına karşı, genelde aşırı koruyucu olma eğilimindedir (19,28,50).

Blumenthal'in (1975) depresif semptomatoloji ve işlevselliği karşılaştırdığı çalışmasında depresif kadınların eşlerinin çocuk yetiştirme konusunda onları daha yetersiz gördüğünü, bu bulgunun depresif kadınlarda çocuk yetiştirme konusunda işlevsellikte gerçek bir azalma olduğunu gösterdiği söylenmektedir. Depresif semptomatoloji ile ilişkili olarak işlevsellikte azalmaya en duyarlı alanın çocuk yetiştirme olması şaşırtıcı değildir. Çocukların ilgi gereksinimi az ya da çok süreklilik göstermektedir ve gelişimin her evresinde ebeveynin farklı ve yeni çözüm bulma yetenekleri geliştirmesi gerekir. Buna ek olarak çocukların büyüklerinden beklediği uyum, yaşamın diğer alanlarındakiler gibi ertelenemez. Çocuklar depresif ebeveyn tarafından kolaylıkla yatıştırılmaz ve gereksinimleri hemen yerine getirilemez (27).

Depresyonlu annelerin kendilerini daha olumsuz ebeveyn olarak hissettikleri ve çocuklarına daha az bağlandıkları bulunmuştur. Depresyonlu annelerin, bebeklerinin sosyal beceriler kazanması için gereken optimal koşulları daha az sağladıkları görülmüştür. Bir çalışmada, depresif semptomları olan annelerin bebeklerinin mutlu yüz ifadesi ve ses tonunu öğrenmelerinin daha yavaş olduğu bulunmuştur (38).

Annenin psikiyatrik hastalığı çocukta hem hastalığın psikolojik olumsuz etkileri ve fiziksel istismara neden olması gibi doğrudan; hem de hastaneye mükerrer yatışlar ve evlilik sorunları gibi hastalıkla ilişkili dolaylı olumsuz etkiler yaratabilir. Kronik şizofren kadınların duygularının körelmiş veya uyumsuz, motivasyonunun fakir, davranışlarının dağınık olduğu ve sonuçta anne-çocuk ilişkisini olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir. Annede kişilik bozukluğu olduğunda, özellikle hostile davranışlara maruz kalan çocuklarda emosyonel ve davranışsal bozukluklar olduğu bildirilmektedir. Yakınlık eksikliği ve kaotik davranışlar çocukların ihmal edilmesine neden olabilir ve impulsivite ve strese tolerans eksikliği fiziksel kötüye kullanım riskini artırabilir. Kötüye kullanım ve ihmal sıklıkla çocuklarda normal IQ'ya rağmen, öğrenme bozukluklarına yol açabilir. Ciddi depresyonlarda apati ihmale neden olabilir; iritabilite fiziksel şiddete ve depresif hezeyanlar infantiside yol açabilir (51).

Şizofreni, İUMB ve depresyon tanılı kadın hastaların sağlıklı kontrollerle kıyasladığımız bir çalışmada çocukların anne dışında bir kişi tarafından büyütülmesi, şizofreni ve İUMB gruplarında kontrol ve depresyon grubuna göre anlamlı daha yüksek oranda saptandı. Hasta gruplarının hepsinde çocuk bakımı konusunda yardım alma ve 1. derece akraba (sağlıklı eş, hala, amca, büyükanne, büyükbaba vb.) tarafından büyütülme -şizofrenlerde daha fazla olmak üzere- kontrollerden yüksek oranda bulundu (37).

## SONUÇ

Şizofreni ve mizaç bozuklukları gibi erken erişkinlik döneminde başlayabilen majör psikiyatrik bozukluklar bireylerin evlilik ve aile kurma/ebeveyn olma davranışlarını büyük ölçüde etkilemektedir. Söz konusu psikiyatrik bozukluklar-

da var olan cinsiyet farklılıklarının yanı sıra kadının doğurganlık ve anne olma özellikleri de kadın hastaları ruhsal ve sosyal açıdan daha duyarlı kılmaktadır. Bu duyarlılık nedeniyle kadın hastaların tedavi ve yönetiminde evlilik ve ebeveyn olma özellikleri dikkate alınarak, yaşamın bu doğal süreçlerinde çeşitli zorlukların üstesinden gelinebilmesi için bireysel ve toplumsal ölçekteki tüm sosyal destek sistemlerinden yararlanılmalıdır.

### KAYNAKLAR

1. Grunebaum HU, Abernethy VD, Rofman ES, Weiss JL: The family planning attitudes, practices, and motivations of mental patients. *Am J Psychiatry* 128: 740-744, 1971.
2. Coverdale JH, Aruffo JA: Family planning needs of female chronic psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 146: 1489-1491, 1989.
3. Miller LJ, Finnerty M: Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 47: 502-506, 1996.
4. Coverdale J, Aruffo J, Grunebaum H: Developing family planning services for female chronic mentally ill outpatients. *Hosp Community Psychiatry* 43: 475-478, 1992.
5. Abernethy V: Sexual knowledge, attitudes, and practices of young female psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 30:180-182, 1974.
6. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA: *Synopsis of Psychiatry*, Seventh Ed., Baltimore: Williams & Wilkins, 459-460, 1994.
7. Miller LJ: Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. *Schizophr Bull* 23: 623-635, 1997.
8. Karamustafaloğlu N, Tomruk N, Alpay N: Şizofrenide cinsiyet farklılıkları. *Düşünen Adam Dergisi* 11: 22-32, 1998.
9. Sevimli F: Kadın psikiyatrik hastalarda psikoseksüel gelişim, evlilik, gebelik, emzirme, doğum sonrası ve aile planlaması özelliklerinin genel popülasyonla karşılaştırmalı çalışması, Uzmanlık tezi: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Erzurum 1999.
10. Evren B, Evren C, Karamustafaloğlu N, Tomruk N, Alpay N: Şizofrenili hastalarda cinsiyet farklılığı: sosyo-demografik ve klinik açıdan karşılaştırma. *Türkiye'de Psikiyatri Dergisi* 4: 114-124, 2002.
11. Test MA, Burke SS, Wallisch LS: Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care. *Schizophr Bull* 16: 331-344, 1990.
12. Ceylan ME: *Biyolojik psikiyatri, şizofreni*, 1. Cilt, 2. Baskı, İstanbul 1-3, 2001.
13. Parry BL: Reproductive factors affecting the course of affective illness in women. *Psychiatr Clin North Am* 12: 207-220, 1989.
14. Karamustafaloğlu N, Tomruk NB: Postpartum hüznün ve depresyonlar. *Duygudurum Bozuklukları* 2: 64-71, 2000.
15. Mumcu C, Saner S, Gökalp P: Kadın ve depresyon, 1. Baskı, İstanbul 87-88, 2002.
16. Akdeniz F, Gönül AS: Kadınlarda üreme olayları ile depresyonun ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* Ek-2: 70-74, 2004.
17. Leibenluft E: Women and bipolar disorder: an update. *Bulletin of the Meninger Clinic* 64: 5-17, 2000.
18. Öztürk O: *Ruh sağlığı ve bozuklukları*, 9. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 217-342, 2002.
19. Keitner GI, Miller IW: Family functioning and major depression: an overview. *Am J Psychiatry* 147: 1128-1137, 1990.
20. Karamustafaloğlu N, Tomruk NB, Alpay N: İki uçlu mizaç bozukluğunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 5: 28-36, 2004.
21. Türkmenoğlu M: Remisyonda bipolar I kadın ve erkek hastalarda evlilik ilişkisi ve cinsellik, Uzmanlık tezi: Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Uzman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul 2003.
22. Karşıdağ Ç: Remisyon dönemindeki mani hastalarında yetiyitimi düzeyi değerlendirmesi, Uzmanlık Tezi: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul 1999.
23. Ziyalar A: *Sosyal psikiyatri*, ilaveli 2. Baskı, İstanbul: Yüce Yayınevi, 105-127, 1999.
24. Saugstad LF: Social class, marriage, and fertility in schizophrenia. *Schizophr Bull* 15: 9-43, 1989.
25. Jonsson SA: Marriage rate and fertility in cycloid psychosis: comparison with affective disorder, schizophrenia and the general population. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 241: 119-125, 1991.
26. Arkonaç O: *Psikotik bozukluklar ve tedavileri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 36-148, 1996.
27. Blumenthal MD, Dielman TE: Depressive symptomatology and role function in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 32: 985-991, 1975.
28. Aşkın R: *Depresyon el kitabı*, 2. baskı, İstanbul: Roche Mühtahzarları Sanayi AŞ, 1994.
29. Maner F, Ersoy Z, Uygur N: Nörotik ve nörotik olmayan hastaların eşlerinin hastaya, hastalığa karşı tutumu ve anksiyete düzeyleri. *XXIII. Ulusal Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları*, 293-300: 1997.
30. Frank E, Targum SD, Gershon ES, Anderson C, Stewart BD, Davenport Y, Ketchum KL, Kupfer DJ: A comparison of nonpatient and bipolar patient-well spouse couples. *Am J Psychiatry* 138: 764-768, 1981.
31. Vedit F: Şizofrenlerde cinsel yaşam ve kontrasepsiyon özellikleri. Uzmanlık Tezi: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul 1999.
32. Parnas J: Mates of schizophrenic mothers. A study of assortative mating from the American-Danish high risk project. *Br J Psychiatry* 146: 490-497, 1985.
33. Fowler CR, Tsuang MT: Spouses of schizophrenics: a blind comparative study. *Comprehensive Psychiatry* 16: 339-342, 1975.
34. Alanen YO, Kinnunen P: Marriage and the develop-

- ment of schizophrenia. *Psychiatry* 38: 346-365, 1975.
35. Tosun M, Duran A, Kalyoncu C, Ziyalar A: Şizofreni ile medeni durum arasındaki karşılıklı ilişkilerin araştırılması. *Yeni Sempozyum* 4: 5-14, 1990.
  36. Lane A, Byrne M, Mulvany F, Kinsella A, Waddington JL, Walsh D, Larkin C, O'Callaghan E: Reproductive behaviour in schizophrenia relative to other mental disorders: evidence for increased fertility in men despite decreased marital rate. *Acta Psychiatr Scand* 91: 222-228, 1995.
  37. Karamustafaloğlu N, Tomruk NB, Pehlivan K, Çalikuşu C, Öztekin E, Alpay N: Marital status, parenthood and sexuality in female psychiatric patients. 158th American Psychiatric Association Annual Meeting, Atlanta GA, New Research Abstracts 49: 2005.
  38. Oyserman D, Mowbray CT, Meares PA, Firminger KB: Parenting among mothers with a serious mental illness. *Am J Orthopsychiatry* 70: 296-315, 2000.
  39. Kaschkat G. Pregnancy in mental patients. *Med Klin* 26: 1320-1326, 1977.
  40. McCullough LB, Coverdale J, Bayer T, Chervenak FA: Ethically justified guidelines for family planning interventions to prevent pregnancy in female patients with chronic mental illness. *Am J Obstet Gynecol* 167: 19-25, 1992.
  41. Abernethy V, Grunebaum H, Clough L, Hunt B, Groover B: Family planning during psychiatric hospitalization. *Am J Orthopsychiatry* 46: 154-162, 1976.
  42. Zax M, Sameroff AJ, Babigian HM: Birth outcomes in the offspring of mentally disordered women. *Am J Orthopsychiatry* 47: 218-230, 1977.
  43. Miller WH, Resnick MD, Williams MH, Bloom SD: Pregnant psychiatric inpatient: a missed opportunity. *Gen Hosp Psychiatry* 12: 373-378, 1993.
  44. Coverdale JH, Turbott SH, Roberts H: Family planning needs and STD risk behaviours of female psychiatric out-patients. *Br J Psychiatry* 171: 69-72, 1997.
  45. McLennan JD, Ganguli R: Family planning and parenthood needs of women with severe mental illness: clinicians' perspective. *Community Ment Health J* 35: 369-380, 1999.
  46. Nicholson J, Sweeney EM, Geller JL: Mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatr Serv* 49: 635-642, 1998.
  47. Nicholson J, Sweeney EM: Mothers with mental illness: II. Family relationships and the context of parenting. *Psychiatr Serv* 49: 643-649, 1998.
  48. Hyde JA: Bipolar illness and the family. *Psychiatr Q* 72: 109-118, 2001.
  49. Davenport YB, Zahn-Waxler C, Adland ML, Mayfield A: Early child-rearing practices in families with a manic-depressive parent. *Am J Psychiatry* 141: 230-235, 1984.
  50. Weissman MM, Warner V, Wickramarante P, Moreau D, Olfson M: Offspring of depressed parents: 10 years later. *Arch Gen Psychiatry* 54: 932-940, 1997.
  51. Appleby L, Dickens C: Mothering skills of women with mental illness. *BMJ* 306: 348-349, 1993.