



T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**DUYGU DURUM BOZUKLUĞU TANISI ALAN
ÇOCUKLARIN ANNE BABALARININ TUTUM,
DAVRANIŞ VE DUYGU DURUMLARININ
İNCELENMESİ**

HATİCE ESRA BAKIR

Yüksek Lisans Tezi

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. Havva Nüket İŞİTEN

İSTANBUL, 2015

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

DUYGU DURUM BOZUKLUĞU TANISI ALAN
ÇOCUKLARIN ANNE BABALARININ TUTUM,
DAVRANIŞ VE DUYGU DURUMLARININ
İNCELENMESİ

Hatice Esra BAKIR

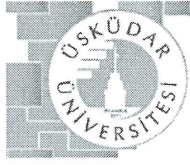
124102026

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman:

Yrd. DOÇ. Dr. Havva Nüket İŞİTEN

İSTANBUL, 2015



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 124102026
Öğrenci Adı Soyadı	: Hatice Esra Bakır
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Havva Nüket İşiten
Tezin Başlığı	: Duygu Durum Bozukluğu Olan Çocuklarda Aile Tutum, Davranış ve Duygu Durumlarının Etkisi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 25.06.2015	Saati	: 19.02
-----------------	--------------	-------	---------

Öğrenci Savunmaya : GELDI

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BIRLIGI OY ÇOKLUGU

- Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez **KABUL** edilmiştir.
- Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ** için ay **EK SÜRE** verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)
- Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin **REDDEDİLMESİ** kararı alınmıştır.

Savunmada Tezin Başlığı : Değişmedi. Değişti.

Tezin Yeni Başlığı :

Öğrenci Savunmaya : GELMEDI

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BIRLIGI ile **REDDEDİLMİŞTİR.**

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Y. Doç. Dr. Nüket İŞİTEN	
Danışman Üye	Y. Doç. Dr. Nüket İŞİTEN	
Üye	Doç. Dr. Zerrin KESKİNER	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Semra Barışoğlu	
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları (form YL-13) gerekir.)

Tarih : 25/06/2015.

Sayı No :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

.....
Anabilim Dalı Başkanı

Yemin Metni

Yüksek Lisans Tezi olarak Sunduğum “DUYGU DURUM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARIN AİLE TUTUM, DAVRANIŞ VE DUYGU DURUMLARININ İNCELENMESİ” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla doğrularım.

Tarih: 25.06.2015

Hatice Esra BAKIR

İmza

Varlığın henüz ilk anlarından itibaren, bir çocuğun bildiği tek gerçeklik, ötekinin varlığına duyduğu mutlak ihtiyaçtır. Kendisi olmak çocuk için ebeveyne olan ihtiyacın açıkça ilanı demektir...

John Bowlby

Bu çalışma anne ve babama ithaf olunmuştur...

ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR

Toplumun en temel birimi olan aile, bireyin yaşamında çok önemli bir yer tutmaktadır. Aile ortamı çocukların beslenme, bakım, sevgi gibi ruhsal ve duygusal gelişimi açısından çok önemli olan temel güven ihtiyacının karşılandığı birincil çevredir. Ebeveyn ve çocuk ilişkisi açısından değerlendirildiğinde, her çocuğun davranış ve tutumları, kendi ailesinin tutum ve davranışları ile doğru orantılı olarak etkileşim göstermektedir. Çünkü çocuklar ailesinin kendisine yönelik tutum ve davranışlarını, kendi penceresinden yorumlamakta ve geliştirdiği olumsuz bilişler çocuğun ruh dünyasında kalıcı izler bırakmaktadır. Bu çalışmada ailelerin tutum, davranış, duygularının ebeveyn ve çocuk ilişkisini ne ölçüde olumlu ya da olumsuz olarak etkilediği araştırılmıştır. Ayrıca Duygudurum Bozukluğu tanısı almış ve tanı almamış çocukların anne ve babanın kaygı ve depresyon seviyelerinin çocukları etkileyip etkilemediği araştırılmıştır.

Öncelikle bu araştırmanın planlanmasında desteği ve katkısı olan Sayın hocam yard.

Doç. Dr. NÜKHET İŞİTEN ' e teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam sırasında sürekli yanımda olan ve beni hep destekleyen sevgili kardeşim Zeynep Sümeyra BAKIR' a ve değerli arkadaşlarım Ayşe Handan ÖZKAN SELİM ve Esra CİVELEK' e içtenlikle teşekkür ederim.

Bu çalışmaya hem istatistiksel analizlerdeki yardımıyla hem de tezimin oluşturulmasında bana bilgi ve deneyimini aktaran Özlem KÖKSAL' a teşekkür ederim

Ayrıca araştırmanın yapıldığı NP hastanesi çalışanlarına, Çocuk ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümündeki tüm personele ve araştırmaya katılan tüm anne ve babalara çalışmalarım sırasında göstermiş oldukları ilgi, destek ve anlayıştan dolayı teşekkür ederim.

Ve elbette hayatım boyunca beni her koşulda destekleyen bana her daim güç veren anne ve babama sonsuz teşekkürler..

ÖZET

DUYGUDURUM BOZUKLUĞU TANISI ALAN ÇOCUKLARIN ANNE BABALARININ TUTUM, DAVRANIŞ VE DUYGU DURUMLARININ İNCELENMESİ

BAKIR, Hatice Esra

Yüksek Lisans Tezi, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Yrd DOÇ. Dr. Havva Nüket İŞİTEN

Haziran 2015,...sayfa

Bu araştırmada, Nöropsikiyatri Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniklerinde 5 ile 16 yaş aralığında yer alan “DuygudurumBozukluğu” tanısı almış çocukların anne babalarının tutum, davranış ve duygu durumları ile;5 ile 16 yaş aralığında yer alan normal çocukların, anne babalarının tutum, davranış ve duygu durumlarının çocuklarına olan etkilerini karşılaştırılarak, bu alanda yapılacak çalışmalara katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Kontrol grubu olarak; psikiyatrik özgeçmiş olmayan, kliniğebaşvurusu bulunmayan normal çocuklar belirlenmiştir. Kontrol grubunda yer alan çocukların anne babalarının tutum, davranış ve duygu durumları değerlendirilmiş ve bu durumun çocuklarda Duygudurum Bozukluğunu etkileyip etkilemediği araştırılmıştır.

Araştırma evreni NP İstanbul Hastanesine Çocuk Ruh Sağlığı bölümüne başvuran Duygu durum bozukluğu olduğu tespit edilen 5 ile 16 yaş aralığında yer alan çocuklar ve bu çocukların anne babaları yer almaktadır. Kontrol grubunda yer alan çocuklar ve bu çocukların anne ve babaları İstanbul içinde random seçilerek oluşturulmuştur. Araştırma tarama modelindedir.

Araştırmadan elde edilen veriler “SPSS Versiyon 20” programı kullanılarak analiz edilmiş ve yorumlanmıştır.Araştırmada, Beck Depresyon Envanteri(BDE), BeckAnksiyete Envanteri(BAE), Conner’s Aile Değerlendirme Formu (CAD), 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL), Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI) uygulanmıştır. Ayrıca hasta grupları için ayırt ediciliği

olduğu düşünölen ie y6nelim puanının kesim noktasının hesaplanması için ROC analizi uygulanmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı belirlemek için Mann Whitney-U testi, 6lek boyutlarının kendi aralarındaki ve kendi içindeki alt fakt6rlerle olan ilişkilerini incelemek için pearsonkorelasyon katsayısı kullanılmıştır. Kesikli verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı belirlemek için Ki-Kare testi, Mann Whitney U testi, g6zelerin herhangi birinde 4' den k6ük veri bulunuyorsa Fisher's Exact Test kullanıldı. Danışan grubunda kontrol grubuna g6re 6leklerin artış miktarını belirlemek için Lojistik Regresyon analizi uygulanmıştır.

Sonuç olarak; Duygu durum Bozukluğunu belirlemek amacı için 6lekler tek tek uygulandığında istatistiksel olarak en belirleyici olanlar; CBCL' alt testi olan ie y6nelim, Conner's Toplam, Conner' s alt testi olan Kaygı olarak bulunmuştur. PARI Anne ve Baba tutum 6lekleri alt testleri olan, Ařırđ Koruyucu Annelik Boyutu, Demokratik Davranma ve Eşitlik Tanıma, , Ev Kadınlığını Reddetme, Karı Koca Geçimsizliği, Baskı ve Disiplin ile Duygudurum Bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı fakat d6şük seviyede ilişki elde edilmiştir. BeckAnksiyete ve Beck Depresyon Envanterleri ile CBCL ie y6nelim arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar S6zcükler: Duygudurum Bozukluğu, depresyon/ anksiyete, içe y6nelim, somatizasyon, anne baba tutum, davranış ve duygu durumları.

ABSTRACT

MOOD DISORDER DIAGNOSED CHILDREN'S PARENTS' ATTITUDES, BEHAVIORS AND EMOTIONAL STATEMENT

BAKIR, Hatice Esra

Master's Thesis, Institute of Social Sciences Department of Clinical Psychology
Administration

Thesis Counselor: Assistant Pofessor of Dr. Havva Nüket İŞİTEN

June 2015, ... pages.

In this research, children with “Mood Disorder” between the ages of 5 and 16 who were diagnosed by NP Hospital’s Psychiatry Polyclinic for Children and Adolescence, and their parents’ attitudes, behaviors and emotional statements are aimed to compare with between the ages of 5 and 16 normal children and their parents' attitudes, behaviors and emotional statements and intended to contribute to the studies in this area.

The children who have not any psychiatric diagnoses, had been defined as “Control Group”. Further more their parents’ attitudes, behaviors and emotional statements have been evaluated. In addition, the effect or no effect of parental attitudes, behaviors and emotional statement on the Mood Disorder had been investigated. The control group children and their mother and father were rondonly selected from İstanbul.

The sample group have been choosen from NP Hospital. 5-16 years old children who consult to Children Mental Health Department and diagnosed with Mood Disorder and their parents were investigated. In addition, the effect or no effects of parental attitudes, behaviors and emotional statement on the Mood Disorder had been investigated.

Survey method was used for this research. Obtained data are analized by SPSS version 20 program and interpreted. Beck Depression Inventory (BDE), Beck Anxiety Inventory (BAE), Conner’s Parent Rating Scale (CAD), 4-18 Child Behaviour Check list For Ages 4-18 (CBCL), Parent Attitude Research Instrument (PARI) were used for this research. ROC analysis was applied to calculate the cut-off of internalizing points thought distinctiveness for the patient groups.

Mann Whitney-U Test is used to compare and determine the differences between two groups. Pearson Correlation Coefficient is used to analyze the internal dimensions

of scales and their relationships with sub-factors. Chi-Square Test and Mann Whitney U Test are used to determine the differences between two groups and to compare discrete data. Fisher's Exact Test is used if there is a value below 4 in a cell. Logistic Regression Analysis is used to determine the scales increase; in the sample groups versus control group.

In conclusion; the Sub-tests of CBCL and Sub-tests of Conner's are the most defining factors to identify Mood Disorder as statistically. Extreme Protective Motherhood, Democratic Attitudes and Equality, Rejection of Housewife Role, Marriage Problems, Disciplinary and Press which are sub-tests of Parent Attitude Research Instrument (PARI); has got a meaningful relationship with Mood Disorder. Also a meaningful relationship is found Beck Anxiety and Beck Depression Inventory with Sub-tests of CBCL and sub-tests of Conner.

Key Words: Mood Disorder, Depression/ anxiety, internalizing, somatization, Parental attitude, behaviour, emotional statement.

KISALTMA VE SEMBOLLER

n: Örneklem için gerekli birey sayısı

p ve q : Evrenin homojenlik seviyesi (Evren homojen olduğu için $p=0,9$ $q=0,1$ olarak alınmıştır.)

t: Araştırmada seçilen anlamlılık düzeyine göre t tablosundan elde edilen değer. (Sonsuz serbestlik derecesinde %5 hata payı kabul edilmiş ve $t=1.96$ olarak alınmıştır.)

α : Araştırmacının araştırmaya başlamadan önce kabul ettiği hata payıdır. (Bu çalışmada 0,05 yani %0,75 değişim payı kabul edilmiştir)

f: Frekans

N: Örneklem sayısı

x: Aritmetik ortalama

SS: Standart Sapma

t: t testi sonucu elde edilen değer

APA: Amerikan Psikoloji Birliği

ICD:Uluslararası Hastalık Sınıflandırma Sistemi

RDC:Tanı Kriterlerini Araştırma

NC: Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü

MDB: Majör Depresif Bozukluğu

ADHD:DikkatEksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DD:Distimik Bozukluğu

CRF:Corticotropinreleasingfactor

TABLO LİSTESİ (LİST OF TABLES)

Tablo 1. CBCL Ölçeği Güvenilirlik Analizi.....	51
Tablo 2. Conner's Aile Değerlendirme Ölçeği Güvenilirlik Analizi.....	51
Tablo 3. PARI Ölçeği Güvenilirlik Analizi	62
Tablo 5. Gruplara Göre Katılımcıların Yaş Dağılımı.....	52
Tablo 6. Gruplara Göre BeckAnksiyete ÖlçeğiDağılımı.....	55
Tablo 7. Gruplara Göre Beck Depresyon Ölçeğinin Dağılımı	56
Tablo 8. Gruplara Göre Davranış Değerlendirme Ölçeği Katılımcı Dağılımı.....	58
Tablo 9. Gruplara Göre Davranış Değerlendirme Ölçeği Dağılımı (Bölüm 1)	59
Tablo 10. Gruplara Göre Davranış Değerlendirme Ölçeği Dağılımı (Bölüm 2).....	60
Tablo 11. Gruplara Göre Davranış Değerlendirme Ölçeği Anksiyete Dağılımı.....	62
Tablo 12. Gruplara Göre Davranış Değerlendirme Ölçeği Sosyal İçerik Dönüklük Dağ..	63
Tablo 13. Gruplara Göre Davranış Değerlendirme Ölçeği Somatik Yakınmalar Dağl..	64
Tablo 14. GruplaraGöreİçerikYönelimDağılımı.....	65
Tablo 15. CBCL Dışa Yönelim ve Sosyal Sorunlar Dağılımı.....	65
Tablo 15. CBCL Dışa Yönelim ve Sosyal Sorunlar Dağılımı (Devam)	65
Tablo 16. İçerik Yönelim İle Dışa Yönelim ve 1. Bölüm İlişki Analizi	67
Tablo 17. Conner's Aile Değerlendirme Formu Katılımcı Dağılımı.....	67
Tablo 18. Gruplara Göre Conner' s Dağılımı.....	68
Tablo 19. PARI Ölçeği Katılımcı Dağılımı	69
Tablo 20. Gruplara Göre PARI Ölçeği Aşırı Koruyucu Annelik Dağılımı.....	70
Tablo 21. Gruplara Göre PARI Ölçeği Demokratik Davranma ve Eşitlik Tanıma Dağılımı.....	70
Tablo 22. Gruplara Göre PARI Ölçeği Ev kadınlığını Reddetme Dağılımı.....	70
Tablo 23. Gruplara Göre PARI Ölçeği Karı Koca Geçimsizliği Dağılımı	71
Tablo 24. Gruplara Göre PARI Ölçeği Baskı/Disiplin Dağılımı	71
Tablo 25. Gruplara Göre Beck Ölçekleri İle Diğer Ölçeklerin İlişki Analizi	73
Tablo 26. Gruplara Göre PARI Ölçeği İle CBCL Alt Ölçeği Olan İçerik Yönelim Ve Sosyal Sorunlar Arasındaki İlişki	74
Tablo 27. Gruplara Göre Conner's Ölçeği İle CBCL Alt Ölçeği Olan İçerik Yönelim Ve Sosyal Sorunlar Arasındaki İlişki.....	76

Tablo 28. Gruplara Göre PARI ile Conner's Aile Formu Ölçeklerin İlişkisi	77
Tablo 29. Çalışmanın Belirleyici Ölçekleri	78

ŞEKİL LİSTESİ (LIST OF FIGURES)

Şekil 1: Analiz Yöntemi	42
Şekil 2: CBCL Ölçeği Başlıkları ve Faktör Dağılımı	48
Şekil 3: Grupların Dağılımı	51
Şekil 4: Grupların Cinsiyete Göre Dağılımı	52
Şekil 5: Grupların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	53
Şekil 6: Gruplara Göre Beck Anksiyete Ölçeği	54
Şekil 7: Gruplara Göre Beck Depresyon Ölçeği	57
Şekil 8: Gruplara Göre Beck Depresyon Ölçeği Kesim Noktası Dağılımı	57
Şekil 9: CBCL Katılımcı Dağılımı	59
Şekil 10: Gruplara Göre CBCL Ölçeği Grafiği	66
Şekil 11: Gruplara Göre Conner's Aile Değerlendirme Formunun Grafiği	69
Şekil 12: Gruplara Göre PARI Ölçeğinin Grafiği	72

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

Bilimsel Etik Sayfası	ii
İthaf	iii
Önsöz / Teşekkür	iv
Özet	v
Summary	vii
Kısaltmalar ve Simgeler Sayfası	ix
Tablolar Listesi	x
Şekiller Listesi	xii

Giriş.....	1
BÖLÜM I – GENEL BİLGİLER.....	1
1.1.Araştırmanın Amacı.....	5
1.2. Araştırmanın Problemleri.....	5
1.3.Tanımlar.....	5
1.4.Araştırmanın Sayıtları.....	7
1.5.Duygu durum Bozukluğu Tanımı.....	7
1.6. DSM V Tanı Kriterlerine Göre Depresyon Bozuklukları.....	8
1.7.Duygudurum Bozukluğunun Tarihçesi.....	11
1.8.Çocuklarda Duygudurum Bozukluğu Tarihçesi.....	12
BÖLÜM II –ÇOCUKTA DEPRESYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	17
2.1.Psikanalitik Ekole Göre Depresyon.....	18
2.2.Bebeklerde Depresif Konum.....	19
2.3.Gizil Dönemde Depresif Konum.....	19
2.4.Bebeklik döneminde Depresyon.....	20
2.5.Çocukluk Döneminde Depresyon.....	21
2.6.Ergenlik Döneminde Depresyon.....	24
2.7.Epidemiyoloji.....	26
2.8.Komorbidite.....	28
2.9.Etiyoloji.....	30
2.9.1.Genetik etkenler.....	30
2.9.2.Psikososyal Etkenler.....	33
2.9.3.Aile dinamiği ve işlevselliği.....	37

2.9.4.Farklı Anne Baba Tutumları.....	38
2.9.4.1. Aşırı Koruyucu Annelik.....	39
2.9.4.2.Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma.....	40
2.9.4.3.Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme.....	40
2.9.4.4.Karı Koca Geçimsizliği.....	40
2.9.4.5. Baskı ve Disiplin.....	41
BÖLÜM III – ARAŞTIRMANIN YÖNTEM.....	41
3.1.Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi.....	41
3.2.Araştırmanın yöntemi.....	41
3.3. Araştırma Modeli.....	42
3.4.Veri Toplama Araçları.....	42
3.4.1. Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği6-18 Yaş (CBCL/ 6-18).....	42
3.4.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	43
3.4.3. BeckAnksiyete Ölçeği (BAÖ).....	44
3.4.4. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI).....	45
3.4.5.Conners Ana Baba Derecelendirme Ölçeği (CDÖ).....	45
BÖLÜM IV-BULGULAR.....	47
4.1.İstatistiksel Analiz Bulguları.....	47
4.2. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi.....	49
4.3.İstatistiksel AnalizYöntemleri.....	49
4.4. Güvenilirlik Analizi.....	50
4.5.Katılımcılarının Demografik Özellikleri.....	51

4.6. Ölçekler.....	53
4.6.1. BeckAnksiyete Ölçeği.....	53
4.6.2. Beck Depresyon Ölçeği.....	55
4.6.3. 4-18 Yaş Çocuk Ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (1.Bölüm).....	58
4.6.4. 4-18 Yaş Çocuk Ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (2.Bölüm).....	62
4.6.5. CBCLÖlçeği 1. Bölümile 2.Bölüm İlişkisi.....	66
4.6.6. Conner's Aile Değerlendirme Formu.....	69
4.6.7. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI).....	69
4.7. Ölçeklerin Alt Ölçekler ve Diğer Ölçekler İle İlişkileri.....	72
4.7.1.BeckAnksiyete ve Beck Depresyon Ölçeği İle Diğer Ölçek İlişkileri.....	72
4.7.2. CBCL Ölçeği İle Diğer Ölçek İlişkileri.....	74
4.7.3. PARI İle Conner's Aile Formu İlişkileri.....	76
BÖLÜM V - TARTIŞMA, YORUM VE ÖNERİLER.....	79
5.1.Tartışma ve Yorum.....	79
5.2 Sınırlılıklar.....	90
5.3. Öneriler.....	91
5.3.1.Ailelere Yönelik Öneriler.....	91
5.3.2. Yapılacak Araştırmalara ve Araştırmacılara Öneriler.....	92
Sonuç	94
Kaynakça.....	97
Ekler.....	103
Ek 1.....	103
Ek 2.....	104

Ek 3.....	105
Ek 4.....	109
Ek 5.....	111
Ek 6.....	113
Ek 7.....	116
Ek 8.....	121
Ek 9.....	122
Ek 10.....	123
Özgeçmiş.....	124

GİRİŞ

Çocuklar büyüme ve gelişim evrelerinde etraflarını çevreleyen fiziksel ve sosyal çevreye adapte olmaya çalışırken, ihtiyaç duydukları en büyük desteği anne ve babalarından alırlar. Çocuklar, ilk tepki eğilimlerinin ve bazı yatkınlıklarının dışında, hemen her şeyi anne babasından öğrenirler. Anne ve babalar birer özdeşim modeli olarak çocuğun kişiliğinin oluşumunda temel rolü oynarlar. Büyüme süresince, çocuklar anne babalarını örnek alarak ve taklit ederek onların yaşam biçimlerini de öğrenirler (Yavuzer, 2011). Ayrıca model olarak öğrenme sürecinde çocuklar, ana- babanın birçok kişilik özelliğini taklit ederken, ahlaki ve kültürel değer ve standartlarını da benimserler. Bu nedenle ebeveyn tutum ve davranışları, çocuğun davranışları üzerinde belirleyici rol oynamaktadır (Morgan, 1990).

Aile içinde çocuk için doğru model olma ve her konuda tutarlı davranma çocuğun psiko-sosyal gelişimini olumlu yönde etkilemektedir. Ancak anne-baba iletişimi çatışmalı ve yetersiz ise çocuğa sağlıklı rol model olamamaktadırlar. Anne ve babasının davranışlarında tutarsızlık gözleyen çocuk kendini güvensiz bir ortamda bulmaktadır. Bu güvensiz ortam çocuğun ruhsal ve duygusal gelişimini derinden etkilemektedir. Anne babanın tutarsız tutumu çocuğun benlik saygısında azalma, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir(Buehler ve ark.2002).

Özellikle okul öncesi dönemde çocuğun duygusal gelişiminde anne-babanın çok önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Bu dönemin çocuğun psiko-sosyal gelişimi, bilişsel ve fiziksel gelişimi açısından çok önemli olduğu bilinmektedir. Bu dönemde ebeveynlerin çocukla kurduğu ilişkinin kalitesinin yanı sıra ebeveynlerin birbiriyle olan iletişimlerinin de çocuk üzerinde oldukça fazla etkisi olduğu ifade edilmektedir. Ebeveynlerin kendi aralarındaki çatışmalar çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemekte ve ebeveynlerin kendi çatışmalarını çözümleyemedikleri ortamda yetişen çocukların sorunlarla baş etme yeterliliklerinin sınırlı olduğu, kendi ilişkilerinde yaşadıkları çatışmaları çözmek konusunda zorlandıkları ve depresyona hassasiyet gösterdikleri gözlemlenmektedir (Stocker, 1997).

Çocuklarda psiko-sosyal gelişim basamakları üzerine yapılan yazın incelemesinde, farklı ekole ait kuramcıların çocukluk dönemi olaylarının çocuğun kişiliğini ve tüm yaşamını etkilediğini savunduğu görülmektedir. Bu bağlamda, Freud ve Psikoanalitik yaklaşımın diğer öncüleri ana-baba çocuk etkileşimini vurgulayan ilk kuramcılar olarak belirtilmektedir (Hall

ve Lindzey, 1978). Freud yaşamın ilk altı yılı kişilik gelişiminde çok önemli olduğunu vurgulamakta ve bir bireyin karakterinin geriye dönülmez biçimde çocuklukta biçimlendiğine inanmaktadır (Elkind, 1979). Freud'a göre bebeklik ve erken çocukluk dönemlerinde çocukta doğru ihtiyaç, duygu ve tercihlerin teşvik edilmemesi ve yoksun bırakılması hastalıklara neden olmaktadır (Sayar,2013). Bu bağlamda Erikson'un tanımladığı gelişim dönemleri Freud'un gelişim dönemleri ile benzerlik gösterebilir, Erikson'a göre kişilik gelişimi yaşam boyu devam etmektedir (Gardiner ve Gander, 2010). Erikson kişilik gelişim dönemlerini iki kutuplu bir yapı olarak tanımlamaktadır. Yani çocuk bir yandan egosunun istekleri diğer yandan, anne-baba ve toplumun belirlediği kurallar arasında gelişimsel bir gerilim yaşamaktadır. Eğer anne-baba ve çocuk arasında sağlıklı bir ilişki sürdürülürse çocukta özerklik duygusu gelişmektedir, aksi durumda ise çocuk utanç ve şüphe duygusu geliştirmektedir. İlk yaşantıları nedeniyle çocuk 'özerklik ve serbest seçim 'yaşantısıyla tanışmamışsa ileriki yaşamında da kendi düşünce ve duygularını ifade etmekte zorlanmaktadır (Sayar,2013).

Bağlanma teorisine göre, gelişimin ilk yıllarında, çocuk ve temel bakım veren kişi arasında oluşan duygusal bağ çok önemlidir. Çocuk ve bakım veren kişi veya anne arasında güvenli bağlanmanın gerçekleşmesi, çocuğun psiko-sosyal gelişimini olumlu yönde etkilemekte iken anne kaybının olduğu durum veya olumsuz ebeveyn tutumunun çocuğun psikolojik sağlığı açısından risk oluşturmakta olduğu belirtilmektedir(Öngider,2013). “Şüphesiz, ebeveynleriyle hiç bağlanma ilişkisi şansı bulunmayan ya da yetersiz bir ilişki geliştiren çocuklar için de bağlanma ilişkilerinin olumsuz yansımaları olacaktır. Çocuk için bağlanma ilişkilerinin en az olduğu ya da hiç olmadığı bir sosyal çevre, gelişimsel açıdan en olumsuz çevrelerden biridir” (Howe, 1995).

“Anna Freud'a göre bir çocuğun gündelik davranışları ve semptomatolojisi; anne-babasının bakımına ya da ihmaline, sevgi ya da sevgisiz yaklaşımına, çocuğa değer vermesine ya da çocuğu aşırı eleştirerek küçümsemesine; bunun yanı sıra, anne-babanın aile yaşamındaki düzen ya da düzensizliğine bağlıdır”(Babaoğlu,2003). Bu bağlamda, anne baba ve çocuk arasında ki ilişki modellerini inceleyen araştırmalara bakıldığında, çocuklarda Duygudurum bozukluğu veya depresyon gelişimini, zayıf anne-baba-çocuk ilişkisi ile yakından ilişkili bir durum olarak belirtilmektedir. Özellikle ergenlik dönemindeki depresif

belirtilerin gelişimi üzerine yapılan çalışmalarda, aile içi etkileşim biçiminin çatışmalı, reddedici, ihmal edici olduğu gözlenmektedir (Mufson,1994).

Yazın incelendiğinde, anne baba tutumunun ve psikopatolojisinin çocuk depresyonuna olan etkisinin araştırıldığı araştırmaların mevcut olduğu görülmektedir. Bunlardan biri olan ve Lewinsohn(1994) ve Petersen (1991) tarafından yapılan izleme çalışmaları, aile içinde anne-babalarıyla daha az çatışma yaşayan gençlerin daha az depresyon geçirdiğini göstermektedir. Çocuk ve ergenlerde depresyon gelişimi için risk etkenleri üzerine yapılan başka bir çalışmada ise zayıf anne-baba desteği, ebeveyn psikopatolojisi ve aile içi çatışmanın varlığının altı çizilirken aynı zamanda bu etkenlerin depresyon tedavisini de olumsuz anlamda etkilediği belirtilmektedir (Parker,2001). Bu bağlamda ebeveyn psikopatolojisinin çocuklar üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan başka çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre; “depresyonda olan bir ebeveyne, özellikle de anneye, sahip olan çocuklar ve ergenler, somatik ve duygusal belirtileri daha fazla sergilemelerinin yanında davranış sorunları göstermekte ve okul yaşantılarında problemler yaşamaktadırlar. Ayrıca yetersiz düzeyde sosyalleşmekte ve benlik saygıları da düşük olmaktadır (Downey ve Coyne, 1990; Jacob ve Johnson, 1997; Goodman ve Gotlib, 1999; Sarigiani ve ark., 2003).” (Gökçe,2007)

Cummings ve Davies (1994) çatışmalı anne baba ilişkisi ve çocuk uyum problemleri arasındaki ilişkiyi incelemek için çocukların çatışmaya verdiği kısa ve uzun dönem tepkilerini gözlemlemiştir. Çalışmanın sonucunda çocuğun çatışma durumuna verdiği uzun d. önem tepkileri, içe yönelim ve dışa yönelim olarak ele alınmaktadır. Bu çalışmalara göre içselleştirilmiş davranışlar, içe kapanma, melankoli, depresyon gibi tepkileri içerirken, dışsallaştırılmış davranışlar ise saldırganlık gibi dışa yönelik tepkileri içermektedir. Ayrıca bu çalışmalarda kız çocuklarının daha fazla üzüntü duyguları ve içeyönelim gösterirken, erkek çocukların daha çok öfke, saldırganlık gibi davranış bozuklukları gösterdiğini gözlenmiştir (Cummings ve Davies 1994).

Parker'a (2001) göre çocukluk çağı ve ergenlik dönemindeki duygu durum bozukluğu gelişiminde en önemli etiyolojik etkenler arasında: aile üyelerinin arasındaki ilişkilerdeki sorunlar, anne baba evlilik yaşantısındaki sorunlar, anne ve babanın ilgisiz ve ihmalkâr tutumu, aile bireyleri tarafından yetersiz emosyonel destek gibi etkenler sayılmaktadır. Depresyon geçiren ergenlerin ifadeleri incelendiğinde, bu çocukların aile ortamlarının

çatışmalı, anne ve babalarının ihmalkâr, destek vermeyen ve baskıcı tutuma sahip oldukları görülmektedir (Özbaran,2009).

Öte yandan anne-baba-çocuk ilişkisindeki çatışmaların, ergenlerde görülen emosyonel sorunlarla ilişkisi bulunmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (Özbaran,2009). Örneğin, evlilik çatışması ve çocuk davranış problemlerine dair yapılan bazı araştırmalara göre, evlilik çatışmasına maruz kalan, ama uyum problemi yaşamayan çocuklar da vardır (Fincham, 1994). “Dayanıklı (resilient) ya da güçlü çocuklar olarak isimlendirilen bu çocuklar, anne depresyonu da dahil olmak üzere zorlayıcı etkenler (stresörler) karşısında uygun baş etme davranışlarını geliştirerek uygulayabilmektedirler (Beardslee ve ark., 1998a).” (Gökçe,2007). Bu bağlamda yapılan başka bir çalışmada ise çatışmalı aile ortamında yetişen çocukların yaklaşık olarak sadece %40-50'sinin ciddi davranış problemleri gösterdiğini belirtilmektedir (Cummings, Davies, 1994). Bu çalışmalardan elde edilen veriler evlilik çatışmasına maruz kaldığı halde davranış problemi geliştirmeyen çocukların da olduğuna dair kanıt olarak değerlendirilmekte ve evlilik çatışması ve çocuğun uyum problemi arasında basit bir neden sonuç ilişkisi bulunamamaktadır (Grych ve Fincham, 1990).

BÖLÜM I

GENEL BİLGİLER

1.1.Araştırmanın Amacı

Çocukluk çağında veya ergenlik döneminde ortaya çıkan Duygudurum Bozuklukları biyolojik, psikolojik, çevresel ve kalıtsal gibi birçok etiyolojik etkenle ilişkilendirilmektedir. Bunların yanı sıra bir diğer önemli etken ise anne-baba-çocuk ilişkisidir. Bu araştırmanın amacı Duygu durum bozukluğu olan çocukları ebeveyn tutum ve davranışlarının ne derecede ve nasıl etkilediğini Ebeveyn Tutum Ölçeği ile değerlendirmek ve incelemektir. Duygu durum bozukluğu tanısı almış çocukların ebeveyn tutumları ile Duygu durum bozukluğu tanısı almamış çocukların ebeveyn tutumlarının farklılık gösterip göstermediği, gösteriyor ise nasıl bir farklılık gösterdiği incelenecektir.

1.2.Araştırmanın Problemleri

Duygu Durum Bozukluğu olan çocukların anne-baba tutumları ile normal çocukların anne-baba tutumları farklılaşmakta mıdır?

Duygu Durum Bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin duygudurumları ile normal çocukların ebeveynlerinin duygudurumları arasında bir ilişki bulunmakta mıdır?

Duygu Durum Bozukluğu olan çocuklar ile normal çocuklar duygusal tepki açısından farklılaşmakta mıdır?

Duygu Durum Bozukluğu olan çocuklar ile normal çocuklar sosyal uyum becerisi açısından farklılaşmakta mıdır?

1.3.Tanımlar

Bu araştırmada kullanılan temel kavramlar;

Depresyon: Bir ümitsizlik, karamsarlık, yetersizlik, kendine güvensizlik, çaresizlik değersizlikve suçluluk duyguları, sosyal yaşamdan çekilme,normalde hoşlandığı etkinliklere karşı ilgisizlik, isteksizlik, anksiyete,psikomotor retardasyon veya ajitasyonun gibi belirtilerin

yanısına halsizlik, iştahsızlık veya aşırı yeme, uykusuzluk veya aşırı uyku, kabızlık,başağrısı gibi fiziksel şikâyetler, çocuklarda ve ergenlerde ayrıca huzursuzluk, can sıkıntısı, zevk alamama, aşır durumlarda ölüm ve intihar düşünceleri gözlenen ve belirlenebilir bir olaya; işini veya sevdiklerini kaybetme gibi, bağlı olarak ortaya çıkan ruhsal çökkünlük olarak tanımlanmaktadır(Budak,2000).

Anksiyete: En genel anlamıyla anksiyete, tehlike korkusunun veya beklentisinin yarattığı yoğun bir tedirginlik hissi ve ona eşlik eden kalp çarpıntısı, terleme gibi otonomik sinir sistemi hiperaktivitesine işaret eden somatik yakınmalar ile ilişkili bir durumdur. Ancak anksiyete bilinen bir tehlikeye uygun bir yanıt olan korkudan farklıdır; korkunun ister bir insan, ister bir olay olsun, bir nesnesi vardır, ama anksiyetenin belirli bir nesnesi yoktur. Patolojik anksiyete bilinmeyen, müphemveya çelişkili bir tehdide verilen bir yanıt olarak tanımlanmaktadır (Kaplan & Sadock's, 2009).

İrritabilite: Çevreden gelen ses, ışık veya gürültü gibi uyarıcılara karşı anormal hassasiyet veya aşırı duyarlılık göstermeyle belirgin bir sendromdur. Depresyon çocuklarda yetişkinlerden farklı olarak artmış irritabilite, ağırsyon şeklinde gösterir. Depresyon nedeniyle sürekli bir huzursuzluk yaşayan çocuk çevresine karşı aşırı bir öfke sergileyebilir ve kendine ve çevresine zarar verici davranışlarda bulunabilir. (APA,2001).

Somatizasyon: Organik nedenlerle açıklanamayan, oluşumunda ve ortaya çıkışlarında ruhsal unsurların rol oynadığı bedensel yakınmalar ve işlev bozukluğu ile ortaya çıkan ruhsal hastalıkları tanımlamak amacıyla kullanılan bir terimdir(Parman,2005).“Sullivan ve Katon' a göre (1993) somatizasyon kendi bünyesi içinde komünikasyon rölü olan adaptif nitelikli bir süreç olarak değerlendirilebilir. Yaşamın ilk dönemlerinden itibaren çevreyle ilişkilerin beden vasıtasıyla sağlandığı, anlatım aracı olarak sözcüklerin henüz kullanılmadığı bu dönemde somatizasyon bir tür işaretleme aracı olarak kullanılırken daha sonra sosyal çevreyle iletişimde sözcüklerin kullanılmaya başlanmasıyla desomatizasyon süreci içine girilmektedir. Ancak yaşam döngüsü içinde karşılaşılan güçlükler ve zorlanmalar karşısında yeniden bedene dönüşlerin (resomatizasyon) söz konusu olduğu, sosyal çevresel ve duygusal yaşantılarla ilintili bir süreci belirlemektedir” (Tunçer,1999).

Ebeveyn Tutumları: Anne baba ve çocuk arasındaki oluşan karşılıklı etkileşimdir. Anne ve babanın çocukla nasıl bir iletişim kurduğu, istenen veya istenmeyen davranışları nasıl kazandırdığına yönelik davranışlardır. Çocuğun aile içinde bir birey olarak kabul

gördüğü düşüncesini uyandırma, sevginin ve disiplinin anne ve baba tarafından ifade edilmiş biçimidir.

1.4.Araştırmanın Sayıtları

Bu araştırmada elde edilen bulgular için; Beck Depresyon Envanteri(BDE), Beck Anksiyete Envanteri(BAE), Conner's Aile Değerlendirme Formu (CAD), 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL), Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI) ölçeklerinden yararlanılmıştır. Söz konusu ölçekleri doldururken anne ve babaların dürüst davranıp gerçek duygu ve düşünceleri yansıttıkları varsayılmaktadır.

1.5.Duygu Durum Bozukluğu ve Tanımı

Genel olarak depresyon terimi ile belirtilen duygulanım bozuklukları DSM4-R tanı kriterlerine göre bir grup ruhsal bozukluğu tanımlamaktadır. Bu grup altında; depresif bozukluklar, Bipolar bozukluklar (Bipolar I bozukluğu, Bipolar II bozukluğu, BTA bipolar bozukluklar) , distimik bozukluk ve siklotimik bozukluk, Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk, Başka türlü adlandırılmayan duygudurum bozukluğu, Genel tıbbi duruma ve madde kullanımına bağlı duygudurum bozuklukları yer almaktadır.

Mayıs 2013 'de yayınlanan DSM-5 Tanı kriterlerinde ise bu Duygulanım Bozuklukları; İkiuçlu(Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar ve Depresyon Bozuklukları başlığı altında değerlendirilmektedir.

✓ İkiuçlu(Bipolar) ve ilişkili Bozukluklar: İkiuçlu(Bipolar) I Bozukluğu (mani dönemi,ş2 Hipomani dönemi),Yeğın(Majör) Depresyon Bozukluğu, İkiuçlu(Bipolar) II Bozukluğu(Hipomani dönemi,Majör Depresyon dönemi),Siklotimi Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı ikiuçlu(Bipolar) ve ilişkili Bozuklukları kapsamaktadır.

✓ Depresyon Bozuklukları: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu, Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi) gibi bozuklukları kapsamaktadır.

Duygu durum bozuklukları hem depresyon hem de maniyi kapsamasına rağmen, epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde, araştırmacıların çocuk ve ergenlerde maniden çok daha fazla sayıda çocuk ve ergen depresyonu üzerine çalışma yaptığı görülmektedir(Carlson 1988; Lewinsohn 1995). Ayrıca yazın çalışmalarında; çocuk ve ergenlerde depresyon üzerine

çok sayıda araştırma bulunurken çocuk ve ergenlerde maniyi yorumlamaya dair epidemiyolojik verilerin yetersizliği vurgulanmaktadır (Geller& Luby 1997; Nottelman & Jensen 1998).Bu nedenle çocuk ve ergen manisine ilişkin kanıtların çoğu klinik örneklerle dayanmaya devam etmektedir. Sonuç olarak, çocuklarda duygudurum bozukluğu söz konusu olduğunda, bu çalışmada depresyon daha detaylı olarak ele alınacaktır.

1.6. DSM V Tanı Kriterlerine Göre Depresyon Bozuklukları

1. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu 296,99(F34.8)

A. Sözel veya davranışsal olarak kendini gösteren, içinde bulunulan ya da kışkırtan duruma göre yoğunluk ya da süre açısından büyük ölçüde orantısız olan, yineleyici, ağır öfke patlamaları.

B. öfke patlamaları gelişim düzeyiyle tutarsızdır.

C. öfke patlamaları, ortalama olarak haftada üç ya da daha çok kez ortaya çıkar.

D. Öfke patlamaları aralarındaki duygudurum, neredeyse her gün, sürekli olarak çabuk kızma ya da kızgınlık gösterme ile belirlidir ve bu durum başkalarınca (ana-babaları, öğretmenleri, yaşlıları gibi) gözlenebilir.

E. A-D tanı ölçütleri 12 aydır ya da daha uzun bir süredir vardır. bu süre boyunca, kişinin A-D tanı ölçütlerindeki bütün belirtilerin olmadığı ardışık üç ay yada daha uzun süren bir süre olmamıştır.

F. A-D tanı ölçütleri, üç ortamdan (evde, okulda, yaşlılarıyla 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.

I. Mani ya da hipomani döneminin, süre dışında, belirti 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, gelime göre uygun duygudurum kabarması, bir mani ya da hipomani belirtisi olarak düşünülmelidir.

J. Bu davranışlar, yalnızca yeğin (majör) depresyon bozukluğu dönemi sırasında ortaya çıkmaz ve başka bir ruhsal bozuklukta (örn. Otizm açılımı kapsamında bozukluk,

örselenme sonrası gerginlik -travma sonrası stres bozukluğu-,ayrılma kaygısı bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu-distimi- daha iyi açıklanamaz.

Not: bu tanı, yeğın (majör) depresyon bozukluğu, dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu, davranım bozukluğu ve madde kullanım bozuklukları gibi diğer bozukluklarla birlikte konabilirse de, karşıt olma, karşı gelme bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk ya da ikiüçlü bozuklukla birlikte konamaz. Belirtileri, hem yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğunun, hem de karşıt olma, karşı gelme bozukluğunun tanı ölçülerini karşılayan kişilere yalnızca yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu tanısı konur. Kişi, daha önce bir mani ya da hipomani dönemi geçirmişse, yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu tanısı konmamalıdır.

K. Bu belirtiler, bir maddenin, başka bir sağıık durumunun ya da nörolojiyle ilgili bir durumun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

2. Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu:

A. Aynı İki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi(ya da daha fazlası) bulunması ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değıışiklik olması beklenir. Bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgi kaybı veya zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça başka bir sağıık durumuna bağılı belirtileri kapsamamalıdır.

1) Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin bildirmesi (üzgün ya da boşlukta hissetme, umutsuzluk) ya da bu durum başkalarınınca gözlenmelidir (örn. ağlamaklı bir görünüm) (**Not:** çocuklar da ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)

2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğıına karşı ilgide belirgin azalma ya da bu etkinliklerden zevk alamamanın olması (öznel anlatıma göre ya da gözlemlle belirlenir)

3) kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) önemli ölçüde kilo kaybetme ya da kilo alma (bir ayda beden ağırlığını %5'inden fazla değıışim) ya da hemen her gün iştahta artma ya da azalma olması (Not: çocuklarda beklenen kilo alımının sağıılamama göz önünde bulundurulmalıdır .)

4) Hemen her gün uykusuzluk çekme (insomnia) ya da aşırı uyuma (hipersomnia)

5) Hemen her gün psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon)ya da yavaşlama olması (bu belirtilerin özellikle başkaları tarafından gözleniyor olması gerekir, yalnızca öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil)

6. Hemen her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (yorgunluk ya da enerji kaybı olması)

7. Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

8. Hemen her gün düşünme ya da yoğunlaşma yetisinde azalma ya da kararsızlık olması (ya hasta tarafından ifade edilir ya da başkaları bunu gözlemler)

9) Yineleyici ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici intihar düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özel bir eylem tasarlama.

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

C. Bu dönem bir maddenin ya da başka sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilere bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. Yas, batıklık-parasal çöküntü-,doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir. Bu belirtiler depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir olsada önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

1.7. Duygudurum Bozukluğunun Tarihçesi

Duygu durum bozukluklarına ilişkin araştırmalar tanımlama ve anlamlandırma çabaları oldukça eski çağlara dayanmaktadır. Bu konuda en önemli çalışmaları ise klasik dönem yunan hekimlerinin yaptığı bilinmektedir(Marneros 1999). Hipokrat (460-337), bilimsel bir şekilde, sistematik olarak melankoli ve mani tanımlayan ilk kişi olarak kaydedilmiştir. Hipokrat ruhsal bozuklukları; melankoli, mani ve paranoya olarak sınıflandırmıştır. Hipokrat'ın yanı sıra, Aretaeus ve diğer eski yunan hekimler de duygulanım ve duygusal deneyimler, duygusal rahatsızlıklar gibi karmaşık kavramları tanımlayabilmek için 'mani' ve 'melankoli' kelimelerini kullanmışlardır. O dönemde 'mani' kelimesi çeşitli duygulanım hallerini ifade etmek için kullanılırken, 'melankoli' depresif durumları ifade etmek için kullanılan en öz terim olarak kaydedilmiştir (Marnerosve Angst,2002).

19.yüzyılda Griesinger (1845) mani'den melankoliye değişen duygu durumlarını veya tam tersi yönde değişimleri de tanımlamaktadır. Ayrıca Griesinger 'seasonal affective disorders' yani mevsime bağlı duygusal rahatsızlıkları tanımlamaktadır. Bu tanıma göre mani bahar aylarında ortaya çıkarken melankoli ise genellikle sonbahar ve kış aylarında görülmektedir (Marneros,2000). Bu bağlamda, Jean-Pierre Falret'in iki uçlu duygudurum bozukluklarını tanımlanması yönünde yaptığı çalışmalar dikkat çekmektedir.“Jean Pierre Falret(1854) bir kısım depresyonların başlangıçta neşeli bir devre sonunda ortaya çıktığına işaret etmiş ve bu duruma “ folie circulaire ” (döngüsel ruh hastalığı) adını vermiştir. Bu döngü önce manik durum sonra melankolik durum ve aralarında açık bir evre ile seyreden bir durum olarak tarif edilmektedir” (Sönmez,2012).

19. yüz yıl boyunca araştırmacıların 'duygu', 'duygu durumu', 'duygulanım' gibi terimlerin tanımlanması üzerine birçok çalışma yaptığı görülmektedir (Jackson, 1986: Berrios, 1992).20. yüzyılda ise psikanalitik, davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar gibi farklı kuramsal bakış açılarına sahip araştırmacılar depresyonu anlama ve tanımlama çabalarına önemli katkı sağlayacak bulgular elde etmişlerdir. 20. yüzyılın ikinci yarısında, teknolojinin gelişmesiyle birlikte, psikiyatrik bozukluklar farklı açılardan da ele alınmaya başlanmıştır. Özellikle beyin biyokimyası üzerine yapılan çalışmalar, elektrofizyolojik ve radyolojik çalışmalar sayesinde depresyonu teşhis ve tedavi etme noktasında çok ciddi katkı sağlamıştır (Alsancak, 2011).

“20. yüzyılın ikinci yarısında nörofizyolojik yaklaşımlar da depresyonun etiyolojisini çabalarına önemli katkılarda bulunmuştur. Bu bağlamda, Robert Post (1990), 1950’lerde Jean Delayin’in ileri sürdüğü, duygudurum bozukluklarında esas patolojinin duygulanımdaki düzensizlik olduğu, görüşten yararlanarak duygudurum bozukluklarında erken dönem stresörlerin sinir hücrelerinde oluşturduğu bozuklukların DNA’yı değiştirmesinden yola çıkan varsayımını oluşturmuştur (Post, 2005).”

Son olarak DSM-V ruhsal bozuklukların tanımlarının son gözden geçirilmiş hali olarak 2013 yılında yayınlandı. DSM-V’e göre duygudurum bozuklukları, depresif bozukluklar, bipolar bozukluklar (bipolar I bozukluğu, bipolar II bozukluğu, BTA bipolar bozukluklar) , distimik bozukluk ve siklotimik bozukluk, başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk, başka türlü adlandırılmayan duygudurum bozukluğu, genel tıbbi duruma ve madde kullanımına bağlı duygudurum bozuklukları içinde yer almaktadır.

1.8.Çocuklarda Duygudurum Bozukluğu ve Tarihçe

19. yüzyılda yetişkin duygu durum bozuklukları üzerine alanda önemli çalışmalar mevcutken, çocuk duygu durum bozukluğuna dair bilgilerin ise oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. (Jackson,1986;Berrios,1992) Son yirmi yılda çocuk ve ergen duygulanım bozuklukları hakkında teorik anlamda ilginin arttığına ve klinik çalışmaların hızlı bir şekilde genişlediğine tanık olmaktayız. Fakat bu konu hakkında genel tarihsel bulguların çok az olduğu görülmektedir. Bu bölümün temel amacı; çocuklarda duygu durum bozukluğuna dair güncel klinik çalışmalarına ışık tutan tarihsel arka plana kısaca değinmektir.

Çocuklardaki psikopatolojisi hakkında yazılan ve özellikle ‘melankoli’ konusunu içeren eski metinler, Bright (1586) ve Willis(1683) gibi yazarlar tarafından yazılan yazılar, anlaşılması güç ve yüzeysel olmaları nedeniyle bu alanda çok az katkıda bulunmuşlardır.

Çocukluk çağı ve melankoli üzerine yaptığı gözlemler ile tanınan Burtons (1621) bu gözlemlerden yola çıkarak çocukta gelişen melankolinin kaynağı için anne baba tarafından verilen eğitime dikkat çekmektedir. Burtons, çocukları korkutmaya ve sindirmeye yönelik davranışların, baskıcı tutumun ve kavgacı ortamın çocuklarda melankoliye sebep olabileceğini vurgularken; çocuğunu azarlayan, tehdit eden, bağırarak dayak atan ebeveynlerin kendi çocuklarına verdikleri hasarın büyüklüğüne işaret etmektedir. Diğer taraftan, Burtons,

çok müsamahakâr ve çocuklarına düşkün ebeveynleri de çocuğu dış dünyaya karşı güçsüz ve savunmasız bıraktıkları için eleştirmektedir (Burton, 1827).

Öte yandan Maudsley (1867) çocukluk melankolisini tanımlarken bu melankoli türünün başlangıcından itibaren çocuğun gelişim basamakları ile ilişkilendirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu gelişimsel sıralama önerisi dönemin diğer yazarları tarafından önerilenlerinden farklıdır. O dönemlerde çocuk melankolisi yapısal bir kusur olarak görülüyor ve kalıtsal bir hastalık olan frengi ile bağlantılı olduğu düşünülüyordu (Trowell,2011).

Bu bağlamda, Jeffrey A. Miller (2002) çocuklarda ruhsal hastalıkların teşhis ve tedavisinde gecikmeye neden olan sebepler incelendiğinde, Freud'un çalışmalarına işaret etmektedir; Freud(1917) depresyonun 'kendine saygı eksikliği 've 'hayal ürünü bir ceza beklentisi' mekanizmaları ile ilgili olduğunu düşünmektedir. Bu mekanizmaların çocuklarda bulunmadığı varsayımı nedeniyle çocukların depresyona girmediğini ileri sürmektedir. Başka bir deyişle, Freud (1917) yetişkinlerde major depresyon olarak bilinen sendromun ergenlik öncesi çocuklarda var olamayacağını çünkü bu çağ çocukların gelişim açısından iyi gelişmiş ve içselleştirilmiş bir süper egodan yoksun olduklarını iddia etmektedir (Miller,2002). Bir diğer ifade ile "Freud'a göre id ve ego arasındaki çatışmalar anksiyeteyi ortaya çıkartır. Egonun bu çatışmayı engelleyebilmesi için gelişmiş olması gerekir. Başlıca enerji dağıtıcısı olan egonun yetersiz gelişmesi anksiyete ile sonuçlanan bozukluğa neden olabilir. Anksiyete ile karşılaşan ego var olan düzeni korumak ya da dış dünyada gerekli ilişkileri sürdürebilmek için yeni mantık bileşimleri yapmak zorundadır. Egonun işleyişindeki bozulma sonucu ortaya çıkan anksiyetenin oluşması için egonun gelişmiş olması gerekir. 0-6 yaş arası çocuklarda ego henüz gelişmemiş olduğundan böyle bir anksiyeteyi deneylemez " (Geçtan, 1994).

1940'lı yıllarda ise psikanalitik geleneğe bağlı yazarlar, gelişmemiş ve yoksul kentlerdeki çocukları gözlemlerken çocuğun depresyon yaşadığını fark etmişlerdir. Bu yazarlardan, Spitz (1946) ve Winnicott (1945) annelerinden ayrılan çocukların bu kayıp nedeniyle verdikleri tepkileri inceleyerek depresyon kavramını geliştirmişlerdir. Çocuk doktoru ve psikanalist olan Rene Spitz (1946), küçük çocuk gözlemini doğrudan başlatan kişi olarak bilinmektedir. Spitz henüz altı aylıkken annesinden ayrılmış bebekleri gözlemlemiştir ve bu süreçte bebeklerin mutsuz ve üzüntülü göründüklerini, gerileme yaşadıklarını, iletişim kurmama ve yemek yemeyi reddetme gibi davranışlar sergilediklerini belirtir (Trowell,2011).

Spitz bebeklerin bu durumuna kısa süreli anne yoksunluğu olarak da bilinen ‘Anaklitik Depresyon’ adını vermiştir. “Spitz erken dönemdeki anne kaybının etkilerini ve bunun en ağır biçimi olan anaklitik depresyonunu şu cümlelerle tanımlar: nesne ilişkilerinin yetersizliği libidinal ve agresif dürtülerin boşalmasını olanaksız kıldığı zaman, bebek bu saldırganlığı kendine kalan tek nesneye, yani kendisine döndürmektedir (Zabcı,2005).”

Bu çalışma neticesinde gözlemlenen tepkiler, çocukların gelişiminin ilk safhalarında bile travmanın varlığına işaret eden bulgular olarak değerlendirilmektedir (Miller, 2002). Bu bağlamda, Pierre Marty (1987) yaşamın ilk yılındaki anne-çocuk ilişkisiyle bağlantılı olan erken çocukluk travmalarının zihinsel yapıda olumsuz izler bıraktığını ve bu kişileri ergenlikteki ve yetişkinlikteki olaylara karşı dayanıksız ve kırılğan yapıda olmasına zemin hazırladığını ifade etmektedir(Zabcı,2005).

Psikanalitik kuramın önemli isimlerinden biri olan Karl Abraham (1966) ise çocuk melankolisinin süttten kesilme dönemi ile ilgili olduğuna dikkat çekmiştir. Çocuğun süttten kesilme nedeniyle anneye karşı beslediği düşmanca duyguları zamanla suçluluğa dönüşerek bastırması sonucunda anksiyete ve depresyonun ortaya çıkabileceğini dile getirir. Ayrıca, Abraham (1924) küçük çocukların da ciddi mizaç problemleri yaşayabileceğini düşünmektedir (Machtlinger,1997).

Abraham’a göre; melankoliklerin çocuklarında mizaç ile ilgili birincil sorunlar ortaya çıkmakta ve bu durum gelecekteki depresyonlar için fiksasyonlara sebep olabilmektedir. Buna karşın, bazı araştırmacılara göre de, kalıtımın mizaç üzerinde belirli etkisi olmasının yanı sıra, karşılıklı etkileşimden ötürü ebeveyn çocuğun karakterini etkileyebileceği gibi çocuk da ebeveynin karakterini etkileyebilmektedir (Miller, 2002). Bu bağlamda ‘‘Lebovici ve Soule (1970), çocuk psikopatolojisinin bir görünümünü oluşturan psikosomatik belirtilerin her şartta annenin yanlış tutumuna bağlama eğiliminin yanlışlığına dikkati çekerken bazen bebeğin tutumunun annenin davranışını etkileyebileceğini belirtir. Yani bazen annenin hataları diye nitelenen şey yeni doğan tarafından devreye sokulmuş ve daha sonra patolojik olarak düzenlenen bir ilişkinin sonucundan ibaret olabilmektedir (Zabcı, 2005).’’

1960’ lı yıllarda çocuklarda da depresyon olabileceğinin farkına varıldıktan sonra bir takım araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Fakat araştırmacıların bazı konularda fikir ayrılığına düştüğü görülmektedir; bir grup araştırmacı çocuk depresyonunun da tıpkı yetişkin depresyonuna benzer olduğunu savunurken bazı araştırmacılar ise çocukta görülen belirtilerin

yetişkinlerden çok farklı olduğunu düşünmektedir. Bu araştırmacılara göre çocuklarda depresyon; öfke nöbetleri, davranış bozuklukları gibi tepkilerin arkasına gizlenirken yetişkinlerde depresyon ise çökkün duygudurum, huzursuzluk, sıkıntı, suçluluk, umutsuzluk, özbakımda azalma gibi tepkiler olarak ortaya çıkmaktadır (Marcelli,1995).

1970’li yıllara kadar, yukarıda belirtildiği gibi, çocukların bunalıma girmeyecekleri düşünüldüğü için kaydedilen çocuk depresyonu vaka sayısı oldukça azdır. Önceki yıllarda bazı yazarlar bu konuya değinse de çocuk depresyonunun uzun bir süre kabul edilmediği ve ancak 1960-1970 yıllarında adından söz ettirmeye başlanıldığı görülmektedir. Sönmez’e göre bu gecikmenin nedenleri ‘yetişkin melankolisinin çocuk depresyonundan daha fazla ilgi çekmesi; çocuğun yeterli bir zihinselleştirme süreci içinde olamaması nedeniyle depresyonun dile getirilemediğini düşünmek ve ebeveynlerin, narsistik olarak çok yatırım yaptıkları bir dönem olan gizil dönemin, depresif sorunların sahnelendiği bir zaman olduğunu yadsımalarıdır(Sönmez,2011).’

Sonraki zamanlarda, ‘Gizli/ Maskeli Depresyon’ kavramının ortaya çıkışı ve tanımlanması çocuk depresyonunun anlaşılmasına büyük ölçüde yardımcı olmuştur. Çocuk ve gençlerde ortaya çıkan somatik şikâyetler, davranış problemleri, okul fobisi, öğrenme güçlükler gibi problemlerin depresyonun altında yatan muhtemel belirtiler olarak değerlendirilmiştir (Glaser,1968). Warren Weinberg (1970) ve arkadaşlarının çocuk depresyonuna dair yaptığı incelemelerde elde ettiği bulgular sonucunda çocuk ve yetişkin depresyonunda gelişim farklılıkları olduğunu saptanmıştır (Weinberg,1970). Bu noktada, Kovacs (1986) da çocukluk depresyonun görünümünün doğasında olan problemler hakkında ayrıntılı incelemeler yapmıştır. Kovacs’a göre çocuklar değersizlik, umutsuzluk, suçluluk veya kendini suçlama hissi, utanç gibi belirtileri yaşamıyor veya yaşıyorsa bile bunları tanımlamakta zorlanıyor olabilirler. Çocuklar gelişimin ilk evrelerinde henüz konuşma kabiliyetine ve bilişsel yeteneğe tam olarak sahip olamadıkları için bu gibi belirtileri yetişkinler gibi kolaylıkla ifade edemeyebilirler (Godyear,2011).

Bütün bu gelişmelere rağmen, çocuk depresyonun DSM-II’de tıbbi kategorilerde yer alması mümkün olamamıştır (APA, 1968). Bu nedenle, çocuk depresyonunun DSM ‘de tanınması oldukça yakın zamanlara tekabül etmektedir. (Milles,2001).

Depresyonun fenomenolojisi ve sınıflandırılması için ilk ciddi kriter çalışması Feighner ve arkadaşları (1972) tarafından yapılmıştır. Fakat bu öneride çevresel etkenlerin varlığının veya yokluğunun depresyon üzerindeki etkileri hesaba katılmamıştır. Spitzer ve arkadaşları (1978) ise depresyonu tanımlamak için sunulan bu öneriyi dahada geliştirerek Tanı Kriterlerini Araştırma (RDC) isimli bir çalışma yayınlamıştır. Daha sonra Ramana ve Paykel (1992) bu önerilere katkı sağlayacak çalışmalar yapmışlar ve tanı kategorisinin özgül, açıklayıcı ve tanı koymaya yönelik kriterler ile desteklenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Sonuçta bütün bu çalışmalar ve öneriler DSM-IV sınıflandırması için temel oluşturmaktadır. (Sadowski, Kolvin,2001).

DSM-IV tanı kriterlerine göre depresif görünen çocuk ve gençlere depresyon tanısı konulabilmesi için iki hafta boyunca (günün büyük kısmında depresif, irritabilite durumda olması, ilgi kaybı ve yaşamdan zevk alamaması gibi) en az beş semptomun görülmesi gerekmektedir. Kilo kaybı uyku sorunları, retardasyon, yorgunluk, bozuk duygulanım veya ajitasyon, değersizlik ve suçluluk hissi, konsantre olamama ve tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri diğer olası belirtilerdir. Bu belirtilerin çocukluk çağı depresyonu olarak görülmesi için madde kullanımı veya ilgili sağlık koşulları nedeniyle olmamalıdır (Milles,2011). Bunların yanı sıra DSM-IV’ de çocuklarda görülen irritabl duygudurumun yerini depresif ruh hali veya ‘distimi’nin alabileceği belirtilmektedir. Yetişkinlerde distimik bozukluk tanısı için gerekli olan 2 yıllık süre, çocuklarda 1 yıl olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, çocuklarda hezeyan ve sanrılar nadir görülürken somatik şikâyetler ve sosyal çekilme sık görülen belirtiler arasındadır. DSM-IV ve ICD-10 depresyonun şiddetini farklı şekilde tanımlarken her ikiside depresyon epizotlarını hafif, orta ve şiddetli olarak üçe ayırmaktadır. ICD-10’da depresyonun şiddetini belirtilere göre tanımlanırken DSM- IV’de belirtilerin yanı sıra fonksiyonel bozukluk da dikkate alınmaktadır (Naylor, 2009).

Son olarak, 2013 yılında ruhsal hastalıkların tanımlarının en son gözden geçirilmiş hali olan DSM V (Diagnostic end Statistical Manual of Mental Disorders) yayınlanmıştır. DSM V’ de DSM IV de göre bazı farklılıklar mevcuttur. İlk olarak DSM V tanının önemi, klinik bakım ve ayrıca gelişim, cinsiyet ve kültür gibi faktörlerin bozukluğun tanıtımına etkisini içeren çok sayıda konuya vurgu yapmaktadır. İkinci olarak septomların tanıtım varyasyonları, risk faktörleri, izlenen yol, ek hastalıklar ve hastanın yaşı, cinsiyeti ve kültürel altyapı gibi klinik anlamda faydalı olabilecek bilgileri içeren tanı kriterleri mevcuttur. Bir başka belirgin

özelliği Uluslararası Hastalık Sınıflandırma Sistemi (ICD) ile Kuzey Amerika Hastalık Sınıflandırma sistemi arasındaki uyumun dikkate alınmasıdır (Kupher ve ark.2013).

DSM-V’de Duygudurum Bozuklukları; İkiuçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar ve Depresyon Bozuklukları başlığı altında değerlendirilmektedir. Ayrıca DSM V’ e şiddetli duygusal ve davranış bozukluğu olan çocuklar arasında pediatrik bipolar bozukluğun tanısındaki artışı ele almak amacıyla ‘Yıkıcı duygu durum bozukluğu düzensizliği’ dâhil edilmiştir. Bunun amacı şiddetli, kronik irritabilitenin çocuklardaki mani’nin bir özelliği olarak kabul edilmesi gerektiği konusunda kafa karışıklığı azaltmaktır. DSM V ‘te bipolar bozukluk tanısı epizodik rota ile çocuklarda kabul edilirken; dönemsel olmayan irritabilite, duygudurum bozukluğu düzensizliğinin ayırıcı özelliği olan mani’den ayrılmıştır (Kuhl, Regier 2013). DSM-V’e göre “Yıkıcı duygu durum bozukluğu düzensizliği”ninteşhis edilebilmesi için, 18 yaşına kadar olan çocuklarda sürekli huzursuzluk (irritabilite), sık sık aşırılıklar ve kontrol dışı davranışlar gözlemlenmelidir (Grohol,2013).

BÖLÜM II

ÇOCUKTA DEPRESYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ

2.1.Psikanalitik Ekole Göre Depresyon

Yukarıda da belirtildiği gibi, psikanalitik kuramın öncüsü olan Freud ve Abraham’dan sonra depresyon üzerinde çalışılan bir konu haline gelmiştir. Freud melankoli ’den mustarip olduğu kabul edilen yetişkinlerdeki depresyon üzerine oldukça detaylı incelemeler ve çalışmalar neticesinde depresyonu; değersizlik hissi, yaşamdan lezzet alamama, kendini suçlama, sık intihar düşünceleri gibi duygularla tanımlamaktadır. Bu durumların genelde, sevilen bir kişinin kaybedilmesi ancak bu yasın zamanla içselleştirilmesi ve unutulması yerine, giderek kızgınlık ve nefret haline dönüştüğüne dikkat çekmektedir. Kaybedilen nesne ile kişinin tanımlanması ya da benzer hale dönüşmesi ile bu düşmanlık ve kızgınlık kişinin kendine yönelmekte ve kişinin kendine yönelen bir öfke halini almaktadır(Freud, 1917). Bu içsel tecrübe, ebeveynlerden birini ölüm ve boşanma gibi durumlarda kaybeden genç bireylerde de görülmektedir. Bu bireyler günlük hayatlarından eksilen bu sevilen kişi ile oluşan boşluğu; kendilerine yönelttikleri değersizlik hissi, düşmanlık ve kızgınlık duyguları ile doldururlar. Ölme isteği, hiç var olmamış olmayı dileme gibi düşüncelerle boğulurlar.

Onların iç dünyasında öfke bunalmış ve saldırganlık süper egodan kaynaklanan suçluluk duyguları ile birlikte kendilerine yönelmektedir (Freud, 1920).

Abraham (1911) korku, keder, anksiyete ve depresyon hakkında çalışmalar yapan bir diğer önemli isimdir. Abraham, bireyin haz olmadan cinsel amacından vazgeçmek zorunda kaldığında ortaya çıkan durumu "nevrotik depresyon" olarak açıklamaktadır. Abraham'a göre, depresyonda olan kişi kendini sevmekten aciz hisseder ve yaşama ve geleceğe dair ümidini kaybetmekle karşı karşıyadır. Bu durum, kişinin psikolojik bir yenilenme şansı bulana kadar devam edebilmektedir.

Çocuk depresyonu hakkında çalışmalar yapan Melanie Klein (1935) "Manik Depresif Hallerin Psikojenezi Üzerine" (A Contribution to the Psychogenesis of Manic Depressive States) adlı eserinde; süper egonun oluşumunu ve melankoli üzerindeki etkisini tartışırken, içselleştirilen, hem birbiri ile hem de diğer güzel duygularla çatışan kötü duyguların analizini yapmaktadır. Klein (1935) iç dünyada iyi ile kötünün ayrımını yapmaya çalıştığı sırada bu çatışmanın, kişiyi, depresyon ve paranoyaya yönlendirdiğini savunmaktadır. Kişi tüm gücüyle iç dünyasındaki ayrışma ile dış dünyayı ve dış dünyadaki ilişkilerini birbirinden ayırmaya çalışır. Kendine yönelik suçluluk duyguları ve sürekli eleştirme hali, kişiyi mükemmeliyetçiliğe yöneltir ve bu yönelim kaçınılmaz başarısızlıkla sonuçlanır. Başarısızlıkla birlikte, depresyon ve paranoya duyguları güçlenir ve iç dünyadaki çatışmalar şiddet kazanır. Klein'e göre; egonun gelişimi ya da kapasite eksikliği, çocukluk depresyonlarını anlamak için hassas noktalardır (Milles,2001).

2.2.Bebeklerde Depresif Konum

Öncelikle, Klein yaşamın ilk yıllarında çocuklarda görülen depresif durumu 'depresif konum' olarak tanımlamaktadır. "Klein'in hipotezine göre, bebeğin temel nesnesi olan anne memesi aynı zamanda da majör ruhsal nesnesidir ve hayalindeki iki farklı nesne (iyi ve kötü meme) olacak ilk nesnedir. iyi nesnelere (iyi memeyi) introjekte ederek sahip çıkan bebek kötü nesnelere (kötü meme) kusarak projeksiyon yolu ile dışarı atmaktadır. Hem libidinal hem agresif dürtülerin aynı nesnede birleşmesi bebeği bir çıkmaza sokmakta ve bebek bastıramadığı yıkıcı dürtüler nedeniyle sevilen nesneye zarar verme korkusu ile birlikte sevilen nesne karşısında suçluluk yaşamaktadır. Bu durumda sevilen nesnenin kaybedebileceği anksiyetesi karşısında bebek depresif konuma girmektedir. depresif konum ise depresyonun tersine normal bir süreçtir" (Sönmez,2011). Bu bağlamda Winnicott' da

(1945), depresif durumu gelişim açısından normal bir basamak olarak algılamaktadır. Bu durumun atlatılamamasını üzüntü ve kederle baş edememe olarak tanımlar ve bunun depresyona sebep olabileceğini söyler. Ayrıca, çocukların bazen değersizlik ve kötülük duyguları sebebiyle hasta olduklarını belirtir. Depresif konumda, çocuklar içsel ruhsal gerçekliğinden kaynaklanan stresler ve zorlukların yanı sıra annesel imgeye karşı göreceli bir hayal kırıklığı yaşamaktadır. Bu noktada Winnicott annenin rolünün önemine dikkat çekmektedir (Winnicott, 1954).

2.3. Gizil Dönemde Depresif Konum

Freud'a göre gizil (latent) dönem 7-11 yaş aralığında ki çocuklar için çocukluktan ergenliğe geçiş sürecinin yaşandığı bir dönemdir. Bu dönem çocuk cinselliğinin sona erdiği beşinci ya da altıncı yıldan erinliğe kadar olan dönem ve cinselliğin gelişimindeki bir duraklama anı olarak da tanımlanabilir. Bu dönemde cinsel merak nedeniyle çocukların yaşadığı çalkantılar ve çatışmalar yatışırken, cinsel merak başka alanlara taşınır. Özellikle çocuğun okula başlaması ile aile bireylerinin yanı sıra öğretmen ve arkadaşları sayesinde toplumsallaşma başlar. Bu süreçte çocuk artık anne-baba dışında başka kişilerle özdeşim kurmaya başlar ve yeni özdeşleşimler benliğin zenginleşmesine; benlik-üst benlik, ideal benlik, benlik ideali ortasında ilişkisel bir denge oluşumuna sebep olur. Bu yeni denge ise çocuğun ideal benliği ile ebeveynin ideali arasındadır (Laplanche ve Pontalis, 2007).

Buna karşın ebeveynleri ile sağlıklı özdeşim yapamayan ve Ödipal çatışmaların ötesine geçmekte zorlanan çocuklar için ikincil özdeşimler de problem yaşanabilmektedir. Bu noktada, Winnicott' a göre bu süreçte hem çocuğun narsisizmini hem de gizil döneme girişini desteklemek ve bunu yaparken de benlik gelişimine dayanmak gerekmektedir. Önemli olan ebeveynlerin çocuğun gelişimine tolerans göstermeleri, onu kabul etmeleri, bağımsızlıklarına destek olmaları ve ailenin dışındaki arkadaş ve okul gibi diğer açılımlara ilgi göstererek gizil dönem çocuğunun ilerlemesi kendini ve çevresini keşfedebilmesi için gerekli ortamın sağlanmasıdır (Sönmez, 2011).

Ayrıca gizil dönem çocuğun nesne ilişkilerini cinsellikten arındırdığı, cinsel rollerin öğrenildiği, kız ve erkek çocukların oyunlarının niteliğinin farklılaştığı bir süreç olarak gözlenmektedir. Bu bağlamda, Arfouilloux (1993) depresif konumun işlenmesinde babanın yerinin önemine değinmektedir. “Depresif konum etrafında biçimlenen ve gizil dönem içinde

uykuda kaldığı ifade edilen duygulanımlar ve tasarımlar erinlikle birlikte yaşanacak sarsıntılarla tekrardan harekete geçtiğinde bu duygulanımların ambivalan içinde babaya başvurulacaktır. Hem kız hem de erkek çocuk babaya başvuracaktır. Çünkü baba fallik seksüel fikirlerin taşıyıcısıdır, her iki cinsiyette de sevilen beğenilen ve nefret edilen fikirlere sahiptir. Baba bu nedenle depresyonların kliniğinde belirleyici bir role sahiptir. Yetersiz ya da olmayan bir baba ya da narsistik ve baştan çıkarıcı olan bir baba ya da annenin arzusunda ölü bir baba olabilir. Annenin ruhsallığında babanın boş yeri kendi babası ile ilgili olabilir. Babanın gerçeklikte yok olması ruhsal olarak yok olmasından daha tercih edilir bir durumdur’’ (Sönmez,2011).

2.4. Bebeklik döneminde Depresyon

René Spitz (1946) henüz 6 aylıkken annelerinden ayrılmak zorunda kalan çocukların gelişim süreçlerini ve bu duruma karşı verdikleri tepkileri gözlemlemiştir. Bu gözlemler sonucu ortaya çıkan durumu ise ‘Anaklitik Depresyon’ olarak adlandırmaktadır. Spitz çalışmasında, birinci yılın ikinci yarısında anneden uzun süreli ayrılığın karakteristik bir sendromla sonuçlandığını belirtir. Bu sendromun gelişmesi için ise birinci yılın ilk yarısında anne ve bebek arasında normal ve sağlıklı bir ilişkinin mevcut olması gerekmektedir. Bebek en az üç ay üst üste anneden yoksun kaldığında ise ortaya farklı tepkiler çıkmaktadır. Ayrılığın ilk ayında, bebek ağlamaklıdır ve onunla temas kurmaya çalışan gözlemcilerden ilgi beklemektedir. İkinci ay boyunca bebek durmadan ağlamakta, uyumamakta ve kilo kaybetmektedir. Üçüncü ayda iken bebekte geri çekilme temastan kaçınma belirtileri görülmektedir. Bu dönemde çoğu zaman yatağında yüzükoyun yatma eğilimi ve motor retardasyon başladığı da belirtilmektedir. Ayrıca bu dönemde bebeklerin yüzlerine sert ve katı bir ifadenin yerleştiği de görülmektedir. Sonuç olarak bebeğin gelişimsel süreci sekteye uğramış ve gerileme başlamıştır. Spitz’ e göre bu süreçte eğer anne geri gelmişse bebeğin durumunda düzelme olduğu da gözlenir fakat tam anlamıyla iyileşmenin sağlanması şüphelidir (Spitz,1946).

Ayrıca Spitz (1945) bebeğin anneden ayrılığının devam etmesi halini ‘Hospitalism’ yani uzun süreli anne yoksunluğu olarak nitelemektedir. Hospitalizm özellikleyaşamın ilk yıllarında anneden ayrılıp yetiştirme yurtlarına verilen ya da uzun süre hastanede tedavi altında kalmak zorunda olan çocuklardarastlanılan birsendrom olarak tanımlanmaktadır.Spitz’

e göre, anne yoksunluğu nedeniyle depresyon geçirmekte olan çocuğun duygu durumu ayrılığın süresi ve şiddetine bağlı olarak değişim göstermektedir. Ayrılığın süresi ve şiddetinin artması nedeniyle depresyon süreç içerisinde Hospitalism'e dönüşürken çocukların gelişim süreçlerini sekteye uğratmakta ve olumsuz etkilemektedir (Szurek,1969). Yuva hastalığı olarak da bilinen bu durumda "çocuklarda uyaranlara geç ve güç cevap verme, çevreye ilgisizlik, oturdukları yerde sallanma, bedensel haz bölgelerine sıkça başvurma, yalancı zekâ geriliği, sıkça hastalanma, yürüme, konuşma ve tuvalet eğitimlerinde gerilik gibi patolojik belirtiler sıkça görülmektedir "(Öztürk, 1998).

Bowlby (1980), bakım veren ve çocuk arasında oluşan duygusal bağ üzerine yaptığı gözlemler sonucu bağlanma teorisini ortaya koymuş ve sonraki çalışmalarında anneden ayrılma ve nesne kaybı gibi durumlar üzerine teorisini geliştirmiştir. Bu teoriye göre ilk dönemde anne çocuk arasında güvenli ve sıcak bir ortamın sağlanmasının, ilgi ve sevgi ihtiyacının karşılanması sonucunda güçlü bir duygusal bağ oluşmaktadır. Bowlby' e göre bu dönemde anneden ayrılma çocuk için çok ciddi sıkıntıların kaynağı olabilecek önemli ruhsal bir olaydır (Bowlby,1980).

Bowlby 5 ay ile 3 yaş arasındaki çocuklarda anneden ayrılma sonucunda ortaya çıkan durumları üç aşamada tanımlamıştır. İlk aşamada çocuk ayrılığı protesto etmekte ve sürekli ağlayarak annesini çağırılmaktadır. Bu aşamada çocuk annesine ait olduğunu sandığı seslere karşı yönelmekte ve hayal kırıklığı nedeniyle reaksiyon göstermektedir. Bu tepkiler ayrılık sonrası ilk birkaç gün boyu devam etmektedir. İkinci aşamada ise, çocuk umutsuzluk içinde ara ara ağlamakta anneden cevap gelmesini beklemektedir. Bu süreçte çocukta geri çekilme, yemek yemeği reddetme ve fiziksel hareketlerinde yavaşlama olduğu gözlenmektedir. Etrafına karşı ilgisiz olan çocuk yavaş yavaş içine kapanmaktadır ve tam bir yas durumundadır. Son aşamada, çocuk anneye olan ilgisini kaybetmiş ve ondan duygusal olarak kopmuş gibi görünmektedir. Bowlby'e göre bu aşamada eğer çocuk annesini tekrar görürse ona yaklaşmak yerine uzakta durmakta ve soğuk davranmaktadır. Bunun nedeni çocuğun minimum da olsa kendi güvenliğini sağlama çabasıdır. Fakat zamanla ayrılık nedeniyle oluşan tepkiler azalmakta, anne ve çocuğun ilişkisi olumlu yönde gelişmektedir (Bowlby,1982).

2.5.Çocukluk Döneminde Depresyon

Çocukluk çağında yaşanan bazı olumsuz yaşam olayları ve değişiklikler depresyonu tetikleyen stres kaynakları olarak belirtilmektedir. Çocuklar taşınma, okula başlama, aileye

yeni katılan kardeş gibi çevresel değişiklikler veya sevilen birinin kaybı veya hastalığı, anne baba ayrılığı, doğal afetler veya kaza gibi olumsuz yaşam olayları karşısında zorlanmakta ve ciddi bir uyum süreci yaşamaktadırlar. Uyum sürecinde ihtiyacı olan desteği göremeyen çocuklar da zamanla stres faktörü ortadan kalksa bile depresif bir durum ortaya çıkabilmektedir (Şenol,2006).

Depresyon durumunda çocuğun duygulanımında ve davranışların da bariz bir değişim gözlenir. Bu süreçte çocuğun duygudurumu ‘düşük’tür, çoğu zaman üzgün ve ağlamaktadır. Çocukta umutsuzluk, aşırı hassaslık ve güvensizlik gibi duygusal tepkiler görülür. Daha önce hoşuna giden aktivitelere; sevdiği oyuncaklarına ve arkadaşlarına karşı ilgisini yitirmiş ve içine kapanmaktadır. Çocuğun konuşmasında ve psikomotor aktivitesinde belirgin bir yavaşlama gözlemlenir (Marcelli, 2003).

Çocukta duygusal tepkilerin yanı sıra şikâyet hali, kurallara karşı gelme gibi davranışsal tepkiler de gözlemlenmektedir (Miller,2002). Bu bağlamda Şenol (2006) okul çağındaki çocuklarda depresyon belirtilerini iki uç olarak değerlendirmektedir. Depresyon süresince çocukta geriye çekilme, ilgi ve etkinliklerde azalma olabileceği gibi tersine huzursuzluk ve davranış sorunları da ortaya çıkabilmektedir. Çocuk kolayca sinirlenmekte ve kendisinden istenileni yapmayı reddetmektedir. Bu süreçte çocukta dikkat dağınlığı, odaklanamama ve hatırlamada güçlük nedeniyle okul performansında düşme görülmektedir. Ayrıca bu dönemde yalnız yatamama, gece korkuları biçiminde uyku bozuklukları ve kilo alamama, iştahsızlık gibi yeme tutumu bozuklukları görülebilmektedir (Şenol,2006).

Marcelli’ye göre depresyon belirtileri çocuktan çocuğa değişmektedir. Bazı çocuklarda değersizlik veya yoğun bir şekilde suçluluk hisleri görülür. Bu değersizlik hisleri ve yetersizlik duyguları nedeniyle çocuk kendini geri çekmekte ve eyleme geçmemektedir. Günlük hayatında kolaylıkla yapabileceği aktiviteler için bile “bilmiyorum” veya “yapamıyorum” cevabı vermektedir. Yetersiz olduğunu düşündüğü için sevilmediğine inanan çocuk evde veya okulda sergilediği olumsuz tavır ve davranışları nedeniyle ceza almakta ve sonuçta yine az sevilen olmaktadır. Çocuk sevgi nesnesi olan anne ve babasına karşı hissettiği değersizlik ve suçluluk hislerini ‘beni hiç kimse sevmiyor’ cümlesiyle ortaya koymaktadır. Esasında depresif duyguları nedeniyle çocuk kendini eleştirmekte ve seilmeyi hak etmediğini düşünmektedir. Çocuğun dikkatsizlik sonucu yaşadığı kazalar veya

cezalandırılacağını bildiği eylemlere yönelmesi ise yaşadığı bilinçdışı suçluluk hislerinin göstergesi olarak ele alınmaktadır (Marcelli, 2003).

Şar' a göre (2008), çocukluk çağı depresyonunun başlangıcı ani veya yavaş yavaş olabilmekte depresif duygu durumun şiddetine göre kısa veya uzun sürebilmektedir. Depresyon birtakım bozukluklarla, özellikle DEHB ile komorbidite olabilmektedir. Ayrıca “bir iki semptomun varlığı depresyonu teşhis etmek için yeterli olmadığı için bu tür semptomların bir grup halinde, belli bir süre içinde meydana gelmesi halinde bozukluk olarak değerlendirilmesi gerekmektedir”(Janzen, Saklofske, 1991).

Doğangün ve Prinççi' ye (2011) göre çocukluklarda depresyon belirtileri maskeli biçimde olabilir bu nedenle dışarı yansıyan semptomlar ile içeride yaşananlar arasında paralellik göstermeyebilir. Dışarı yansıyan belirtilerin yanı sıra çocukta içeride gelişen depresif durumun fark edilebilmesi önemlidir. Ve sonuç olarak çocuğun iyileşebilmesi için dışsal belirtilerin birer manipülasyon olduğu gerçeğini kabul ederek içeride ruhsallıkta oluşan hasara yönelmek gerekmektedir. Bu bağlamda, “depresif duygulanıma karşı manik savunmaların ve bedensel dışavurumun (hareketlilik) kullanımı sıklıdır. Günümüzün popüler ruhsal rahatsızlığı olarak bilinen hiperaktivite depresyonla taban tabana zıt bir görsel tablo sergiler gibi görünse de aslında depresyonla iç içe olduğu düşünülmektedir. Depresyona karşı geliştirilen bir savunma düzeneği olarak nitelendirilmesi mümkündür. İçerideki annesel boşluk bir nevi hareketlerle, bedenin kullanımıyla, yok sayılmak istenmektedir. Boşluğu bilinç düzeyinde hissetmek, ruhsal olarak işlenmesi zor olan bir acıyı da beraberinde getirebileceğinden, bununla yüzleşmek sanki bu sürekli hareketlilik haliyle engellenebilmektedir” (Doğangün, Prinççi,2011).

Sonuç olarak “Depresyon çocuklarda yetişkinlerde farklı olarak irritabilite yani huzursuzluk şeklinde kendisini göstermektedir (APA,2001)”.Çocuklarda depresyon farklı septomlar olarak kendini göstermesi nedeniyle çocuklarda depresyon teşhisi kolay olmamaktadır. Özellikle çocuklarda 7 yaşına kadar dil kullanımı yetersizliği,yakınmalarını sözel olarak ifade etmekte zorluk yaşamaları, depresyon teşhisini zorlaştırmaktadır. Çocuklar duygusal durumlarını yetişkinler gibi sözel olarak ifade etmede zorluk yaşadığı için sıkıntılarını dışsallaştırarak yani davranışsal olarak ortaya koymaktadırlar (Ercan, Turgay, 2004). Buna karşın “bazı çocuklar ise depresyon sırasında genelde sakin, uyumlu ve normal göründüklerinden teşhis edilmeleri oldukça zordur ve nadiren yardım almaktadırlar. Ancak okul çağı çocukları genellikle okuldan kaçtıklarında, sıra dışı bir hareket yaptıklarında, sinir

krizleri geçirdiklerinde veya intihara teşebbüs ettiklerinde teşhis edilip yardım alabilmektedir.”(Şar,2008)

2.6.Ergenlik Döneminde Depresyon

Yapılan araştırmalarda çocuklukta başlayan depresyonların birçoğunun gençlik ve erişkinlik döneminde de sürdüğü belirtilmektedir (Birmaher,1996). Gelişimsel açıdan bakıldığında çocuk ve ergen depresyonları da farklı klinik özellikler göstermektedir. Ergenlik döneminde başlayan depresyonun ergenlik öncesi dönemde başlayan depresyona oranla erişkinlikte daha fazla devam edebildiği, erken başlangıçta kalıtımın önemli bir rolünün olduğu ve gelişimi olumsuz etkileyebileceği kabul edilmektedir (Şenol,2006)

Öncelikli olarak, ergenlik dönemi hem fiziksel hem ruhsal değişimlerin yaşandığı zorlu bir süreçtir. Bu süreçte çocuk değişimlere uyum sağlamaya çalışırken aynı zamanda kendi kimliğini bulabilmek için ebeveynleri ile arasına mesafe koyma ihtiyacı hissetmektedir. Bu hem ergen için hem de ailesi için kaygı verici bir durumdur fakat artık her iki taraf içinde bazı şeyler değişmek zorundadır (Dennis,1991). Bu değişim ve dönüşüm sürecinde “ergen bir yandan çocukluğuna dair olan sevgi nesnelere kaybetmektedir, diğer yandan da kendi çocukluğunu kaybetmektedir”(Bloss,1998). Bu bağlamda Parman, ergenliği yaşanan kayıpların ardından yas tutma süreci olarak nitelendirir. Bu süreçte yaşanan yas normaldir ve çocuğun gelişimi açısından çok değerlidir. Ancak bu sürecin olumlu şekilde tamamlanabilmesi için çocuğun yitirdiklerinin yerine yeni nesnelere koyması gerekmektedir (Parman, 1998). “Ergenin kaybettiği nesnelere yerine yeni nesnelere koyma süreci de çok kolay değildir çünkü bu yeni nesnelere kaybı da narsisistik yaralanmalara sebep olabilir. Dolayısıyla ergen ben’in fakirleşmesini ve kırılmaşmasını engellemek için kayıplarını reddetmeye bu yüzden de depresyona yatkınlamaşmaya başlayabilir” (Şahin,2011).

Ergenlerdeki depresyon belirtileri ise bazı yönlerden çocukluk çağı depresyonu ile benzerlik gösterse de ergenler depresyonu yetişkinler gibi yaşamaktadırlar (Bleiberg,1999). Bu bağlamda, Freud yetişkinlerde görülen depresyonu; değersizlik hissi, yaşamdan lezzet alamama, kendini suçlama, sık intihar düşünceleri gibi duygularla tanımlamaktadır. Bu durumların genelde, sevilen bir kişinin kaybedilmesi ancak bu yasın zamanla içselleştirilmesi ve unutulması yerine, giderek kızgınlık ve nefret haline dönüştüğüne dikkat çekmektedir (Freud,1917). Benzer şekilde “ergenlik döneminde depresyon sorunu da iç nesnelere

ilgilidir. Depresyon içsel kırılmalığı ortaya çıkarmak demektir ve bu da kişinin narsisistik dayanaklarına ve benliğin tüm güçlülüğüne dokunan bir şeydir. Bu anlamda yetişkinin tersine ergen depresyondan şikâyet etmez çünkü şikâyet etmesi kırılmalı ve zayıf olduğunu kabul etmesi ve karşı çıktıklarına bağımlı olduğunu göstermesi anlamına gelmektedir”(Sönmez, 2011).

Miller'e göre depresyon yaşayan çocuk ve ergenlerde ruh halinin sürekli inişli çıkışlı olması nedeniyle birden çok sapmanın etkileri gözükmektedir. Bu sapmalar ise düşüncelerde, duygularda, davranışlarda ve psikolojide olmak üzere dört bölüme ayrılmaktadır. “İlk olarak konsantrasyon olamama, kararsızlık, ölüm düşünceleri, değersizlik ve yoğun suçluluk duyguları düşüncelerde sıkça rastlanan sapmalardır. Bu dönemde yaşanan bunalım duygusu, mutsuzluk, aşırı tedirginlik, çeşitli faaliyetlere ilgi kaybı, çevredeki uyaranlara karşı aşırı hassasiyet, duygusal olarak kendini ifade etmekte güçlük ise duygusal sapmalar olarak görülmektedir. Kontrol edilemeyen öfke nöbetleri, sürekli tedirginlik ve yorgunluk davranışlarda görülen bozukluklardır. Son olarak depresyon süresince görülen aşırı uyku ya da uykusuzluk, aşırı ya da azalmış zevk duygusu, yoğun halsizlik psikolojik semptomlar olarak değerlendirilmektedir” (Miller; 2002).

Çocuk ve ergen depresyonlarının belirti yönünden farklılıkları incelendiğinde; İki uçlu duygulanım bozukluğu(taşkınlık ve çökkünlükle belirgin), seyrek de olsa ergenlik çağından başlayarak görülebilmektedir. Ancak daha erken çocukluk dönemlerinde taşkınlık pek belirgin olmamaktadır. Çocuğun genelde hareketlerinde coşkulu olması, çabuk neşelenmesi ve öfkelenmesi doğal olarak sık görüldüğünden çocukta hafif geçen bir taşkınlık dönemi ayırt edilemeyebilir. “Öte yandan depresif ergenlerde duygu, düşünce ve ilişkilerinde belirgin ve ani değişiklikler olabilir, bu nedenle algılama ve yargılamaları abartılıdır, ani karar verirler ve dürtüsel davranırlar” (Şenol,2006).

Çocuk ve ergen depresyon belirtilerinin incelendiği bir araştırmada ise çocuklarda somatik yakınmalar, psikomotor ajitasyon, fobi ve ayrılık anksiyetesi belirtileri yüksek değerlendirilirken buna karşın ergenlerde ise yaşamdan zevk alamama (anhedoni), aşırı uyuma, kilo kaybı veya kilo alma, umutsuzluk, intihar girişimlerinde ölüm riski daha yüksek değerlendirilmiştir (Ryan,1987). Bu bağlamda yapılan başka bir araştırmanın sonuçlarına göre depresyon geçiren çocuklarda uykusuzluk gözlenirken, ergenlerde uykuda artış olabilmekte, çocuklarda kilo değişimi az iken, ergenlerde sıklıkla değişmektedir (Costello,1993). Ayrıca

depresyon geçiren ergenlerde sosyal yaşamda geri çekilme, çevresine ve aktivitelere karşı ilgi kaybının yanı sıra arkadaş ilişkilerinde bozulma, okul başarısında düşme, evden kaçma, madde-alkol kullanma eğilimi görülebilmektedir (Şenol,2006).

2.7. EPİDEMİYOLOJİ

Araştırmacılara göre duygu durum bozukluğu olan çocuk ve ergenlerle ilgili çalışmalar uzun bir süredir yürütülüyor olmasına rağmen bazı kavram yanlışlıkları bu konuda gelişim ve ilerleme kaydedilmesini geciktirmektedir. Bunlardan ilki; duygu durum bozukluğunun yetişkinlik öncesi nadir görüldüğü varsayımı olarak açıklanmaktadır (Antony ve Scott 1960). İkincisi ise duygu durum rahatsızlığı, çocuk ve ergen gelişiminin kendi kendini sınırlayan ve normatif bir yönü olması şeklindedir (Douvan ve Adelson 1966). Son yirmi yılda yapılan araştırmalar her ikisinin yanlış inançlar olduğunu ve çocukların da depresif olabileceklerini çok açık bir şekilde ifade etmektedir (Ronald ve ark. 2001).

Günümüzde çocuk ve ergenlerde görülen duygulanım bozuklukları ciddiye alınmakta ve önemslenmektedir. Özellikle çocukluk ve ergenlik dönemi depresyonu ile ilgili çok sayıda araştırma yapılmış ve yapılmaya devam edilmektedir. Bu konuda yapılan araştırmalarda elde edilen bulgular 13 yaş altı (ergenlik öncesi) kız ve erkek çocukların büyük bir kısmının depresyondan muzdarip olduğunu göstermektedir (Angold, Costello, & Worthman, 1998, 1999). Angold and Costello tarafından (2001) yapılan araştırmanın sonuçlarına göre; okul çağındaki çocukların ve ergenlerin % 2 civarında şiddetli unipolar depresyon görülürken diğer % 4'ünde ise hafif-orta dereceli depresyon olduğu saptanmıştır (Trowell,2011).

Birmaher ve arkadaşlarının (1996) çocuk ve ergenlerde depresyonun yaygınlığının incelemek amacıyla yaptığı çalışma sonucunda elde ettiği bulgular; erken başlangıçlı majör depresif bozukluğun (MDB) ve distimik bozukluğun (DD) oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu bozuklukların daha sonra yetişkinlikte sıklıkla devamlılık gösterdiği ve bunun psikiyatrik ve psikososyal anlamda çok çeşitli olumsuz sonuçları olduğu öngörülmektedir (Birmaher ve ark.1996).

Bu bağlamda Miller 'çocuklarda depresyon' isimli kitabında, psikiyatri kliniklerine gönderilen 7 ila 12 yaş arası çocukların %10 ile %20 arasında bir oranda depresyon yaşadığını belirtirken bu oranın kliniklere gönderilmemiş küçük çocuklarda %2,5, ergenlerde ise % 8,5

olduğu vurgulamaktadır (Miller, 2002). Şenol'a göre ise "çocuk kliniğinde yatan hastaların %7 sinde, çocuk psikiyatrisi kliniğindeki hastaların %28 inde ve yatarak tedavi gören ergenlerin % 27 sinde depresyon belirlenirken çocuk psikiyatrisine başvuran çocuk ve ergenlerin ise % 20 sinde depresyon saptanmaktadır" (Şenol, 2006).

Araştırmalara göre ergenlik döneminde, bir depresif atak oluşumu için kümülatif risk % 5'ten % 20 lere yükselmektedir. Bunun nedeni ergenliğin hem fiziksel hem ruhsal değişimin ve dönüşümün yaşandığı önemli bir dönem olmasıdır. Bu dönemde yaşanan biyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler depresyon yaşama riskini artıran faktörler olarak açıklanmaktadır (Thapar 2012, Hankin 1998). Bu bağlamda, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümüne başvuran ergenlerin klinik özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada, " kliniğe başvuran erkeklerin sayısı kızlara oranla daha fazla iken ve erkeklerin yaş ortalamalarının kızlara oranla daha düşük olduğu görülmüştür. En sık görülen tanılar yıkıcı davranım bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozukluklarıdır "(Akdemir, Çetin, 2008).

Bu konuda yapılan çalışmalarda elde edilen en tutarlı bulgularından biri ise depresyon gelişiminin cinsiyete göre çeşitlilik gösterdiği yönündedir. Araştırmalara göre, ergenliğe geçiş sürecinde yaşanan sıkıntılar sonucunda ortaya çıkan semptomlar nedeniyle, 7 ila 12 yaş arası erkek çocuklarda depresyon gelişim oranı aynı yaştaki kız çocuklarına göre iki kat daha fazla görülmektedir. Buna karşın, depresif semptomlar 12 yaş üstü kız çocuklarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülmektedir (Miller, 2002). Bu farkın nedenleri tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte, aslında tek başına depresyona neden olmaktan daha çok çevresel stres duyarlılığını arttırmada etkin olan hormonal değişikliklerin bu fenomende bir role sahip olduğu ileri sürülmüştür.

Son olarak araştırmalara göre; duygu durum bozukluğu olan veya depresif bozukluk geçirmiş çocukların %70 inin tekrar depresyon yaşaması muhtemeldir. Bu da çocuklukla geçirilmiş depresyonun gelecek yıllarda olası bir depresyon vakası için önemli bir etken olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte çocukluk döneminde ilk depresif vakayı yaşayan kişilerde unipolar (tek yönlü) depresyondan bipolar (çok yönlü) depresyona geçme riskinin yüksek olduğu ifade edilmektedir. Yetişkinlerin %10'u major depresyondan sonra

bipolar depresyona geçiş yaşamaktayken bu oranın çocuklarda % 20 ila % 30 arasında olduğu da bildirilmektedir (Miller,2002).

2.8.Komorbidite

Epidemiyolojik alışmalar, depresyonu olan ocuk ve ergenlerin %40-90' ında depresyona eşlik eden bir psikiyatrik hastalık bulunduğunu belirtmektedir. Bunlar sırasıyla anksiyete bozuklukları, distimik bozukluk (DD) , yıkıcı davranım bozuklukları (YDB) , karşı olma karşı gelme (KOB-KGB), DEHB (dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu) ve alkol-madde kullanımı olarak bildirilmektedir. (Birmaher ve ark. 1996, Lewinsohn ve ark. 1998, Parker ve Roy,2001) .

Bazı çalışmalarda komorbidite dağılımının yaşa ve cinsiyete göre değişkenlik gösterdiği belirtilmektedir. Bu çalışmalara göre küçük çocuklar da sıklıkla Ayrılma Anksiyete Bozukluğu, DEHB komorbid olarak görülürken ergenlerde ise DB, madde bağımlılığı, davranış bozuklukları depresyona eşlik eden psikiyatrik bozukluklar olarak görülmektedir(Erdoğan ve Tamar 2002). Cinsiyete göre değişkenlik incelendiğinde, depresif erkeklerde sıklıkla davranış bozuklukları ve madde kullanımı bozuklukları komorbid iken kızlarda anksiyete ve yeme bozuklukları daha sık görülmektedir (WHO, 1992).

Yapılan araştırmalara göre, depresyon ile belirtileri en fazla örtüşen psikiyatrik hastalık anksiyete bozukluklarıdır; bu grupta ise yaygın anksiyete bozukluğu, agorafobi, sosyal fobi, ayrılma anksiyetesi, alt ıslatma (enürezis), obsesif kompülsif bozukluk (OKB) yer almaktadır. Bu nedenle depresyon tanısı almış ocuk ve ergenlerin neredeyse dörtte nn hastalık öyküsüne bakıldığında en az bir anksiyete bozukluğu olduğu belirtilmektedir (Ronald ve ark. 2001). Bu bağlamda yakın zamanda yapılan bir araştırmada çocukluk ağı depresyonunun anksiyete ile eş zamanlı hastalık olması durumunda depresyonun şiddetini ve süresini artırdığı ve tedaviyi de zorlaştırdığı da ileri sürülmektedir (Cole ve ark.1998).

Depresyona eşlik eden diğer bozukluklar ise; YDB, KOB-KGB, DEHB-dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğudur. Öncelikle davranış bozuklukları ve madde kullanımı bozuklukları depresyon dönemleri ile önemli ölçüde ilişkili olup ocuk ve ergen depresyonu ile eş zamanlı hastalıktır. Özellikle ergenlerde erken başlangıçlı madde kullanımı depresyon belirtilerini artırırken depresyonun seyrini de olumsuz anlamda etkilemektedir. Bu ocuklarda; davranış bozuklukları, daha uzun süreli ve tekrarlayan depresif ataklar, artan

intihar riskinin yanı sıra aile, okul ve sosyal alanlarda işlevsellikte bozulma gözlenmektedir (Parker ve Roy, 2001). Bu bağlamda bazı araştırmacılar, davranış bozukluğunun depresyon ile eş zamanlı hastalık olduğu durumlarda depresyonun zamanla azalabildiğini fakat bu süreçte sosyal uyum ve becerinin düşük olması nedeniyle sonucun kötü olabileceğini belirtmektedir (Kovacs & Mukerji,1997).

Diğer yandan, Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NCS) tarafından yapılan anket çalışmasında, bir duygudurum bozukluğu olan bipolar I ve bipolar II bozukluk tanısı alan ergenlerin % 60-90'ında en az bir diğer psikiyatrik bozukluğun eş zamanlı hastalık olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada, bipolar bozuklukla ilişkili birçok bozukluk olmasına rağmen, özellikle YDB, DB ve DEHB öne çıkan bozukluklar olarak ifade edilmektedir (Kessler ve ark. 2003). Bu bağlamda Miller depresyonun bazı semptomlarının DEHB'nin sonucunda ortaya çıktığına dikkat çekmektedir Çünkü davranış bozukluğu olan çocuklar eğitim hayatında başarısızlık, sosyal yaşamda problemler ve değersizlik duygusu yaşamaktadır. Ayrıca Miller'e göre ve depresyon teorileri arasında ilginç benzerlikler ve farklar mevcuttur; her iki bozuklukta sinir iletkenleri ve mekanizmaları farklı olmasının yanı sıra çevresel etkenler de belirli bir farklılığa sahiptir. DEHB ve depresyon ortak semptomlarını ise uyku bozuklukları, konsantre olamama, dikkat dağınıklığı ve heyecan olarak belirtilmektedir. Sonuçta ayırıcı tanı için çocuğun aile geçmişine, davranış kalıplarına ve hastalığın başlangıç yılına bakılması gerekmektedir (Miller,2002).

Benzer şekilde, Mc Quade ve arkadaşlarının (2011) DEHB tanısı almış 88 erkek çocuk ile yapmış olduğu boylamsal bir çalışmada da DEHB ile depresyon arasındaki ilişkiye dikkat çekilmektedir. Bu çalışmada çocukların kendilik algısı ile depresif semptomlar ve yüklenme tarzları arasında ilişki incelenmiştir. Bu inceleme süresince, özellikle eğitim, sosyal yaşam ve davranış gibi temel alanlarda, depresif semptomların ve depresif yüklenme tarzlarındaki değişimin aynı zamanda çocukların kendilik algısının değişiminin önemli bir göstergesi olduğu belirtilmiştir. Araştırma bulgularına göre, özellikle sosyal alanda çocukların kendilik algısının yetersizliği ve zayıflığı ilerleyen süreçte ciddi depresif belirtilerin ve depresif yüklenme tarzının habercisi olduğu vurgulanmaktadır. Araştırma sonucunda, bu çocukların zaman içerisinde kendileri, durumları ve gelecekleri konusunda olumsuz bilişler geliştirmemesi için erken dönemde çocukların duygulanımın ve kendilik algısının korunması ve desteklenmesini anlamında yapılan çalışmalara olumlu geri bildirimleri olduğu belirtilmektedir (Mc Quade ve ark.2011).

Özetle, depresif bozukluklarda eş zamanlı hastalığın varlığı hem klinik tanı hemde işlevsellik açısından çok önemlidir. Özellikle DB tanısı alan çocuk ve ergenlerin yaklaşık % 70' inde zamanla MDB epizodu geliştiği belirtilmektedir (Robertson ve ark. 2002). MDB ile DB 'nin eş zamanlı hastalık olması durumunda ise; "DB veya MDB'nin yalnız başına ortaya çıktığı durumlara göre, daha uzun şiddetli ve tekrarlayan depresif nöbetler ve artmış özkıym, sosyal ve işlevsel bozulma ortaya çıkmaktadır"(Parker ve Roy 2001). Benzer şekilde, anksiyete bozukluğunun depresyon ile eş zamanlı hastalık olması durumunda; depresif belirtilerin şiddeti ile süresinde artış, intihar riski, psikoterapiye olumsuz yanıt veya madde kullanımı bozuklukları için yüksek risk gözlenmektedir. Buna karşın, YDB eş tanısı olan depresif ergenlerde melankoli belirtilerinin ve depresyon tekrarlama riskinin daha az olduğu belirtilirken bu çocuklarda suça yönelim ve yüksek oranda suç davranışı olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca bu çocuklar, sadece depresif hastalığı olan hastalara oranla, plasebo etkisine daha olumlu yanıt vermektedir (Robertson ve ark. 2002).

Sonuç olarak, yapılan çalışmalar eş zamanlı hastalıkların çocuk ve ergen depresyonunun görüngüsel bir özelliği olduğunu belirtirken erişkin başlangıçlı olgulara göre erken başlangıçlı olgular da eş zamanlı hastalık sıklığının daha yüksek olduğunu da göstermektedir (Angold & Costello, 2001).

2.9.ETİYOLOJİ

Çocuk ve ergen depresyonun etiyolojisi incelendiğinde; depresyonun ortaya çıkmasında tek bir risk etkeni sorumlu tutulmamakta, birçok faktörün depresyon gelişiminde etkin olduğu görülmektedir. Bu bölümde ele alınacak olası etkenler ise genetik etkenler, nörobiyolojik etkenler, çevresel ve psikososyal etkenler olarak sıralanmaktadır. Bunların yanı sıra aile ortamının ve farklı anne baba tutumlarının çocuklarda duygurudurum bozukluğu ve depresyon gelişimi üzerine etkisi ele alınacaktır.

2.9.1.Genetik etkenler

İlk olarak, depresyonun genetik olup olmamasına dair yapılan araştırmalar sonucunda gençlerin depresif olmasının altında çevresel ve genetik faktörlerin karışımının yattığı belirtilirken her iki açıdan da ailenin çok önemli olduğu bildirilmektedir. Bu bağlamda

yapılan çalışmalar MDD (Major Depression Disorder)' nin unipolar (tek kutuplu) depresif bozukluğu olan yetişkinlerin çocuklarında 3-4 kat fazla olduğunu göstermiştir (Strober, 2001).

Yapılan bir takım çalışmalarda duygu durum bozukluğunun, anne babaları duygusal açıdan hasta olan çocuklarda daha yaygın olduğu belirtilmektedir. İlk olarak Kaslow ve arkadaşlarının 1994 yılında yaptığı çalışmaya göre “ebeveynlerden biri depresyon tanısı aldığı anda ya da hayatının herhangi bir döneminde depresyon öyküsü yaşamışsa çocuk için depresyon riski %15 daha yüksek olmaktadır. Ebeveyni depresyonda olmayan çocuklarla karşılaştırıldıklarında ebeveynlerinden birinde depresyon olan çocuklar 6 kez daha risk altındadırlar. Hem anne hem de baba depresyon tanısı almış ise bu risk %40'a kadar yükselmektedir” (Gökçe, 2007). Benzer şekilde, ebeveyn patolojisi ve çocuk arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmada da çocuklarda distimi oranları kontrol grubunda (unipolar depresyonu olmayan yetişkinlerin çocuklarında) 0-6% iken unipolar affektif bozukluğu olan yetişkinlerin çocuklarında risk 8-32% olarak bulunmuştur (Trowell, 2011). Elde edilen bu veriler çocuk ve anne-baba psikopatolojisi arasındaki anlamlı bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. Ancak bunun genetik faktörlerle ilişkili olup olmadığı veya çevresel bozulma ve zorluklardan kaynaklanıp kaynaklanmadığı bilinmemektedir.

Kovacs ve Sherill'e göre, diğer demografik değişkenlerle birlikte, ebeveyn depresyonunun şiddetive kronikleşmesi çocuklarda genel anlamda fonksiyonel yetersizliğe yol açmaktadır. Ayrıca bu araştırmacılar çocukların depresif bir babadan ziyade depresif bir anneden daha çok etkilendiğine dikkat çekmektedir (Kovacs ve Sherill, 2001). Bu bağlamda Najman ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yapılan araştırmalarda “depresyon tanısı almayan annelerin çocukları ile karşılaştırıldıklarında depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının, klinik olarak anlamlı düzeyde içe yönelim ve dışa yönelim problemlerini daha fazla sergiledikleri ve bu çocuklarda majör depresyon, kaygı, antisosyal davranışlar, davranım bozukluğu ve madde kullanımı bozukluğu oranlarının oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir” (Najman ve ark. 2000).

Öte yandan ikiz veya evlatlık edinilmiş çocuklarda erken başlangıçlı depresif bozukluk üzerine yapılmış çalışma sayısı yetersiz bulunsa da, tek yumurta ve çift yumurta ikizleri arasında yapılan çalışmalar depresyonun genetik faktörlerle ilgisi olduğunu ortaya koymuştur. Bipolar depresyon tanısı alan ikizler üzerinde yapılan araştırmaya göre, tek yumurta ikizleri

%50 ile %92,5 oranında depresyon yaşarken çift yumurta ikizleri arasında bu oran %0 ile %38 arasında bulunmuştur (Miller,2002).

Depresyon oluşumunda önemli bir faktör olan biyolojik etkenler incelendiğinde üç ana kavram olan genetik, sinir iletkenleri ve hormonlar ele alınmaktadır. Öncelikle Beyin hücreleri ve nöronlar arasında iletişimi sağlayan kimyasal maddelere sinir iletkenleri adı verilmektedir. Depresyona etki eden iki sinir iletkeni serotonin (5HT)ve norepineperin olarak bilinmektedir. Bu iki nöron arasında oluşacak bir boşluk ve yetersiz iletişim nedeniyle depresif duygu durum oluştuğu düşünülmektedir (Miller, 2002).

Son olarak, depresif çocuklar ve yetişkinlerin yakınları ile yapılan bir anket çalışması genel popülasyondaki bireylere oranla bu kişilerde duygu durum bozukluğunun gelişmesinin daha olası olduğunu göstermiştir. Ancak buna rağmen çocuk depresyonun ne kadarı genetik faktörlerden kaynaklı ve ne kadarının olumsuz çevre şartlarının sonucu olduğu belirsizliğini korumaktadır. Ancak genetik faktörlerin bazı yaşam olayları yaşama riskini artırırken aynı zamanda bu yaşam olaylarının olumsuz etkilerine karşı direnci yani incinebilirlik seviyesini düşürdüğü bildirilmektedir (Kovacs, Devlin,1997).

Çocuk ve ergen depresif bozukluklarının biyolojisi üzerine olan araştırmalar ise yetişkin depresyonunun gerisinde kalmıştır. Bazı açılardan erken başlangıçlı depresyonun biyolojisi ile geç başlangıçlı depresyonun biyolojisi benzer olması olasıdır. Fakat bu durum tüm yönleriyle böyle olmayabilir. Sınırlı sayıda bazı kanıtlar mevcuttur. Bu konuda yapılan çalışmalarda Depresif ergenlerde önerilen 5-HT sistemi ve indirgenmiş 5-HT trombositlerdeki taşıyıcı protein seviyelerinde anormallik, seçici serotonin geri alım inhibitörlerinde bir olumlu yanıt (SSRIs),ve özellikle de kortikosteroid fonksiyonu ile ilgili olarak, endokrin işlevselliğinde anormallik gözlemlenmiştir. Ancak bu anormallikler travma sonrası stress bozukluğu ya da diğer çocuk psikiyatrik bozuklukları veya hastaneye yatış gibi stresli durumlarda ortaya çıkan depresyona özgü olarak görülmemektedir (Coghill ve Usala, 2006)

Yapılan bazı araştırmalarda ise ergen depresyonlarında herhangi bir endokrin bozukluğa bağlanamayan hormonal bozukluklar belirlenmiştir ve olası aday hormonlar olarak, melatonin, tiroid hormonları, prolaktin, büyüme hormonu ve kortizol sayılmaktadır (Şenol, 2006). Bazı araştırmacılara göre de *Corticotropin releasing factor* (CRF) depresyonla direkt ilişkisi bulunan hormon olarak uykusuzluk, iştahsızlık ve endişe gibi depresyon

semptomlarına neden olmaktadır (Arborelius ve ark.1999). Bunlarla birlikte Jeffrey Miller “Diathesis adı verilen depresyona doğru biyolojik, nörolojik ve genetik bir eğilim” olabileceğinden bahsetmektedir. Diathesis kişinin psikolojik ve genetik açıdan incinebilirlik seviyesini ve bu seviyeye göre değişen depresyon belirtilerini inceleyen bir stres modeli olarak da açıklanmaktadır. Miller’e göre depresyon sürecinde biyolojik etkenlerin yanı sıra diathesis stres modelinin de göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Çünkü yapılan araştırmalar depresif kişiler stres altında iken daha fazla CRF salgıladığını göstermektedir. Bu durum iyileşmeyi geciktirmekte ve hatta depresyonun kronikleşmesine neden olabilmektedir (Miller, 2002).

2.9.2. Psikososyal Etkenler ve Aile Tutumları

Daha önce de belirtildiği, çocukluk çağı depresyonlarının oluşumunu açıklamada genetik etkenlerin yanı sıra psiko-sosyal etmenler, çevresel etkenler, aile ortamı ve anne baba tutumları da depresyonu tetikleyen etkenler olduğu düşünülmektedir.

Bu bağlamda Goodyear ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada belirli olumsuz koşulların ve yaşam olaylarının çocuklar ve ergenler üzerindeki etkisini ve zihinlerindeki gelişme durumunu incelenmiştir. Bu incelemelere göre yaşam olayları dört gruba ayrılmaktadır. İlk sırada yaşamı bölen kazalar, doğal afetler veya toplumsal krizler gelmektedir; bu olaylar çocuk ve ergenlerin gelişimini sekteye uğratmakta ve olumsuz izler bırakmaktadır. İkinci sırada kayıp veya ölüm nedeniyle kalıcı ayrılıkların yaşanması gelmektedir. Üçüncü sırada olumsuz bir yaşam olayı olarak aile bireylerinden (anne baba veya kardeşler gibi) herhangi birinin zarar görmesi gelmektedir ve bütün aileyi derinden etkileyen bu yaşam olayı nedeniyle uzun süre stres altında kalan çocuk ve ergenlerin duygudurumunu bozulabilmektedir. Son sırada ise bir sınav başarısızlığı veya bir ilişkinin bozulması sonucunda yaşanan kişisel hayal kırıklıkları gelmektedir (Goodyear ve ark.1997).

Miller bu yaşam olayları arasında özellikle sevdiği birini kaybetmenin çocuklarda depresyona neden olabileceğini belirtmektedir. Ayrıca kayıp karşısında çocukların verdikleri tepkilerde farklılaşmaktadır. Miller’ e göre “yaşı büyük çocuklarda, ergenlerde bu durum bunalım ve uyum sağlama problemlerine sebep olurken yaşı küçük ve zaten depresif bir çocukta çok yıkıcı etkiler oluşturmaktadır” (Miller, 2002).

Şenol ise oyun çağı çocuğunda depresyonu stres etkenlerinin ortaya çıkardığını belirtir. Bu dönemin en önemli stres faktörleri ise çocuğun yaşamındaki değişikliklerdir.

Bunlar, ölüm nedeniyle çocuğun sevdiklerini kaybetmesi veya anne babanın boşanması gibi çocuğu ciddi anlamda etkileyen değişiklikler olabileceği gibi taşınma nedeniyle çocuğun arkadaşlarından, okulundan ayrılması gibi sosyal yaşamını etkileyen çevre değişiklikleri de olabilmektedir. Özellikle anne babanın boşanması veya aileye yeni bebeğin katılması ile çocuğun anneden aldığı yakın ve yoğun ilişkiyi birden kaybetmesi çocuk için kabullenilmesi zor ve stres verici bir durumdur (Şenol,2006). Bunlarla birlikte aile düzeninin ve uyumunun yok olduğu ve aile içi çatışmaların yaşandığı ortamlar önemli bir stres etkenidir. Bu ortamlarda sıklıkla gözlenen ebeveynlerinin ilgisizliği, sürekli utanç duygusu yaşama, ayıplanma ve taciz gibi olumsuz deneyimler çocuğun psikolojik gelişimini olumsuz anlamda etkilemekte ve depresyona sürüklemektedir (Schore, 2001).

Bazı araştırmacılar erken dönemde yaşanan olumsuz olaylarının yanı sıra ebeveyn psikopatolojisinin de çocuklarda depresyonu tetikleyen risk faktörlerinden biri olduğuna dikkat çekmektedir. Bu araştırmacılara göre anne veya babada psikiyatrik bozukluk olması da çocuk için ciddi bir risk faktörüdür; depresif ebeveynlere sahip olmak çocuğun sosyal ve duygusal sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir (Akın ve ark.2013). Bu bağlamda Hammen ve Brennan (2001) tarafından yapılan bir çalışmada; depresif ergenler ve depresif anneler arasındaki ilişki incelenmektedir. Elde edilen bulgulara göre ‘sağlıklı’ annelere sahip depresif çocuklar ile karşılaştırıldığında depresif ebeveyne sahip depresif ergenlerin daha fazla davranış bozukluğu gösterdiği bulunmuştur (Beatti, 2005). Benzer şekilde Chen ve Rubin (1995) tarafından yapılan çalışmada da sağlıklı ebeveynlere sahip çocuklarla karşılaştırıldığında depresif ebeveynlere sahip çocukların daha mesafeli ve soğuk oldukları ve düşmanca davranışlar sergilediği gözlenmiştir. Bunun nedeni çocuklar ve ebeveynleri arasındaki olumsuz ilişkinin çocuğun kendisi ve ailesi hakkında olumsuz bilişler geliştirmesi olarak açıklanmaktadır. Bu olumsuz bilişler çocuklarda kontrol eksikliği duygusu ve yüksek çatışma riski ve düşük benlik saygısına neden olmaktadır (Beatti, 2005).

“Karabekiroğlu ve arkadaşlarının 2008’de yapmış oldukları çalışmada ise küçük çocuklardaki psikiyatrik sorunlar ile anne ve babalarındaki depresif duygudurum arasındaki ilişkinin ve cinsiyetin bu ilişki üzerine olan etkisinin araştırılmıştır. Araştırmanın sonucunda; erken çocukluk döneminde gözlenen psikiyatrik sorunlar ile özellikle aynı cinsiyetteki ebeveynin depresyonu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca, bulgular erken

çocukluk döneminde kız çocuklarının psikiyatrik yakınma gelişimi açısından sosyal stres etkenlerine daha duyarlı olduklarını düşündürmektedir” (Karabekiroğlu ve ark. 2008).

Gökçe'nin 2007 yılında depresyon tanısı alan annelerin çocukları ve aileleri hakkında yaptığı çalışmaya göre; annenin depresyonda olduğu durumda, çocuklar depresyon ve diğer psikolojik rahatsızlıklar açısından risk altındadırlar. Depresyonda olan annelerin çocukları ile iletişim kurmakta zorlandığını, çocuklarına uygun bakımı veremediğini ve onları ihmal ettiğini belirtmektedir. Bunlarla birlikte depresyon annenin tutumunu da olumsuz manada etkilemektedir. Yazın çalışmasının sonucunda Gökçe depresif annenin tutumunu şu cümlelerle tanımlamaktadır: “depresyonda olan anne çocuğunu reddedebilir, ondan uzaklaşabilir ya da ona karşı eleştirel olabilir. Annenin bu davranışları çocuğu önemli ödüllere mahrum bırakmasının yanında disforik bir duygu halinin oluşumuyla sonuçlanır. Depresyonda olan anneler çoğunlukla çocuklarının ilgi, sevgi ve şefkat istemlerine karşı gözle görülür derecede duyarsız ve tepkisiz kalırlar. Tepki verdiklerinde ise, çocuğun isteğini yanlış değerlendirebilmekte ve buna bağlı olarak da çoğunlukla uygun olmayan bir şekilde davranabilmektedirler. Sonuç olarak da çocuğun kafası karışmakta, kontrol eksikliği yaşamakta ve olumsuz duygulanımlar sergilemektedir (Gelfand ve Teti, 1990; Herring ve Kaslow, 2002, Elgar ve ark. , 2004)” (Gökçe,2007).

Bunların yanı sıra, Cummings (1995) ebeveyn depresyonu nedeniyle aile ortamında yaşanan herhangi bir değişikliğin çocukların duygudurum bozukluğu geliştirme riskini artırdığını belirtmektedir. Bu bağlamda Cummings ebeveyn psikopatolojisi ile çocuk arasında ortaya çıkan bir kısır döngü teorisinden bahsetmektedir. Bu teoriye göre öncelikli olarak çocukların yaşadığı duygusal sıkıntılar ebeveynleri de olumsuz anlamda etkiler ve depresyona neden olabilir. Ebeveynin depresyonda olması ise sonuçta yine çocuğu etkilemektedir. Eğer çözüm aranmaz ve tedavi edilmezse bu durum karşılıklı bir etkileşim olarak kısır bir döngü şeklinde devam edebilir. Bu noktada Cummings, bazen depresif ebeveynden ziyade depresif ebeveynlerden kaynaklanan aile ortamındaki değişikliklerin çocukların depresif olmasına neden olduğunu vurgular. Bu nedenle depresyon başlangıcında ebeveynlerinin depresyonundan daha çok aile içindeki sorunlar ve evlilik çatışması daha belirleyici olmaktadır (Cummings, 1995).

Son olarak Goodyer ve Herbert tarafından 13 ve 16 yaşları arasındaki çocuklarda yapılan araştırmada; depresyonun tüm bölümleri ve aşamalarının depresif atak öncesi yüksek

düzeyde depresif belirtileri olan bireylerde olduğu gözlenmiştir. Bu gençlerin ebeveynlerinde psikiyatrik bozukluk olduğu, uyumsuzluk, ölüm ve ayrılıklar gibi psikososyal riskleri olduğu belirtilmektedir. Çalışmanın sonuçlarına göre; kişisel hayal kırıklıkları, kalıcı ayrılıklar veya kayıplar depresyona yol açan ve en büyük etkiye sahip olan risk faktörleridir. Kendine veya başkalarına yönelik tehdidin depresyonu tetiklemediği gözlemlenmiştir. Tetikleyici faktörler ve olaylar göz önüne alındığında kızların olayları daha çok geriye dönük olarak bildirmelerine rağmen cinsiyet konusunda önyargı gözlemlenmemiştir. Fakat çalışmaya katılan bütün depresif gençler zor hayat tecrübeleri yaşamamıştır. Depresif gençlerin yaklaşık yarısı bu tür zor yaşam olaylarını tecrübe etmiştir. Diğer yarısı herhangi tetikleyici bir olay olmaksızın yavaş başlangıçlı depresyona sahiptir. Sonuç olarak yaşam olaylarının depresyon üzerindeki etkilerini incelerken yakın zamanlardaki olayların yanı sıra uzun vadeye de bakılmasının önemli olduğu görülmüştür (Goodyer ve Herbert, 2000).

Yapılan araştırmalara bakıldığında, elde edilen bulguların farklılaşması nedeniyle araştırmacıların görüş ayrılıkları yaşadığı görülmektedir. Bazı araştırmacılar çocukluk çağında zamansız ve erken yaşanan stres verici yaşam olaylarının daha sonra yaşanacak zorluklar karşısında depresyona yatkınlığı artırdığını düşünmektedir (Bifulco, 1987; Teicher, 2002). Öte yandan bazı araştırmacılara göre ise daha sonra benzer olaylar olsa da erken yaşamdaki olayların büyük bir depresyona yol açtığına dair çok kuvvetli bir destek yoktur. Aksine mevcut depresyona yatkınlıklar bireyin geçmiş yaşamındaki olumsuz olayların sebep olduğu düşük ruh hali veya kişilik özellikleri ile ilgili olabilmektedir (Berney, 1991; Goodyer, 1985). Her iki düşünceyi de dikkate alan Lewinsohn ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları boylamsal bir çalışmada da depresyonun tekrarlanması bireyin düşük ruh hali ve olumsuz bilişleri ile ilişkilendirilirken aynı zamanda majör yaşam stresinin depresyon başlangıcı ya da tetikleyici faktör ile ilgili olduğu da belirtilmektedir. Bu bağlamda Conner olumsuz yaşam deneyimlerin sonucu olarak; kendine, dünyaya ve geleceğe olumsuz bakış, öğrenilmiş caresizlik, problem çözme yeteneklerinden yoksunluk gibi etkenlerin de depresyon için risk faktörü olduğunu vurgulamaktadır (Conner, 2003).

Sonuç olarak yaşam olayları tek başına klinik bir depresyona yol açmamakta, ama diğer etkenlerle etkileşerek depresyonun gelişiminde rol oynamaktadır (Paykel, 1978; Lloyd, 1980). Ayrıca psikososyal etmenler çocuklarda yaşanan depresif atak süresini etkileyebilmektedir. Bu süreçte yaşanan yalnızlık, iletişim problemleri veya anne babanın olumsuz eleştirileri iyileşmeyi geciktirebilmektedir. Bu nedenle iyileşme sürecinde ailenin

işlevselliği ve akran ilişkileri çok önemli bulunmaktadır. Çocukların depresyon süresince sürdürdükleri arkadaşlıklar iyileşme üzerinde güçlü bir etkiye sahip olabilmekte ve tedaviyi olumlu etkilemektedir (Goodyer ve ark. 1997).

2.9.3.Aile dinamiği ve işlevselliği

Çocuğun psikososyal gelişiminde ailenin dinamiği ve işlevselliğinin belirleyici bir role sahip olduğu bilinmektedir. Çocuğun sağlıklı bir birey olarak yetişmesi ve topluma kazandırılması noktasında aile önemli bir görev üstlenmektedir. “Aynı zamanda aile, yaşam döngüsünde bireyler arası etkileşimlerin yaşandığı bir dinamiktir. Bu nedenle, bir diğer açıdan aile, çok çeşitli nedenlere bağlı olarak sorunların, çatışmaların, huzursuzluk ve doyumsuzlukların yaşandığı bir ortama dönüşebilir” (Kargı ve Akman, 2006).

Bu bağlamda Munichin (1978) aile işlevleri ve süreçleri üzerine yaptığı incelemelerde aile içinde üç alt sistemden bahseder: eş olma, ebeveyn olma ve kardeş olma. İlki aile için özellikle önemlidir çünkü etkili eş olma alt sistemleri çocukların güvenliğini sağlayarak sorumluluğu öğretmeyi hedeflerken eş olma sistemindeki bozukluk ise aile içine yansiyabilir ve çocuklar anne-baba arasında gel-gitler ile hırpalanabilir. İkincisi, etkili ebeveyn olma alt sisteminde; çocuk bakımı, beslenme, gözetim, disiplin ve sınırları belirleme mevcutken, sistem bozulduğunda uyumsuzluk, istikrarsızlık ve çatışmalar görülebilir. Kardeşlik sisteminde ise istenen üyelerin işbirliği içerisinde birlikte hareket etmesi, rekabet ve sonrasında dayanışma göstermeleridir. Bütün bu sistemler arasında görünmez çizgilerin önemini vurgulayan Munichin (1978) sınırlar korunmadığında sistemin bozulabileceğine işaret etmektedir. Ona göre; aile içindeki sınırlar çok katıdan, aşırı derecede kısıtlayıcı, belirsiz olmaya kadar değişiklik gösterebilir. Aşırı derecede katı olan sınırlar, üyelerin birbirlerinden uzak oldukları ‘kopuk’ aileleri oluştururken; belirsiz sınırlar, üyelerin rollerinin birbirine karıştığı ve iç içe ilişkilerin yaşanmakta olduğu ‘enmeshed’ aileleri tanımlamaktadır (Corsini ve ark. ,2012).

Corey’in aile sistemleri bakış açısına göre ise; bireyin tam olarak anlaşılması için, birey, ilişkilerinin bütünlüğü içinde ele alınmaktadır. Ailenin bütün bireyleri arasında karşılıklı etkileşim ortaya çıkmaktadır. Ailenin bir üyesinin gelişimi ve davranışı, ailenin diğer üyeleri ile yakından ilişkilidir. Buradaki ilişki birbirinden ayrılmaz, iç içe geçmiş bir yapıdır. Belirtiler aile içinde yerleşmiş olan alışkanlıkların belirtisi olarak görülmektedir. Bireyin

sorununu, yalnız uyum bozukluğuna, geçmişine ve gelişimine değil, aynı zamanda içinde bulunduğu sistemin, ailenin işlevselliğine bağlayan bir bakış açısının kökten yenilikçi bir tutum olduğu açıktır (Corey,2008).

“Fincham’a (1998) göre, aile sisteminin yapısını ve aile içi ilişkileri inceleyen araştırmacılar bazı noktalarda görüş birliği içindedirler. Bunlar; evlilik ilişkisinde ya da anne-baba ve ocuk arasında yaşanan sorunların, çocukların ve gençlerin yaşamlarını doğrudan olumsuz bir şekilde etkilediği ve hatta çocuklarda ve gençlerde, kaygı, öfke, saldırganlık, uyum ve davranış bozuklukları düşük akademik başarı gibi değişkenlerle ilişkili olduğu yönündedir” (Kargı ve Akman, 2006).

2.9.4.Farklı Anne Baba Tutumları

Ailedeki iletişim biçimi ve anne babanın disiplin anlayışı, bir çocuğun eğitilmesinde en temel noktadır. Çocuklar ebeveynlerinin tutumlarını model alma yoluyla içselleştirmekte ve zamanla bunlar alışkanlıklar ile desteklenerek kişilik gelişimine kalıcı izler bırakmaktadır. Bu bağlamda Tarhan’a (2012) göre günümüz çocuklarında görülen psikolojik sorunların %70-80’i hatalı anne baba tutumundan kaynaklanmaktadır. Bu nedenle çocukluk ağı depresyonunun etiyolojisi incelenirken anne-babanın tutumunun önemli bir etken olarak ele alındığı görülmektedir.

Ebeveynlerin geçmiş yaşantıları, kişilik yapılanmaları ve eğitim seviyeleri farklı anne baba tutumlarının doğmasına neden olmuştur. Bu bağlamda, Baumrind (1967) otoriter, demokratik ve izin verici olmak üzere  farklı ebeveyn stilini tanımlamaktadır (Ceral ve Dağ, 2005). Ayrıca Baumrind her bir stilin ebeveyn tarafından çeşitli düzeylerde sergilenen sıcaklık ve kontrol ile karakterize olduğunu ve ebeveynlerin çocuklarıyla ilişkisinde bunlardan birini başat olarak kullandığını belirtmektedir. Baumrind’e göre demokratik ebeveynler çocuklarına karşı sıcak, tutarlı ve cezalandırmaya dayanmayan disiplin uygularken; otoriter ebeveynler çocuklarına karşı soğuk ve mesafeli davranmakta ve sert disiplin uygulamaktadır. Diğer yandan izin verici/ müsamahakâr ebeveynler ise kural koymada başarısız olmakta, çocuklarını aşırı serbest bırakmakta, onların gelişimine uygun davranmamaktadır. Ebeveynlerin aşırı müsamahakâr olduğu aile ortamında denetim düzeyi de düşük olmaktadır.

Bu üç ebeveyn stiline yanı sıra Maccoby ve Martin (1983), dördüncü ebeveyn stilini olarak ihmalkâr/ilgisiz ebeveyn tutumunu tanımlamaktadır. Baumrind tarafından kategorize edilen ebeveyn stillerinin uzantısı olan bu dördüncü stil ise, ebeveynlerin duygusal anlamda çocuklarına mesafe koyması ve onlarla minimal düzeyde vakit geçirmesi ile karakterizedir (Fite ve ark.2009).

Bu araştırmada ebeveyn tutumunu ölçmek amacıyla PARI(Aile Hayatı ve ve Çocuk Yetiştirme Tutumu) ölçeği kullanılmıştır. Schaefer ve Bell'in geliştirdiği ve 1978'de Le Comte, Le Comte ve Özer tarafından Türkçe'ye adapte edilen ve ebeveyn tutumunu ölçmeyi amaçlayan PARI ölçeğinde beş alt faktör tanımlanmaktadır (Öner, 1996). Bu alt faktörler; aşırı/koruyucu annelik, demokratik tutum ve eşitlik tanıma, ev kadınlığı rolünü reddetme, Karı-Koca Geçimsizliği, baskı-disiplin olarak sıralanmaktadır.

2.9.4.1 Aşırı Annelik, Aşırı Koruyuculuk Tutumu

Aşırı kontrol, müdahalecilik, çocuktan bağımlı, faal çalışkan olmasını isteme, annenin son derece fedakâr olması ve çocuğunda bunu anlaması gerektiğine inanma gibi konuları kapsamaktadır.

Çocuğa aşırı derecede ilginin sunulduğu, aşırı koruyucu, çocuğun hemen her ihtiyacının karşılandığı ve kendi sorunlarının anne baba tarafından çözüldüğü bu ortam, çocukların bireysel anlamda kendini geliştirmesini, sorumluluk alarak olgunlaşmasını engelleyen bir zemin oluşturur. Yavuzer 'e göre (2011) küçük yaştan itibaren çocuğa; yaşına, yeteneğine, cinsiyetine uygun görev ve sorumluluklar verilmezse güven duygusu pekiştirilmemiş olur bu da çocuğun bağımlı, kendine güveni olmayan, kendi kararlarını vermekte ve sorumluluk almakta zorlanan bir birey olmasına sebep olabilir.

Bu bağlamda, Erikson çocuğun gelişiminin ikinci dönemi olarak bilinen anal dönemi (18 ay-3 yaş arası), özerkliğe karşı utanma ve şüphencilik olarak tanımlamaktadır. Bu dönemde anne-baba ve çocuk arasında kurulan sağlıklı bir ilişkinin çocuğun özerklik duygusunu geliştirebileceği belirtilir. Öte yandan, bu dönemde aşırı koruyucu bir anne- baba çocuğun bu dönemdeki gelişimini engelleyerek çocuğun utanç ve şüphe duygusu geliştirmesine neden olabilir (Sarioğlu,2006).

2.9.4.2. Demokratik Tutum Ve Eşitlik Tanıma

Çocuğa eşit haklar tanımak, fikirlerini açıkça belirtmesini desteklemek, onunla arkadaşlık etmek ve birçok şeyi paylaşmak gibi konuları kapsamaktadır. Demokratik ve benimseyici tutum olarak da anılan bu yaklaşım ideal anne baba tutumudur. Bu tarz anne baba destekleyici, hoşgörölü, güven verici, özgürlük tanıyan ve değer veren bir tutum içindedir. Bu ortamda yetişen çocuklar girişimci, doğal, güvenli, karar verip alabilen, sorumluluk sahibi, kendini iyi ifade eden, çevresiyle uyumlu ve etkin iletişim kurabilen çocuklar olur. Dengeli anne babalar çocuklarına değer veren onları olduğu gibi benimseyen, ilişkileri sevgi ve saygıya dayanan, sorunları konuşarak çözümlenmeye çalışan bir tutuma sahiptir. Çocukla ilgilenildiği, doğru davranışlarının takdir edildiği, hatalarının düzeltilmesi için uyarıldığı bu ortamda büyüyen çocuklar da öğrendikleri doğruları davranışlarına yansıtır, yanlışlardan kaçınır, daha güvenilir bir kişilik geliştirebilirler.

2.9.4.3. Annenin Ev Kadınlığı Rolünü Reddetmesi Tutumu

Kadının kendi annesi ya da başkalarına bağımlılığını desteklemek, sinirlilik, çocuklarla bir arada uzun süre kalmaktan hoşlanmamak ve yeni doğan bebeğe bakımından ürkemek gibi konuları kapsamaktadır. Annenin çocuğa karşı ilgisiz, çocuğun fiziksel ve ruhsal ihtiyaçlarına karşı duyarsız, gerekli kontrolün olmadığı, dağınık bir tutum olarak da nitelenebilir. Bu ortamda yetişen çocukların kendileri, çevreleri ve gelecekleri ile ilgili endişeler mevcuttur. Çocuklar varlığı yeterince fark edilmez ve onaylanmazsa, sevilmediğini, önemsenmediğini düşünerek sevgi açlığıyla olumsuz davranışları daha kolay sergileyebilir. Bu çocuklar iyi bir arkadaş grubuna dâhil olabileceği gibi kötü alışkanlıkları olan grupların içine düşerek suça bulaşabilir.

2.9.4.4. Karı-Koca Geçimsizliği

Eşler arasındaki geçimsizliğin çocuk yetiştirmedeki rolü, kocanın düşüncesizliği, anneye yardımcı olmayışı gibi konuları kapsamaktadır. Anne babanın iletişiminin çatışmalı olduğu bu aile ortamında, ebeveynler çocuklarına karşı tutarsız davranışlar sergilemekte ve birbirlerine olan öfkelerini zaman zaman çocuklarına yansıtmaktadır. Böyle bir aile ortamında prensipler, kurallarda kararlılık ve süreklilik yoktur. Bu ortamda çocuklar neyin iyi neyin kötü olduğuna, neye göre ödüllendirilip neye göre cezalandırıldığına anlam veremez. Otokontrol gelişiminin zayıf olduğu bu çocuklar, hangi davranışın nerede, ne zaman uygun olup olmadığını kestirmekte zorlanırlar.

2.9.4.5.Baskı ve Disiplin Tutumu

Daha çok olumsuz bir çocuk yetiştirme tutumuna işaret eden, cinsel davranışı bastırma, saldırganlığı bastırma, sıkı disipline inanma, çocuğu zorlama, anne babanın mutlak hâkimiyetine inanma gibi konuları kapsamaktadır. Aşırı otoriteye dayalı, katı disiplin anlayışına sahip bu tutum çocuğun doğru davranışlarının bile sürekli eleştirildiği, yanlış yaptığında cezalandırıldığı, çocuğu daima kontrol altında tutarak ve kurallara sıkı sıkıya uymasını bekleyen anne baba tutumudur. Bu ortamda yetişen çocuklar kendisi olarak sevmeye değerli bulunmadığı ve olduğu gibi kabul edilmediğini gibi olumsuz yargılar geliştirebilmektedir.

BÖLÜM III

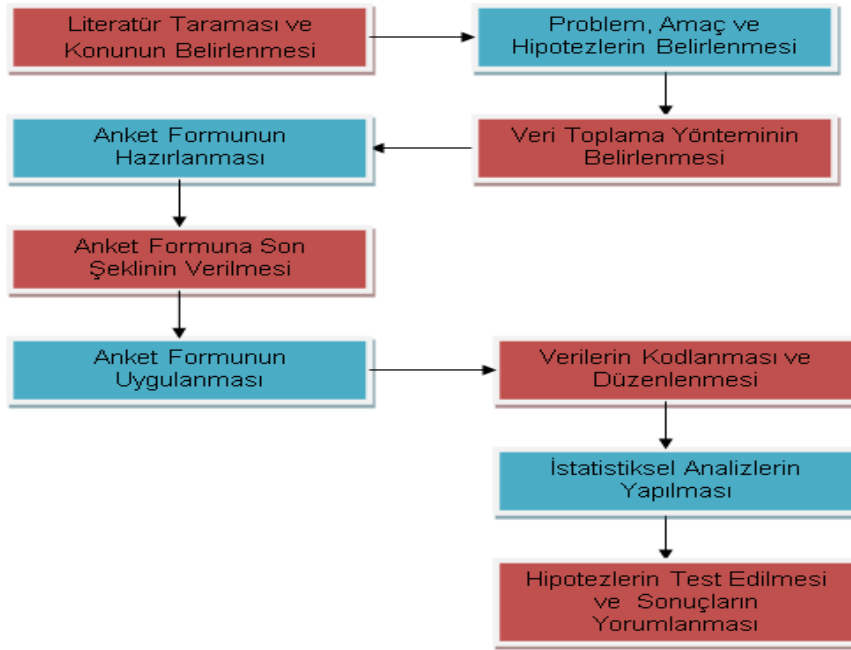
ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma Duygulanım Bozukluğu ve normal grubu oluşturmak üzere 60 denekten oluşacaktır. Yaş sınırı en az 6 olarak belirlenmiştir. Duygulanım Bozukluğu teşhisi almış, yaşları 6-15 arasında değişen 30 çocuk oluşturacaktır. Yaş sınırı en az 6 olarak belirlenmiştir. Okula başlama yaşı olarak 6 yaş sınır olduğu için ve genellikle okulda sosyal uyum problemini en üst düzeyde yaşadıklarından dolayı, tedavi ve teşhis konulmaya yönelik çalışma yapıldığı için en alt yaş grubu 6 olarak belirlenmiştir.

3.2.Yöntem

Araştırmada ölçeklerden elde edilen verilerin değerlendirilmesi ve analizi için istatistiksel (korelasyonel) yöntem kullanıldı. Araştırmada izlenen yöntem Şekil 1 'deki gibi özetlenebilir. Önceki bölümlerde literatür taraması yapılmış, amaç ve hipotezler ile araştırmanın kavramsal modeli oluşturulmuştur. Bundan sonraki takip eden maddelerde ise, veri toplama yöntemi, anket formunun hazırlanması, evren ve örneklemin belirlenmesi, anket formlarının uygulanması sonucu yapılacak istatistiksel analize yer verilecektir.



Şekil 1: Analiz Yöntemi

3.3. Araştırma Modeli

Araştırma Duygudurum Bozukluğu tanısı olan çocukların ebeveynlerinin tutum ve davranışları ve duyguları bazı değişkenlere göre incelenmektedir. Araştırmada tarama modeli kullanılmıştır. “Tarama modeli, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu biçimiyle betimlemeyi amaçlayan araştırma modelidir. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içerisinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır, herhangi bir biçimde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez” (Bilge, 2013).

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/ 6-18) CBCL, 4-18 yaş grubundaki çocuk ve gençlerin yeterlik alanları ve sorun davranışlarını, anne babalardan elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirmek amacı ile Achenbach ve Edelbork tarafından geliştirilmiştir (Rinehart et al. 2001). CBCL 4-18, Türkçe’ye ilk kez Akçakın ve Savaşır tarafından 1983 yılında çevrilmiş ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Akçakın 1985) CBCL 4-18’in 1991 formu ise, Türkçe’ye Erol et al. (1998) tarafından çevrilmiş ve ülkemizdeki 1983 çeviri formuyla karşılaştırılıp, farklılık ve benzerlikleri incelenmiştir.

Ölçeğin iç tutarlık çalışmasında 4488 çocuk ve gençle çalışılmış, sonuçlar ele alınan cinsiyet ve yaş grupları ile, il, ilçe ve köylerde ölçeğin güvenilir olarak kullanıldığını göstermiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı çalışma örneklemini oluşturan 4488 çocuk ve gencin puanları üzerinden Cronbach alpha katsayısı ile hesaplanmış ve katsayılar; İç Yönelim= 0.82, Dış Yönelim= 0.81 ve Toplam Problem= 0.88 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe test- tekrar test güvenilirliği elli anneye bir hafta ara ile iki kez uygulanarak hesaplanmış ve korelasyonlar Toplam Yeterlikte 0.78, Toplam Problemden ise 0.84 olarak saptanmış ve korelasyonların yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölçek, yirmi yeterlilik ve yüz on sekiz problem maddesinden oluşmaktadır. Ölçekte, yeterlilikle ilgili maddeler çocuk ve gencin ilgilendiği ve aktif olarak katıldığı spor ile spor dışı etkinlikleri, ev ya da ev dışında yaptığı işleri kapsamaktadır. Ayrıca, çocuğun sosyal alandaki işlevleri de belirlenmektedir. Okuldaki başarı durumu, sorunları, okul etkinliğine katılımının nitelik ve niceliği saptanmaktadır. Etkinliklerden, sosyallikten ve okul alt ölçeklerinden elde edilen puanlar toplanarak, toplam yeterlilik puanı elde edilmektedir (Erol et al. 1998). Ölçeğin ikinci bölümünde, çocuk ve gençlerde görülen davranış ve duygusal sorunları tanımlayan yüz on üç maddeye yer verilmiştir. Sorun davranışlar, son altı ayda görülme sıklık derecesine göre; 0, 1 ve 2 olarak derecelendirilmektedir. Ölçekte belirtilen madde çocukta yoksa 0, çocuk için bazen ya da biraz doğruysa 1, çok doğru ya da sıklıkla doğruysa 2 olarak işaretlenmektedir. Ölçekten iç yönelim ve dış yönelim olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı elde edilmekte olup, bu iki temel bölüme ait beş, bu gruplara girmeyen üç alt ölçek bulunmaktadır. İç yönelim (İY) grubu; sosyal iç dönüş, somatik yakınmalar, anksiyete, depresyon, dış yönelim(DY) grubu ise; suça yönelik davranışlar, saldırgan davranışlar alt ölçek toplamlarından oluşmaktadır. Ayrıca her iki gruba girmeyen sosyal sorunlar, düşünce ve dikkat sorunları da ölçekte yer almaktadır. Bu alt testlerin toplamından “toplam problem puanı” elde edilmektedir. Bu çalışmada, ölçeğin iç yönelim ve dış yönelim boyutları ile toplam problem puanları değerlendirilmiştir. Toplam problem puanları ise genel davranış problemi puanı olarak ifade edilmiştir (Erol et al. 1998).

3.4.2.Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Orijinal ismi Beck Depression Inventory olan BDI A.t.Beck tarafından geliştirilmiştir. Nesrin Hisli tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Beck Depresyon Envanterinin ölçtüğü davranış, nitelik ise depresyonda görülen bilişsel, duygusal ve güdüsel alanlarda ortaya çıkan belirtilerdir.

Ölçeğin türü; kâğıt ve kalem olup grup olarak uygulanabilir. Yetişkinlere uygulanmak üzere hazırlanmıştır. Zaman sınırlaması olmayan envanter, yaklaşık 10-15 dakikada yanıtlanabilir. BDI toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulaması kolay bir envanterdir. Soru formunun başında açıklama ve örnek vardır. Her maddedeki 'a' 'b' 'c' ve 'd' şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam 0-63 arasında değişir. Ölçeğin Türkçe için geçerlilik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Envanterin kullanımı için özel eğitim gerekmez. Testin Türkçeye çevrimi için Türkçe ve İngilizce formları her iki dili de iyi bilen 58 kız öğrenciye uygulanmıştır. 28 kız öğrenciye önce Türkçe, bir hafta sonra İngilizce formu; diğer 30 kız öğrenciye önce İngilizce, bir hafta sonra Türkçe formu uygulanmıştır. İki form arasındaki korelasyon katsayıları birinci grup için. 81, ikinci grup için. 73 olarak bulunmuştur. Bu verilerden iki formun iyi bir uyuma içinde olduğuna karar verilmiştir. Türkçe formunun geçerliliği için psikiyatri polikliniği hastalarından 63 kişiye Beck Depresyon Envanteri ile Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri nin 'depresyon' alt testi uygulanmış ve iki testten alınan puanlar arasındaki Pearson Momentler Çarpımı tekniği ile hesaplanan korelasyon katsayısı. 63 olarak belirlenmiştir. Yapı geçerliliği için faktör analizi uygulanmış ve altı faktör elde edilmiştir. Bunlardan dört tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir. Birinci faktörde umutsuzluk, ikinci faktörde kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları, üçüncü faktörde bedensel kaygılar ve dördüncü faktörde suçluluk duygulanımları yer almaktadır.

3.4.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ve derecesini ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi olarak uygulanan bir ölçeldir. BAÖ, kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.” (Güleç ve ark. 2005)

3.4.4. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu ölçeği (PARI)

“Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu ölçeği (AHÇYTÖ)” olarak belirlenmiştir. AHÇYTÖ Anne, baba tutum ve davranışlarını ölçmeye yönelik bir testtir. Orijinal adı Parental Attitude Research Instrument (PARI) olan AHÇYTÖ ana-babaların çocuk yetiştirme tutumlarını belirlemek amacıyla Schaefer ve Bell(1958) tarafından geliştirilmiş ve Lecompte, Lecompte ve Özer(1978) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ana- babalara çocuk ve gençlere uygulanabilen, 60 maddeden oluşan ve zaman sınırlaması olmayan ölçek, beş alt boyut içermektedir. Bunlar;

- 1.Aşırı Annelik Boyutu
2. Demokratik tutum ve Eşitlik Tanıma boyutu
- 3.Ev kadınlığı Rolünü Reddetme Boyutu
4. Karı-Koca Geçimsizliği Boyutu
5. Baskı-Disiplin Boyutu.

Cevaplar döküme göre yapılır. Her boyut için tutumlardan alınan puanlar ve boyuttaki tutum sayısı toplanır. Daha sonra her boyut için ortalama hesaplanır ya da yüzdeleri bulunur. En yüksek çıkan boyut deneğin çocuklarına karşı takındığı tavırlarda benimsediği tutumdur.

3.4.5.Conners Ana Baba Derecelendirme Ölçeği (CDÖ):

Dünyada davranış sorunlarını değerlendirmede yaygın kullanılan araçların başında, başlangıçta‘hiperkinesis’li çocukların ilaç çalışmalarında kullanılmak için geliştirilmiş olan Conners Derecelendirme Ölçekleri (CDÖ) gelmektedir (Conners 1969, 1970,1973; Goyette ve ark. 1978). Conners, ölçeklerini kısa, puanlaması ve uygulaması kolay olarak düzenlemiştir. CDÖ’nin hem iç güvenilirlik ve zaman güvenilirliğinin bulunduğu, hem de yordama ve yapı geçerliklerinin olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Conners 1990). Araştırmacılar CDÖ için başlıca üç kullanım alanı belirlemişlerdir. Bunlar; çocuklarda görülen sorunlu davranışların saptanmasında genel bir tarama aracı, belirli bir tanıyı netleştirmek için yardımcı araç ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde ölçüm aracı

olmasıdır (Giannaris ve ark. 2001). Ölçeklerin çeşitli formları gerek İngilizce konuşan ülkelerde (ör: Trietes ve ark. 1982; Glow ve ark. 1982; Thorley 1983) gerekse diğer kültürlerde yaygın biçimde kullanılmaktadır (O’Leary ve ark. 1985; Shen ve ark. 1985; Holborow ve Berry 1986; Brito 1987; Yao ve ark. 1988; Luk ve Leung. CDÖ’nün toplamda beş adet alt testi bulunmaktadır. Bu alt testler; davranım sorunu, hiperaktivite/.ataklık, öğrenme sorunu, kaygı, psikosomatiktir.(akt.Dereboy ve ark. 2007)



BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde Duygu durum Bozukluğu tespit edilen çocukların anne babalarının tutum ve davranışları ve duygu durumları hakkında bilgi edinmek amacıyla uygulanmış olan ölçeklerin sonuçlarından elde edilen tablolar ve bu tablolara ait bulgular verilmiştir. Bu bulgular; anne babaların yaş ortalamaları, çocukların yaş ortalamaları, çocukların günlük aktiviteleri, anne babaların öğrenim durumları, çocukların eğitim durumları, cinsiyetler, çocukların duygu durumu bozuk ya da normal olma durumu, akademik başarı problemleri, anne ve baba tutumları, dışa yönelim, içe yönelim, anne babanın depresyonu ve anksiyetesi, cinsiyet özelliklerine göre bulgular, demografik özellikler gibi elde edilen puanların frekans ve yüzde değerleri, Conner's Aile Değerlendirme Formu (CAD), 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL), Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI) alt boyutlarının aritmetik ortalamaları, standart sapma ve aritmetik ortalamalarının standart hata değerleri, t testi sonuçları tablo olarak sunulmuştur.

4.1. İstatistiksel Analiz Bulguları

Yapılan literatür taraması sonucunda en uygun veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Amaca ulaşmak için, CBCL İçe yönelim, Conners kaygı ölçekleri kullanılmıştır.

Anket soruları kapalı uçlu hazırlanarak ve ölçek asıllarına bağlı karararak, cevaplayanın soruları yanıtı bırakması ya da aşırı zaman yüküne neden olmasının önüne geçilmiştir. Bu çalışmada Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği, 4-18 yaş çocuk ve gençler için davranış değerlendirme ölçeği (CBCL), Conner's değerlendirme formu ve PARI ölçeği kullanıldı.

4-18 yaş çocuk ve gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL) 2 bölümden oluşmaktadır. 1. bölümde demografik özellikler, 2. bölümde; içeyönelim, dışa yönelim ve sosyal sorunlar gösteren çocukların özellikleri tanımlayan 113 madde bulunmaktadır. . Anket formu; literatürde önceden kullanılmış olan sorulardan oluşturulmuştur. Ölçek soruları çok ya da sıklıkla doğru ise 2, bazen veya biraz doğru ise 1 ve hiç doğru değilse 0'a karşılık gelmektedir CBCL ölçeği içe yönelim, dışa yönelim ve diğer (sosyal sorunlar) olmak üzere üç kısma sahiptir. Bu ana başlıklar ve faktör dağılımları şekil 4. 1. dedir.

Ana Başlık	Faktör Dağılımı
İçe Yönelim	1. Ankiyete/Depresyon
	2. Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon
	3. Somatik Yakınmalar
Dışa Yönelim	4. Kurallara Karşı Gelme Davranışı
	5. Saldırgan Davranışlar
	6. Düşünce Sorunları
Diğer	7. Sosyal Sorunlar

Şekil 4 .1. CBCL Ölçeği Başlıkları ve Faktör Dağılımı

Aile hayatı ve çocuk geliştirme tutumu ölçeği (PARI) 60 sorudan oluşmaktadır. Ölçek soruları çok uygun buluyorum 4, oldukça uygun buluyorum 3, biraz uygun buluyorum 2 ve hiç uygun bulmuyorum 1'e karşılık gelmektedir. Anketin 5 alt faktörü bulunmaktadır. Bu alt faktörler:

1. Aşırı Koruyucu Annelik Boyutu
2. Demokratik Davranma Ve Eşitlik Tanıma Boyutu
3. Ev Kadınlığını Reddetme Boyutu
4. Karı-Koca Geçimsizliği Boyutu
5. Baskı Ve Disiplin Boyutu

Conner's aile değerlendirme formu 48 sorudan oluşmaktadır. Ölçek soruları hiç yok 0, biraz 1, oldukça fazla 3, çok fazla 4'e karşılık gelmektedir. Anketin 4 alt faktörü bulunmaktadır. Bu alt alt faktörler:

1. Davranım Sorunu
2. Ataklık/Hiperaktivite
3. Öğrenme Sorunu
4. Kaygı

4.2. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, uygulama için NP hastanesinde duygudurum bozukluğu tespit edilen çocuklar ve ana babaları ile normal çocuklar ve ana babaları oluşturmaktadır. Evrendeki birey sayısı bilinmediği için örneklem büyüklüğü belirlenirken aşağıdaki formül kullanılmıştır (Saruhan Ş.C, Özdemirci A., 2011, s.142).

$$n = t^2 pq / \alpha^2$$

n: Örneklem için gerekli birey sayısı

p ve q: Evrenin homojenlik seviyesi (Evren homojen olduğu için p=0,9 q=0,1 olarak alınmıştır.)

t: Araştırmada seçilen anlamlılık düzeyine göre t tablosundan elde edilen değer. (Sonsuz serbestlik derecesinde %5 hata payı kabul edilmiş ve t=1.96 olarak alınmıştır.)

α : Araştırmacının araştırmaya başlamadan önce kabul ettiği hata payıdır. (Bu çalışmada 0.05 değişim payı kabul edilmiştir.)

Formülün sonucunda örneklem sayısı 32 kişi (her grup için ayrı olmak üzere) olarak tespit edilmiştir. Danışan ve kontrol grubu için toplam 70 anket dağıtılmış, 62 anket geri dönmüştür. Buna göre geri dönüşüm oranı %88,7 olarak tespit edilmiştir.

4.3. İstatistiksel Analiz Yöntemleri

Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Araştırmada yer alan ölçeklerinin demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek için yapılacak testlerde hangi analizlerin uygulanacağını belirlemek için yapılan One-Sample Kolmogorov-Smirnov test yapılmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı belirlemek için Mann Whitney-U testi, Mann Whitney U testi, ilişkisiz ölçümlerin söz konusu olduğu az denekli, puanların dağılımının normallik varsayımını karşılamadığı deneysel çalışmalarda t-testinin alternatifi olarak kullanılmaktadır. (Şener Büyüköztürk, Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı, Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2002, s.156).

Ölçek boyutlarının kendi aralarındaki ve kendi içindeki alt faktörlerle olan ilişkilerini incelemek içinse İlişkiler için pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. Korelasyon analizi, iki

değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi test etmek, varsa bu ilişkinin derecesini ölçmek için kullanılan istatistiksel bir yöntem olarak belirtilmiştir. (233 Şeref Kalaycı, SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, 2. Basım, Ankara: Asil Yayın Dağıtım, 2006.)

Kesikli verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı belirlemek için ki-kare testi, Mann Whitney U testi, gözelerin herhangi birinde 4' den küçük veri bulunuyorsa Fisher's Exact test kullanıldı.

Danışan grubunda kontrol grubuna göre en belirleyici olan ölçekleri bulmak için lojistik regresyon analizi uygulandı. Ölçeklerin kesim noktasını tespit etmek için ROC analizi yapıldı.

Bunların yanında ölçeğin iç tutarlılığını gösteren güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Güvenilirlik, bir ölçme aracında bütün soruların birbiriyle tutarlılığını, ele alınan oluşumu ölçmede türdeşliğini ve yeterliliğini ortaya koyan bir kavramdır. Güvenilirliğin incelenmesinde en yaygın kullanılan yöntem Cronbach's Alpha katsayısıdır. Cronbach's Alpha katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme kriteri şu şekilde gösterilebilir: (Kazım Özdamar, Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi 1, 5. Basım, Eskişehir: Kaan Kitabevi, 2004, s.622.)

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında ve %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4.4. Güvenilirlik Analizi

4-18 yaş çocuk ve gençler için davranış değerlendirme ölçeği toplamda 113 sorudan oluşmaktadır ve bu ölçeğin genel güvenilirliği 0.98 olarak bulunmuştur. Bu oran, kullanılan ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Conner's aile değerlendirme ölçeği toplamda 48 sorudan oluşmaktadır ve bu ölçeğin genel güvenilirliği 0.97 olarak bulunmuştur. Bu oran, kullanılan ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

PARI ölçeği toplamda 4 sorudan oluşmaktadır ve bu ölçeğin genel güvenilirliği 0,95 olarak bulunmuştur. Bu oran, kullanılan ölçeğin yüksek güvenilirliktedir olduğunu göstermektedir.

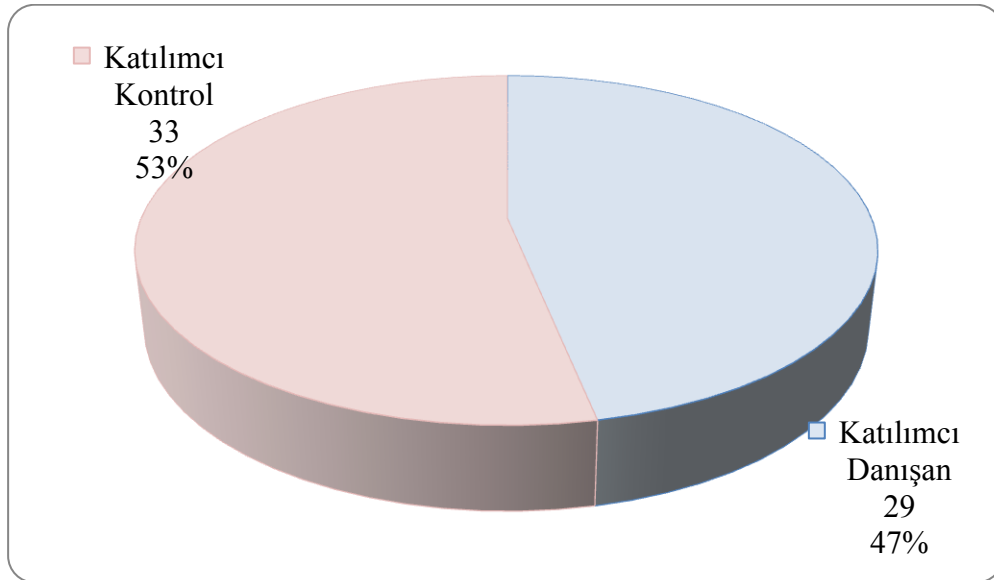
Ölçeklerin güvenilirlik analizi tablo 4.1. dedir.

Tablo 4.1. CBCL Ölçeği Güvenilirlik Analizi

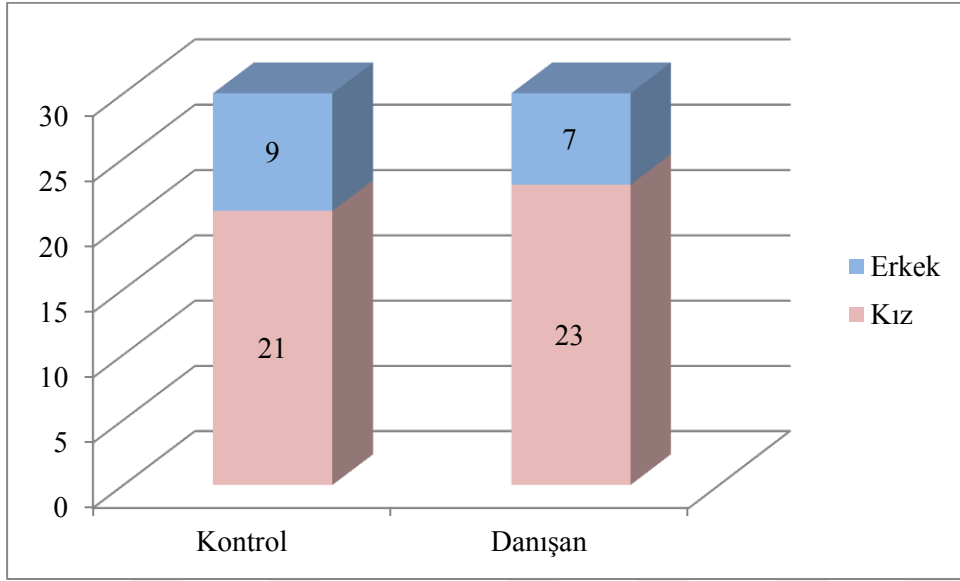
	Cronbach's Alpha Katsayısı		
	Genel	Kontrol	Danışan
CBCL Ölçeği	0.98	0.90	0.98
Conner's Aile Değerlendirme Ölçeği	0.97	0.98	0.97
PARI Ölçeği	0.95	0.91	0.90

4.5. Katılımcılarının Demografik Özellikleri

Anketi, 33 kontrol ve 29 danışan olmak üzere 62 çocuk çalışmaya dahil edilmiştir.



şekil 4. 2. Grupların Dağılımı



Şekil 4. 3. Grupların Cinsiyete Göre Dağılımı

Katılımcı çocukların kontrol grubunda 21 (%70) erkek, 9 (%30) kız ve danışan grubunda 23 (76,7) erkek, 7 (%23,3) kızdır.

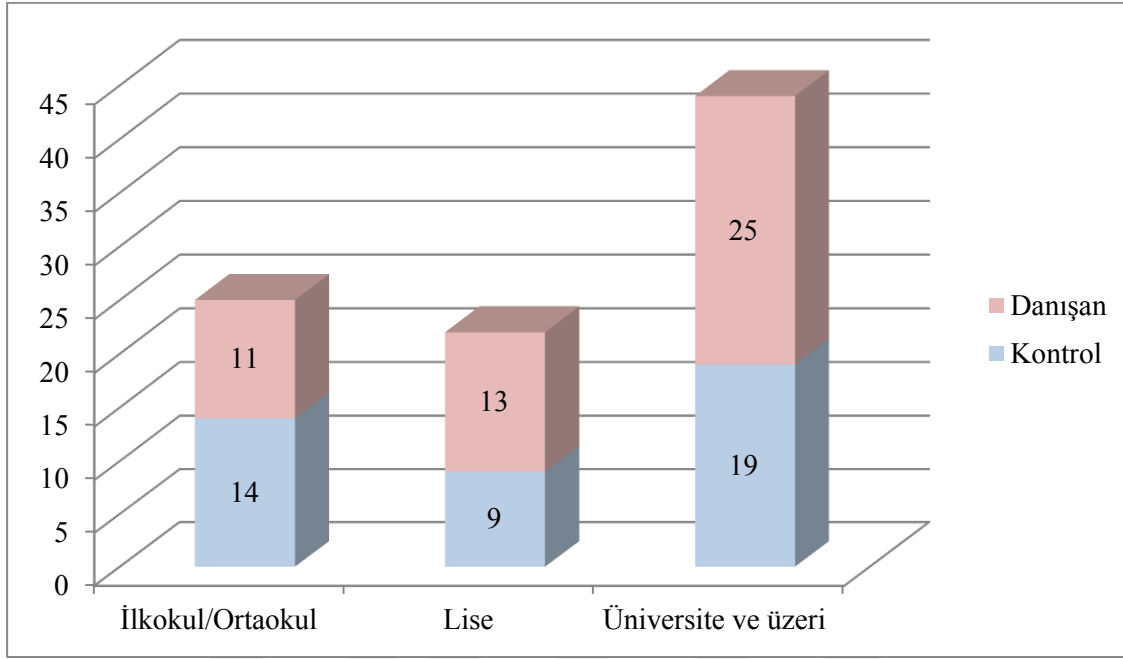
Tablo 4. 2. Gruplara Göre Katılımcıların Yaş Dağılımı

	Kontrol		Danışan		
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
Çocuk Yaşı	9,71	2,86	9,85	1,95	
Ebeveyn Yaşı	Anne	39,57	5,16	38,42	5,42
	Baba	43,45	5,66	41,22	6,02

Katılımcı çocukların yaşları kontrol grubunda $9,71 \pm 2,86$ ve danışan grubunda $9,85 \pm 1,95$ şeklinde dağılmaktadır. Gruplar arasında katılımcı çocukların yaşları istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,84$).

Annelerin yaşları kontrol grubunda $39,57 \pm 5,16$ ve danışan grubunda $38,42 \pm 5,42$ şeklinde dağılmaktadır. Gruplar arasında annelerin yaşları istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,46$).

Babaların yaşları kontrol grubunda $43,45 \pm 5,66$ ve danışan grubunda $41,22 \pm 6,02$ şeklinde dağılmaktadır. Gruplar arasında babaların yaşları istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,21$).



Şekil 4. 4. Grupların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Katılımcıların kontrol grubunda 42 ve danışan grubunda 49 birey eğitim durumunu belirtmiştir. İlkokul/Ortaokul mezunu kontrol grubunda 14(%33,33), danışan grubunda 11(%22,45) lise mezunu kontrol grubunda 9(%21,43), danışan grubunda 13(%26,53) ve üniversite ve Üzeri mezunu kontrol grubunda olan 19(%45,24) danışan grubunda 25(%51,02) katılımcı vardır. Gruplar arasında eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,50$).

4.6. Ölçekler

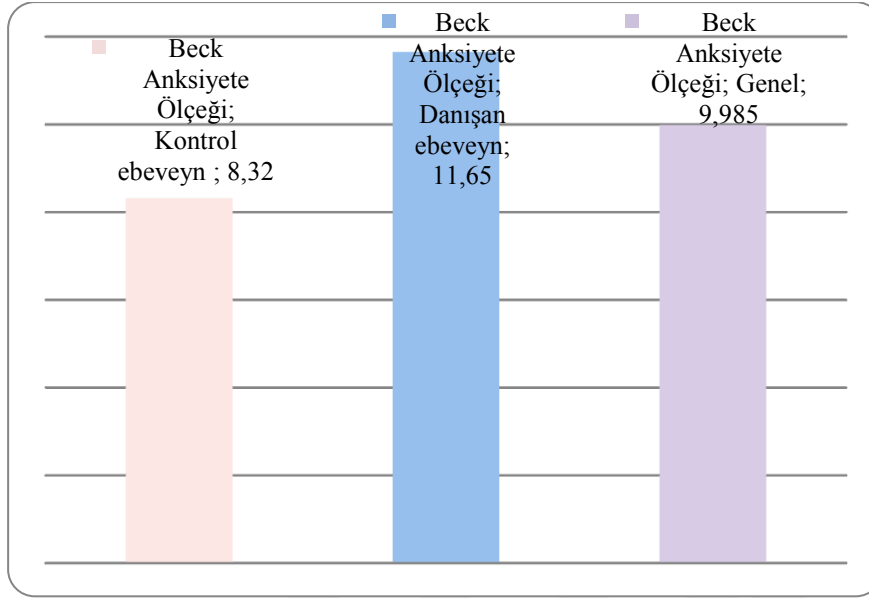
4.6.1. Beck Anksiyete Ölçeği

Tablo 4.3 den yararlanılarak hazırlanan Şekil 4.4. Gruplara Göre Beck Anksiyete Ölçeğinde;

Beck Anksiyete Ölçeği kontrol grubu; 8.32 ± 8.24 ve danışan grubunda 11.65 ± 11.97 olarak dağılmaktadır. Gruplar arasında Beck Anksiyete Ölçeği istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Ebeveyn anne ise Beck Anksiyete Ölçeği kontrol grubu; 9.09 ± 6.76 ve danışan grubunda 14.81 ± 14.27 olarak dağılmaktadır. Gruplar arasında Beck Anksiyete Ölçeği istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Ebeveyn baba ise Beck Anksiyete Ölçeği kontrol grubu; 7.29 ± 9.93 ve danışan grubunda 8.64 ± 8.54 olarak dağılmaktadır. Gruplar arasında Beck Anksiyete Ölçeği istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$).



Şekil 4.4. Gruplara Göre Beck Anksiyete Ölçeği

Tablo 4.3 deki katılımcıların eğitim durumlarında göre yapılan değerlendirmede;

Eğitim durumu ilkokul/ortaokul ise Beck Anksiyete Ölçeği kontrol grubu; 9.66 ± 6.16 ve danışan grubunda 13.73 ± 7.96 olarak dağılmaktadır. Gruplar arasında Beck Anksiyete Ölçeği istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$). Katılımcıların gruplara göre Beck Anksiyete Ölçeği dağılımı Tablo 4.6.' dadır.

Eğitim durumu lise ise Beck Anksiyete Ölçeği kontrol grubu; 8.05 ± 5.23 ve danışan grubunda 11.62 ± 6.06 olarak dağılmaktadır. Gruplar arasında Beck Anksiyete Ölçeği istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$). Katılımcıların gruplara göre Beck Anksiyete Ölçeği dağılımı Tablo 4.6.' dadır.

Eğitim durumu üniversite ve üzeri ise Beck Anksiyete Ölçeği kontrol grubu; 7.21 ± 5.21 ve danışan grubunda 9.26 ± 6.22 olarak dağılmaktadır. Gruplar arasında Beck Anksiyete Ölçeği istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$).

Tablo 4 .3. Gruplara Göre Beck Anksiyete Ölçeği Dağılımı

		Kontrol		Danışan		P
		Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	
Beck Anksiyete Ölçeği (Genel)		8.32	8.24	11.65	11.97	0.18
Ebeveyn	Anne	9.09	6.76	14.81	14.27	0.23
Durumu	Baba	7.29	9.93	8.64	8.54	0.21
	İlkokul/Ortaokul	9.66	6.16	13.73	7.96	0.17
Eğitim	Lise	8.05	5.23	11.62	6.06	0.19
Durumu	Üniversite M. ↑	7.21	5.21	9.26	6.22	0.19

4.6.2. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği kontrol grubu; 10.08 ± 8.71 ve danışan grubunda 11.71 ± 9.66 olarak dağılmaktadır. Gruplar arasında Beck Depresyon Ölçeği istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$).

Ebeveyn anne ise Beck Depresyon Ölçeği kontrol grubu; 11.21 ± 8.75 ve danışan grubunda 12.88 ± 9.6 olarak dağılmaktadır. Gruplar arasında Beck Depresyon Ölçeği istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$).

Ebeveyn baba ise Beck Depresyon Ölçeği kontrol grubu; 8.7 ± 8.62 ve danışan grubunda 10.32 ± 9.77 olarak dağılmaktadır. Gruplar arasında Beck Depresyon Ölçeği istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$). Katılımcıların gruplara göre Beck Depresyon Ölçeği dağılımı Tablo 4.7.' dadır.

Eğitim durumu ilkokul/ortaokul ise Beck Anksiyete Ölçeği kontrol grubu; 13.46 ± 11.18 ve danışan grubunda 21.55 ± 14.96 olarak dağılmaktadır. Gruplar arasında Beck Anksiyete Ölçeği istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$). Katılımcıların gruplara göre Beck Anksiyete Ölçeği dağılımı Tablo 4.7.' dadır.

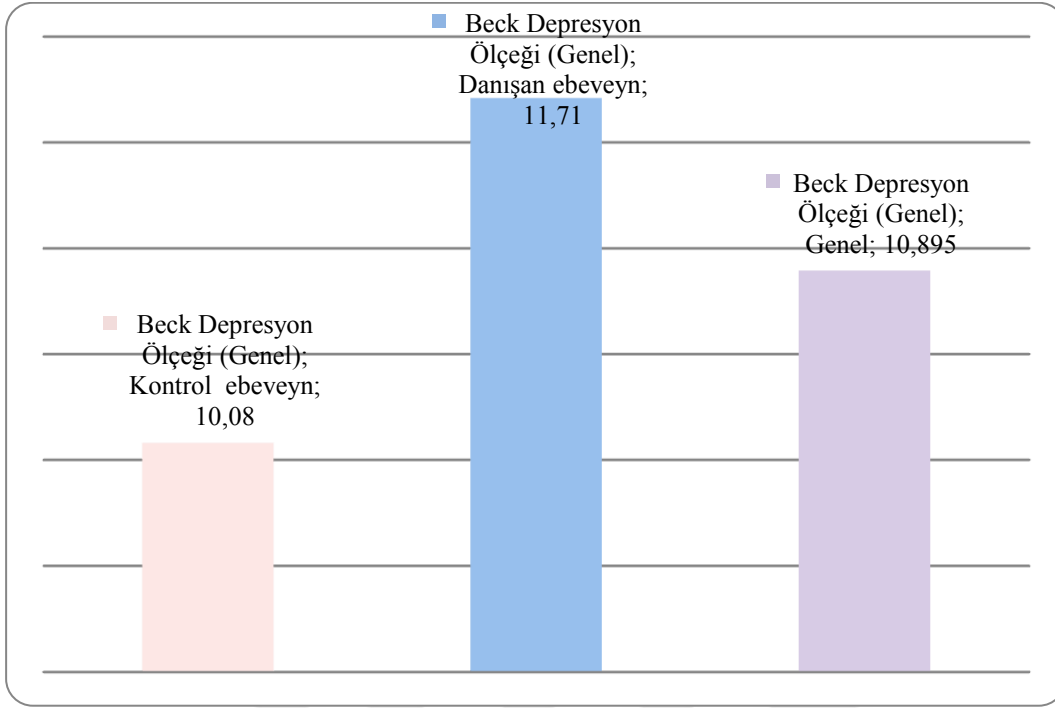
Eğitim durumu lise ise Beck Anksiyete Ölçeği kontrol grubu; 6.75 ± 5.63 ve danışan grubunda 10.7 ± 4.06 olarak dağılmaktadır. Gruplar arasında Beck Anksiyete Ölçeği

istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Katılımcıların gruplara göre Beck Anksiyete Ölçeği dağılımı Tablo 4.7.' dadır.

Eğitim durumu üniversite ve üzeri ise Beck Anksiyete Ölçeği kontrol grubu; 6.21 ± 4.54 ve danışan grubunda 8.4 ± 5.22 olarak dağılmaktadır. Gruplar arasında Beck Anksiyete Ölçeği istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Katılımcıların gruplara göre Beck Anksiyete Ölçeği dağılımı Tablo 4.7.' dadır.

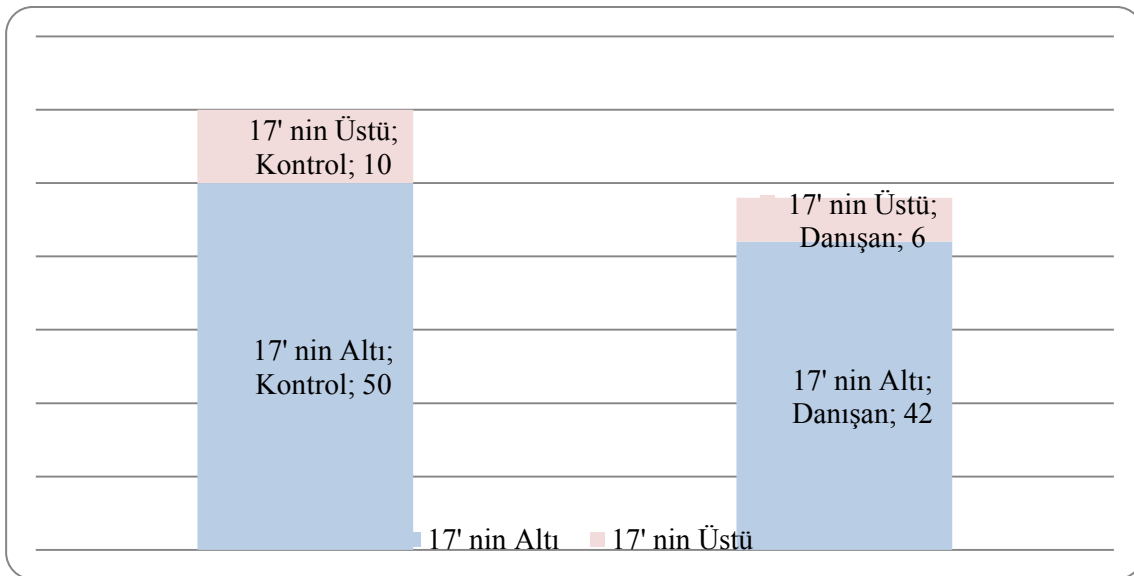
Tablo 4.4. Gruplara Göre Beck Depresyon Ölçeğinin Dağılımı

	Kontrol		Danışan		P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	
Beck Depresyon Ölçeği (Genel)	10.08	8.71	11.71	9.66	0.19
Ebeveyn Anne	11.21	8.75	12.88	9.60	0.34
Durumu Baba	8.70	8.62	10.32	9.77	0.28
Eğitim İlkokul/Ortaokul	13.46	11.18	21.55	14.96	0.04
Durumu Lise	6.75	5.63	10.70	4.06	0.15
Üniversite M. Ve Üstü	6.21	4.54	8.40	5.22	0.06



Şekil 4.5. Gruplara Göre Beck Depresyon Ölçeği

Gruplara Göre Beck Depresyon Ölçeği Kesim Noktası Dağılımına göre; 17 kesim noktasının üstünde, kontrol grubunda 6 kadın, 4 erkek ve danışan grubunda 4 kadın ve 2 erkek bulundu. Gruplar arasında depresyon kesim noktasına göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0.34$), grubun içinde cinsiyetler arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (kontrol $p=0.73$; danışan $p=0.51$). Katılımcıların gruplara göre Beck Anksiyete Ölçeği Kesim Noktası dağılımını Tablo 4.6.' dadır.



Şekil 4. 6: Gruplara Göre Beck Depresyon Ölçeği Kesim Noktası Dağılımı

Beck ölçeklerinin ortalaması açısından anne değerleri babanın değerine göre yüksek bulundu. Fakat arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Eğitim düzeylerine göre kontrol ve danışan grubunun Beck ölçekleri farklılıkları araştırıldı. İlkokul, ortaokul mezunu danışan ebeveynlerin anksiyete düzeyi kontrol grubu ebeveynlere göre daha yüksekti ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.047$). Eğitim düzeyi arttıkça Beck ölçeklerini puanı düşmektedir. Danışan grubunda bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($r_{\text{anksiyete}} = -0.51$; $r_{\text{depresyon}} = -0.52$), kontrol grubunda ise anksiyete ile eğitim düzeyi istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulunmadı, depresyon ile eğitim düzeyi ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($r_{\text{depresyon}} = -0.39$).

4.6.3. 4-18 Yaş Çocuk Ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL)

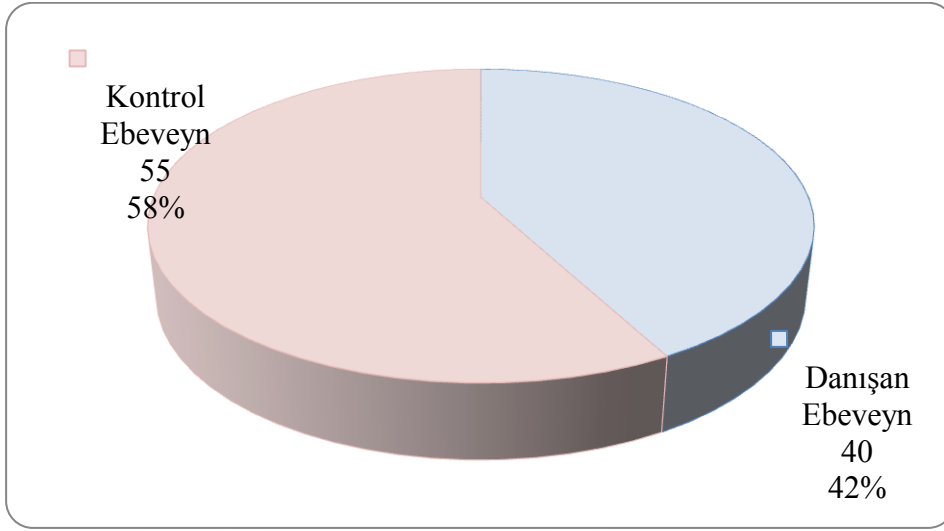
4.6.3.1. CBCL (1.Bölüm)

Gruplara göre davranış değerlendirme ölçeği katılımcı (ebeveyn) dağılımı tablo 4.5.te yer almaktadır.

Tablo 4.5. Gruplara Göre Davranış Değerlendirme Ölçeği Katılımcı Dağılımı

	Kontrol		Danışan		Toplam	
	n	Yüzde	n	Yüzde	N	Yüzde
Anne	32	64.00	22	53.66	54	59.34
Baba	23	46.00	18	43.90	41	45.05
Toplam	55		40		95	

4-18 yaş çocuk ve gençler için davranış değerlendirme ölçeği toplam 95 ebeveyn tarafından cevaplanmıştır. Kontrol ve danışan grubunda cevaplayan ebeveyn sayısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,75$)



Şekil 4. 7: CBCL Katılımcı Dağılımı

Kontrol ve danışan gruplarına göre sosyal alandaki davranış değerlendirme ölçeği aşağıdaki tablo 4.6.da yer almaktadır.

Tablo 4.6. Gruplara Göre Davranış Değerlendirme Ölçeği Dağılımı (Bölüm 1)

	Kontrol		Danışan		P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	
Spora Ayrılan Zaman	1.63	1.33	1.71	1.22	0.552
Spor Başarısı	1.47	1.39	1.41	1.51	0.666
Aktiviteye Ayrılan Zaman	2.29	1.69	2.19	1.71	0.794
Aktivite Başarısı	2.23	1.88	2.02	1.93	0.507
Üyeliği Olan Kulüp Puanı	1.04	1.49	.69	1.00	0.423
Evde Yapılan İşlerin Puanı	2.02	1.36	1.22	1.39	0.002*

Tablo 4.6. Gruplara Göre Davranış Değerlendirme Ölçeği Dağılımı (Bölüm 1)' e göre;

Spora ayrılan zaman kontrol grubunda $1,63\pm 1,33$ danışan grubunda $1,71\pm 1,22$ şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,55$).

Spor başarısı kontrol grubunda $1,47\pm 1,39$ danışan grubunda $1,41\pm 1,51$ şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,67$).

Aktiviteye ayrılan zaman kontrol grubunda $2,29 \pm 1,69$ danışan grubunda $2,19 \pm 1,71$ şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,79$).

Aktivite başarısı kontrol grubunda $2,23 \pm 1,88$ danışan grubunda $2,02 \pm 1,93$ şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,51$).

Üyeliği olan kulüp puanı kontrol grubunda $1,04 \pm 1,49$ danışan grubunda $0,69 \pm 1$ şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,42$). Evde yapılan işlerin puanı kontrol grubunda $2,02 \pm 1,36$ danışan grubunda $1,22 \pm 1,39$ şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,002$).

Tablo 4.6. Gruplara Göre Davranış Değerlendirme Ölçeği Dağılımı (Bölüm 2)

		Kontrol		Danışan		P
		n	Yüzde	n	Yüzde	
Yakın Arkadaş Sayısı	Hiç Yok	2	50.0	2	50.0	0.26
	1	6	85.7	1	14.3	
	2 ya da 3	20	45.5	24	54.5	
	4 ya da fazla	21	48.8	22	51.2	
Arkadaşa Ayrılan Zamanı	1 den az	14	43.8	18	56.3	0.018*
	1 ya da 2	23	67.6	11	32.4	
	3 ve D. fazla	12	33.3	20	66.7	
		Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	
Davranış Puanı		5.06	2.06	4.04	2.04	0.009*
Okul Başarı Puanı		9.71	5.02	5.96	4.55	<0.0001*
		n	Yüzde	n	Yüzde	
Özel Sınıf Durumu	Hayır	11	20.8	17	35.4	0.72
	Evet	42	79.2	31	64.6	
Sınıfta Kalma	Hayır	14	26.4	26	54.2	0.017*

Durumu	Evet	39	73.6	22	45.8	
Ders dışı Sorunu	Hayır	20	37.7	27	56.3	0.06
	Evet	33	62.3	21	43.8	
Hastalık Durumu	Hayır	51	96.2	37	77.1	0.006*
	Evet	2	3.8	11	22.9	

*:İstatistiksel olarak anlamlı.

Tablo 4.6. Gruplara Göre Davranış Değerlendirme Ölçeği Dağılımı (Bölüm2)' ye göre;

Yakın arkadaş sayısındaki seçeneklere göre yapılan değerlendirmede; yakın arkadaş sayısı 3 olan; kontrol grubunda 3(%50) ve danışan grubunda 3 (%50) olduğu; arkadaş sayısı 2 ya da 3 olan; kontrol grubunda 21(%48,84) ve danışan grubunda 22 (%51,16) olduğu; yakın arkadaş sayısının 4 ya da daha fazla olan; kontrol grubunda 25(%55,56) ve danışan grubunda 20 (%44,44) olduğu görüldü. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.(p=0,58).

Arkadaşa ayrılan zamanın 1'den az seçeneğinin kontrol grubunda 15(%42,86) ve danışan grubunda 20 (%57,14) işaretlendiği; 1 ya da 2 seçeneğinin kontrol grubunda 23(%65,71) ve danışan grubunda 12 (%34,29) işaretlendiği; 3 ya da daha fazla seçeneğinin kontrol grubunda 17(%53,13) ve danışan grubunda 15 (%46,88) işaretlendiği görüldü. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,23).

Davranış puanı kontrol grubunda 5,02±2,06 danışan grubunda 4,06±2,06 şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,02).

Okul başarı puanı kontrol grubunda 9,61±5,01 danışan grubunda 5,98±4,59 şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,009).

Özel sınıf durumu Hayır kontrol grubunda 12(%44,44) ve danışan grubunda 15 (%55,56), Evet kontrol grubunda 41(%56,94) ve danışan grubunda 31 (%43,06),), grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,72).

Sınıfta kalma durumu Hayır kontrol grubunda 15(%38,46) ve danışan grubunda 24 (%61,54), Evet kontrol grubunda 39(%62,9) ve danışan grubunda 23 (%37,1), grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,017).

Ders dışı sorunu Hayır kontrol grubunda 21(%43,75) ve danışan grubunda 27 (%56,25), Evet kontrol grubunda 33(%62,26) ve danışan grubunda 20 (%37,74), grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,06).

Hastalık durumu Hayır kontrol grubunda 52(%59,09) ve danışan grubunda 36 (%40,91), Evet kontrol grubunda 2(%15,38) ve danışan grubunda 11 (%84,62), grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,006).

4.6.4. CBCL Ölçeği (2.Bölüm)

4-18 yaş çocuk ve gençler için davranış değerlendirme ölçeğinin alt ölçeği olan Ankiyete/Depresyon' a ilişkin maddelerin dağılımı tablo 4.7 dedir. Kontrol ve danışan gruplarına göre maddelere verilen cevaplar toplanmıştır. Tablo 4.7.Gruplara Göre Davranış Değerlendirme Ölçeği Ankiyete Dağılımı'na göre; kontrol grubu 4,65±3,79 ve danışan grubu 10,16±6,75 şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,003).

Tablo 4.7. Gruplara Göre Davranış Değerlendirme Ölçeği Ankiyete Dağılımı

Ankiyete/Depresyon	Kontrol			Danışan		
	0	1	2	0	1	2
Ağlama	38 (%69)	15 (%27)	2 (%4)	15 (%38)	18 (%45)	6 (%15)
Korkular	33 (%60)	16 (%29)	6 (%11)	20 (%50)	8 (%20)	12 (%30)
Okul korkusu	48 (%87)	5 (%9)	2 (%4)	28 (%70)	8 (%20)	4 (%10)
Kötü şey yapma korkusu	32 (%59)	16 (%30)	6 (%11)	20 (%51)	11 (%28)	8 (%21)
Kusursuz olma	25 (%45)	21 (%38)	8 (%15)	17 (%43)	16 (%40)	7 (%18)
Sevildiğini düşünme	41 (%75)	11 (%20)	3 (%5)	16 (%39)	16 (%39)	9 (%22)
Değersizlik	43 (%80)	11 (%20)	0 (%0)	19 (%46)	16 (%39)	6 (%15)
Sinirlilik	38 (%70)	12 (%22)	4 (%7)	10 (%24)	23 (%56)	8 (%20)
Korku ve kaygı	40 (%73)	11 (%20)	4 (%7)	12 (%29)	19 (%46)	10 (%24)
Suçlama	49 (%89)	5 (%9)	1 (%2)	29 (%71)	9 (%22)	3 (%7)
Utanma	26 (%50)	18 (%35)	8 (%15)	20 (%49)	13 (%32)	8 (%20)
Eleştirilse kırılır	52 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	37 (%90)	1 (%2)	3 (%7)
İntihar	52 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	32 (%78)	5 (%12)	4 (%10)

Başkalarını mutlu etme	48 (%94)	2 (%4)	1 (%2)	34 (%83)	5 (%12)	2 (%5)
Hata yapmaktan korkma	52 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	30 (%75)	9 (%23)	1 (%3)
Evham	35 (%67)	14 (%27)	3 (%6)	22 (%54)	12 (%29)	7 (%17)
Toplam Puan Ort±SD	4,65±3,79			10,16±6,75		
Puan	15			32		

4-18 yaş çocuk ve gençler için davranış değerlendirme ölçeğinin alt ölçeği olan Sosyal İç Dönüklük/Depresyon'a ilişkin maddelerin dağılımı tablo 4.8 dedir. Kontrol ve danışan gruplarına göre maddelere verilen cevaplar toplanmıştır. Tablo 4.8. Gruplara Göre Davranış Değerlendirme Ölçeği Sosyal İç Dönüklük Dağılımına göre; Kontrol grubu **2,18±2,44** ve danışan grubu **3,51±3,83** şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,022$).

Tablo 4.8. Gruplara Göre Davranış Değerlendirme Ölçeği Sosyal İç Dönüklük Dağılımı

Sosyal İç Dönüklük /Depresyon	Kontrol			Danışan		
	0	1	2	0	1	2
Az şeyden hoşlanma	54 (%98)	1 (%2)	0 (%0)	36 (%90)	1 (%3)	3 (%8)
Yalnızlığı tercih etme	37 (%67)	15 (%27)	3 (%5)	26 (%63)	11 (%27)	4 (%10)
Konuşmayı redetme	43 (%83)	9 (%17)	0 (%0)	26 (%63)	11 (%27)	4 (%10)
Sırlarını saklama	32 (%62)	19 (%37)	1 (%2)	23 (%56)	14 (%34)	4 (%10)
Çekingelik	30 (%58)	16 (%31)	6 (%12)	19 (%46)	17 (%41)	5 (%12)
Enerjik olmama	36 (%69)	13 (%25)	3 (%6)	32 (%78)	4 (%10)	5 (%12)
Üzgün	46 (%88)	4 (%8)	2 (%4)	26 (%63)	11 (%27)	4 (%10)
İçe kapanma	41 (%79)	9 (%17)	2 (%4)	30 (%73)	5 (%12)	6 (%15)
Toplam Puan Ort±SD	2,18±2,44			3,51±3,83		
	14			22		

4-18 yaş çocuk ve gençler için davranış değerlendirme ölçeğinin alt ölçeği olan Somatik Yakınlıklar faktörüne ilişkin maddelerin dağılımı tablo 4.9 dadir. Kontrol ve danışan gruplarına göre maddelere verilen cevaplar toplanmıştır. Tablo 4.9. Gruplara Göre Davranış Değerlendirme Ölçeği Somatik Yakınlıklar Dağılımına göre; Kontrol grubu **1,65±2,04** ve

danışan grubu $3,46\pm3,6$ şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,002$).

Tablo 4.9. Gruplara Göre Davranış Değerlendirme Ölçeği Somatik Yakınmalar Dağılımı

Somatik Yakınmalar	Kontrol			Danışan		
	0	1	2	0	1	2
Kabuslar	41 (%75)	12 (%22)	2 (%4)	25 (%61)	10 (%24)	6 (%15)
Baş dönmesi	52 (%95)	3 (%5)	0 (%0)	34 (%83)	3 (%7)	4 (%10)
Aşırı yorgunluk	45 (%83)	7 (%13)	2 (%4)	22 (%54)	16 (%39)	3 (%7)
Ağrılar	51 (%93)	3 (%5)	1 (%2)	31 (%78)	5 (%13)	4 (%10)
Baş ağrıları	44 (%81)	8 (%15)	2 (%4)	29 (%71)	8 (%20)	4 (%10)
Bulantı, kusma	49 (%91)	4 (%7)	1 (%2)	36 (%88)	2 (%5)	3 (%7)
Göz yakınmaları	45 (%82)	7 (%13)	3 (%5)	23 (%58)	13 (%33)	4 (%10)
Döküntüler	45 (%82)	9 (%16)	1 (%2)	34 (%83)	3 (%7)	4 (%10)
Mide karın ağrısı	47 (%87)	7 (%13)	0 (%0)	31 (%76)	9 (%22)	1 (%2)
Kusma	51 (%94)	3 (%6)	0 (%0)	38 (%93)	3 (%7)	0 (%0)
Genel	51 (%94)	2 (%4)	1 (%2)	36 (%95)	0 (%0)	2 (%5)
Toplam PuanOrt±SD	1,65±2,04			3,46±3,6		
Puan	8			16		

4-18 yaş çocuk ve gençler için davranış değerlendirme ölçeğinin (CBCL) ölçeği içe yönelim ve dışa yönelim olmak üzere iki kısma (artı sosyal sorunlar) sahiptir. İçe yönelim (introvert) kısmının; sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, anksiyete alt faktörleridir. Tablo 4.10. Gruplara Göre İçe Yönelim Dağılımına göre;

İçe yönelim kontrol grubunda $8,49\pm6,94$ ve danışan grubunda $17,63\pm13,12$ olarak bulundu. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,009$).

Tablo 4.10. Gruplara Göre İçe Yönelim Dağılımı

	Kontrol		Danışan		P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	
İçe Yönelim	8,49	6,94	17,63	13,12	0,009*

Dışa yönelim kısmının; kurallara karşı gelme, saldırgan davranışlar ve düşünce sorunları alt faktörleridir. Tablo 4.11. CBCL Dışa Yönelim ve Sosyal Sorunlar Dağılımına göre; Kurallara karşı gelme davranışı kontrol grubu $1,58\pm 1,51$ ve danışan grubu $4,39\pm 4,87$ şeklinde dağılmaktadır. Saldırgan davranışlar faktörü kontrol grubu $5,53\pm 4,32$ ve danışan grubu $10,49\pm 8,95$ şeklinde dağılmaktadır. Sosyal sorunlar faktörü kontrol grubu $3\pm 2,14$ ve danışan grubu $7,39\pm 5,04$ şeklinde dağılmaktadır. Düşünce sorunları faktörü kontrol grubu $1,55\pm 1,79$ ve danışan grubu $4,98\pm 4,23$ şeklinde dağılmaktadır. Dışa yönelim genel toplamı kontrol grubunda $8,76\pm 6,01$ ve danışan grubunda $21,43\pm 16,70$ şeklinde dağılmaktadır. Dışa yönelim genel ve alt faktörlerine göre kontrol ve danışan grupların arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$).

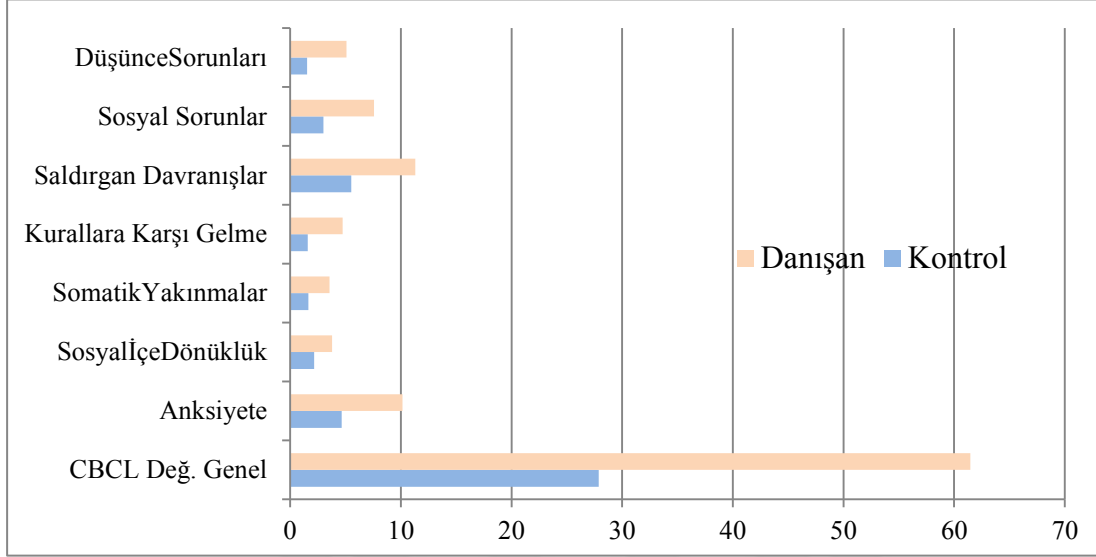
Tablo 4.11. CBCL Dışa Yönelim ve Sosyal Sorunlar Dağılımı

	Kontrol	Danışan
Kurallara Karşı Gelme	1.58 ± 1.51 Yüzdellik Puanı:7	4.39 ± 4.87 Yüzdellik Puanı:19
Saldırgan Davranışlar	5.53 ± 4.32 Yüzdellik Puanı:25	10.49 ± 8.95 Yüzdellik Puanı:48
Düşünce Sorunları	1.55 ± 1.79 Yüzdellik Puanı:4	4.98 ± 4.23 Yüzdellik Puanı:12
Sosyal Sorunlar	3 ± 2.14 Yüzdellik Puanı:15	7.39 ± 5.04 Yüzdellik Puanı:37

Şekil 4.8. Gruplara Göre CBCL Ölçeği Grafiğinde;

4-18 yaş çocuk ve gençler için davranış değerlendirme ölçeğinin toplam puanı kontrol grubu $27,84\pm 16,85$ ve danışan grubu $59,78\pm 45,44$ şeklinde dağılmaktadır. Gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0,0001$). Ölçeğin toplam ve alt ölçeklere ilişkin grafik şekil 4.8' dadır.



Şekil 4.8: Gruplara Göre CBCL Ölçeği Grafiği

4.6.5. CBCL Ölçeği 1. Bölüm ile 2. Bölüm İlişkisi

İçer Yönelim İle Dışer Yönelim ve 1. Bölüm İlişki Analizinde (tablo 4.12);

Kontrol grubunda içer yönelim ile dışer yönelim puanı arasında pozitif yönde ($r=0,563$); aktiviteye ayrılan zaman arasında negatif yönde (aktiviteye ayrılan zaman arttıkça içer yönelim puanının düşmesi) ($r=-0,334$) aktivite başarısı arasında negatif yönde ($r=-0,331$) okul başarı puanı arasında negatif yönde (okul başarı puanı arttıkça içer yönelim puanının düşmesi) istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=-0,306$).

Danışan grubunda içer yönelim ile dışer yönelim puanı arasında pozitif yönde ($r=0,927$) spora ayrılan zaman arasında negatif yönde ($r=-0,323$) spor başarısı arasında negatif yönde (spor başarısı arttıkça içer yönelim puanının düşmesi) ($r=-0,522$), Aktiviteye ayrılan zaman arasında negatif yönde (aktiviteye ayrılan zaman arttıkça içer yönelim puanının düşmesi) ($r=-0,354$), Evde yapılan işlerin puanı arasında pozitif yönde ($r=0,323$), Davranış puanı arasında negatif yönde (davranış puanı arttıkça içer yönelim puanının düşmesi) ilişki bulundu ($r=-0,565$), Okul başarı puanı arasında negatif yönde (okul başarı puanı arttıkça içer yönelim puanının düşmesi) istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=-0,486$).

Tablo 4.12. İçe Yönelim İle Dışa Yönelim ve 1. Bölüm İlişki Analizi

		İçe Yönelim	
		Kontrol	Danışan
Dışa Yönelim	R	0,563**	0,927**
Spora ayrılan zaman	R	0,009	-0,323*
Spor başarısı	R	-0,088	-0,522**
Aktiviteye ayrılan zaman	R	-0,334*	-0,354*
Aktivite başarısı	R	-0,331*	-0,320
Üyeliği olan kulüp puanı	R	0,159	-0,134
Evde yapılan işlerin puanı	R	-0,041	0,323*
Davranış puanı	R	-0,235	-0,565**
Okul başarı puanı	R	-0,306*	-0,486**

*:p<0,05; **:p<0,01

4.6.6. Conner's Aile Değerlendirme Formu

Conner's aile değerlendirme formu 108 ebeveyn tarafından cevaplamıştır. Kontrol ve danışan grubunda cevaplayan ebeveyn sayısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,76)

Tablo 4.13. Conner's Aile Değerlendirme Formu Katılımcı Dağılımı

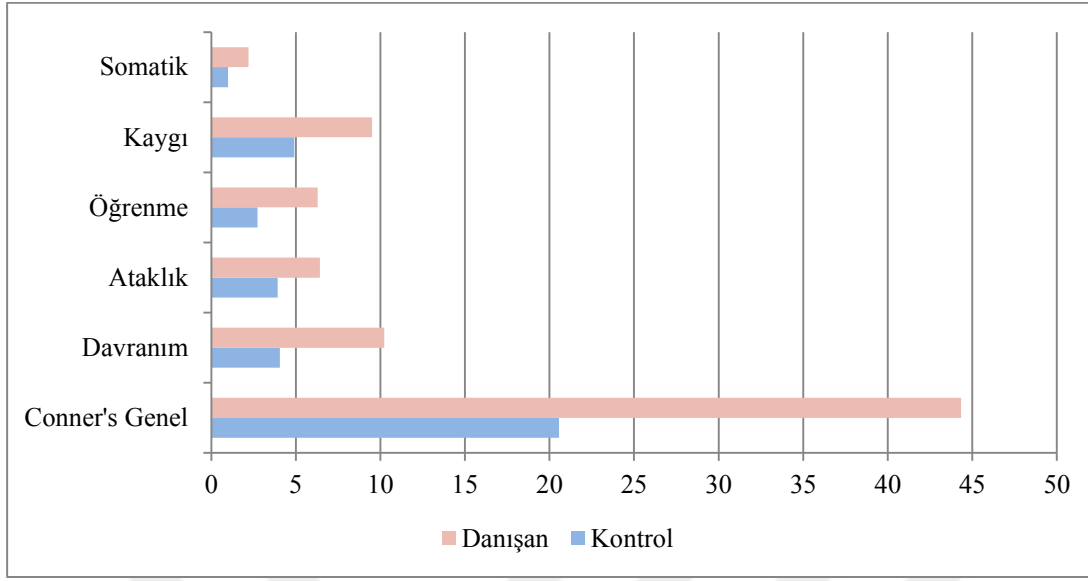
	Kontrol		Danışan		Toplam	
	f	Yüzde	f	Yüzde	F	Yüzde
Anne	32	54,24	28	57,14	60	55,56
Baba	27	45,76	21	42,86	48	44,44
Toplam	59	-	49	-	108	-

Conner's aile değerlendirme formunun alt ölçeklerine ilişkin maddelerin dağılımı tablo 4.14'dir. Ölçek soruları hiç yok 0, biraz 1, oldukça fazla ve çok fazla 3'e karşılık gelmektedir. kontrol ve danışan gruplarına göre maddelere verilen cevaplar toplanmış ve ortalaması bulunmuştur. "Davranım" kontrol grubu $4,05 \pm 3,54$ ve danışan grubu $10,24 \pm 8,25$ şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,0001$). "Ataklık" kontrol grubu $3,93 \pm 2,91$ ve danışan grubu $6,43 \pm 3,12$ şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,0001$). "Öğrenme" kontrol grubu $2,74 \pm 2,18$ ve danışan grubu $6,29 \pm 4,65$ şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,0001$). "Kaygı" kontrol grubu $4,92 \pm 2,92$ ve danışan grubu $9,51 \pm 5,57$ şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$). "Somatik" kontrol grubu $1 \pm 1,49$ ve danışan grubu $2,21 \pm 2,33$ şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,004$).

Tablo 4.14. Gruplara Göre Conner' s Dağılımı

	Kontrol	Danışan
Davranım	4.05 ± 3.54 Kontrol Yüzdeler Puanı:11	10.24 ± 8.25 Danışan Yüzdeler Puanı:28
Ataklık	3.93 ± 2.91 Kontrol Yüzdeler Puanı:33	6.43 ± 3.12 Danışan Yüzdeler Puanı:54
Öğrenme	2.74 ± 2.18 Kontrol Yüzdeler Puanı:15	6.29 ± 4.65 Danışan Yüzdeler Puanı:35
Kaygı	4.92 ± 2.92 Kontrol Yüzdeler Puanı:20	9.51 ± 5.57 Danışan Yüzdeler Puanı:40
Somatik	1 ± 1.49 Kontrol Yüzdeler Puanı:7	2.21 ± 2.33 Danışan Yüzdeler Puanı:15

Conner's aile değerlendirme formunun toplam puanı kontrol grubu $20,56 \pm 11,27$ ve danışan grubu $44,33 \pm 27,57$ şeklinde dağılmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0,0001$). Ölçeğin toplam ve alt ölçeklere ilişkin grafik şekil 4.9'dur.



Şekil 4.9: Gruplara Göre Conner's Aile Değerlendirme Formunun Grafiği

4.6.7. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI)

Aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutum ölçeği (**PARI**) 100 ebeveyn tarafından cevaplamıştır. Kontrol ve danışan grubunda cevaplayan ebeveyn sayısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,93$)

Tablo 4.15. PARI Ölçeği Katılımcı Dağılımı

	Kontrol		Danışan		Toplam	
	f	Yüzde	f	Yüzde	f	Yüzde
Anne	31	56,36	25	55,56	56	56,00
Baba	24	43,64	20	44,44	44	44,00
Toplam	55		45		100	-

PARI ölçeğinin alt ölçeği olan Aşırı Koruyucu Annelik ilişkin maddelerin dağılımı tablo 20 dedir. Kontrol ve danışan gruplarına göre maddelere verilen cevaplar toplanmıştır. Kontrol grubu $39,05\pm 9,46$ ve danışan grubu $40,49\pm 10,17$ şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (0,75).

Tablo 4.16. Gruplara Göre PARI Ölçeği Aşırı Koruyucu Annelik Dağılımı

	Kontrol	Danışan
Toplam	39,05±9,46	40,49±10,17
Yüzelik Puan	61	63

PARI ölçeğinin alt ölçeği olan Demokratik Davranma ve Eşitlik Tanıma ilişkin maddelerin dağılımı tablo 21 dedir. Kontrol ve danışan gruplarına göre maddelere verilen cevaplar toplanmıştır. Kontrol grubu 24,15±4,87 ve danışan grubu 24,53±3,68 şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,52$).

Tablo 4.17. Gruplara Göre PARI Ölçeği Demokratik Davranma ve Eşitlik Tanıma Dağılımı

	Kontrol	Danışan
Toplam	24,15±4,87	24,53±3,68
Yüzelik Puan	67	68

PARI ölçeğinin alt ölçeği olan Ev kadınlığını Reddetme ilişkin maddelerin dağılımı tablo 4.22. dedir. Kontrol ve danışan gruplarına göre maddelere verilen cevaplar toplanmıştır. Kontrol grubu 26,51±7,59 ve danışan grubu 27,56±6,72 şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,79$).

Tablo 4.18. Gruplara Göre PARI Ölçeği Ev kadınlığını Reddetme Dağılımı

	Kontrol	Danışan
Toplam	26,51±7,59	27,56±6,72
Yüzelik Puan	51	53

PARI ölçeğinin alt ölçeği olan Karı Koca Geçimsizliği ilişkin maddelerin dağılımı tablo 4.23. dedir. Kontrol ve danışan gruplarına göre maddelere verilen cevaplar toplanmıştır. Kontrol grubu $13,02 \pm 4,21$ ve danışan grubu $13,89 \pm 4,46$ şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,34$).

Tablo 4.19. Gruplara Göre PARI Ölçeği Karı Koca Geçimsizliği Dağılımı

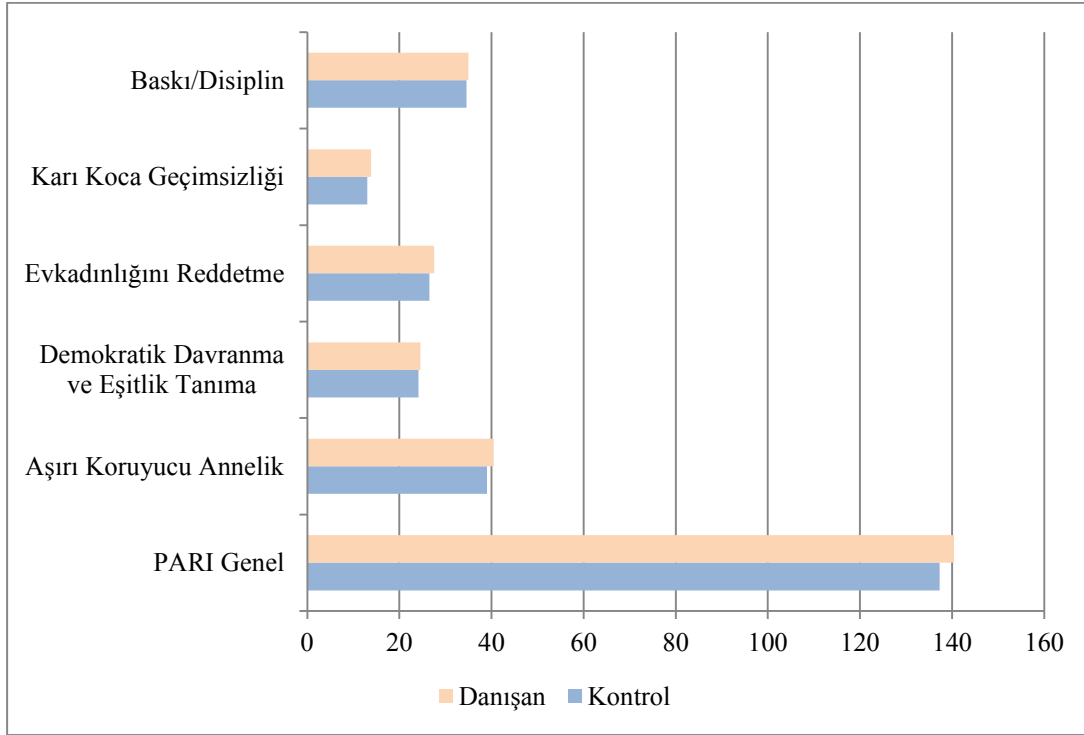
	Kontrol	Danışan
Toplam	$13,02 \pm 4,21$	$13,89 \pm 4,46$
Yüzelik Puan	54	58

PARI ölçeğinin alt ölçeği olan Baskı/Disiplin ilişkin maddelerin dağılımı tablo 4.24 dedir. Kontrol ve danışan gruplarına göre maddelere verilen cevaplar toplanmıştır. Kontrol grubu $34,58 \pm 8,46$ ve danışan grubu $34,98 \pm 8,62$ şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,61$).

Tablo 4.20. Gruplara Göre PARI Ölçeği Baskı/Disiplin Dağılımı

	Kontrol	Danışan
Toplam	$34,58 \pm 8,46$	$34,98 \pm 8,62$
Yüzelik Puan	54	55

PARI ölçeğinin toplam puanı kontrol grubu $137,5 \pm 29,57$ (ortalama puan: 57) ve danışan grubu $141,03 \pm 25,82$ (ortalama puan: 59) şeklinde dağılmaktadır. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (0,66). Ölçeğin toplam ve alt ölçeklere ilişkin grafik şekil 4.10. dadır.



Şekil 4.10: Gruplara Göre PARI Ölçeğinin Grafiği

4.7. Ölçeklerin Alt Ölçekler ve Diğer Ölçekler İle İlişkileri

4.7.1. Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Ölçeği İle Diğer Ölçek İlişkileri

Beck anksiyete ölçeği ile Beck depresyon ölçeği ilişki araştırıldığında; danışan ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=0,785$; $r=0,730$).

Kontrol grubunda;

Beck anksiyete ölçeği ile CBCL Toplam ($r=0,302$), düşünce sorunları ($r=0,296$), PARI Toplam ($r=0,372$), aşırı koruyucu annelik boyutu ($r=0,351$), ev kadınlığını reddetme ($r=0,398$), karı koca geçimsizliği ($r=0,410$), Conner's Toplam ($r=0,401$), Davranımarasında ($r=0,360$), Ataklık ($r=0,352$), Öğrenme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=0,426$). Beck depresyon ölçeği ile CBCL toplam ($r=0,305$), anksiyete ($r=0,311$), düşünce sorunları ($r=0,274$), PARI toplam ($r=0,399$), aşırı koruyucu annelik boyutu ($r=0,396$), ev kadınlığını reddetme ($r=0,347$), karı koca geçimsizliği ($r=0,500$), Conner's toplam ($r=0,431$), davranım ($r=0,434$), ataklık ($r=0,284$), öğrenme ($r=0,397$), kaygı ($r=0,288$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Danışan grubunda;

Beck anksiyete ölçeği ile CBCL toplam ($r=0,769$), anksiyete ($r=0,706$), sosyal içe dönüklük ($r=0,626$), somatik yakınmalar ($r=0,615$), düşünce sorunları ($r=0,774$), parı toplam ($r=0,428$), aşırı koruyucu annelik boyutu ($r=0,509$), baskı ve disiplin ($r=0,488$), Conner's toplam ($r=0,698$), davranım ($r=0,724$), ataklık ($r=0,550$), öğrenme ($r=0,621$), kaygı ($r=0,529$), Conner's somatik değişkenleri ($r=0,438$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Beck depresyon ölçeği ile anksiyete ($r=0,643$), sosyal içe dönüklük ($r=0,612$), somatik yakınmalar ($r=0,419$), düşünce sorunları ($r=0,690$), aşırı koruyucu annelik boyutu ($r=0,358$), Conner's toplam ($r=0,677$), davranım ($r=0,691$), ataklık ($r=0,414$), öğrenme ($r=0,585$), kaygı ($r=0,564$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Tablo 4.21. Gruplara Göre Beck Ölçekleri İle Diğer Ölçeklerin İlişki Analizi

		Kontrol		Danışan	
		Anksiyete	Depresyon	Anksiyete	Depresyon
Anksiyete	r	0,152	0,311*	0,706**	0,643**
Sosyal İçe Dönüklük	r	0,075	0,184	0,626**	0,612**
Somatik Yakınmalar	r	0,161	0,075	0,615**	0,419*
Dışa Yönelim	r	0,296*	0,274*	0,774**	0,690**
CBCL Toplam	r	0,302*	0,305*	0,769**	0,712**
Aşırı Koruyucu Annelik Boyutu	r	0,351*	0,396**	0,509**	0,358*
Demokratik Davranma ve eşitlik tanıma	r	0,200	0,224	-0,096	-0,247
Ev kadınlığının ıreddetme	r	0,398**	0,347**	0,125	-0,008
Karı koca geçimsizliği	r	0,410**	0,500**	0,320	0,224
Baskı ve disiplin	r	0,234	0,259	0,488**	0,271
PARI Toplam	r	0,372**	0,399**	0,428**	0,224
Davranım	r	0,360**	0,434**	0,724**	0,691**
Ataklık	r	0,352**	0,284*	0,550**	0,414**
Öğrenme	r	0,426**	0,397**	0,621**	0,585**
Kaygı	r	0,190	0,288*	0,529**	0,564**
Conner's Somatik	r	0,147	0,079	0,438**	0,303
Conner' s Toplam	r	0,401**	0,431**	0,698**	0,677**

*:p<0,05; **:p<0,01

4.7.2. CBCL Ölçeği İle Diğer Ölçek İlişkileri

PARI Toplam değişkeni için kontrol grubunda anksiyete puanı ($r=0,379$) ve içe yönelim puanı ($r=0,311$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Danışan grubunda anksiyete puanı ($r=0,366$) içe dönüklük puanı ($r=0,384$) somatik yaklaşım puanı arasında ($r=0,427$) ve içe yönelim puanı ($r=0,413$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Aşırı koruyucu annelik boyutu değişkeni için kontrol grubunda anksiyete puanı ($r=0,346$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Danışan grubunda anksiyete puanı ($r=0,505$), sosyal içe dönüklük puanı ($r=0,560$) somatik yaklaşım puanı ($r=0,487$) ve içe yönelim puanı ($r=0,55$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Demokratik davranma ve eşitlik tanıma değişkeni için kontrol grubunda anksiyete puanı ($r=0,284$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Ev kadınlığını reddetme değişkeni için kontrol grubunda ile anksiyete puanı ($r=0,292$) ve içe yönelim puanı ($r=0,347$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Karı koca geçimsizliği değişkeni için kontrol grubunda içe yönelim puanı ($r=0,311$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Danışan grubunda anksiyete puanı ($r=0,362$) içe dönüklük puanı ($r=0,414$) somatik yaklaşım puanı ($r=0,386$) ve içe yönelim puanı ($r=0,408$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Baskı ve disiplin değişkeni için kontrol grubunda ile anksiyete puanı ($r=0,402$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Danışan grubunda anksiyete puanı ($r=0,424$) içe dönüklük puanı ($r=0,457$) somatik yaklaşım puanı arasında ($r=0,498$) ve içe yönelim puanı ($r=0,481$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Tablo 4.22. Gruplara Göre PARI Ölçeği İle CBCL-İçe Yönelim İlişkisi

PARI	Kontrol				Danışan			
	Anks.	Sosyal İçe Dön.	Somatik Yak.	İçe Yön.	Anks.	Sosyal İçe Dönük.	Somatik Yak.	İçe Yön.
Toplam	r 0,379**	0,259	0,045	0,311*	0,366*	0,384*	0,427*	,413*
A.KoruyucuAnnelik	r 0,346*	0,188	-0,006	,253	0,505**	0,560**	0,487**	,550**

Dem.Dav.Eşitlik	r	0,284*	0,243	0,001	,241	-,113	-,021	-,090	-,090
Ev kadın.Reddetme	r	0,292*	0,275	0,106	,347**	-0,046	-0,127	0,078	-,036
Karı KocaGeçimsizliği	r	0,164	0,031	0,065	,500**	0,362*	0,414*	0,386*	,408*
Baskı/disiplin	r	0,402**	0,276	0,034	,259	0,424*	0,457**	0,498**	,481**

Conner's Toplam değişkeni için kontrol grubunda anksiyete puanı ($r=0,486$), somatik yaklaşım puanı ($r=0,288$) içe yönelim puanı ($r=0,412$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Danışan grubunda CBCL toplam puanı ($r=0,886$), anksiyete puanı ($r=0,826$), içe dönüklük puanı ($r=0,770$), somatik yaklaşım puanı ($r=0,768$) içe yönelim puanı ($r=0,863$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Davranım değişkeni için danışan grubunda ile anksiyete puanı ($r=0,808$), içe dönüklük puanı ($r=0,722$), somatik yaklaşım puanı arasında ($r=0,738$) içe yönelim puanı ($r=0,831$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Ataklık değişkeni için danışan grubunda anksiyete puanı arasında ($r=0,610$), somatik yaklaşım puanı ($r=0,526$)ve içe yönelim puanı ($r=0,543$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Öğrenme değişkeni için kontrol grubunda ile anksiyete puanı ($r=0,447$), içe dönüklük puanı ($r=0,347$) içe yönelim puanı ($r=0,431$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Danışan grubunda anksiyete puanı ($r=0,708$) içe dönüklük puanı ($r=0,685$), somatik yaklaşım puanı ($r=0,658$) içe yönelim puanı ($r=0,747$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Kaygı değişkeni için kontrol grubunda ile anksiyete puanı ($r=0,608$), içe dönüklük puanı ($r=0,567$), somatik yaklaşım puanı ($r=0,314$) içe yönelim puanı ($r=0,624$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Danışan grubunda anksiyete puanı ($r=0,819$) içe dönüklük puanı ($r=0,823$) somatik yaklaşım puanı ($r=0,726$) içe yönelim puanı ($r=0,863$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Conner's somatik yakınmalar değişkeni için kontrol grubunda anksiyete puanı ($r=0,354$) somatik yaklaşım puanı ($r=0,511$) ve içe yönelim puanı ($r=0,401$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Danışan grubunda CBCL toplam puanı ($r=0,536$)

anksiyete puanı ($r=0,486$) içe dönüklük puanı arasında ($r=0,580$) somatik yaklaşım puanı arasında ($r=0,645$) içe yönelim puanı ($r=0,610$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Tablo 4.23. Gruplara Göre Conner's Ölçeği İle CBCL-İçe Yönelim İlişkisi

CONNER'S	Kontrol				Danışan			
	Anks.	Sosyal İçe Dön.	Somatik Yak.	İçe Yön.	Anks.	Sosyal İçe Dönüklük	Somatik Yak.	İçe Yön.
Toplam	r ,486**	,177	,288*	,412**	,826**	,770**	,768**	,863**
Davranım	r ,208	-,066	,200	,149	,808**	,722**	,738**	,831**
Ataklık	r ,019	-,235	-,085	-,097	,610**	,292	,526**	,543**
Öğrenme	r ,447**	,347**	,223	,431**	,708**	,685**	,658**	,747**
Kaygı	r ,608**	,567**	,314*	,624**	,819**	,823**	,726**	,863**
Somatik	r ,354**	,118	,511**	,401**	,486**	,580**	,645**	,610**

4.7.3. PARI İle Conner's Aile Formu İlişkileri

PARI Toplam değişkeni için kontrol grubunda Conner's toplam ($r=0,529$) davranım ($r=0,343$), ataklık ($r=0,325$), öğrenme ($r=0,412$), kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=0,428$). Danışan grubunda Conner's toplam ($r=0,319$) davranım ($r=0,303$) ile kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=0,319$)

Aşırı koruyucu annelik boyutu değişkeni için kontrol grubu Conner's toplam ($r=0,518$) davranım ($r=0,290$), ataklık ($r=0,340$), öğrenme ($r=0,460$), kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=0,436$). Danışan grubunda Conner's toplam ($r=0,380$) davranım ($r=0,344$), ataklık ($r=0,327$), öğrenme ($r=0,353$), kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=0,436$).

Demokratik davranma ve eşitlik tanıma değişkeni için kontrol grubu Conner's toplam ($r=0,317$) öğrenme ($r=0,398$) kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=0,338$).

Ev kadınlığını reddetme değişkeni için kontrol grubu Conner's toplam ($r=0,454$), davranım ($r=0,406$), ataklık ($r=0,307$) somatik yakınmalar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=0,291$).

Karı koca geçimsizliği değişkeni için kontrol grubunun Conner's toplam ($r=0,408$), davranım ($r=0,292$), kaygı ($r=0,328$), somatik yakınmalar ($r=0,313$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Danışan grubunda karı koca geçimsizliği ile Conner's toplam arasında ($r=0,320$) kaygı ($r=0,391$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Baskı ve disiplin değişkeni ile kontrol grubunun Conner's toplam ($r=0,471$) öğrenme ($r=0,362$) kaygı değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=0,465$). Danışan grubunda Conner's toplam ($r=0,391$), davranım ($r=0,423$), ataklık ($r=0,320$), öğrenme ($r=0,331$), kaygı ($r=0,378$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Tablo 4.24. Gruplara Göre PARI ile Conner' Aile Formu leklerin İlişkisi

	PARI	AşırıKoru.	Demok. Dav.	Evkad.	Karıkoca	Baskıve	
	Toplam	AnnelikB.	eşitlik Ta.	reddetme	Geç.	Disiplin	
Kontrol	Conner's Toplam	0,529**	0,518**	0,317*	0,454**	0,408**	0,471**
	Davranım	0,343*	0,290*	0,192	0,406**	0,292*	0,25
	Ataklık	0,325*	0,340*	0,191	0,307*	0,24	0,246
	öğrenme	0,412**	0,460**	0,398**	0,262	0,19	0,362**
	Kaygı	0,428**	0,436**	0,338*	0,202	0,328*	0,465**
	Conner's Somatik	0,245	0,189	0,061	0,291*	0,313*	0,191
Danışan	Conner's Toplam	0,319*	0,380*	-0,102	0,033	0,320*	0,391**
	Davranım	0,303*	0,344*	-0,169	0,042	0,285	0,423**
	Ataklık	0,279	0,327*	-0,154	0,203	0,131	0,320*
	ğrenme	0,251	0,353*	-0,124	-0,059	0,246	0,331*
	Kaygı	0,319*	0,436**	-0,094	-0,071	0,391**	0,378*
	Conner's Somatik	0,206	0,242	-0,002	0,055	0,176	0,219

BÖLÜM V

TARTIŞMA, YORUM VE ÖNERİLER

5.1. Tartışma ve Yorum

Bu araştırma, anne baba tutum davranış ve duygu durumlarının çocuklarda tespit edilen Duygu durum Bozukluğuna etkisi olup olmadığını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Öncelikle, araştırma örneklemini belirlemek için, istatistiksel çözümlenmelerin yanı sıra hasta grupları için ayırt ediciliği olduğu düşünülen içe yönelim puanının kesim noktasının hesaplanması için ROC analizi uygulanmıştır. Eğri altında kalan alan 0,75 (0,65-0,85) olarak bulundu ve bu değer istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,00003$). İçe yönelim puanı için kesim noktası 11,5 olarak tespit edilmiştir. 11,5 ve üzerinde puan alanlar danışan grubu oluşturabilir. Elde edilen bu bulgu, danışan grubu olarak belirlediğimiz çocuklara Duygudurum bozukluğu tanısının konması için yeterli puana sahip olduklarını göstermektedir.

Bu araştırma için yapılan geniş çaplı yazın taraması, anne ve babanın duygu durumlarının, çocuklarda görülen Duygu durum Bozukluğu üzerinde önemli derecede etkisi olduğunu ve bu konunun üzerinde araştırmalar yapılmaya devam edilmesinin önemini vurgulamaktadır. Bizim araştırmamızda da; ebeveynlerdeki duygu durumu ile çocuk depresyonu ve Duygu durum Bozukluğu arasında ilişki olduğu bulunmuş fakat katılımcıların Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçeklerinden aldıkları puan dağılımı geniş olduğu için istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır. Gruplara göre Beck anksiyete ölçeğinde genel dağılıma bakıldığında, kontrol grubunun ortalaması 8.32 iken danışan grubunda 11.65 olarak bulundu. Fakat aynı zamanda standart sapmanın bir o kadar ortalama yakın olduğu görüldü. Bu demektir ki ortalamanın çok üstünde değerler olduğu gibi çok altında kalan değerlerde mevcuttur. Araştırmadan elde edilen bu bulgu, her iki gruptan bazılarının soruları yanıtlamak istememesi, direnç göstermesi veya kendini iyi gösterme çabası ile ilişkilendirilebilir. Ancak sonuç olarak, danışan grubunda yer alan çocukların ebeveynlerinin anksiyetelerinin oranları ile kontrol grubunda yer alan ebeveynlerin oranları karşılaştırıldığında sonuç beklentilerimiz ile uyumlu görülmektedir. Danışan grubunun Beck Anksiyete Ölçeği ortalaması kontrol grubu ortalamasına göre daha yüksek bulundu. Anne ve baba değerleri ayrı olarak değerlendirildiğinde; annelerin anksiyete ortalaması, babalara göre daha yüksektir, fakat

arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Özellikle danışan grubunda yer alan annelerin anksiyete ortalamasının, babaların anksiyete ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Elde edilen bu bulgu, psikopatolojide anne ve çocuk ilişkisinin önemine dair yapılan yazın çalışması ile paralellik göstermektedir. Bu çalışmalara göre, yenidoğan ile bakımveren arasında kurulan sözsüz iletişim sayesinde yenidoğan bakımverenin duygu durumunu algılayıp bunları kendisine uyarlamaya çalışmaktadır; karşısındaki gülümsüyorsa gülümsemekte, kaygılı ise endişelenmekte ve korkmaktadır (Davidson&Irvin,1999). İlerleyen yıllarda da, benzer şekilde ebeveynlerin duygudurumları sıklıkla çocuklara yansımaya devam etmektedir. Bu bağlamda, Beck Anksiyete ölçeğinden elde edilen verilere göre ebeveynlerdeki kaygı seviyesinin yüksek olmasının, çocuklardaki kaygı seviyesini doğrudan etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Ebeveyn kaygısının, çocuk üzerindeki kaygıyı etkilediği düşünüldüğünde, annenin aşırı kaygılı tutumu ve davranışları karşısında çocuklarında yoğun bir kaygı ve ruhsal gerilim yaşaması muhtemeldir. Öte yandan, danışan grubunda yer alan annelerin kaygısının çocuğun depresyonu nedeniyle artmış olabileceği de düşünülmektedir. Çocuğun depresyon nedeniyle yaşadığı duygusal zorluklar ve artan irritabilitesi ile baş etmekte güçlük çeken annenin kaygısı zamanla artmış olabilir.

Beck depresyon ölçeğinden elde edilen puanlara bakıldığında, dağılımın her iki grupta birbirine çok yakın olması nedeniyle, annelerin depresyonu ile babaların depresyon ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4). Beck Depresyon Ölçeği değerlendirilirken 17 kesim noktası baz alındı. Gruplar 17 kesim noktasına göre incelendiğinde ise, kontrol grubunun annelerinin orta ve şiddetli düzeyde depresif oldukları (17'nin üzerinde oldukları) ve danışan grubuna göre depresyon şiddetinin daha yüksek seviyede olduğu görüldü(Şekil 6). Elde edilen bu bulgu, danışan grubunda yer alan ebeveynlerin depresif olmasının, özellikle danışan grubunda çocuğun duygu durumunu doğrudan etkilemediği yönündedir. Danışan grubu ebeveynlerinde depresyon puanının düşük olması NP' de takip altında olan danışan grubu çocuklarının yanı sıra, annelere de psikolojik destek sağlanıyor olması ile ilişkilendirilebilir. Sorunun adının konması ve profesyonel yardım alınması sorunlara tek başına çözüm bulmak yerine sorumluluğu paylaşmış olan anneleri rahatlatıyor olabilir. Kontrol grubunda böyle bir destek söz konusu değildir; tanımlanmamış sorunlar ve belirsizlikler içinde bocalayan ebeveynlerin kendilerine ve çevrelerine yönelik olumsuz bilişler geliştirmeleri daha depresif hissetmeleri ile sonuçlanmış olabilir. Diğer yandan genel olarak

örnekleme yer alan ebeveynlerin duygu durumları değerlendirildiğinde, depresyonu olan ebeveynler sayısının fazla çıkmış olması beklentilerimizle uyumludur.

Yazın çalışmaların da, annenin depresyon nöbetleri ile çocukta meydana gelen nöbetler arasında kapalı ve geçici bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir. Bu ilişkinin nedenleri annenin depresif olduğu dönemlerin aile ortamını olumsuz etkilemesi ve beraberinde getirdiği diğer sosyal dezavantajlar ile açıklanmaktadır. Erken dönemde ebeveyn ve çocuk arasındaki güvensiz bağlanmanın da bu geçici birlikteliğin oluşumuna neden olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, Faraone ve arkadaşlarının (1997) yaptığı çalışmada ebeveynlerdeki psikopatolojinin daha sonra çocuk ve ergenlerde gelişen depresyon veya mani başlangıcının en güçlü yordayıcısı olduğu belirtilmektedir.

Beck anksiyete ölçeği ile Beck depresyon ölçeğinin diğer ölçekler arasındaki ilişkisi araştırıldığında; danışan ve kontrol grubu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kontrol grubu ebeveynlerinin anksiyetesi ile çocuklardaki anksiyeteyi ölçen CBCL anksiyete puanları arasında anlamlı ilişki mevcut değilken; diğer ölçekler ve değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Danışan grubuna bakıldığında, Beck ölçekleri CBCL genel, anksiyete, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, aşırı koruyucu annelik, Conner's genel, davranım, ataklık, öğrenme, kaygı ölçeklerle yüksek düzeyde ilişkili çıkmıştır (Tablo 21). Elde edilen bu bulgular beklentilerimizle uyum göstermektedir. Danışan grubu ebeveynlerinin anksiyete ve depresyon puanları arttıkça danışan grubu çocuklarının anksiyete, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmaları da artmaktadır. Bununla beraber, Beck ölçekleri ile conner's genel arasındaki istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki; danışan grubunda yer alan ebeveynlerin depresyon ve kaygısı arttıkça çocuklardaki kaygının arttığı ve bunun sonucunda daha fazla davranım sorunları ve öğrenme güçlüğü olduğu görülmektedir.

Ebeveynlerin depresyon düzeyi ve eğitim durumları karşılaştırıldığında, İlkokul, ortaokul mezunu danışan ebeveynlerin depresyon düzeyi kontrol grubu ebeveynlere göre daha yüksek bulundu. Eğitim seviyesinin yükseldikçe, depresyon ölçeğinin puanı düşmektedir (Tablo 7). Elde edilen bu bulguya göre eğitim seviyesinin artmasının ebeveynlerin duygu durumlarına olumlu yansıdığı, anne ve babanın bilinçlilik düzeyinin artmasının çocukların sorunlarını algılamada ve baş etmede daha etkin olduklarını düşündürmüştür. Ayrıca danışan grubunda yer alan annelerin kaygı seviyesinin yüksek olmasının, kontrol grubuna göre

danışan grubu çocuklarında daha fazla sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar ve kaygıya yol açmaktadır (Tablo 21).Bizim olgularımızda danışan grubunda yer alan annelerin kaygı seviyesinin daha yüksek olmasının çocuklardaki kaygı seviyesini doğrudan etkilediği düşünülmektedir. Ebeveynlerinin kaygılı tutum ve davranışları karşısında nasıl davranacağını kestiremeyen çocukların yaşadıkları karmaşa ve ruhsal gerilimin sonucunda irritabilite, içe kapanma, somatizasyona sığınma gibi duygusal problemlerin yanı sıra, dürtüsel eylemler ve aşırı hareketlilik gibi davranışsal problemler sergilediği düşünülmektedir.

CBCL (4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme) Ölçeğine bakıldığında, 54 anne ve 41 baba olmak üzere toplamda 95 kişinin soruları yanıtladığı görülmektedir (Tablo 8). Katılımcı sayısının fazla olmasının nedeni CBCL ölçeğinin hem anne hem baba tarafından ayrı ayrı doldurulmuş olmasıdır. Elde edilen verilere bakıldığında, danışan grubunda spora ve aktiviteye ayrılan zaman daha fazla iken spor ve aktivite başarısı kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Bu durum, danışan grubundaki çocukların tedavi veya teşvik için spor ve aktivitelere yönlendirilmiş olabileceklerini ancak spor ve aktivite başarısının düşük olması Duygu durum bozukluğu olan çocukların psikomotor aktivitesinde belirgin bir yavaşlamanın olması, aktivitelere konsantre olmakta güçlük yaşamaları, kendine güvenin azalması ile oluşan performans kaygısı sonucunda kaçınma davranışı göstermeleri ile ilişkilendirilebilir. Diğer yandan, danışan grubuna göre kontrol grubunun spor ve aktiviteye ayrılan zamanı daha düşük olmasına rağmen üyeliği olunan kulüpler daha fazladır.Bu klüplerin kontrol grubundaki çocukların spor ve aktivite ihtiyacını karşıladığı düşünülebilir.

Günlük olarak yapılan aktiviteler ve evde yapılan işler karşılaştırıldığında, kontrol grubunun danışan grubuna göre aktivitelere karşı daha istekli ve daha aktif oldukları görülmüştür (Tablo 6). Beklentilerimizle uyumlu olan bu durum; duygu durum bozukluğu olan çocukların yaşadığı depresif duygulanım nedeniyle geri çekilme, daha önceden ilgi duydukları şeylere karşı ilgisizlik, psikomotor aktivitesinde belirgin yavaşlamanın olması ile ilişkilendirilebilir. Ebeveynlerinin bu konudaki beklenti ve talepleri olsa bile çocuklarda depresyonla birlikte ortaya çıkan davranış bozuklukları, uyumsuzluk, karşı gelmenin yanı sıra motor becerilerinin aksaması nedeniyle “yapamam”, “bilmiyorum”, “yorgunum” gibi ifadeler ile sorumluluk almaktan kaçınmış olabilecekleri düşünülmektedir. Diğer yandan, danışan grubunda yer alan annelerin aşırı koruyucu annelik puanı ile CBCL alt testi olan içe yönelim puanları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif ilişki bulundu. Bu ilişki bize ebeveynlerin küçük yaştan itibaren çocuğa; yaşına, yeteneğine, cinsiyetine uygun görev ve

sorumluluklar verme - görev paylaşımı yapmak yerine çocuğun hemen her ihtiyacının karşılandığı bir ortam sunmasının çocukların tek başına sorumluluk alma konusunda daha isteksiz olmaları ve aktivitelere yönelik becerilerinin daha az gelişmesine neden olmuş olabileceğini düşündürdü.

CBCL ölçeğinin 2. bölümüne göre, kontrol grubunda davranış puanı ve okul başarı puanı danışan grubuna göre daha yüksek iken arkadaşına ayrılan zaman daha düşük bulunmuştur, her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır(Tablo 6). Bu durum kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, danışan grubunda CBCL dışı yönelim, Conner's ataklık ve davranımın istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunması, çocuklarda depresyonun yanı sıra eş zamanlı hastalık olarak yıkıcı davranış bozuklukları bulguları göstermesi ile ilişkilendirilebilir. Duygularını kontrol etmekte zorlandıkları için kolayca öfkelenen, davranım sorunları ve ataklık gösteren çocukların uyarıcılara tepkisiz kalamamaları kendilerini çevrelerinden izole etmemelerine neden olmuş olabilir. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında danışan grubunun hasta olma puanı daha yüksek bulundu. Bu durum mevcut duygu durum bozukluğunun yanı sıra çocukların başka fiziksel hastalıklara sahip oldukları şeklinde açıklanabilir.

CBCL ölçeğinin alt testleri olan depresyon / anksiyete dağılımı, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar değerlendirildiğinde; her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuş ve danışan grubunun puanlarının kontrol grubu puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır; danışan grubunun puanları kontrol grubunun neredeyse iki katı civarındadır (Tablo 7, 8, 9). CBCL alt ölçekleri olan sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, anksiyete puanlarının toplamından elde edilen içe yönelim (introvert) puan dağılımı gruplara göre değerlendirildiğinde ise; içe yönelim kontrol grubunda $8,49 \pm 6,94$ ve danışan grubunda $17,63 \pm 13,12$ olarak bulundu. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 10). Bu bulgular, kontrol grubuna göre danışan grubunda yer alan duygu durum bozukluğu olan çocukların kaygı düzeyi arttıkça depresyon ve sosyal içe dönüklüğün arttığını ve daha fazla somatizasyona sığındıklarını göstermiştir.

CBCL dışı yönelim kısmının alt faktörleri olan kurallara karşı gelme, saldırgan davranışlar, düşünce sorunları ve Sosyal sorunlar değerlendirildiğinde; kontrol ve danışan grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Danışan grubunun puanları kontrol grubu puanlarından daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 11). Bu sonuca göre, danışan grubunun kaygı düzeyi arttıkça daha fazla davranış ve düşünce problemleri yaşadıkları ve

bununda sosyal sorunlara sebep olduğu düşünülmektedir. Elde edilen bu bulgular, duygu durum bozukluğu olan çocukların duygusal durumlarını yetişkinler gibi sözel olarak ifade etmede zorluk yaşadığı için sıkıntılarını dışsallaştırarak yani davranışsal olarak ortaya koyması ile de ilişkilendirilebilir. Bu durum çocukların yetişkinler kadar yaşam deneyimine sahip olmamaları ile birlikte kelime bilgisinin sınırlı olması ve dili etkin bir biçimde kullanamaları nedeniyledir. Ayrıca duygu durum bozukluğu olan çocuklarda depresyon belirtilerinin yanı sıra yaşanan yoğun kaygıların dışavurumu olarak irritabilite, huzursuzluk ve ani öfke patlamaları gözlenmektedir. Elde edilen sonuçlar ile ilgili değerlendirmemiz, duygu durum bozukluğu olan çocukların durgunluk anlarının yanısıra sözelleştirilemeyen kaygının artışı ile birlikte ajitasyon anlarının ortaya çıkması sonucunda dışa yönelik saldırganlık ve davranış bozuklukları sergiledikleri yönündedir.

Danışan grubunda dışa yönelim alt faktörlerinden elde edilen bu sonuçlar, Duygu durum bozukluğu ile yıkıcı davranış bozukluklarının sıklıkla binişik olduğu ve eş tanı olarak değerlendirilmesi gerektiği yönündeki araştırmaları da destekler niteliktedir. Bu bağlamda yapılan bir araştırmalardan birinde okul çağı döneminde sıklıkla karşımıza çıkan dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin depresyon ile muhtemel bir ilişkisi olduğuna dikkat çekilmektedir(Doğangün, Prinççi, 2011). Bu araştırmacılara göre; çocukluk çağı depresyonu farklı şekillerde, maskeli denilebilecek biçimlerde var olur. “Dışarıdan gözlenebilenler; yani dışa yansıyan semptomlar, içeride, ruhsallıkta yaşananlarla paralellik göstermeyebilirler. İçeride oluşmuş depresif duygudurum daha ziyade gizlidir ve fark edilmeyi bekler. Bu nedenle de günümüzün popüler ruhsal rahatsızlığı olarak bilinen hiperaktivite depresyonla taban tabana zıt bir görsel tablo sergiler gibi görünse de aslında depresyonla iç içe olabileceğini düşündürmüştür. Depresif duygulanıma karşı manik savunmaların ve bedensel dışavurumun (hareketlilik) kullanımı siktir. Hiperaktivitenin depresyona karşı geliştirilen bir savunma düzeneği olarak nitelendirilmesi mümkündür ”(Doğangün, Prinççi, 2011). Diğer bir deyişle, hiperaktif olarak nitelendirilen çocukların iç nesnelere olan ebeveyn imgeleri ile ilgili bir sorunsal neticesinde yaşadıkları hayal kırıklığı, ayrılık endişesi ve depresif konumla başa çıkamadıkları için ortaya çıkan depresif duygulanıma karşı manik savunmalar geliştirmektedirler. Bizim olgularımızda da, danışan grubunda yer alan çocukların ebeveynleri ile kurduğu ilişkinin niteliği sorgulanırken ve ebeveynlerinin baskı ve disiplin tutumu sergilemesinin çocuklarda kaygı, ataklık ve davranım sorunlarını tetiklediği görülmektedir.

CBCL ölçeğinin içe yönelim ve dışa yönelim arasındaki ilişki kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlıdır fakat düşük düzeyde ilişkili iken danışan grubunda içe yönelim ile dışa yönelim puanı arasında yüksek oranda ilişki bulunmuştur. Her iki grupta da aktiviteye ayrılan zaman, aktivite başarısı, okul puanı arttıkça içe yönelim puanının düştüğü görülmektedir. Danışan grubunda içe yönelim arttıkça spora ayrılan zaman ve spor başarısının yanı sıra davranış puanı ve okul başarısının düştüğü görülmektedir (Tablo 12). Bu sonuç beklentilerimizle uyumludur. Yazın çalışmasında da belirtildiği gibi; çocuklarda depresyon davranış bozukluğu ile kendini göstermektedir. Kendini verbal olarak ifade etmekte zorlandıkları için huzursuzluk yaşayan çocuklarda kaygı ile birlikte içe yönelim artarken sosyal geri çekilme, çevreye ve etkinliklere yönelik ilgisizlik, arkadaş ilişkilerinde bozulma, okul başarısında düşme gözlemlenmektedir. Ayrıca kontrol grubundan farklı olarak danışan grubunda içe yönelim puanı ile evde yapılan iş puanı arasında ilişkili bulundu. Bunun nedeni, ebeveynlerin çocuklarını sorumluluk alma konusunda teşvik etmeleri ve tedavi konusunda çaba göstermeleri olarak açıklanabilir. Biz bu doğrultuda çocuğun duygu durumu ile ebeveynlerinin duygu durumu arasında ciddi bir etkileşim olduğunu düşünmekteyiz. Depresyonu olan bir bireyin ailede ki diğer üyelerin duygu durumlarını olumsuz yönde etkilemesi kaçınılmazdır. Bu nedenle bizim olgularımızda gördüğümüz danışan grubu ebeveynlerinin depresyon ile baş etmek için çocuğun sorumluluk duygusunu geliştirme çabası içinde olduklarıdır.

Conner's aile değerlendirme formunun alt ölçeklerine bakıldığında, genel olarak danışan grubunun ataklık, davranım, öğrenme, somatik yakınmalar ve kaygı puanının kontrol grubu puanına göre istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek olduğu görülmüştür. (Tablo14) Yazın çalışmalarında duygu durum Bozukluğu olan çocukların kaygılarının artmasının bilişsel ve sosyal gelişimlerini olumsuz yönde etkilediği ve sosyal alanda işlevselliklerini bozduğu ifade edilmektedir. Ayrıca duygu durum bozukluğu olan çocukların yaşadıkları kaygı ve anksiyete ifade etmede zorlanması ve yakınmalarını sözleştirememesi neticesinde daha fazla somatik belirtiler gösterdiği düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda da conner's alt ölçeklerinden ve conner's alt ölçeği olan kaygı ile CBCL alt ölçekleri olan anksiyete, sosyal içe dönüklük ve içe yönelim arasında görülen pozitif ilişki bunu destekler niteliktedir. Bu durumun nedeni olarak danışan grubunda akademik başarının düşük olmasının, spor ve aktivitelerde yönlendiriliyor olsalar bile anksiyete, dikkat dağınıklığı ve yoğun yetersizlik duyguları

sonucunda başarı oranının düşük olmasının, ebeveynlerinin beklenti ve taleplerini karşılayamama ve sorumlulukların üstesinden gelememenin çocuklarda oluşan kaygı seviyesini arttırdığı düşünülmektedir. Kaygısı artan çocuklarında daha fazla davranım ve öğrenme sorunları yaşadıkları ve daha fazla somatizasyona sığındıkları görülmektedir.

Gruplara göre Conner's ölçeği ile CBCL alt ölçekleri olan depresyon/ anksiyete, sosyal içe dönüklük, anksiyete dağılımı, somatik yakınmalar arasındaki ilişkiye bakıldığında, her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı fakat danışan grubu kontrol grubuna göre yüksek düzeyde ilişkili bulunmuştur. Her iki grupta da öğrenme ve kaygı değişkenlerinin anksiyete puanını artırdığı görülmüştür. Kontrol grubunda anksiyete ve içe yönelimi artıran öğrenme sorunları iken danışan grubunda öğrenme sorunlarının yanı sıra davranım sorunları ve kaygı değişkeninin anksiyeteyi artırdığı ve daha fazla sosyal içe dönüklük, içe yönelim ve somatik yakınmalara yol açtığı görülmektedir (Tablo 23).

Yapılan araştırmalarda, çocukluk çağı depresyonlarının oluşumunu açıklamada genetik etkenler, psiko-sosyal ve çevresel etkenlerin yanı sıra anne baba tutumlarının da depresyonu tetikleyen etkenlerden olduğu belirtilmektedir. Ebeveynlerin aşırı otoriter, aşırı hoşgörülü veya ihmalkâr tutum sergilemesinin çocukların duygusal gelişimini olumsuz manada etkilediği vurgulanmaktadır. Bu çalışmanın amacı da, anne ve baba tutumlarının ve davranışlarının, Duygu durum Bozukluğu olan çocukların davranışlarını ve duygu durumlarına olan etkisini incelemektir.

Fakat uygulanan Aile Hayatı ve Çocuk yetiştirme Tutum (PARI) Ölçeği ve alt ölçekleri yazın çalışması ile paralellik göstermemekte ve bu düşüncüyü desteklememektedir. Danışan ve kontrol grubu ebeveynlerin çocuklarına yönelik ortak tutumlar benimsediği görülmektedir. PARI geneli ve alt ölçekleri olan, aşırı koruyucu anneliğe ilişkin maddeler, demokratik davranma, ev kadınlığını reddetme, karı koca geçimsizliği, baskı ve disiplin, ev kadınlığını reddetmeye ilişkin ölçeklerin puanı incelendiğinde; danışan grubu ile kontrol grubu puanlarının birbirine yakın olduğu görüldü. Her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 16, 17, 18, 19, 20). Elde edilen bu sonuç, genel olarak Türk aile kültüründe çocuk yetiştirme ile ilgili ortak davranış ve tutumların benimsenmiş olabileceğini düşündürmüştür. Bu bağlamda, aile içi ilişkilerin incelendiği bir araştırmada Türk toplumunun aile yapısında geleneksel değer sistemlerinin egemen olması dolayısıyla, aile yapılarının daha çok geleneksel aile görünümünü yansıttıkları ve bu durumun çocuk

yetiştirme tutumlarını önemli ölçüde etkilediği ifade edilmektedir (Sayın, 1987). Geleneksel Türk aile kültüründe babanın tartışılmaz salt otoritesi vardır. Disiplin sayesinde aile düzenini koruyabileceğine inanan baba otoriteyi sağlamak için baskı ve disiplin tutumu sergilemekte iken annelerin ise aşırı koruyucu, özverili fakat bağımlı ve edilgen bir tutum sergilediği görülmektedir. Babanın iktidarını koruyabilmek için duygusal yakınlık kurmaktan kaçınması sonucunda baba ile doğrudan diyalog geliştirmekte zorlanan çocuklar daha çok anneye yönelmektedir. Anne baba ve çocuk ilişkisinin sağlıklı olarak kurulamadığı bu ortamda baba devre dışı kalırken çocuklar anne ile yakın ilişki geliştirirler. Annenin bütün ilgiyi ve duygusal yatırımını çocuğuna aktarması ise çocuklarda yoğun sıkıntıların oluşması ile sonuçlanabilmektedir.

Diğer taraftan, PARI ölçeğinin diğer ölçekler ve ölçeklerin alt testleri ile olan ilişkileri birlikte değerlendirildiğinde; elde edilen veriler anlamlı ve bu çalışmayı destekler niteliktedir. PARI ve CBCL alt ölçeği olan içe yönelim arasındaki ilişki incelendiğinde; kontrol grubunda anksiyete ile PARI toplam, aşırı koruyucu annelik, baskı-disiplin arasında, içe yönelim ile PARI toplam, ev kadınlığını reddetme düşük düzeyde ilişkili iken ve içe yönelim ile karı-koca geçimsizliği arasında anlamlı ve yüksek düzeyde ilişki bulundu. Kontrol grubunda karı-koca geçimsizliği arttıkça çocuklarda içe yönelim artmaktadır. Danışan grubunda ise PARI toplam, aşırı koruyucu annelik, karı-koca geçimsizliği, baskı-disiplin ile anksiyete, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar ve içe yönelim arasında yüksek düzeyde ilişki mevcutken, CBCL- içe yönelim ile demokratik davranma- eşitlik ve ev kadınlığını reddetme değişkenleri arasında anlamlı ilişki bulunamadı (Tablo 26).

Her iki grupta da baskı ve disiplin tutumunun çocuklarda anksiyetenin artmasına neden olduğu görülmektedir. Elde edilen bu sonuç yazın çalışması ile paralellik göstermektedir. Yazın çalışması aşırı koruyucu annelik boyutu, baskı ve disiplin boyutunun yer aldığı ebeveyn tutumları ile duygu durum bozukluğu ve yıkıcı davranış bozukluğu tanısı almış çocuklarda ortaya çıkan duygusal ve davranış problemleri ile anlamlı bir ilişki olduğuna dikkat çekmektedir. Özellikle DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin çocuklarına karşı eleştirel ve nispeten sevgisiz davrandıkları, çocukların davranışları üzerinde kontrolü sağlamak için daha fazla emir ve ceza verme eğiliminde oldukları ve daha fazla otoriteye bağlılık beklentisi içine girdikleri belirtilmektedir. Ebeveynlerine boyun eğmek istemeyen çocuklar ise karşıt tepkiler geliştirerek daha fazla davranış sorunları göstermektedirler. Bununla birlikte yıkıcı davranış bozuklukları olan çocukların aile dinamikleri incelendiğinde,

anne-baba ve çocuk üçgeninde bir sorunsal olduğu görülmektedir. Özellikle erkek çocukları için bağlanma figürü olan babanın çocuğu sınırlayan rolünün yanı sıra çocuğun dış dünya ile ilişkisinde bir köprü görevi görmektedir (Etchegoyen, 2002). Fakat doğumdan itibaren anne ile ikili ilişki içinde kalan çocuğun anne ile duygusal anlamda bütünleşmesine engel olması gereken babanın rolünü yerine getirememesi, ayırma görevini yapmaması durumunda anne ile çocuk arasında sınırların belirsizleştiği bir ilişki kurulmaktadır. Babanın anne ile çocuğun arasına girememesi ve eşini duygusal açıdan yalnız bırakması sonucunda annenin çifti konumunda kalan çocuk için artık sınırlar karışır. Annesi tarafından babanın yerine konan ve sınırları ihlal etmesine müsaade edilen çocuk yoğun sıkıntılar yaşarken bu durumla baş etmekte zorlandığı için saldırgan ve dürtüsel eylemlere daha fazla başvurduğu düşünülmektedir.

Gruplara göre PARI ile Conner's arasındaki ilişki incelendiğinde; kontrol grubunda PARI toplam ile Conner's toplam arasında, aşırı koruyucu annelik ile Conner's toplam arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde ilişki bulunmuştur. PARI toplam ile öğrenme ve kaygı, aşırı koruyucu annelik ile öğrenme ve kaygı, ev kadınlığını reddetme ile Conner's toplam ile davranım, karı koca geçimsizliği ile Conner's toplam, baskı ve disiplin ile Conner's toplam ile kaygı arasında orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Danışan grubunda PARI toplam ile Conner's toplam, davranım ve kaygı, aşırı koruyucu annelik ile kaygı, baskı-disiplin ile davranım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Beklentimizin aksine her iki grup için de Conner's alt ölçeği olan kaygının, aşırı koruyucu annelik boyutu ve baskı-disiplin boyutunu ile pozitif yönde fakat düşük düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Elde edilen bu sonuç bize kontrol grubunda yer alan çocukların bir kısmında da duygu durum bozukluğu ve davranım sorunları olmasına rağmen her hangi bir tanı almamış oldukları düşündürmektedir. Ancak her iki grup içinde aşırı koruyucu annelik boyutu ile baskı ve disiplin boyutunun kaygıyı tetiklediği görülmektedir. Kaygı ile beraber ataklık, öğrenme güçlüğü ve davranım sorunları da artmaktadır (Tablo 24).

Duygu Durum Bozukluğu ve Depresyonu belirlemek amacı için ölçekler tek tek uygulandığında istatistiksel olarak en belirleyici olanlar; ; CBCL içe yönelim, Conner's toplam ve Conner's kaygı olarak bulundu (Tablo 25).

Sonuç olarak, bu araştırmada uygulanan ölçeklerin bir kısmından beklenen sonuç elde edilirken diğer bir kısmından ise beklenen sonuçlar elde edilememiştir. Yazın çalışmasında ebeveyn duygu durumlarının da çocuklarda Duygu Durum Bozukluğuna etkisi olduğu

belirtilmektedir. Beklenilenin aksine bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre, ebeveyn tutumlarının Duygudurum bozukluğu tanısı almış olan çocuklar üzerinde etkisi istatistiksel olarak anlamlı fakat düşük düzeyde ilişkili bulunmuştur. Araştırmaya katılan katılımcılardan kontrol grubunda yer alan çocukların herhangi bir tanı almamış olmasına dikkat edilmiştir. Fakat kontrol grubunda yer alan ve herhangi bir tanı almamış olan çocuklara ait ölçeklere bakıldığında; bir kısmı depresif belirtiler gösterirken bir kısmında da yıkıcı davranış bozuklukları bulguları saptanmıştır. Bu durum bize kontrol grubunda yer alan çocukların ebeveynleri henüz tanı almamış fakat çoğunlukla davranım sorunları gösteren çocuklarına göre ölçekleri değerlendirmek istemiş olabileceklerini düşündürdü. Bu durumun araştırmanın sonucunu etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca kullanılan ölçek sayısının fazla olması daha fazla kişiden veri toplanmasına engel olduğu için örneklem sınırlı sayıda kalmıştır.

Diğer yandan, bu alanda yapılan araştırmalarda depresif ve kaygılı bir anneye sahip çocuklarda artan kaygı ile birlikte anneye bağımlılık, huzursuzluk, izolasyon, duygulanım yüklü uyarandan kaçınma, kendilik ve çevre hakkında olumsuz ve karamsar düşüncelere sahip olma ve depresyona hassasiyet gözlemlendiği ifade edilmektedir. Bizim çalışmamızda da kontrol grubu ile karşılaştırıldığında danışan grubunda yer alan annelerin anksiyete oranları daha yüksek ve CBCL içe yönelim ile ilişkili bulunmuştur. Beklentimizle uyumlu olan bu sonuç bize annelerdeki kaygının çocuklara yansıdığını ve çocukların duygu durumlarını ve kendilik algısını olumsuz etkileyerek, kaygılı, depresif, kendine ve dış dünyaya karşı güvensiz ve huzursuz hissetmelerine yol açtığını düşündürdü. Bununla beraber, anne baba ve çocuk arasındaki karşılıklı etkileşim nedeniyle duygu durum bozukluğu olan çocukların ebeveynlerine yönelik olumsuz tutumu da annelerin kaygısının artırmış olabilir. Yazın çalışmasında ebeveynlerinin davranışlarında tutarsızlık gözlemleyen çocukların kendilerini daha güvensiz bir ortamda hissettikleri için ne yapacaklarını kestiremedikleri için doğru davranış kalıplarını öğrenmekte zorlandıkları belirtilmektedir. Ebeveynlerinin tutarsız tutumuna maruz kalan çocukların sorunlarla baş etme yeterliliklerinin sınırlı olduğu, gerçekliği doğru algılamada sorunlar yaşadıkları ve depresyona hassasiyet gösterdikleri gözlenmektedir. Yazınla paralel olarak, bu çalışmada aşırı koruyucu annelik tutumu ile birlikte baskı ve disiplin tutumunun çocukların duygu durumunu olumsuz yönde etkileyerek kaygıyı tetiklediği, içe yönelim ve somatizasyon sığınma ile beraber öğrenme ve davranım sorunlarını artırdığı sonucu elde edilmiştir.

5.2. Sınırlılıklar

Son yıllarda Çocuk psikopatoloji alanında önemli gelişmeler kaydedildi. Fakat kliniklere başvurular genellikle davranım bozukluğu nedeniyle yapılmakta ve çocuklarda gelişen duygudurum bozuklukları, özellikle depresyon, gözden kaçabilmektedir. Çocuklarda depresyon gelişiminin tanımlanması, ayırıcı tanılarının dışında, oldukça komplike ve güç olmaktadır. Bu nedenle bu araştırmada hem CBCL hem de Conner's alt ölçekleri olan depresyon/ anksiyete/ somatik yakınmalar/içer yönelim maddeleri detaylı olarak değerlendirilmiştir.

Anne baba tutumunun yanı sıra anababanın duygudurumunun da çocuk psikolojisine olan etkisi düşünülerek Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçekleride değerlendirmeye alındı. Veri toplama araçlarının sayısı artması ise örneklemin, kontrol ve danışan sayısının sınırlı sayıda olmasına neden oldu. Ölçek sayısının fazla olması çalışmaya katılım sayısının az olmasına ve veri toplama işleminin gereğinden daha uzun sürmesine neden oldu. Dağıtılan ölçeklerden çok az bir kısmından geri bildirim alınabilmiştir. Bu nedenle bu çalışmada, küçük bir örneklem grubuyla çalışılmış, o nedenle yaş ve cinsiyet değişkenlerinin ayırımına gidilmemiştir. Bu gibi sınırlılıklarının daha ileri çalışmalarda örneklemin genişletilmesi önerilmektedir.

Ebeveyn tutumlarının değerlendirilmesi için hem annenin hem babanın ölçekleri ayrı ayrı doldurması gerekmektedir. Bu çalışmada ki en önemli sınırlılıklardan biri ise kontrol grubunda bulunan babaların çalışmaya karşı direnç göstermeleri ve ölçekleri doldurmada güçlük çıkarmaları oldu. Anneler bu çalışmaya gönüllü ve istekli katılımında bulunurken babaların bir kısmı ölçekleri doldurmaya reddetmiştir. Ölçekleri dolduran babaların bir kısmı ise gereken özeni göstermediği düşünülmektedir. Bu durum elbette sonuçlara yansımış ve bulguları etkilemiş olabilir. Ancak ülkemizde babaların genel bakış açısını saptamak ve bu tür konularda sorumluluk alabilmeleri açısından yaklaşımlarını göstermesi adına bu sonuç son derece anlamlıdır. Anneler ile babaların arasındaki yaklaşım farklılığına da dikkat çekmektedir. Bu belki de başka bir araştırmanın konusu olarak araştırılmaya değer bir durumdur.

5.3. Öneriler

5.3.1. Ailelere Yönelik Öneriler

1. Çocukluk çağı depresyonlarında ortaya çıkan belirtiler anne babalar tarafından çoğunlukla gelişimsel bir problem olarak algılanmakta ve göz ardı edilmektedir. Depresif davranışların dikkate alınması ve bu davranışları gösteren çocuklara uzman yardımı sağlanması bu çağ depresyonlarıyla baş etmede etkili olabilir.

2. Duygu durum bozukluğu olduğu tespit edilen çocuk için ilaç tedavisinin ne oranda olacağı ve bunun ne kadar süreceği ile ilgili ailenin bilinçli olması gerekmektedir. Bunun nedeni çocukta ortaya çıkan gelişmeleri ve iyileşme belirtilerini önce onların fark edebilecek bilinçte olmalarının gerekliliğidir.

3. Aile ve aile dışında destek veren bireyler (okul, rehberlik servisleri ve psikologlar) sürekli iletişim içinde olmalı, Duygu durum Bozukluğu tanısı almış çocuk hakkında olumlu ya da olumsuz gelişmeleri paylaşmalıdır.

4. Okul ve okul etkinliklerin de yaşanması muhtemel problemler ve başarısızlık korkusu bu çağ çocukları için önemli depresyon kaynağıdır. Bu nedenle anne babanın okul idaresi ve öğretmenler ile sağlıklı bir diyalog geliştirmesi önemlidir. Okul etkinlikleri planlanırken çocukların ruh sağlığına uygunluğu dikkate alınması ve sosyalleşmelerini sağlayacak etkinliklere yer verilmesi bu çağ depresyonlarıyla baş etmede etkili olabilir. Özellikle okul çağı çocuğunda arkadaş –öğretmen ilişkileri, onların yargı ve değerlendirmeleri, çocuğu dolaylı olsa etkilemekte, kendilik duygusu ve benlik saygısının oluşmasına katkıda bulunmaktadır (Şenol,2006).

5. Çocukların yaşanması muhtemel zorluklara karşı dayanıklı olabilmesi için duygusal becerilerinin geliştirilmesi hayati önem taşımaktadır.

6-Çocuklarla birlikte zaman geçirmek, onları dinlemek, iyi ve anlayışla davranmak depresyonu yenmede etkili olabilir. Onlara ihtiyaç duydukları konuda sağlıklı ve duyarlı bilgi vermek gerekir. Didaktik öğütler yerine, onlarda izin isteyerek tavsiye vermek daha sağlıklı bir tutum olacaktır.

7-Çocukların olumlu yönlerini görüp, üzerinde durulması önemlidir. Olumlu yönlerin desteklenmesi, çocuğun pek çok alanda kendine güven duymasını sağlayacaktır. Çocukların kendilerine güvenlerini geliştirecek, problem çözme becerilerini artıracak etkinliklere yönlendirilmeleri onların depresyonla baş etme becerilerini artırabilir (Tarhan,2012).

8-Çocukların zamanlarının büyük bir kısmını evinde ve ailesinin yanında geçirmektedir. Ailenin çocuk gelişimi ve psikopatolojisi ile ilgili farkındalığını artırmak için depresyon konusunda bilinçlendirilmeleri depresyonla baş etmede etkili olabilir.

9-Yüksek motivasyonu olan anne babalar çocuklardan hep daha başarılı olmalarını isterler. Bu durumda çocuk sürekli kendisini kanıtlama çabasına girer. Anne babanın onayını almak için sürekli bir şeyler yapar, kendisini kanıtlamak için olduğundan daha büyük, daha iyi, daha başarılı görünmeye çalışır. Bu durumda çocuk başarılı olmaya değil de anne babasını tatmin etmeye odaklanmıştır. Anne babalar farkında olmadan çocuklarına zarar verirler, bu nedenle ailenin motivasyonu gerçekçi olmalı, çocuktan yapabileceği kadarı beklenmelidir (Tarhan,2010).

10.Çocukların düşüncelerini özgürce paylaşmasına izin verilmelidir. Kendisi ile ilgili şikâyetlerini ve eleştirilerini sözel olarak ifade etmesi onu rahatlatır. Sonrasında kendini gözlemlemesine yardımcı olunabilir.

11. Martin Seligman 'Optimistic Child' isimli kitabında çocuğun daha optimistik bir bakış açısı geliştirmesine yardımcı olmanın gelecekte depresyon riskini azalttığını belirtir. Seligman, depresif çocukların kendilerine yönelik suçlayıcı tavırlarından, olayların kötü yanlarına odaklandıklarından ve eksiklikleri gördüğünden bunalıma girdiklerini vurgular. Bu nedenle olayların pozitif yönlerine vurgulayarak çocuğun düşüncelerindeki pozitif imgeleri artırmaya çalışılmalıdır.

12. Çocuğun sosyal desteğe ihtiyacı olduğundan, ebeveynler çocuğu sosyal beceriler, ilişki kurma ve arkadaş edinme gibi konularda desteklemeli ve yönlendirmelidir

13. Depresif çocuk ve ergenlerin bu süreçte uygun faaliyetleri katılması sağlanmalı ve sonuna kadar motive edilmesi önemlidir.

5.3.2. Yapılacak Araştırmalara ve Araştırmacılara Öneriler

1. Duygu durum Bozukluğu tanısı olan çocukların anne ve babalarının tutum ve davranışlarının etkisini değerlendirilmesine yönelik olarak, daha uzun bir zaman periyodunu içeren araştırmalar yapılabilir.

2. Bu araştırma belirli bir süre içerisinde anket ve ölçekler kullanılarak gerçekleştirildi. Güvenilirliği ve geçerliliği olan ölçeklerin yanı sıra gözlem yolu gibi metotlar kullanılarak yeni çalışmalar yapılması faydalı olabilir.

4. Farklı yaş gruplarında çocuğu olan anne ve babaların yaşları, meslekleri ve eğitim durumlarına göre anne ve babaların tutum ve davranışlarının değişip değişmediğı, ayrı ayrı araştırılabilir.
5. Duygu durum Bozukluğu tanısı olan çocukların anne ve babalarının duygu durumlarının çocuğun davranışlarına etkisinin olup olmadığı, eğitim almış veya almamış ebeveynler üzerinde, zaman içerisinde çeşitli aralıklarla araştırılabilir.
6. Gelecekte yapılacak olan araştırmaların farklı uygulama metotları kullanması ve daha fazla örneklem üzerinde çalışması Türk ailesindeki tutum ve davranış kalıplarını değerlendirme konusunda daha aydınlatıcı olabilir.
7. Anne- baba tutum ve davranışlarına yönelik güvenilirliği yüksek ölçeklerle daha kapsamlı ve daha güvenilir sonuçlar elde edilebileceğı düşünülmektedir.
8. Çocuk Depresyonu ve Duygudurum Bozukluğu konusunda, Türkiye’de aile tutumlarına yönelik çalışmaların yetersiz olduğu için daha fazla ve daha büyük örneklem gruplarıyla araştırmalar yapılmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir.
9. Bu alanda araştırmacılar veya uzmanlar tarafından deneysel çalışmalar yapılması, uygulamaya yönelik programların hazırlanması faydalı olabilir. Bu programların Duygu durum Bozukluğu olan çocuklar üzerindeki etkileri araştırılabilir. Bu yapılandırılmış programlar anne ve babanın kişilik özellikleri ile oluşan sorun davranışları azaltıp uyumsal davranışları arttırmaya yönelik sosyal beceri eğitimi, anne-baba eğitimi, problem çözme yöntemleri, iletişim teknikleri, farklı davranış değiştirme yöntemlerini içerebilir ve hazırlanmış programların hangisinin daha etkili olduğu araştırılabilir.
10. Çocukluk Çağı Depresyonu ve Duygu Durum Bozukluğu ile ilgili yayın ve makalelerin sayısı ve elde edilen sonuçların artması ruh sağlığı alanında destek veren hizmet birimlerinin daha etkili ve verimli çalışmasına sebep olabilir.
11. Bu konuda yapılacak araştırmaların depresyonu olan ve tedavi gören çocuklarla oyun terapisi ve grup terapisi gibi iç nesne ile ilgili problemleri çözmeye yönelik olarak terapötik destek ve süreçle desteklenmesi faydalı olabilir.

Sonuç

Bu araştırmaya son 5 sene içerisinde NP İstanbul çocuk psikiyatrisi polikliniğinde 5-16 yaşları arasında olan ve Duygu durum Bozukluğu olduğu tespit edilen 29 hasta ile herhangi bir psikopatoloji saptanmayan 33 kontrol katılmıştır. Çalışma ile ilgili gerekli onay Üsküdar Üniversitesi Psikoloji anabilim Dalı Etik Kurulundan alınmıştır.

Araştırma örneklemini random olarak seçilmiştir. Danışan grubu NP İstanbul Hastanesine başvurmuş 5 ile 15 yaş aralığında yer alan, Duygu durum Bozukluğu tanısı almış 29 kişi ve herhangi bir psikiyatrik tanı almamış 33 kişi olmak üzere 62 çocuk çalışmaya dâhil edilmiştir. Katılımcı çocukların kontrol grubunda 21 erkek, 9 kız ve danışan grubunda 23 erkek, 7 kızdır. Bu çocukların anne ve babaları da çalışmaya dâhil edilmiş ve değerlendirilmeye alınmıştır.

Bu araştırma da Duygudurum Bozukluğu tanısı almış 5-16 yaş arasındaki çocuklar ile bu tanıyı almamış aynı yaş ve cinsiyet grubundaki normal çocukların ailelerinin tutumları karşılaştırılarak, ailenin tutum ve davranışları ve duygu durumlarının değerlendirilmesi esas alınmıştır. Duygudurum Bozukluğu tanısı almış grup ile bu tanıyı almamış grup arasında psiko-sosyal gelişim, sosyal uyum becerileri, duygusal tepkilerini ifade etme biçimi ile anne baba davranış, tutumları, anne ve babanın duygu durumları açısından ne gibi farklılıklar olduğunun belirlenmesi bu araştırmanın amaçlarını oluşturmuştur. Bu çalışma ile ilgili veriler toplandıktan sonra ise istatistiksel çözümlenmeler gerçekleştirilmiştir.

Yazın çalışmaları incelendiğinde, yetişkin duygu durum bozuklukları üzerine alanda önemli çalışmalar mevcutken, çocuk duygu durum bozukluğuna dair bilgilerin ise oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. Bunun nedeni ise kuramcılarının uzun yıllar boyunca çocuklarda depresyon veya duygulanım bozukluğu olmayacağına dair ileri sürdükleri yanıltıcı fikirler ve düşüncelerdir. Fakat son yirmi yılda çocuk ve ergen duygulanım bozuklukları hakkında teorik anlamda ilginin arttığına ve klinik çalışmaların hızlı bir şekilde genişlediğine tanık olmaktayız. Bu çalışmaların birçoğu, çocukluk döneminde yaşanan duygu durum bozuklukları ve depresyonun etiyolojisinde genetik, biyolojik ve psiko-sosyal etmenlerin yanı sıra anne-baba ve çocuk arasındaki ilişkinin önemine dikkat çekmektedir.

Öncelikle ‘nesne ilişkileri kuramı’ ve ‘bağlanma kuramı’ da, erken çocukluk döneminde çocuğun ebeveynlerin sıcaklığına, sevgi ve ilgisine ihtiyaç duyduğunu belirlemekte ve bu süreçte özellikle anne ve çocuk arasındaki güvenli bağlanmanın önemine atıfta

bulunmaktadır. Her iki kuram da çocuk ve anne arasındaki beraberliğin, karşılıklı bir etkileşimin ve duygu aktarımının varlığına işaret etmektedir. Bu araştırmada da yazın çalışmasına paralel olarak, duygu durum bozukluğu olan çocukların anksiyete ve depresyon değerleri ile annelerin kaygı ve depresyonu düzeylerini arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Bu durum, anne ve çocuk arasında olumlu ve olumsuz manada karşılıklı bir etkileşim olduğu düşüncesini destekler niteliktedir.

Diğer yandan, Yazın çalışmasında belirtildiği gibi aile içi çatışmanın varlığı da çocuklarda depresyon gelişimi için en önemli risk faktörleri arasındadır. Ebeveynlerinin ihmalkâr, reddedici veya aşırı eleştirel olması halinde çocukların duygusal gelişimlerinde bir 'tutukluk' olabileceğinin altı çizilmektedir (Sayar, 2013). Bu bağlamda, aile içi çatışmanın çocuklar üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada; aile içi çatışma özelliklerine dair çocukların algıları ile çocuklarda görülen duygulanım bozukluğu ve davranış problemleri arasında pozitif ve anlamlı korelasyonlar bulunmuştur (Kızıldağ ve Şendil, 2005). Benzer şekilde, bu çalışmada da Duygu durum bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin tutum ve davranışı incelenirken, aile içi etkileşim biçiminin önemine dair bulgular elde edilmiştir. Bulgulara göre, ev kadınlığını reddetme ve karı koca geçimsizliği ile çocuklarda ki kaygı, davranım ve somatik belirtiler arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı.

Ebeveyn tutumları incelendiğinde, baskı ve disiplin boyutunun yanı sıra aşırı koruyucu annelik boyutunun da ön plana çıktığı görüldü. Buradan çıkan sonuca göre anne baba bir taraftan çocuklarını tepkilerine müdahale ederek kontrol etmeye çalışırken bir yandan da anne çocuğun bağımlı olmasına sebebiyet verecek düzeyde ilgi göstermekte, arkadaş olmaya çalışmakta fakat çocuğun özerkliğini geliştirmesine olanak tanımamaktadır. Netice olarak, ebeveynlerin tutarsız davranışları çocuğun duygusal gelişimini olumsuz etkilemektedir. Bu tutarsız ve baskıcı tutum karşısında zamanla kaygısı artan çocuğun yaşadığı duygusal sıkıntıları ifade etmekte zorlandığı için içe yönelim ve somatizasyon belirtileri gösterdiği düşünülmektedir.

Beklentilerimizle uyumlu şekilde, ebeveynlerde oluşan duygu durum bozukluğu ile duygudurum bozukluğu tanısı alan çocuklarda ki duygu durum bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı fakat düşük düzeyde ilişki bulunmuştur. Bu sonuca göre, ebeveynlerin psikopatolojileri çocuklarda görülen duygu durum bozukluklarının direkt nedeni olmamakla birlikte anlamlı düzeyde etkilemektedir. Bu konu ile ilgili yapılmış diğer araştırmalar; ebeveynlerin psikopatolojilerinin incelenmesi ve gerekiyorsa tedavi edilmesinin

duygu durum bozukluğu olan çocuğun tedavisinde olumlu olarak yansiyacağını belirtmektedir.

Bu bağlamda, son yıllarda gelişen teknoloji sayesinde beyin nörokimyasının daha iyi anlaşılma ve daha az yan etkili ilaçların üretilmesine çalışılmaktadır. Çocuk ve ergen psikiyatrisinde ilaç tedavisinin tek başına önerilmemekte psikoterapi, bilişsel tedavi, davranış terapisi, aile terapisi ve oyun terapisi gibi birkaç yöntem bir arada uygulamaktadır. Özellikle aile terapisi hayati bir fonksiyona sahiptir ve bu nedenle tedavi sürecinin bireysel ve aile terapisi şeklinde gerçekleştirilmesi tavsiye edilmektedir. Ayrıca bu süreçte aile ve okul işbirliği büyük önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, bu araştırma için yapılan geniş çaplı yazın taraması ve araştırma sonucunda elde edilen bulgular da anne ve babanın çocuklarına yönelik tutum ve davranışlarının çocukların ruhsal gelişimini ciddi ölçüde etkilediğine yöneliktir. Özellikle erken çocukluk döneminde ebeveynlerin sıcaklığı, sevgisi, ilgisinin çocuğun duygusal gelişimi açısından hayati bir öneme sahiptir ve ancak bu sayede çocuk olumlu bir kendilik algısı geliştirebilmekte ve hayata tutunabilmektedir. Çocuk ve ebeveynleri arasında oluşan bağlanma stiline çocuğun fiziksel ve ruhsal gelişimi ile birlikte geleceğini de etkileyeceği bildirilmektedir. Bu nedenle, çocukların hayatın ileriki evrelerinde, karşılarına çıkan zorluklarla başa edebilmesi temel güven ihtiyacının karşılanmış olması gereklidir. Temel güven ihtiyacının yeterince karşılanmaması sonucunda ise ruhsal sıkıntılar ortaya çıkmaktadır. Bu noktada, aile içi çatışmaların çözülmesi, anne ve babanın duygu durumlarının incelenerek gereken psikolojik desteğin sağlanmasının ve çocuğa yönelik tutumunun sağlıklı biçimde değiştirilmesinin, ruhsal sıkıntılar yaşayan çocukların tedavi sürecini olumlu yönde etkileyeceği bilinen bir gerçektir.

6. KAYNAKÇA

Amerikan Psikiyatri Birliği (2001) Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve sınıflandırılması Elkitabı, (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Koroğlu E, HYB, Ankara

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

Aydemir, Ö. Koroğlu, E. 2000 Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler Yayın Birliği, s.33-37

Erol, N. Şimşek,Z.2010“6-18 Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18)”. Okul Çağı Ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçekleri El Kitabı., Mentis Yayıncılık, Ankara, 2010.

Miller, Jeffrey. (2002). Çocuklarda Depresyon (Çev. Işık, M.). İstanbul: Özgür Yayınları

Şenol, Selahattin (2006). Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı, Ankara: HYB Yayıncılık

Zabcı, N. (2005). Çocuk ve Psikosomatik, Yansıtma: Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi. 3-4: 17-32. İstanbul: Bağlam Yayıncılık

Parman, Talat .(2013). Ergenliğin Yüzleri: Aile nevrozu ve ergenlik (2.baskı).İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Sönmez, B.A.(2011). Çocuk depresyonu, Yansıtma: Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi. 16(1):9-24. İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Tanık, B.(2011). Astım tanısı almış çocuklarda depresyon ve endişe bulgularının projektif testlerle değerlendirilmesi. *Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi*. 16(1):63-73. İstanbul: Bağlam Yayıncılık

Gectan, E.,(1994). *Psikanaliz ve Sonrası*, Remzi Kitapevi. İstanbul.

Parman, T.(2005). *Psikosomatik Tarihi ve Çocuk Psikosomatiği*, Psikanaliz Yayınları Baharlık Kitap Dizisi. Sayı: 11.13-30.

Yörükoğlu, A. , (1991).*Çocuk Ruh Sağlığı* (16.Baskı). İstanbul: Özgür yayın-dağıtım

Corsini,J., Wedding, D.(2012). *Modern Psikoterapi Teknikleri* (Çev. Güzelyazıcı, E.,Çiftçi, S.,Türkoğlu, M.) 1.Basım İstanbul: Kaknüs Yayınları

Corsini j.Raymond, Wedding, Danny, *Modern Psikoterapiler: Goldenberg Irene, Goldenberg Herbert, AileTerapisi*. Kaknüs yayınları ©2012

Yörükoğlu, A., (2010) , *Çocuk Ruh Sağlığı. Çocuğun Kişilik Gelişimi. Yetiştirilmesi ve Ruhsal Sorunları*. Özgür Yayıncılık, İstanbul.

Tarhan N. (2012a) *Sen Ben ve Çocuklarımız*. Timaş Yayınları, İstanbul, s:72.

Tarhan N. (2012b) *Aile Okulu*. Timaş Yayınları, 15. Baskı, İstanbul, s: 26-28

Yavuzer H. (2011) *Anne Baba ve Çocuk*. 22.Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi,

Yavuzer H., Köknel Ö., Kulaksızoğlu A., Ayhan H., Dodurgalı A., Ekşi H. (2011)*Çocuk ve Ergen Eğitiminde Anne Baba Tutumları*. İstanbul: Timaş Yayınları,

Seligman, M. (2007). *Optimistic Child: A proven program to safeguard children against depression and build lifelong resilience*. New York: Houghton Mifflin Company

Goodyer LM (1995): The epidemiology of depression in childhood and adolescence. In: Verhulst FC, Koot HM, editors. *The Epidemiology of Child and Adolescent Psychopathology*. Oxford, UK: Oxford University Press, 461–467.

Goodyer, I. M. The depressed child and adolescent: W.Parry-Jones, Historical Aspect of Mood and Its disorders in young People. 2nd edn. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

Parker G, Tupling H, Brown LB (1979): A parental bonding instrument. *Br J Med Psychol* 52:1–10.

Kessler, R. Avenevoli, S. Ries K. (2001) Mood Disorders in Children and Adolescents: An Epidemiologic Perspective. Reprint by Harvard Medical School, 180 Longwood Avenue, Boston : Society of Biological Psychiatry 2001;49:1002–1014

Trowell, J. Milles, G. (2011). Childhood Depression: Background: a short history of the recognition of childhood depression. London: Karnac Books

Rustin, M. Miles, G. Trowell, J. (2011) Childhood Depression: A Place for Psychotherapy; Judith Trowell, Background: a short history of the recognition of childhood depression, London: Karnac Books.

Sönmez, B. (2011). Çocuk Depresyonunun Projektif Testler ve WÇZÖ-R ile Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi. bkz: tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/

Dereboy, Ç., Şenol, S., Şener, Ş., Dereboy,F., 2007, “Connors Kısa Form Öğretmen ve Anababa Derecelendirme Ölçeklerinin Geçerliliği”, Türk Psikiyatri Dergisi, 18(1):48-58.

Güleç , H., Sayar, K., Özkorumak, E., 2005, “Depresyonda Bedensel Belirtiler”, Türk Psikiyatri Dergisi, 16(2):90-96.

Hisli,N., (1989) *Beck Depresyon Envanterinin Üniversite öğrencileri için geçerliliği,güvenirliğ.* Psikoloji Dergisi

Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma, Psikoloji Dergisi,(1988) 6(22), 118-122

Özbaran, B., Tamar ,M., Yüncü , Z.,Bildik, Z. Demiral , N., Eermiş ,S.(2009) *Majör depresif bozukluğu olan gençlerden oluşan bir klinikörneklemde anne baba tutumlarının değerlendirilmesi.* Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10.109-115.

Kızıldağ, Ö, Şendil, G.(2004)Evlilik çatışması ve çocuk davranış problemleri arasındaki ilişkinin bilişsel-bağlamsal çerçeve açısından incelenmesi, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.

Şar, A.(2008).Son Çocukluk çağı depresyonlarının (7-11 yaş) bazı değişkenler açısından incelenmesi. SAU Eğitim Fakóltesi Dergisi. Sayı: 15

Doğangün, B., Pirinççi, N.(2011). Hiperaktif Çocuk Depresyonda, Yansıtma Dergisi, Sayı 16, Aralık 2011,Bağlam Yayıncılık. İstanbul.

Akdemir, D. ,Çuhadaroğlu Çetin, F.(2008) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümüne Başvuran Ergenlerin Klinik Özellikleri.Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi: 15 (1), Ankara.

Jenkins, J.M., Smith, M.A., (1991). Marital disharmony and children's behavior problems; aspects of a poor marriage that affect children adversely. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(5), 793-810.

Klein RG, Pine DS, Klien DF (1998): Resolved: Mania is mistaken for ADHD in prepubertal children—Negative. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:1093–1095.

Marnaros, A. Angst, J. (2002) *Bipolar Disorders: 100 years after manic-depressive insanity*. Kluwer Academic Publishers: New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow

Kandel DB, Davies M. Epidemiology of Depressive Mood in Adolescents: An Empirical Study. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39 (10):1205-1212.

Cummings, E.M. & Davies, P.T., (1994). *Children and Marital Conflict, the Impact of Family Dispute and Resolution*, New York: The Guilford Press.

Mufson L, Weissman M M, Moreau D, Garfinkel R. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1999; **56**: 573–9.

Mufson L, Aidala A, Warner V. (1994) Social dysfunction and psychiatric disorder in mothers and their children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 33:1256-1264.

Stocker C, Ahmed K, Stall M. (1997). Marital satisfaction and maternal emotional expressiveness: links with children's sibling relationships. *Soc Dev*; 6:373-385.

Julia D. Mc Quade, Department of Psychology, University of Vermont, 2010 Association for Behavioral and Cognitive Therapies, published by Elsevier Ltd

Tercanlı, N. Budak, B. Çocuğunuz Depresyonda olabilir, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.

Gökçe, F.(2007). Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocukları ve Ailelerine Yönelik“Aileyi Güçlendirici Destek Programı”.Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı yüksek lisans tezi.

Öngider, N.(2013).Anne-Baba ile Okul Öncesi Çocuk Arasındaki İlişki.Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 5(4):420-440 bkz: www.cappsy.org

Dirik, G. Yorulmaz, O. Karancı, A. Çocukluk Dönemi Ebeveyn Tutumlarının Değerlendirilmesi: Kısaltılmış Algılanan Ebeveyn Tutumları-Çocuk Formu, Türk Psikiyatri Dergisi 2014;25

Kupfer, David J.Kuhl, Emily A. Regier, Darrel A.(2013) *DSM-5—The Future Arrived* ©2013 American Medical Association Vol 309, No. 16 bkz: <http://jama.jamanetwork.com>

Budak, Selçuk (2000). Psikoloji Sözlüğü, Bilim Sanat Yayınları: Ankara

Kaplan, Sadock's (2009).Klinik Psikiyatri El Kitabı, Güneş Tıp Kitabevleri / Öncü basımevi: Ankara.

Tunçer, Ö. (1999). Depresyon ve somatizasyon, Depresyon Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul, s.47-52.

7. EKLER

EKLER

EK-1

Anket Uygulamasına Katılan Kurumların Listesi

Hastane

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne Bağlı; NöroPsikiyatri Hastanesi

Eğitim Kurumları

İstanbul ili, Fatih İlçesi Belediyesine bağlı; Yavuz Selim Yaşam Merkezi

İstanbul ili Üsküdar ilçesi, İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı; Üsküdar İmam Hatip Lisesi

İstanbul ili Üsküdar Esat Paşa İmam Hatip Lisesi

İstanbul ili, Kadıköy ilçesi, İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı Çağrı Bey İlköğretim Okulu

EK-2

Sayın Anne ve Baba,

Bu çalışmada Duygu Durum Bozukluğu olduğu tespit edilen çocukların anne babalarının tutum, davranış ve duygu durumlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Aşağıda bu amaç doğrultusunda, bazı kişisel bilgilerinizi, ebeveyn tutum ve davranışlarınızı ve duygu durumunuzu öğrenmek için ölçekler bulunmaktadır. Ölçekteki soruların doğru ve yanlış yanıtları yoktur. Kendi görüşlerinizi dürüst bir şekilde ifade etmeniz araştırma sonuçlarının güvenilirliği açısından son derece önemlidir. Lütfen bütün ifadeleri yanıtlayınız boş ifade bırakmayınız. Araştırmanın sağlığı, sizin samimi ve doğru yanıtlarınıza bağlıdır. Yanıtlarınız sadece araştırma için kullanılacaktır. Hiç kimseye ya da kuruma verilmeyecek ve öğrenciyi etkilemeyecektir.

Bu araştırmaya yapacağınız önemli katkılardan dolayı teşekkür eder, saygılar sunarım.

Tez Danışmanı: Yrd DOÇ. Dr. Havva Nüket İŞİTEN

Hatice Esra BAKIR

Yüksek Lisans Tezi

Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı

EK-3**AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ (PARI)**

Hastanın Adı-Soyadı : Tarih/...../.....
Aile Bireyinin Adı Soyadı : Yakınlık Derecesi :

	Çok Uygun Buluyorum	Oldukça Uygun Buluyorum	Biraz Uygun Buluyorum	Hiç Uygun Bulmuyorum
1) Çocuk, yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.	4	3	2	1
2) Anne babalar çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.	4	3	2	1
3) Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse kendisi için o kadar iyi olur.	4	3	2	1
4) Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.	4	3	2	1
5) Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse, o kadar iyi terbiye edilebilir.	4	3	2	1
6) Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.	4	3	2	1
7) Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken çok şey vardır. Zamanını boşa geçirmesi affedilemez.	4	3	2	1
8) Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.	4	3	2	1
9) Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeterince özgür olmamasıdır.	4	3	2	1
10) Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.	4	3	2	1
11) Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.	4	3	2	1
12) Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir insan olacaktır.	4	3	2	1
13) Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha iyi, daha akıcı olur.	4	3	2	1
14) Çocuğun en gizli düğüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.	4	3	2	1
15) Anne-babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.	4	3	2	1
16) Bütün genç anneler, bebek bakımında beceriksiz olacaklarından korkarlar.	4	3	2	1

17) Hangi anne olursa olsun eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa sonunda çocuklar sinirine dokunur.	4	3	2	1
18) Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.	4	3	2	1
19) Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babaların daha anlayışlı olmalarını isterlerdi.	4	3	2	1
20) Bir çocuğa, ne olursa olsun, dövüşmekten kaçınması gerektiği öğretilmelidir.	4	3	2	1
21) Çocuklar bencil olduklarında, hep bir şeyler istediklerinde, annenin tepesinin atması çok normaldir.	4	3	2	1
22) Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorsa, bunu anne-babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.	4	3	2	1
23) Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.	4	3	2	1
24) Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.	4	3	2	1
25) Küçük bir çocuk, cinsiyet konusundan sakınmalıdır.	4	3	2	1
26) Bir annenin, çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çünkü çocuğu onun bir parçasıdır.	4	3	2	1
27) Uyanık bir anne-baba, çocuğun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.	4	3	2	1
28) Çocuklar, anne-babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.	4	3	2	1
29) Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilirse büsbütün şikayetçi olurlar.	4	3	2	1
30) Sıkı terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.	4	3	2	1
31) Genç bir kadın, henüz gençken yapmak istediği pek çok şey olduğu için, anne olunca kendisini tutuklanmış duygusuna kaptırır.	4	3	2	1
32) Anneler, çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.	4	3	2	1
33) Babalar, daha az bencil olsalar, kendilerine düşen görevi yaparlardı.	4	3	2	1
34) İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.	4	3	2	1
35) Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.	4	3	2	1
36) Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır	4	3	2	1

saklamamalıdır.				
37) Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne-babaya uymalarını istemek doğru değildir.	4	3	2	1
38) Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.	4	3	2	1
39) Bir çocuğa başı derde girdiğinde, dövüşmek yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir.	4	3	2	1
40) Anne-baba arasındaki bazı konular küçük bir tartışma ile çözümlenemez.	4	3	2	1
41) Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendini evinde tutuklanmış gibi hissetmesidir.	4	3	2	1
42) Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.	4	3	2	1
43) Oğlan ve kız çocukları soyunurken birbirini görmemelidir.	4	3	2	1
44) Çocukların sorunlarına eğilerseniz sizi oyalamak için çeşitli masallar uydururlar.	4	3	2	1
45) Eğer anne-babalar çocukları ile şakalaşıp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha istekli olurlar.	4	3	2	1
46) Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.	4	3	2	1
47) Bir çocuk eninde sonunda anne-babasından daha akıllı olamayacağını öğrenir.	4	3	2	1
48) Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştiremiyorsa belki de bu, babanın kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.	4	3	2	1
49) Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.	4	3	2	1
50) Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörüle karşılanamaz.	4	3	2	1
51) Anne-babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmemeleri gerektiğini öğretmelidirler.	4	3	2	1
52) Akıllı bir kadın, yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.	4	3	2	1
53) Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması gerekir.	4	3	2	1
54) Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi	4	3	2	1

gerekir.				
55) Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusu verir.	4	3	2	1
56) Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.	4	3	2	1
57) Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecekleri bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.	4	3	2	1
58) Çocuklar, aslında sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.	4	3	2	1
59) Çocuklarının arkadaşlıkları ve sosyal hayatlarıyla yakından ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.	4	3	2	1
60) Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir.	4	3	2	1

Referans: LeCompte G, LeCompte A, Özer S ve ark. (1978) Üç Sosyo Ekonomik Düzeyde Ankara'lı annelerin çocuk yetiştirme tutumları: Bir Ölçek Uyarlanması. Psikoloji Dergisi: 1:5-8

EK-4**CONNER'S AİLE DEĞERLENDİRME FORMU**

Çocuğun Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Sorunun derecesine en uygun tanımın altını (X) ile işaretleyiniz.

	Hiç Yok	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
1. Cildinin, vücudunun veya eşyalarının bazı kısımlarıyla oynar veya yolar (ör: tırnaklar, parmaklar, saçlar veya kıyafetler)				
2. Kendinden yaşça büyüklere karşı küstahça davranır.				
3. Arkadaş edinmekte veya arkadaşlığı devam ettirmekte sorunları vardır.				
4. Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.				
5. Faaliyetlerde hep başı çekmek ister.				
6. Parmağını, kıyafetinin veya battaniyesinin bir kenarını emer veya çiğner.				
7. Sık sık veya kolayca ağlar.				
8. Kavgaya hazırdır, öfkesi burnundadır.				
9. Hayale dalıp gider, hayal kurar.				
10. Öğrenme güçlüğü çeker.				
11. Yerinde rahat duramaz, kıpır kıpırdır.				
12. Yeni durumlara ve ortamlara girmekten, yeni kişilerle karşılaşmaktan, okula gitmekten korkar.				
13. Yerinde duramaz, her an hareket halindedir.				
14. Zarar vericidir (eşyalara).				
15. Gerçekle ilgisi olmayan hikayeler uydurur veya yalan söyler.				
16. Utangaçtır.				
17. Yaşıtlarına göre başı daha çok derde girer.				
18. Yaşıtlarına göre konuşması farklıdır (ör: bebeksi konuşma, kekeleme; anlaşılması güç konuşma)				
19. Hatalarını inkar eder veya başkalarını suçlar.				
20. Kavgacıdır.				
21. Somurtur, surat asar veya küser.				
22. Çalma huyu vardır.				
23. Kurallara uymaz veya uyarken gönülsüzdür.				
24. Diğer çocuklara göre daha endişelidir (yalnızlık, hastalık ve ölümle ilgili).				

25. İşlerini bitirmekte zorlanır.				
26. Çabuk kırılır veya gücenir.				
27. Kendinden yaşça küçük veya zayıfları ezer.				
28. Tekrarlayıcı bir hareketi/faaliyeti durdurmakta güçlük çeker				
29. Merhametsizdir.				
30. Çocuksudur, yaşına uygun davranmaz (sürekli yardım ister, eteğine yapışır, sürekli güvenlik arayışı içindedir).				
31. Dikkatini belli bir süre bir konu üzerinde toplayamaz, dikkatini sürdürmekte zorluk çeker.				
32. Baş ağrıları vardır.				
33. Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir.				
34. Kuralları ve sınırları sevmez, onlara uymaz.				
35. Sürekli kavga eder.				
36. Kardeşi, abi veya ablasıyla iyi geçinemez.				
37. Zorluklar karşısında morali çabuk bozular, kolayca pes eder.				
38. Diğer çocukları rahatsız eder.				
39. Temelde mutsuz bir çocuktur.				
40. Yeme sorunları vardır (iştahı yoktur, iki lokma arasında sofradan kalkar, dolaşır)				
41. Mide ağrıları vardır.				
42. Uyku sorunları vardır (uykuya dalmakta güçlük çeker, çok erken veya gece yarısı uyanır)				
43. Vücudunda başka ağrıları da vardır.				
44. Mide bulantısı veya kusma şikayeti vardır.				
45. Ailede hakkının yenildiğinin hissine kapılır.				
46. Övünür, yüksekte atar.				
47. Kendisine kötü davranılmasına ses çıkarmaz.				
48. Bağırsakları sık sık bozular. Tuvalet alışkanlığı düzensizdir, kabız kalır.				
Conner's Anne Baba Değerlendirme Ölçeği				
	Anne Top. Puan	Baba Top. Puan	Kesme Puanı	
Davranım Sorunu				
Ataklık/Hiperaktivite				
Öğrenme Sorunu				
Kaygı				

EK-5

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Hastanın Soyadı, Adı:.....Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiç 0	Hafif Düzye Beni Pek Etkilemedi 1	Orta DüzyeHoş Değildi Ama Katlanabildim 2	Ciddi Düzye Dayanmakta Çok Zorlandım 3
1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2	Sıcak/ ateş basmaları				
3	Bacaklarda halsizlik, titreme				
4	Gevşeyememe				
5	Çok Kötü Şeyler Olacak Korkusu				
6	Baş Dönmesi veya Sersemlik				
7	Kalp Çarpıntısı				
8	Dengeyi Kaybetme Duygusu				
9	Dehşete Kapılma				
10	Sinirlilik				
11	Boğuluyormuş Gibi Olma Duygusu				
12	Ellerde Titreme				
13	Titreklik				
14	Kontrolü Kaybetme Korkusu				
15	Nefes Almada Güçlük				
16	Ölüm Korkusu				
17	Korkuya Kapılma				
18	Midede Hazımsızlık ya da Rahatsızlık Hissi				
19	Baygınlık				
20	Yüzün Kızarması				
21	Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan				

Toplam BECK-A skoru:.....



EK-6

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Hastanın Soyadı, Adı:.....Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
11. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13. (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamanklinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
15. (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
16. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17. (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
18. (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
19. (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
20. (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
21. (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK-7

CBCL

4-18 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

ÇOCUGUNADISOYADI:	EVADRESİ VETELNO:	ANNEBABA BİLGİLERİ
CİNSİYETİ: <input type="checkbox"/> ERKEK <input type="checkbox"/> KIZ	YAŞI	BABANİNİŞİ TEL. NO EĞİTİMİ YAŞI
BUGÜNÜN TARİHİ: AY..... GÜN..... YIL.....	ÇOCUGUN DOĞUM TARİHİ AY..... GÜN..... YIL.....	ANNENİNİŞİ TEL. NO EĞİTİMİ YAŞI
OKULUN ADI: SİNİFİ:.....	Çocuğunuzun davranışlarıyla ilgili bu formülütü görüşlerinizi yazıtacak biçimde y anıtlayınız. Her birmadde ile ilgili bilgi verilebilir ve boşluklar yazıtabilirsiniz. 2. sayfadaki Tesekkürlerimizle.	BİLGİ VEREN <input type="checkbox"/> ANNE <input type="checkbox"/> BABA
OKULADA EVAM ETMİYOR <input type="checkbox"/>		

1. ÇOCUĞUNUZUN YAPMAKTAN EN ÇOK

HOŞLANDIĞI SPORLARINI SIRALAYINIZ. Örneğin; Yüzme, futbol, basketbol, voleybol, atletizm, tekvando, jimnastik, bisiklete binme, güreş, balık tutma gibi.

Hiçbiri

Yaşıtlarına oranla çocuğunuzun her birinden ne kadar zaman ayırır? Yaşıtlarına oranla çocuğunuzun her birinden ne kadar başarılıdır?

	Bilmiyorum	Normalden Az	Normal	Normalden Fazla	Bilmiyorum	Normalden Az	Normal	Normalden Fazla
a.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ÇOCUĞUNUZUN SPOR DIŞINDAKİ İLGİ ALANLARI, UĞRAŞ, OYUN VE AKTİVİTELERİNİ SIRALAYINIZ.

Örneğin; pul, bebek, araba, akvaryum, elişi, kitap, satranç, müzik

aleti çalmak, şarkı söylemek, resim yapmak gibi (Radyo dinlemeyi veya televizyon izlemeyi katmayınız).

Hiçbiri

Yaşıtlarına oranla çocuğunuzun her birinden ne kadar zaman ayırır? Yaşıtlarına oranla çocuğunuzun her birinden ne kadar başarılıdır?

	Bilmiyorum	Normalden Az	Normal	Normalden Fazla	Bilmiyorum	Normalden Az	Normal	Normalden Fazla
a.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ÇOCUĞUNUZUN ÜYE OLDUĞU KURULUŞ, KULÜP, TAKIMI YA DA GRUPLARINI SIRALAYINIZ.

(Spor, müzik, izcilik, folklor gibi.)

Hiçbiri

Yaşıtlarına oranla çocuğunuzun her birinden ne kadar zaman ayırır? Yaşıtlarına oranla çocuğunuzun her birinden ne kadar başarılıdır?

	Bilmiyorum	Normalden Az	Normal	Normalden Fazla	Bilmiyorum	Normalden Az	Normal	Normalden Fazla
a.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c.....

4. ÇOCUĞUNUZEVDEYADA EVDİŞİNDAYAPTIGIİŞLERİSIRALAYFNJZ.

Örneğin: Gazete alma, bakkalagıtme, pazaragıtme, elektrik-sufaturasıyatırma, Çocukbakımı, yatakdüzelme; sofrakurma-kaldırma, birdükundaçalışmagibi Ödemeyapılanveyapılmayan hertürlüişlerikatınız.

Hiçbiri

Yaşıtlarınaoranlaçocuğunuzherbirindenekadar zamanayırır? Yaşıtlarınaoranlaçocuğunuzherbirindenekadar başarılıdır?

Bilmiyorum Normalden Az Normal Normalden Fazla Bilmiyorum Normalden Az Normal Normalden Fazla

a.....

b.....

c.....

5. 1. Çocuğunuzunyaklaşıkolarakkaçtaneyakınarkadaşıvardır?

(Kardeşlerinikatmayınız.)

Hiç Yok 1 2 ya da 3 4 ya da daha fazla

2. Çocuğunuzokuldışızamanlardahaftadakaçkezarkadaşlarıylabirlikteolur?

(Kardeşlerinikatmayınız.)

1 den az 1 ya da 2 3 ya da daha fazla

6. Yaşıtlarınaoranlaçocuğunuzun:

Kötü NormalOldukça Kardeşi
Sayılır İyidir Yoktur

a. Kardeşleriylearasınasıldır?

b. Diğerçocuklarlaarası nasıldır?

c. Anababasınınakarşıdavranışları nasıldır?

d. Kendibaşınaoyunomasıveışyapmasınasıldır?

7. 1. Çocuğunuzunokulbaşarısınınasıldır?(6yaşveyukansıçin)

Çocuğunuz eğerokulagıtmiyorsa lütfennedeninibelirtiniz.....

	Başarısız	Orta	Başarılı	Çok Başarılı
a. Okumayazma, Türkçe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hayat bilgisi , Sosyal bilgiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Aritmetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fen Bilgisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diğerderslerdenasıldır? Örneğin; Yabancı dil, bilgisayar.
(Beden Eğitimi, Resim ve Müzik derslerini katmayınız.)

e.

f.

g.

2. Çocuğunuzaltözelsınıfyadabirözeleğitimokul undaokuyormu?
 Hayır Evet Netürbirsınıfyadaokul?.....

3. Çocuğunuzhiçsınıftakaldımı?
 Hayır Evet Kaçınıcı sınıftavenedeni?.....

4. Çocuğunuzunokuldadersyadadersdişisorunarıoldumu?
 Hayır Evet Açıklayınız.....

Busorunlarnesamabaşladı?
Sorunlarbittimi?
 Hayır Evet Ne zaman?.....

5. Çocuğunuzunherhangibirhastalığı,fizikselrahatsızlığıyadazihinselözürüvarmıdır?
 Hayır Evet Açıklayınız?.....

6. Çocuğunuzunsiziençoküzzen,kaygılandırıranözelliklerinelerdir?

7. Çocuğunuzun enbeğendiğinizözelliklerini belirtiniz:

Aşağıda çocukların özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır.Her bir madde çocuğunuzun şu andaki ya da son 6 ay içindeki durumunu belirtmektedir.Okuduğunuz cümle çocuğunuz için çok ya da sıklıkla doğru ise 2, bazen ya da biraz doğru ise 1, hiç doğru değilse 0 (sıfır) rakamlarını yuvarlak içine alınız.Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0:DoğruDeğil(bildiğinizkadarıyla) 1:BazenyadaBirazDoğru 2:ÇokyadaSıklıklaDoğru

0 1 2	1.Yaşındandahaküçükbirçocukgibi davranır.	0 1 2	32.Mükemmel olmasının gerektiğine inanır.
0 1 2	2.Allerjisi vardır(yeme,koklamaile,tozlubir yerde bulunmakla kaşıntı, döküntü, göz yaşarması olmasi):.....	0 1 2	33.Kimsenin onu sevmediğine inanır ve bundan yakınır.
0 1 2	3.Çok tartışır	0 1 2	34.Başkalarının ona zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşünür.
0 1 2	4.Astımı (nefes darlığı) vardır.	0 1 2	35.Kendini değersiz hisseder.
0 1 2	5.Karşı cinsten biri gibi davranır.	0 1 2	36.Çok sık bir yerlerini incitir, başı kazadan kurtulmaz.
0 1 2	6.Kakasını tuvaletten başka yerlere yapar	0 1 2	37.Çok kavga, dövüş eder.
0 1 2	7. Övünür, yüksekte atar, hava yapar	0 1 2	38.Onunla çok alay edilir (arkadaşları onunla çok alay eder).
0 1 2	8.Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz	0 1 2	39.Başı belada olan kişilerle dolaşır.
0 1 2	9.Bazı düşünceleri kafasına takar ve bunları aklından çıkaramaz.(açıklayınız).....	0 1 2	40.Olmayan sesler işitir(açıklayınız):.....
0 1 2	10.Yerinde rahat duramaz, çok hareketlidir.	0 1 2	41.Düşünmeden ya da aniden hareket eder(aklına eseni yapar).
0 1 2	11.Yetişkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz, onlara çok bağımlıdır.	0 1 2	42.Başkalarıyla beraber olmaktansa yalnız kalmayı tercih eder.
0 1 2	12.Yalnızlıktan yakınır.	0 1 2	43.Yalan söyler ve hile yapar.
0 1 2	13.Kafası karışıktır, şaşkın gözükür	0 1 2	44.Tırnaklarını yer.
0 1 2	14.Çok ağlar	0 1 2	45.Sinirli ve gergindir.
0 1 2	15.Hayvanlara eziyet eder	0 1 2	46.Kas seğirmeleri, tikleri vardır:.....
0 1 2	16.Başkalarına eziyet eder, zalimce ve kötü		

0 1 2	davranır.	0 1 2	47.Gece kabusları, korkulu rüyaları vardır.
0 1 2	17.Hayale dalıp gider, kendini unuttur.	0 1 2	48.Diğer çocuklar tarafından sevilmez.
0 1 2	18.Bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişiminde bulunur	0 1 2	49.Kabızlık çeker.
0 1 2	19.Hep dikkat çekmek ister	0 1 2	50.Çok korkar ve kaygılıdır.
0 1 2	20.Eşyalarına zarar verir	0 1 2	51.Baş dönmesi vardır.
0 1 2	21.Ailesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir	0 1 2	52.Kendini çok suçlu hisseder.
0 1 2	22.Evde söz dinlemez	0 1 2	53.Aşırı yemek yer.
0 1 2	23.Okulda söz dinlemez	0 1 2	54.Aşırı yorgundur.
0 1 2	24.İştahsızdır, az yemek yer	0 1 2	55.Çok kiloludur.
0 1 2	25.Diğer çocuklarla geçinemez	0 1 2	56.Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır:
0 1 2	26.Yanlış davranışlarından dolayı suçlanmış gibi görünmez	0 1 2	a.Ağrılar, sızılar
0 1 2	27.Genellikle kıskançtır	0 1 2	b.Baş ağrıları
0 1 2	28.Yenilip içilmeyecek şeyleri yer, ya da içer (kum, kil, kalem, silgi gibi)	0 1 2	c.Bulantı, kusma hissi
0 1 2	(açıklayınız):.....	0 1 2	d.Gözle ilgili şikayetler(açıklayınız):.....
0 1 2	29.Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerden korkar (açıklayınız):.....	0 1 2	e.Döküntüler ya da başka cilt sorunları
0 1 2	30.Okula gelmekten korkar	0 1 2	f.Mide-karın ağrısı ve kramplar
0 1 2	31.Kötü bir şey düşünmek ya da yapmaktan korkar	0 1 2	g.Kusma
0 1 2	57.İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur.	0 1 2	h.Diğer (açıklayınız):.....
0 1 2	58.Burnuyla, cildiyle, vücudunun başka kısımlarıyla oynar ve yolar(açıklayınız):.....	0 1 2	85.Acayip, tuhaf düşünceleri vardır (açıklayınız):.....
0 1 2	59.Herkesin ortasında cinsel organıyla oynar.	0 1 2	86.İnatçı, somurtkan ve rahatsız edicidir.
0 1 2	60.Cinsel organlarıyla çok fazla oynar.	0 1 2	87.Duygu durumunda ani değişiklikler olur.
0 1 2	61.Okul başarısı düşüktür.	0 1 2	88.Çok sık küser.
0 1 2	62.Dengesiz ve sakardır.	0 1 2	89.Şüphedir.
0 1 2	63.Kendinden büyük çocuklarla olmayı tercih eder.	0 1 2	90.Küfürlü ve açık seçik konuşur.
0 1 2	64.Kendisinden küçük çocuklarla olmayı tercih eder.	0 1 2	91.Kendini öldürmekten söz eder.
0 1 2	65.Konuşmayı reddeder.	0 1 2	92.Uykuda yürür ve konuşur.(açıklayınız):.....
0 1 2	66.Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar. (Açıklayınız):.....	0 1 2	93.Çok fazla konuşur.
0 1 2	67.Evden kaçır	0 1 2	94.Başkalarıyla çok dalga geçer, alay eder.
0 1 2	68.Çok bağırır, çağırır.	0 1 2	95.Öfke nöbetleri vardır, çok çabuk öfkelenir.
0 1 2	69.Sır vermez, düşüncelerini kendine saklar.	0 1 2	96.Cinsel konuları fazlaca düşünür.
0 1 2	70.Olamayan şeyleri görür(açıklayınız):.....	0 1 2	97.İnsanları tehdit eder.
0 1 2	71.Sıkılgan ve utangaçtır.	0 1 2	98.Parmak emer.
0 1 2	72.Yangın çıkartır.	0 1 2	99.Temizliğe ve titizliğe aşırı düşkündür.
0 1 2	73.Cinsel sorunları vardır (açıklayınız):.....	0 1 2	100.Uyku sorunu vardır:.....
0 1 2	74.Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar.	0 1 2	101.Okuldan kaçır, dersi asar.
0 1 2	75.Çekingen ve ürkektir.	0 1 2	102.Hareketsiz ve yavaştır, enerjik değildir.
0 1 2	76.Çocukların çoğundan daha az uyur 77. Çocukların çoğundan gece ve gündüz daha çok uyur (açıklayınız):.....	0 1 2	103.Mutsuz, üzgün, çökkün ve bezgindir.
0 1 2	78.Kakasıyla oynar ya da etrafa bulaştırır.	0 1 2	104.Çok gürültücüdür.
0 1 2	79.Konuşma güçlüğü vardır.(açıklayınız):.....	0 1 2	105.Tıbbi amaç dışında alkol ya da ilaç kullanır (açıklayınız):.....
0 1 2	80.Boş gözlerle uzun uzun bakar	0 1 2	106.Etrafındaki eşyalara amaçsız olarak zarar vermektten zev alır.
0 1 2	81.Evden çalmaları vardır.	0 1 2	107.Gündüz altını ıslatır.
0 1 2	82.Evin dışında çalmaları vardır.	0 1 2	108.Yatağını ıslatır.
0 1 2	83.İhtiyacı olmayan nesnelere toplar, biriktirir (tanımlayınız):.....	0 1 2	109.Sızlanır, mızırdanır.
0 1 2	84.Acayip, tuhaf davranışları vardır (açıklayınız):.....	0 1 2	110.Karşı cinsten olmayı ister.
		0 1 2	111.İçe kapanıktır, başkalarıyla birlikte olmayı istemez.
		0 1 2	112.Evhamlıdır, her şeyi dert edinir.
		0 1 2	113.Çocuğunuzun yukarıdaki listede

0 1 2		0 1 2	belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen
0 1 2		0 1 2	yazınız.....
0 1 2		0 1 2	
0 1 2		0 1 2	
0 1 2		0 1 2	

TÜMMADDELERİ LÜTFEN CEVAPLAYINIZ.

*Son 6 aylık sürenin dışında yukarıda sözü edilen özellikler çocuğunuzun yaşamının herhangi bir döneminde görüldümü?

*Son 1 yılı içinde Çocuk Ruh Sağlığı Polikliniklerine başvurduğunuzmu?

SİZİ KAYGILANDIRAN MADDELERİ ALTINI ÇİZİNİZ.

Hayır Evet

Hayır Evet

Copyright 1991 T.M.Achenbach Uof Vermont'unun Türkçe çevirisi uyarlaması: Neşe Er ol tarafından
T.M.Achenbach' in izniyle yapılmış ve basılmıştır (2-1991) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı

EK-8

Merhaba Sayın Prof. Dr. Neşe Erol

Ben Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencilerinden Hatice Esra BAKIR. 2013-2014 eğitim yılı tez döneminde hazırladığım tez çalışması için (CBCL) ölçeğini kullanmaya ihtiyaç duymaktayım. Eğitim aldığımız üniversitenin aynı zamanda doğrudan NP İSTANBUL Hastanesi ile bağlantısı bulunmaktadır. Bu hastanede CBCL ölçeği, çocuk hastalara uygulanmaktadır. NP İstanbul Hastanesinde Yrd. DOÇ. Dr. Nüket İŞİTEN önderliğinde yürüttüğüm araştırmada hastanede uygulanmış CBCL ölçeklerini değerlendirmek istiyorum. Uygulanmış CBCL ölçeklerini tez araştırmamızda kullanabilmemiz için sizin yüksek müsadere ihtiyacımız var. Bu konuda gerekli izni verirsiniz yürütmekte olduğum araştırmayı, Haziran 2015 gibi tamamlamayı umuyorum. Gereğinin yapılmasını arz ederim.

NOT: 1 adet kitabınızı temin etmek için de ayrı yeten izin istiyorum.

Saygılarımızla

Psikolog Hatice Esra BAKIR

26.01.2014

EK-9

Tarih: 10.02.2014

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞI'NA,**

“Duygudurum Bozukluğu olan çocuklarda aile tutum ve davranışlarının ve duygu durumlarının incelenmesi” isimli araştırma tez konusunun tarafınızdan değerlendirilmesini saygılarımla arz ederim.

Psikolog Hatice Esra BAKIR

EK-10

NÖROPSİKİYATRİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

“DUYGU DURUM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA AİLE TUTUM, DAVRANIŞ
ve DUYGU DURUMLARININ İNCELENMESİ ” isimli araştırmamın NP İstanbul
Hastanesinde yapılması için izin istiyorum.

10.02.2014

Psikolog Hatice Esra BAKIR

Hatice Esra Bakır

Kişisel Bilgiler

Doğum Tarihi	08/27/1986	Hafızlık (1998-2000)	Kurs Birinciliği
Doğum Yeri	Erzurum	KPDS (2011Bahar)	76
		ÜDS (2012 Bahar)	75
		ALES(2013Bahar)	65

Eğitim

Yıl	Okul		Not – Derece
2012-2014	Üsküdar Üniversitesi	Klinik Psikoloji Yüksek Lisans	3.65/4.00
2006-2010	InternationalUniversity of Sarajevo	Lisans: Psikoloji	3.35 / 4
2003-2006	Acikogretim Lisesi		3.80

Geçmiş Çalışmalar

Yıl	Kurum	Pozisyon
2011-2012	AKDEM İSTANBUL	İngilizce Öğretmenliği
2011 Sonbahar	ONDER	Proje Asistanı
2010 yaz	Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	Stajyer
2009 Yaz	ISOM (İstanbul Özürlüler Merkezi)	Stajyer
2009-2011	Uluslararası Saraybosna Üniversitesi	Yurt Sorumlusu

Nitelikler

Kategori	Kriter	Seviye
IT	Microsoft Office (Word, PowerPoint, Excel)	Orta Seviye
Yabancı Diller	İngilizce	İleri Seviye

	Boşnakça / Hırvatça / Sırpça	Başlangıç Seviyesi
--	------------------------------	--------------------

Hobiler

- Hat Sanatı – Sülüs (6 ay eğitim aldım)
- Karakalem (2 yıl eğitim aldım)
- Ebru (1 yıl eğitim aldım)
- Modelistlik (1 yıl eğitim aldım)
- Uluslararası gezi
- Treaking
- Bisiklet sürmek
- Film izlemek
- Edebiyat
- Sanat ve Kültür faaliyetleri
- Müzik (Bağlama)

