4 AY- 1 YAŞ ARALIĞINDA KABIZLIK TANISI ALMIŞ BEBEKLERİN ANNELERİNİN MİZAÇ, TUTUM VE RUHSAL ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Buse Öznalçın

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Klinik Psikoloji Programı / Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Ögr. Üyesi Neslihan Zabcı

İstanbul

T.C. Maltepe Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Mayıs, 2018

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Buse ÖZNALÇIN' nın "4 Ay – 1 Yaş Aralığında Kabızlık Tanısı Almış Bebeklerin Annelerinin Mizaç, Tutum ve Ruhsal Özelliklerinin İncelenmesi" başlıklı tezi 05/07/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca, Psikoloji Anabilim Dalında Yüksek Lisans/Doktora tezi **oy birliğiyle**/ **oy çokluğuyla** olarak kabul edilmiştir.

Unvanı. Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı) : Dr. Öğr. Üyesi Neslihan ZABCI	.....
Üye : Dr. Öğr. Üyesi Elif YAVUZ SEVER	.....
Üye : Prof. Dr. Nermin ÇELEN	.....

Doç. Dr. Ahu TUNÇEL ÖNKAL

Enstitü Müdürü

İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu tezin bana ait özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarda bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmanın Maltepe Üniversitesinde kullanılan "bilimsel intihal tespit programı" ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

5/07/2018

Buse Öznalçın



TEŞEKKÜR

Bilgi ve deneyimleriyle bana her zaman yol gösteren, beni psikanaliz ile tanıştıran, hem lisans hem klinik psikoloji yüksek lisans eğitimim boyunca destek ve yardımlarını esirgemeyen, çok değerli hocam, tez danışmanım Yrd.Doç.Dr. Neslihan ZABCI, size en içten teşekkürlerimi sunuyorum, hayatımda yeriniz her zaman özel kalacak…

Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Polikliniği'nde araştırmamı yapabilmeme olanak tanıyan, yardımlarını esirgemeyen hocam Prof.Dr. Derya BÜYÜKKAYHAN size çok teşekkür ediyorum. Araştırmalarım sırasında bana destek veren tüm çocuk doktorlarına ve özellikle hocam Elife ÇAPAN, size teşekkür ediyorum.

Tez çalışmam boyunca zorlandığım çevirilerde, uzun uzun zamanlarını ayırarak bana yardımcı olan sevgili eniştem Hamdi PINAR, sana çok teşekkür ediyorum, benimle birlikte psikanalizi sevdiğini düşünüyorum.

Ve biricik ailem… Sevgili ağabeyciğim Birkan Boğaç ÖZNALÇIN, anneciğim Birgül ÖZNALÇIN ve babacığım Gürkan ÖZNALÇIN, siz olmasaydınız her şey çok daha zor ve karmaşık olurdu. Her zaman manevi desteğinizi hissettirdiğiniz için çok teşekkürler.. Ancak sevgili anneciğim bu zorlandığım süreç içerisinde senin desteğinin yeri çok ayrıydı. *Bu araştırmamı, hayatımın her adımında bana destek olan anneme ithaf ediyorum.*

Buse Öznalçın

Mayıs, 2018

ÖZ

4 AY- 1 YAŞ ARALIĞINDA KABIZLIK TANISI ALMIŞ BEBEKLERİN ANNELERİNİN MİZAÇ, TUTUM VE RUHSAL ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Buse Öznalçın

Yüksek Lisans Tezi

Klinik Psikoloji Programı/ Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Ögr. Üyesi Neslihan ZABCI

Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2018

Bu çalışma 4 ay -1 yaş aralığında kabızlık tanısı almış bebeklerde, bu hastalık tablosunun oluşumunda annenin tutumunun, mizacının ve ruhsal özelliklerinin etkinlik derecesini araştırmayı hedeflemiştir. Bu amaca yönelik olarak, 4 ay-1 yaş aralığındaki çocuk doktoru tarafından kabızlık tanısı almış 33 bebeğin anneleri ile herhangi bir şikayet ile çocuk doktoruna ya da kliniğe başvurmamış rutin sağlık kontrolleri nedeniyle polikliniğe gelen 33 bebeğin anneleri karşılaştırılmıştır. Bu değişkenleri değerlendirmeyi sağlayan Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği (EBBÖ), Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ), Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS- A), Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI) kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin doğum sonrası depresyon, kaçınmacı ve ikircikli bağlanma, sürekli öfke, içte tutulan öfke, depresif mizaç, anksiyöz mizaç, irritabl mizaç, aşırı koruyucu annelik ve baskı- disiplin tutum puanlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgular ışığında, annenin ruhsal özelliklerinin bebeğin dürtü ve duygulanımlarını dönüştürmek ve anlamlandırmakta önemli olduğu, annenin kapsayıcı işlevleri yetersiz kaldığında, kabızlığın, bebeğin ruhsal kaygılarının bir ifadesi olarak, psikosomatik bir belirti şeklinde ortaya çıktığı söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: 1. Kabızlık; 2. Psikosomatik; 3. Bebek; 4. Annenin ruhsal özellikleri

ABSTRACT

TEMPERAMENT, ATTITUDE AND PSYCHOLOGICAL FEATURE EXAMINATION OF 4 TO 12 MONTHS INFANTS' MOTHERS

Buse Öznalçın

Master Thesis

Clinical Psychology Programme/ Psychology Department

Thesis Advisor: Asts.Prof. Neslihan Zabcı

Maltepe University Social Science Graduate School, 2018

The purpose of this research is to identify the efficiency of the mother's temperament, attitude and psychological feature in the development of constipation among the infants of 4 to 12 months. In this research, 33 mothers who had infants between 4 months and one year old diagnosed by a pediatrician were compared to other 33 mothers who came without any complaint to the polyclinic with their children for routine medical check-up. The assessment scales which have been used respectively in the frame of this study are: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Adult Attachment Style Questionnaire, Trait Anger Expression Inventory, TEMPS-A Turkish version and Parental Attitude Research Instrument. At the end of the research, compared to the other group, the mothers with infants that are suffering from constipation were observed as having significantly a higher postnatal depression, ambivalent and avoidant attachment styles, trait anger expression, depressive temperament, anxious temperament, irritable temperament, overprotective motherhood and oppressive attitude. As a result of these findings, it can be said that the mother's overall temperament, attitude and pyschological feature are important in transforming and conveying the impulses and emotions of the child; and when the maternal function of the mother becomes insufficient or pathological, the constipation appears as a psychosomatic symptom which expresses the infant's mental concerns.

Keywords: 1. Constipation; 2. Psychosomatic; 3. Baby; 4. Mother's psychological feature

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI……..……...….ii

İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI……..……..……iii

TEŞEKKÜR…….iv

ÖZ…….……v

ABSTRACT…….....vi

İÇİNDEKİLER…….……...vii

TABLOLAR LİSTESİ…….xi

KISALTMALAR……...xii

ÖZGEÇMİŞ……...xiii

BÖLÜM 1 GİRİŞ……..……1

1.1. Kabızlık Problemi……..……...…….……4

1.1.1 Bebeklik Dönemindeki (0-1 Yaş) Dışkılama Özellikleri…….……4

1.1.2 Kabızlık Probleminin Klinik Görünümü…….6

1.1.3 Kabızlık Probleminin Etiyolojisi…….…….7

1.1.3.1 Organik Kabızlık……..……...……...7

1.1.3.2 Fonksiyonel Kabızlık…….7

1.1.4 Kabızlık Probleminin Prevalansı…….……....8

1.1.5 Kabızlık Problemi ile İlgili Yapılan Araştırmalar…….……..….9

1.2 Psikanalitik Psikosomatik Yaklaşım……...….12

1.2.1. Psikosomatik Kuramın Önemli Kuramcıları…….….13

1.2.1.1 Georg Walther Groddeck…….…….....13

1.2.1.2 Sandor Ferenczi…….……..……..…..14

1.2.1.3 Franz Alexander ve Chicago Okulu……...……..……14

1.2.1.4 Pierre Marty ve Micheal Fain- Paris Psikosomatik Okulu……..14

1.2.2. Çocuk Psikosomatiği…….…….16

1.2.1.5 Anne Karnı ve Doğum Sonrası…….……...18
1.2.1.6 Annenin Kapsayıcı İşlevi…….……19
1.2.2.3. Ebeveynin Uyarı Kalkanı Sistemi…….…..20
1.2.2.4.Tutma, Yeterince İyi Annelik, Birincil Annelik Tasası……...21
1.2.2.5.Deri- Ben…….…….22
1.2.2.6.Çocuk ve Beden……...23
1.2.2.7.Kabızlık Problemine Psikanalitik Bakış……..27
1.2.2.8.Psikanalitik Literatürde Kabızlık Üzerine Yapılmış Çalışmalar…….30
1.3. Doğum Sonrası Depresyon……..……..……..……32
1.4. Bağlanma……..……..……..34
1.5. Öfke……...……..……..……38
1.6. Mizaç……..……..……..……39
1.7. Çocuk Yetiştirme Tutumlarının Önemi……..…….41
1.8. Araştırmanın Amacı……...……...……...43
1.9. Araştırmanın Önemi……...…….……..……..45
BÖLÜM 2 YÖNTEM……...……..……..47
2.1. Araştırma Evreni ve Örneklem……....47
2.2. Veri Toplama Araçları……...……..47
2.2.1.Verilerin Toplanmasında Kullanılacak Araçlar……....47
2.2.1.1.Anket Formu……....47
2.2.1.2.Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ).....47
2.2.1.3.Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği (EBBÖ)……..……48
2.2.1.4.Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ)……..……48
2.2.1.5.Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS- A)……49

2.2.1.6.Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI).....50

2.3. İşlem……...……..50

2.3.1.Verilerin Toplanması…….....50

2.3.2.Verilerin Çözümlenmesi…….....50

BÖLÜM 3 BULGULAR…….……52

3.1. Kabızlık Tanısı Olan ve Olmayan Bebeklere Sahip Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin ve Bebeklerinin Özelliklerinin Dağılımı.....52

3.2. Doğum Sonrası Depresyonun Kabızlık Tanısı Olan ve Olmayan Bebeklere Sahip Annelere Göre Karşılaştırılması…….……...…….59

3.3. Bağlanma Biçimlerinin Kabızlık Tanısı Olan ve Olmayan Bebeklere Sahip Annelere Göre Karşılaştırılması…….…..…..60

3.4. Sürekli Öfke ve Öfke Tarzlarının Kabızlık Tanısı Olan ve Olmayan Bebeklere Sahip Annelere Göre Karşılaştırılması……...…62

3.5. Mizaçların Kabızlık Tanısı Olan ve Olmayan Bebeklere Sahip Annelere Göre Karşılaştırılması…….....63

3.6. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumlarının Kabızlık Tanısı Olan ve Olmayan Bebeklere Sahip Annelere Göre Karşılaştırılması…….65

BÖLÜM 4 TARTIŞMA……..……68

EK'LER……..……....78

Ek-1 Anket Formu…….…….78

Ek-2 Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği……..80

Ek-3 Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği……..82

Ek-4 Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği…….……84

Ek-5 Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi……...86

Ek-6 Aile Hayatı Ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği…….…….89

Ek-7 Onam Formu…….……..…92

KAYNAKÇA……..…….……93

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Annelerin Yaş Dağılımı……..……..……52

Tablo 2. Annelerin Eğitim Durumu Dağılımı…….…....53

Tablo 3. Annelerin Çalışma Durumu Dağılımı……...…53

Tablo 4. Gebeliğin Oluşma Şekli ile Grup Arasındaki İlişki…….....54

Tablo 5. Bebek Gece Ağladığında Annenin Davranışı ile Grup Arasındaki İlişki…….…….…...54

Tablo 6. Bebeği Emzirmekten Hoşlanma Durumu ile Grup Arasındaki İlişki……...55

Tablo 7. Bebeğin İştah Sorunu Olma Durumu ile Grup Arasındaki İlişki……..55

Tablo 8. Bebek Meme Emmek ya da Mama Yemek İstemediğinde Annenin Davranışı ile Grup Arasındaki İlişki…….…….…….….56

Tablo 9. Bebeğin Parmak Emme İsteğine Karşı Annenin Davranışı ile Grup Arasındaki İlişki…….…….……...56

Tablo 10. Psikiyatrik Başvuruda Bulunma Durumu ile Grup Arasındaki İlişki…….57

Tablo 11. Bebeğinin Çok Sık Ağladığını Düşünme ile Grup Arasındaki İlişki……..57

Tablo 12. Kabızlık Tanısı Olan Bebeklere İlişkin Özellikler….....58

Tablo 13. Bebeklerin Kaç Aylık Olduğuna İlişkin Ay Dağılımları…….……...59

Tablo 14. Bağlanma Biçimleri ile Grup Arasındaki İlişki……..…….....60

Tablo 15. Bağlanma Biçimlerinin Gruplara Göre Ortalamaları.....60

KISALTMALAR

Çev. : Çeviren

Ed. : Editör

Ark. : Arkadaşları

ÖZGEÇMİŞ

Buse Öznalçın

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Ls.	2008	Maltepe Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü*
Lise	2004	Kenan Evren Anadolu Lisesi

*Fen Edebiyat Fakültesi ve Psikoloji Bölümü birincilik derecesi

İş Deneyimi

2015-	Psikolog. Özel Pelikan Akademi Anaokulu
2014-	Psikolog. Nesil Psikolojik Danışmanlık Merkezi
2014- 15	Psikolog. Acarkent Doğa Koleji

Dernek Üyelikleri

2014-	Üye: Rorschach ve Projektif Testler Derneği
2012 -	Üye: Türk Psikologlar Derneği

Alınan Burs

2012	Maltepe Üniversitesi Yüksek Lisans Eğitim Bursu (Başarı Bursu)
2008	Maltepe Üniversitesi Lisans Eğitim Bursu

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı	: İstanbul / 27 Temmuz 1990	Cinsiyet: Kadın
Yabancı dil	: İngilizce	
e-posta	: buseoznalcin@hotmail.com	

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Beden sağlığı ve ruh sağlığı birbirini etkileyen, bütünsel bir bakış açısıyla ele alınması gereken iki kavramdır. Ruhsal aygıtta meydana gelen sıkıntılar ve çatışmalar bedensel rahatsızlık olarak ortaya çıkabilmektedir. Literatüre bakıldığında da, bedensel semptomların ruhsal aygıttan bağımsız düşünülemeyeceği birçok düşünür tarafından vurgulanmıştır (Groddeck, 1949; Kreisler, Fain ve Soule, 1974; Lipowski, 1988; Marty, 1998).

Psikosomatik, fiziksel hastalıkların kaynağının psikolojik kökenli olması demektir. Psikosomatik terimi, bireyi bütünlüğü içinde hem bedensel hem de ruhsal yönü ile birlikte ele alan bir yaklaşımı ifade etmektedir. İlk olarak "somatik" kelimesini kullanan Groddeck (1949), her bedensel sorunun bir işlevi olduğunu vurgulamakla beraber boğaz ağrısının, gizlenen ve söylenemeyenlerden kaynaklandığını, ellerde oluşan soğumanın, içerdeki hararetli duyguların ifadesi olduğunu belirtmektedir. Marty (1998) ise, bireyin yaşadığı bedensel belirtilerin ruhsal alandaki çatışmalı durumlarla bağlantısı olduğunu ifade etmektedir. Ruhsal çatışma durumlarında ve dürtülerin çıkış yolu fakirleştiğinde, somatik belirtilerin ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Bebeklerde de ruhsal aygıt ve simgeselleştirme henüz gelişmemiş olduğundan, beden, yaşanılan sıkıntıların ifade bulduğu bir araç halini almaktadır.

Ruhsal aygıtın yeterince gelişmemiş olduğu ve dilin ifade aracı olarak kullanılmadığı erken dönemde, bebek yüksek ölçüde psikosomatiktir. Bir başka deyişle, bedenini ifade aracı olarak kullanmaktadır. Bebek, ruhsallığında yaşadığı çatışmayı, sıkıntıyı, huzursuzluğu, gerilimi, doyumsuzluğu beden yoluyla ifade eder. Erken dönemde, bebeğe bakım veren ve bebekle en çok ilgilenen, bebeğin en çok temas kurduğu kişi annedir. Bu nedenle annenin ruh sağlığı, mizacı ve tutumu oldukça önemlidir. Ayrıca çocuğun psikosomatik belirtilerini anlamada en önemli etkenlerden biri anne ile ilişkisi ve annenin ruhsal özellikleridir. Dışkı bozukluklarından kabızlık da çocuğun ruhsallığında yaşadığı bir sıkıntının dışavurumu olabilmektedir. Literatür incelendiğinde de, kabızlığın çocuk psikosomatiği içerisinde yer aldığı görülmektedir.

Erken dönemde fiziksel bir nedene bağlı olmadan kabızlık tanısı almış çocuklara birtakım tıbbi müdahalelerde (ilaç kullanımı, fitil kullanımı vs.) bulunulmaktadır; kabızlıkta önemli bir rol oynadığı düşünülen ruhsal boyut göz ardı edilmekte, bu konuda sınırlı sayıda araştırmaların yapıldığı görülmektedir. Kabızlığın ruhsal kaygılar sonucunda bir belirti olarak ortaya çıkma olasılığı düşünüldüğünde, erken dönemde bebeğin ilk ilişki kurduğu annenin mizacını, tutumunu ve ruhsal özelliklerini incelemek kaçınılmazdır; zira erken dönemde bebek annenin ruhsallığı ile iç içedir ve birebir etkilenir. Winnicott (1956) "annesiz bebek olmaz" derken bu boyuta dikkat çekmiştir.

Yapılacak olan bu araştırmanın konusu, 4 ay-1 yaş aralığında kabızlık tanısı almış bebeklerde, bu hastalık tablosunun oluşumunda annenin mizacının, tutumunun ve ruhsal özelliklerinin etkinlik derecesini araştırmaktır. Bu çalışmada, araştırma grubu, çocuk doktoru tarafından kabız tanısı almış 4 ay ile 1 yaş arası bebeklerin anneleri ile sınırlıdır. Kontrol grubu ise, 4 ay-1 yaş aralığında olan ve herhangi bir şikayet ile çocuk doktoruna ya da kliniğe başvurmamış rutin sağlık kontrolleri nedeniyle hastaneye gelen bebeklerin anneleri ile sınırlı olacaktır. Kontrol ve araştırma grubundaki bu sınırlılıklar ile iki grup karşılaştırılarak annenin ruhsallığının bebeğin yaşadığı kabızlık üzerindeki etkinlik derecesi gözlemlenebilecektir. Yaş kriterinin 4 ay-1 yaş aralığında olması ise, bebeğin üçüncü ayın sonunda dışkılama eyleminin kendi denetiminde olduğunu fark etmesinden kaynaklanmaktadır (Kreisler, Fain, Soule, 1974, ss. 443). Ayrıca dilin ifade aracı olarak kullanılmaya başlamasına ait farklılaşmaları araştırma dışında bırakmak ve bebeğin bedenini bu dönemde bütünüyle ifade aracı olarak kullanması nedeniyle bu yaş grubu ile çalışılacaktır. İki grup arasındaki denkliğin bozulmaması ve araştırma sonuçlarının olumsuz yönde etkilenmemesi için orta gelir düzeyine sahip olan katılımcılarla araştırma yürütülecektir.

Bu araştırmanın amacı, kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin ve herhangi bir şikayet ile çocuk doktoruna ya da kliniğe başvurmamış rutin sağlık kontrolleri nedeniyle hastaneye gelen bebeklerin annelerinin mizaç, tutum ve ruhsal özelliklerini Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği, Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği, Memphis- Pisa- Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği aracılığıyla incelemektir. Kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre ruhsal özelliklerinin farklılık gösterip göstermediği, eğer gösteriyorsa nasıl bir farklılık

gösterdiği incelenecek ve bu farklılıklar anlamları bakımından tartışılacaktır. Erken dönemde bebeklerde görülen kabızlığı açıklamada, annenin ruhsal özelliklerinin anlaşılmasının aydınlatıcı sonuçlara ulaşmak için önemli olduğu düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde, 4 ay- 1 yaş döneminde bebeklerin yaşadığı kabızlığı, annenin ruhsal özellikleri çerçevesinde inceleyen bir çalışma ile rastlanmamıştır. Bu çalışmada, erken dönemde bebeğin somatik belirtilerini anlamada annenin ruhsal özelliklerinin önemine ve psikosomatik yaklaşımlarla ilgili kuramsal bilgilere değinilmiştir. Ardından, erken dönemde bebeklerde görülen kabızlığın, annenin mizaç, tutum, ruhsal özellikleri ile ilişkisi çeşitli kuramlar ele alınarak, psikanalitik kuram çerçevesinde açıklanmıştır.

1.1. Kabızlık Problemi

Kabızlık, tanımı zor olan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır; çünkü dışkılama davranışları bireysel özelliklere göre farklılık göstermektedir. Düzenli dışkılama aynı zamanda gastroentrolojik açıdan sağlıklı olmanın göstergesidir (Kocaay, 2008). Literatür incelendiğinde kabızlıkta, dışkının büyüklüğü, hacmi, sertliği ve dışkılama davranışının sıklığı kabızlık probleminde belirleyici faktörler olarak yer almaktadır (Clayden ve Keshtgar, 2003; Akman, Koturoğlu, Arıkan, Aslan, Halıcıoğlu ve Aydoğdu, 2009). Kabızlık, çocukluk yaş grubunda sık görülen dışkılama bozukluğudur.

Çocukluk çağındaki kabızlık probleminin tanımını yapmadan önce normal dışkılama sıkılığının nasıl olması gerektiğinin önemli olduğu düşünülmektedir. Çocukların bağırsak hareketlerinin sıklığı üzerine yapılan araştırmalara bakıldığında birbirinden farklı sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir (Baker ve arkadaşları, 1999). Çocuk sağlığı hastalıkları ve gastroentroloji polikliniklerine bebek ve büyük çocukların dışkılama problemleri ile ilgili birçok başvuru bulunmaktadır. Bu nedenle normal ile anormali ayırt edebilmek için belirli yaş gruplarına özgü dışkılama özelliklerinin bilinmesi oldukça önemlidir. (Kocaay, 2008). Bu çalışma kapsamında, araştırmanın değişkenlerinden biri bebeklik dönemindeki kabızlık problemi olduğu için öncelikle bebeklik döneminde (4 ay-1 yaş) normal dışkılama özelliklerinin nasıl olduğuna bakmak yararlı olacaktır.

1.1.1. Bebeklik Dönemindeki (0-1 Yaş) Dışkılama Özellikleri

Yenidoğan bir bebeğin dışkılama sayısı, büyük çocukların dışkılama sayılarına göre daha fazla olmakla birlikte, yaşamın ilk yıllarında dışkılama sayısının fazla olmasının diyet tipi, anne sütü alımı, tuvalet eğitiminin olmaması gibi nedenlerle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Weaver, Ewing ve Taylor, 1988; Corazziari, Staiano, Miele ve Greco, 2005). Aynı zamanda, yaşamın ilk haftalarında bebeğin daha sık dışkı yapması alınan besin miktarı ile ilişkilendirilmekte iken, ilerleyen haftalarda alınan besin miktarı artsa da dışkı sayısında azalma görülmektedir. Bunun nedeni, bağırsak yapısının olgunlaşmaya başlamasından kaynaklanmaktadır (Weaver ve Steiner, 1983). Literatürde 0-1 yaş aralığında normal dışkılama sıklığına bakıldığında;

Nyhan'ın (1952), normal gelişim gösteren sağlıklı bebeklerle yaptığı araştırmada, bebeklerin %97'sinin günde 1 ile 9 arasında dışkı yaptığı ve günde ortalama 4 kez dışkıladığı belirtilmektedir. Bebeklerin doğumdan sonraki ilk günden sonra dışkılama sayısında artış olduğu, beşinci gün en yüksek düzeye ulaştıktan sonra düşüşe geçtiği vurgulanmaktadır.

Fontana ve arkadaşlarının (1989) yaptığı araştırmada, bebeklerin ilk ayda günde ortalama 2.8, 1-5 ay arası günde ortalama 1.9, 5-12 ayda günde ortalama 1.9 kez dışkılama gerçekleştirdikleri belirtilmektedir

Tunç, Çamurdan, İlhan, Şahin ve Beyazova'nın (2008), 0-2 yaş arası 1021 çocukla yaptıkları araştırmada, günlük ortalama dışkı sayısının en fazla birinci ayda olup daha sonra sayının azalmaya başladığı görülmektedir.

Kocaay'ın (2008) çalışmasında, özellikle 0-6 ay arasındaki çocukların günde 3 kere ve daha fazla dışkıladığı görülmektedir. İlk 6 ay ortalama günlük dışkı sayısı 3, 7-12 ay arası ortalama günlük dışkı sayısı 2 olarak belirtilmektedir.

Altıntaş'ın aktardığına göre, 0-4 aylık normal sağlıklı bebeklerin dışkılama sayıları günde 1 ile 7 arasında, 4 aydan sonra günde 2 kez ve 1 yaşından sonra günde 1 kez civarında olduğu belirtilmektedir.

Beslenme ile günlük ortalama dışkı sayısının arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara bakıldığında, 0-3 ay arası anne sütü ile beslenen bebeklerin haftalık dışkı sayısı 5-40, günlük ortalama dışkı sayısı 2.9 iken mama ile beslenen bebeklerin haftalık dışkı sayısı 5-28, günlük ortalama dışkı sayısı 2'dir. 6-12 aylar arasında bulunan bebeklerin haftalık normal dışkı sayısı 5-28, günlük ortalama dışkı sayısı 1.8'dir (Kocaay, 2008). Yapılan başka araştırmalarda da, anne sütü ile beslenen bebeklerin günde 5-7 veya 7-8 kez dışkılaması normal bulunmaktadır. Anne sütü ya da mama alan bebeklerin %93'ünün günde dışkılama sıklığı 1-7 arasında değişmektedir. Anne sütü alan bebekler ilk günlerde daha sık dışkılarken mama ve anne sütü alan iki grup bebek 4 aylık olunca günde ortalama 2 kez dışkılamaktadır. Yani tüm bebeklerde 4 aydan sonra 2 yaşa kadar ortalama dışkılama sayısı düşüşe geçmekte, dörtten- ikiye doğru azalmaktadır (Weaver ve Steiner, 1983; Weaver, Ewing ve Taylor, 1988).

1.1.2. Kabızlık Probleminin Klinik Görünümü

Kabızlık probleminin tanımı zor olmakla birlikte, yapılan genel tanıma bakıldığında, aileye ve çocuğa sıkıntı verecek biçimde dışkılamanın sert, ağrılı ve seyrek olması bu durumun en az iki-üç hafta boyunca devam etmesi olarak tanımlanmaktadır. Kabızlık problemi olan çocuklar haftada üçten az dışkılama eylemini gerçekleştirirler. Bu durum eğer altı aydan uzun bir süre olarak devam ederse kronik kabızlık olarak adlandırılmaktadır (Loening, 1993).

Roma Düzenleme Komitesi'nin (Roma II) 1999'da komiteye pediatrik alanda çalışan bir grup eklemesiyle, kabızlık için Roma III'de bebeklikten 4 yaşa kadar ve 4 yaş üzeri için iki ayrı tanı kriterleri tablosu belirlenmiştir. Yapılacak olan bu araştırmanın örneklem grubu göz önünde bulundurulduğunda, sadece bebeklikten 4 yaşa kadar olan tanı kriterleri belirtilmiştir; (Hyman, Milla, Benninga, Davidson, Fleisher ve Taminiau, 2006; Kutlu, 2007):

Dört yaşına kadar olan çocuklarda aşağıdaki kriterlerden en az ikisinin 1 ay süreyle bulunması:

1. Haftada 2 veya daha az dışkılama davranışının olması
2. Dışkılama alışkanlığını edindikten sonra haftada en az bir kere dışkı tutamama durumunun yaşanması
3. Aşırı dışkı tutma durumu
4. Ağrılı ve sert dışkılama
5. Kalın bağırsakta dışkı kitlesi saptanması
6. Tuvaleti tıkayabilecek büyüklükte dışkılama

Huzursuzluk, iştahsızlık, ve çabuk doyma gibi eşlik eden belirtilerin dışkılama davranışı gerçekleştikten sonra kaybolması gerekmektedir.

Klinik tablosuna bakıldığında; kabızlık problemi yaşayan bebeklerde dışkılama ağrılı olacağından gerinme, yüzün kırmızı renk alması, yüzünü buruşturma ve ağlama görülmektedir (Baker ve arkadaşları, 1999).

1.1.3. Kabızlık Probleminin Etiyolojisi

Kabızlığın nedenleri organik ve fonksiyonel olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu nedenlere kısaca değinilecek olunduğunda;

1.1.3.1. Organik Kabızlık

Kabızlık nedenlerinin %5'ini organik patolojiler oluşturmaktadır. Yenidoğan döneminde (0-1 ay) kabızlık organik bir rahatsızlığın belirtisi olarak görülmekte ve acil müdahale gerektirmektedir (Kocaay, 2008).

Kabızlığın en sık rastlanan organik nedeni Hirschsprung hastalığı olup, ganglion hücrelerinin sayısının az olmasından kaynaklı kalın bağırsak tıkanıklığıdır. Yenidoğan, yeni yürümeye başlayan ve okul çağındaki çocuklarda medikal tedaviye dirençli bir hastalıktır (Göksügür ve ark., 2015).

Çölyak hastalığı kabızlığa neden olan bir diğer organik hastalıktır. Gluten içeren yiyeceklerin (buğday, arpa) yenmesiyle ortaya çıkan bağırsak sistemindeki bozulmadır. Anne sütü ile beslenme, hastalığın başlangıç yaşını geciktirebilmekle birlikte, çocuklukta 6 ay- 2 yaş tanının en sık konduğu yaşlardır. Erken çocukluk döneminde kilo kaybı, kusma, karın şişliği gibi semptomlarla ortaya çıkmaktadır (Örün, 2005).

Anatomik bozukluklar, endokrin ve matabolik nedenler, spinal kord defektleri, intestinal kas ve sinir hastalıkları, anormal karın kas yapısı, düz kas hastalıkları gibi nedenler kabızlığın görülmesine neden olan diğer organik durumlardır (aktaran Altıntaş, 2010).

1.1.3.2. Fonksiyonel Kabızlık

Fonksiyonel kabızlıkta, bağırsağın yapısı ve sinir donanımı normal işleyişini göstermekte ancak dışkının tutulması eylemi söz konusu olmaktadır. Kabızlık problemi yaşayan çocukların %95'inde ilaç kullanımına ya da herhangi bir organik rahatsızlığa bağlı olmayan fonksiyonel kabızlık görülmektedir. Bu kabızlık tipinde; ailesel, kültürel ve sosyal faktörlerin etkisi önemli yer tutmaktadır. (Baker ve arkadaşları, 1999; Asburçe, Olgaç, Sezer ve Özçay, 2013).

Literatür incelendiğinde, düşük lifli diyet, tuvalet korkusu, baskıcı veya erken verilen tuvalet eğitimi, anne ve babanın aşırı katı tutumu, depresyon, okul tuvaletinin uygun olmaması, az sıvı alımı ve genetik eğilim gibi nedenler fonksiyonel kabızlığın görülmesine neden olmaktadır (Pashankar, Loening- Baucke ve Bishop, 2003).

1.1.4. Kabızlık Probleminin Prevalansı

Kabızlık problemi çocukluk çağında sık görülen klinik bir tablo olmakla birlikte, genel pediatri polikliniklerine getirilen çocukların %3 ile %5'inde, pediatrik gastroentroloji kliniklerine getirilen çocukların %10 ile %25'inde görülmektedir (McGrath ve Caldwell, 2012). Okul öncesi çocukların %3'ünün, okul çağındaki çocukların %2'sinin yakındığı bir problemdir (Navarro ve Faure, 1995 aktaran Doğan, Erkan, Ergül, Çokuğraş ve Kutlu, 2005).

Kabızlık sıklığının Corazziari, Staiano, Miele ve Greco (2005) 0-12 yaş arası çocuklarda yaptığı çalışmada %2.6, Kocaay'ın (2008) 0-6 yaş arası çocuklarda %4.7 olarak bulunduğu görülmektedir.

Literatür incelendiğinde, fonksiyonel kabızlığın en sık 2-4 yaşları arasında görülen bir problem olduğu belirtilmekle birlikte başlangıç yaşının yaşamın ilk yılı olduğu görülmektedir. Kocaay'ın (2008), araştırmasında kabızlığın en sık 37-72 ay arasında görüldüğü bulunmuştur. Altıntaş'ın (2010) aktardığına göre; 2-14 yaş arası çocukları kapsayan bir başka çalışmada ise kabızlığın en sık 4 yaş civarında görüldüğü saptanmıştır (Roma, Giannikou, Adamidis, Gianniou ve Nikolara, 1999). Kabızlık probleminin başlangıç yaşına bakıldığında, literatürde birbirinden farklı sonuçların olduğu görülse de yapılan araştırmaların çoğunda yaşamın ilk yılında başladığına dair bulgular olduğu göze çarpmaktadır. Savaşer ve arkadaşlarının (2011) 1- 16 yaş arasındaki 146 çocukla yaptıkları araştırmada, kabızlık şikayetinin başlama yaşının en fazla 0-1 (%43.2) yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Şahin ve arkadaşlarının da (2014) 1 ay- 16 yaş arasındaki 100 çocukla yaptıkları araştırmada, kabızlık başlama yaşı % 54'ünde 0-1 yaş aralığında bulunurken Kocaay'ın (2008) çalışmasında başlangıç yaşı 17.7 ay olarak bulunmuştur. Altıntaş'ın (2010) aktardığına göre, 116 çocukla yapılan bir araştırmada kabızlığın ortalama başlangıç yaşı 20 ay olarak tespit edilmiştir.

Aydoğdu ve arkadaşlarının (1999) 128 kabızlık problemi yaşayan çocuklarla yaptığı çalışmada, %96'sında fonksiyonel kabızlığın olduğu belirtilmektedir (aktaran Altıntaş, 2010). Kocaay'ın (2008) 0-6 yaş arası 1018 çocukla yaptığı çalışmada, kabızlık problemi yaşayan vakalar arasında, iki vaka dışında tüm vakalarda fonksiyonel kabızlığın olduğu görülmektedir ve fonksiyonel kabızlığın sıkılığı %95.8 olarak bulunmuştur.

Aydoğdu ve arkadaşlarının (2009) 485 çocukla yaptığı araştırmada, %7.7'sin de organik kabızlık, %92.3'ün de fonksiyonel kabızlık olduğu görülmektedir. Sarı'nın (2011) yaptığı araştırmada, çocuk gastroenteroloji polikliniğine başvuran 192 vakadan % 4.7'sinin organik, %95.3'ün de fonksiyonel kabızlığın, Şahin ve arkadaşlarının (2014) yaptığı araştırmada ise, olguların %91'inde fonksiyonel kabızlığın olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, literatüre de bakıldığında kabızlığın daha çok organik nedenden bağımsız ortaya çıktığı söylenebilmektedir.

Literatür incelendiğinde, kabızlık problemine cinsiyetin etkisi konusunda farklı sonuçlar mevcuttur. Ancak birçok çalışmada kabızlık probleminde cinsiyetler arası anlamlı farklılıklara rastlanmadığı görülmektedir (Ciampo, Galuao, Ciampo ve Fernandes, 2002; Iacono, Merolla, D'Amico, Bonci, Cavataio, Di Prima, Scalici, Indinnimeo, Averna ve Carroccio, 2005).

Yapılacak olan bu araştırmanın örneklemini oluşturacak 4 ay -1 yaş grubunda kabızlığın görülme sıklığı, Kocaay'ın (2008) 0-6 yaş aralığındaki çocukların dışkılama özelliklerini, kabızlık sıklığını incelediği çalışmasında, 0-6 aylık ve 7-12 aylık her iki grup bebekte de % 8.3 olduğu göze çarpmaktadır.

1.1.5. Kabızlık Problemi ile İlgili Yapılan Araştırmalar

Kabızlık problemi; hem erken dönemde hem de çocukluk çağında sık rastlanılan sorunlardan biridir. Literatür incelendiğinde, fonksiyonel kabızlığın prevalansının, organik kabızlığa göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu araştırmada da, fonksiyonel kabızlık yaşayan araştırma grubu söz konusu olduğu için, bu bölümde bu konuda literatürde yapılan araştırmalara değinilecektir.

Literatüre bakıldığında; fonksiyonel kabızlıkta önemli bir rol oynadığı düşünülen ruhsal boyut göz ardı edilerek birtakım tıbbi müdahalelerin etkililiğinin değerlendirildiği araştırmalar bulunmaktadır. Doğan ve arkadaşlarının (2005) yaptığı araştırmada, 2 ay-16 yaş arası 269 çocuğa diyet önerileri ve laksatif tedavisi başlanarak diyet değişikliği ve medikal tedavinin etkililiğinin incelendiği görülmektedir. Bu araştırmada, 63 olguya diyet önerilerinde bulunularak 206 olguya medikal tedavi (oral yolla ilaç alımı, lavman) verilmiştir. Bu hastaların 124'ü 6 hafta süresince takip edilmiştir, 6 hafta sonunda tedavinin başarısızlık oranı %4,8 olarak saptanmıştır.

Asburçe, Olgaç, Sezer ve Özçay'ın (2013) yaptığı araştırmada ise, 4-16 yaş arasında fonksiyonel kabızlığı olan 53 çocuğa probiyotik ve laktuloz tedavileri uygulanarak bu tedavi yöntemlerinin etkinliği karşılaştırılmaktadır. Bu araştırmada, hastalar sadece 4 haftalık tedavi programı ile takip edilmiş, her iki tedavi yöntemi dışkılama sıklığını arttırsa da iki grup arasında tedavi etkililiği açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Önal ve arkadaşlarının (2008), 1-12 yaş arası fonksiyonel kabızlık yaşayan 50 çocukla yaptıkları araştırmada; tedavi öncesi ve sonrası polietilen glikol kullanımının etkililiğini inceledikleri görülmektedir. Bu araştırmada hastalar 24 hafta boyunca ayda 1 olarak takip edilmiştir. Araştırmanın sonunda tedavi öncesi haftalık dışkı sayısı ve dışkı kıvamı ile tedavi sonrası haftalık dışkı sayısı ve kıvamı karşılaştırıldığında anlamlı bir farlılık olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan araştırmalarda, tedaviye alının kabız çocukların tedavi sonlandıktan sonra kısa bir süre takip edildiği görülmektedir. Bu nedenle boylamsal çalışmalarla remisyon oranları ve relapsların sıklığının önemli olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde, yoğun tedaviye rağmen çocukların % 50'sinde 5 yıl sonra, %20'sinde 18 yaşından sonra kabızlığın yeniden meydana geldiği görülmekle birlikte erken yaşlarda kabızlık şikayeti olan hastalarda yakınmanın tekrar oranının yüksek olduğu göze çarpmaktadır (Ginkel ve arkadaşları, 2003; Sarı, 2011).

Fonksiyonel kabızlığın tedavisinde, annelerin geleneksel uygulamaları kullandığını gösteren araştırmalar da bulunmaktadır. Özyazıcıoğlu ve Polat (2004), 12 aylık çocuğu olan 281 anne ile yaptıkları araştırmada, annelerin % 71.6'sının çocuğun

kabızlığını giderme için anüse zeytinyağı, katı yağ, sabun koyma, herhangi bir müshil ilacı veya fitil kullanma uygulamalarına başvurduklarını ortaya koymaktadır. Özcan (1985), çocukları kabızlık problemi yaşayan annelerin çocukların anüsüne fitil koyma uygulamasını kullandıklarını belirtmektedir.

Literatür incelendiğinde, çocuktaki fonksiyonel kabızlıkta, anne-baba tutumları, psikososyal etkenler gibi değişkenlere değinilse de bununla ilgili kapsamlı bir araştırmaya rastlanılmamaktadır. 2-6 yaş arası 101 çocukla yapılan bir araştırmada, ebeveyninin tutumları daha disiplinli, baskıcı ve sert olan çocuklarda kabızlık görülme oranının daha sık olduğu saptanmıştır. Ayrıca tuvalet eğitiminin katı bir şekilde veya erken yaşta verildiği çocuklarda da fonksiyonel kabızlık görülmektedir. (Burket, Cox, Tam, Ritterband, Borowitz, Sutphen, Stein ve Kovatchev, 2006). Akyıldız, Urgancı ve Nuhoğlu'nun (2005) 2-13 yaş arası 47 çocukla yaptıkları araştırmada, 40 çocuğun kronik fonksiyonel kabızlık yaşadığını, bu çocukların %60'ında psikososyal sorunların (ilgi çekme, tuvalet koşullarının uygunsuzluğu, uygun olmayan diyet ile beslenme), %33'ünde anne tutumlarının (baskılayıcı tuvalet eğitimi, tuvalet eğitimini erken yaşta verme isteği, bozuk aile içi ilişkiler) etkili olduğunu belirtmektedir.

Şahin, Gülerman, Köksal ve Köksal'ın (2014), 1 ay ve 16 yaş arası 74 kabızlık problemi yaşayan çocukla yaptıkları araştırmada, % 91'inin fonksiyonel kabızlık gösterdiği belirtilerek hekimler tarafından sadece bu çocukların %12'si tedavi amaçlı çocuk psikiyatri polikliniğine yönlendirilmiştir.

Sonuç olarak, fonksiyonel kabızlık tedavisinde geleneksel olarak kullanılan tedavilere yanıtsızlık ve kabızlığın tekrarlama oranları göz önünde bulundurulduğunda tedavi yöntemlerinde ruhsal boyutun göz ardı edilmemesi gerektiği kaçınılmaz olmaktadır. Fonksiyonel kabızlığın incelendiği araştırmalarda, ruhsal boyutun çok kısır kaldığı genellikle klinik görünüm ve medikal tedavi yöntemlerinin araştırıldığı görülmektedir. Birçok araştırmada kabızlığın başlangıç yaşının erken döneme denk geldiği tespit edilse bile, bu belirtinin anne- bebek ilişkisindeki kaygı yaratan bir durumun sonucunda ortaya çıkma olasılığı göz ardı edilmektedir.

1.2. Psikanalitik Psikosomatik Yaklaşım

Psikanalitik psikosomatik yaklaşıma göre, psikosomatik, temelinde psikolojik sıkıntıların olduğu fiziksel hastalıklar olarak tanımlanabilmektedir. Bu yaklaşım, diğer tüm alanlarda olduğu gibi ruhsallığın önemini vurgulayarak psikosomatiğin ruhsallıkla ilişkisini ortaya koymaya çalışmaktadır. Psikosomatik belirtilerin temelindeki ruhsal süreçleri anlamak için bir "doğum kağıdı" olarak adlandırılan Pierre Marty, Michel de M'uzan ve Christian David'in (1963) yaptıkları yedi klinik gözlem, ruhsal işleyişlerin psikosomatik ekonomideki yerine dikkat çekerken, psikosomatik hastaların ruhsal işleyişlerinin nasıl olduğunu ortaya koymaktadır.

Psikanalitik yaklaşıma göre, beden ve ruhsallık bir bütündür ve birbirinden ayrı işleyişe sahip oldukları düşünülemez (Anzieu, 1995). İlk olarak Yunan hekim Hipokrat (M.Ö. 460-337), beden ve ruhu birbirinden ayrılmayan iki unsur olarak görmüştür. Patolojiyi ön plana alan ve hastalığı lokal bir bozukluk olarak gören dönemin düşünürlerinden farklı olarak, insan bedenini bir bütün olarak değerlendirmiştir. "Soma" sözcüğü cansız bedeni tanımlarken, Hipokrat bu sözcüğü işlevsel- canlı beden olarak tanımlamış ve bedenin insan için düzenleyici bir yaşamsal güç olduğuna vurgu yapmıştır (aktaran Parman, 2005).

Johann Cristian August Heinroth (1818), ruhsal aygıtta meydana gelen duygulanımsal çatışmaların, somatik semptomlara neden olduğunu söyleyerek "psikosomatik" sözcüğünü ortaya atmıştır. Ruh ve bedenin birbirinden bağımsız düşünülemez; tek bir bütünün iki parçası olduğu düşüncesini ortaya koymuştur (aktaran Muskin, 2007).

Psikosomatiğin ilk kuramsal temellerini Freud'un (1895) histeri üzerine yaptığı incelemeler oluşturmaktadır. Freud; ünlü vakası Anna O.'nun bedensel sıkıntılarının bilinçdışı bir anlamı olduğunu ve ruhsal dünyadaki çatışmalı durumları beden ile ortaya koyduğunu belirtmektedir. Bu noktada, Paris Psikosomatik Okulu'nun (IPSO) da savunduğu gibi konversiyon ve psikosomatik arasındaki ayırımın iyi yapılması gerekmektedir. Konversiyon, ruhsal bir çatışmanın bilinçdışı savunma süreci sonucu bedensel semptom olarak ortaya çıkmasıdır. Bu bedensel semptomun simgesel bir anlamı bulunmaktadır. Psikosomatikte ise, konversiyonda olduğu gibi bilinçdışı

çatışmaların sembolik bir anlamı yoktur (aktaran Duman, 2009). Sigmund Freud, nörolog Joseph Babinski ve psikolog ve nörolog Pierre Janet, psikosomatik belirtilerin kökeninde ruhsal çatışmaların olduğu yönünde araştırmalar yaparak psikosomatik belirtilere sahip bireylerin, psikolojik ve psikiyatrik destek almalarının tedavi için önemli olduğunu vurgulamışlardır. Böylelikle beden ve ruhun ayrı olduğu görüşü zayıflayarak, ruh ve bedeninin "bir bütün" olduğu düşüncesi ortaya çıkmaya başlamıştır (Lipowski, 1988).

Psikosomatik kuramın gelişimi ve Paris Psikosomatik Okulu'nun çalışmaları, psikosomatik belirtilerin bir anlam arayışı olduğunu ortaya koymaktadır. Böylelikle somatizasyona başvuran bireyin ruhsal işleyişi anlaşılmaya çalışılmaktadır. Psikanalitik psikosomatik yaklaşım, bireyin ruhsal işleyişinden hareketle, somatik bir hastalığın gelişme ortamını araştırmaktadır (İkiz, 2011).

1.2.1. Psikosomatik Kuramın Önemli Kuramcıları

Literatür incelendiğinde birçok psikanalistin psikosomatik alanda çeşitli kuramsal yaklaşımlar önerdikleri görülmektedir. Aşağıda bu kuramcılardan ve kuramlarından bahsedilecektir:

1.2.1.1. Georg Walther Groddeck

Georg Walther Groddeck, psikanalitik psikosomatik kuramın öncüleri içerisinde yer almaktadır. "Ruhsallığın Kökenleri ve Organik Hastalığın Psikanalitik Tedavisi" adlı kitabıyla psikosomatik tıbbın keşfedilmesine olanak sağlamaktadır. Groddeck (1949) "duyguların konversiyonu" olarak belirttiği hastalıkların, histeriden ayırmak gerektiğini vurgulamaktadır. Bir başka deyişle, psikosomatik belirtileri, alt benliğin belirti yoluyla doyuma ulaşma çabası olarak görmektedir. Groddeck'e göre, beden ve ruh birlikte hasta olmaktadırlar. Her türlü hastalığın, yaşamın her döneminde işlevsel bir rol oynayan "alt benlikten" geldiğini ifade etmektedir: psikosomatik hastalık, daha kötü tabloların ortaya çıkmasını engellemektedir (aktaran Gavriele, 1995).

1.2.1.2. Sandor Ferenczi

Sandor Ferenczi (1926) organik hastalıklarda libidonun, nesne libidosundan benliğe doğru çekildiğini söylemektedir. Organlardaki işlev bozukluğunun ruhsal kökenli hastalıklardan kaynaklandığını belirtmekte ve bu durumu organ nevrozu olarak isimlendirmektedir. Ona göre, astım, sindirim sistemi bozuklukları, migren gibi hastalıklar organ nevrozları arasında yer almaktadır.

1.2.1.3. Franz Alexander ve Chicago Okulu

Franz Alexander, bedensel süreçlerle ruhsal süreçlerin birbiriyle ilişki içerisinde olduğunu düşünmektedir. Hastalıklarla, kişilik tipleri arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaları bulunmaktadır. Ferenczi'nin öğrencisi olan Alexander, organlarda meydana gelen fizyolojik belirtilerin simgesel anlamları olduğunu söyleyerek organ nevrozu olarak değerlendirmekte ya da duygu durumunun yarattığı içsel hareketlenmeler (heyecansal durumlar) olarak görmektedir. Alexander'a göre, heyecan durumu söndüğünde patolojik süreç de ortadan kalkmakta, ancak heyecansal durum devam ettiğinde veya sıklıkla tekrarlandığında işlevsel bozukluklar kronikleşebilmekte ve organik hasarlara neden olmaktadır. Bir başka deyişle, bilinçdışı bir çatışmanın psikosomatik şikayetleri ortaya çıkardığını ve kişinin yaşadığı duyguların bir organda yapısal ve işlevsel bir bozukluğa yol açabileceğini belirtmektedir. Bu bağlamda aslında tüm hastalıklar psikosomatiktir (Alexander ve Szasz, 1952). Alexander'a (1934) göre kabızlık, kıymetli bir şeye sahip olmayı devam ettirme ve onu bırakmamadır. Kabızlığı ruhsal yapının sembolik olarak dışavurumu şeklinde değerlendirmektedir.

1.2.1.4. Pierre Marty ve Micheal Fain - Paris Psikosomatik Okulu

Paris Psikosomatik Okulu (IPSO), 1972 yılında Pierre Marty ve Micheal Fain tarafından kurulmuştur. Marty, beden ve ruh ikililiği görüşüne karşı çıkarak, insanın tek bir bütün olarak ele alınması gerektiğini öne sürmektedir.

Bu okulunun önemli bulduğu temel kavramı zihinselleştirmedir. Zihinselleştirme, öteki ile olan ilişkileri düzenleyebilmenin yanı sıra içsel çatışma ve kaygı ile baş edebilme yetilerini kapsamaktadır. Psikosomatik hastalarda bu yetilerin yetersizliği yani zihinselleştirememe söz konusu olmaktadır. Ruhsal aygıtın yeterli

sakinliği ve huzuru koruyamaması sonucunda bedensel belirtiler ortaya çıkmaktadır (Smadja, 2005).

Marty (1998) zihinselleştirmenin, bireyin ruhsal temsillerinin niceliği ve kalitesinin birbiriyle ilişki olduğunu öne sürerek, ruhsal temsillerin insanın zihinsel yaşamının temeli olduğunu belirtmektedir. Marty temsillerin temel yetersizliklerinin kaynağını, erken dönem anne-bebek ilişkisinden aldığını söylemektedir. Annenin bebekle iletişim sağlayamaması, çocuğun ve annenin görsel, işitsel, hareketsel işlevsel sorunları, annenin bebeği karşısındaki duygulanımsal donanımındaki uyumsuzluk, yetersizlik ya da aşırılık, temsillerin yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Erken dönemde anne-bebek ilişkisinde yaşanan bu yetersizlikler ve eksiklikler, tamiri zor simgesel ve duygulanımsal bozuklukları devamında getirmektedir.

Fain'e (1971) göre, erken dönemde belli bir süreliğine bebeğin, anneyi tamamen kendisine ait hissetmesine ve annenin fiziksel ve ruhsal olarak hep yanında olmasına ihtiyacı vardır. Ancak bir süre sonra, annenin başka ilgi alanlarıyla ilgili (örn; eşine karşı hissettiği aşk arzusu) zihinsel meşguliyetlerinin arttığını ve bebeğin yanı sıra zihninde bir üçüncüye de yer açtığını söylemektedir. Bu durumu "aşığın sansürü" kavramı ile açıklamaktadır. Annenin zihninde bir üçüncüye yer açıldığında, bebeğin "uyarılım yaratan bir eksiklik" hissederek düşlemsel etkinlikleri ve otoerotizmi devreye soktuğunu belirtmektedir. Burada düşlemekten kastettiği, annenin uzaklaştığı anlarda, bebeğin anneyi düşlemlemesi ve zihninde canlandırmasıdır. Ona göre, ancak eksiklik söz konusu olduğunda "düşlemleme- zihinselleştirme" mümkün olabilmektedir. Aksi yönde zihinselleştirmenin fakir kalması durumunda, bebeğin dürtülerini ve kaygılarını beden aracılığıyla dışavurumu söz konusu olmaktadır (aktaran Debray, 2005).

Psikosomatik okulunun önem verdiği bir diğer kavram, işlemcesel düşüncedir. İşlemcesel düşünce, düşlemsel ve simgesel işlevlerle bağı kesilmiş, dürtüler ile bağlantısını kaybetmiş, simgeselleştirmeden uzak düşünme biçimi olarak tanımlanmaktadır (İkiz, 2005). Marty (1998), psikosomatik hastalarda işlemcesel düşünce olduğunu vurgularken, işlemcesel düşünceye ve temel depresyona sahip bireylerin zihinselleştirmenin mümkün olmadığını belirtmektedir. Fain (1974) de, çocuk psikosomatiğinde işlemcesel düşünce biçiminin ancak "oluşum halinde"

bulunabileceğini belirtirken, yetişkin psikosomatik bozukluklarını anlamak için erken dönem bozukluklarını, anne- bebek ilişkisini incelemenin önemini vurgular.

Marty'e (1998) göre, işlemcesel düşünce süreklilik kazandığında, bedensel hastalıklar, kaza riskleri, kişinin beden sağlığı açısından çok riskli davranışlarda bulunması gibi durumlar oluşmaktadır. Benliğin ruhsal olarak baş etmekte zorlandığı "aşırı uyarımlarla" karşı karşıya kalması bu durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bireyin kendini somatik düzensizliklerden koruması için uyarılımlarını boşaltmaya ait sistemleri devreye, psikosomatik ekonomi sokmaktadır. Freud'un dile getirdiği "uyarı kalkanı" rolündeki ön bilinç, bu düzeni sağlamaktadır. Ön bilinç eğer iyi çalışıyorsa, zengin düşlemleme ve zihinselleştirme kapasitesine sahip demektir.

Marty (1998) "temel depresyon" kavramından bahsederken herhangi bir nesneye bağlı olmayan, zihinsel yaşamın fakirleşmesini, nedeni belirtilemeyen endişe duygularının söze dökülememesini kastetmektedir. Marty'e göre, ön bilinç işlevini yerine getirmekte yetersiz kaldığında, dile getirilemeyen ve boşaltılamayan uyarılımlar birikerek "temel depresyonu" oluşturmaktadır. Uyarılımlar boşaltılamadığında "ilerleyen bir düzensizliğe" doğru, beden yıkıcı bir şekilde ilerlemektedir. Bu düzensizleştirmenin kaynağı, geçmişte yaşanan travmaların bireyin benliğini düzensizleştirmesi ve bunun sonucunda kendisini koruyamaması ve fiziksel olarak çöküş yaşaması olarak açıklanmaktadır. Yaşamın ilk yıllarında benlik gelişimi henüz olgunlaşmamış olduğu için annenin ruhsal dünyası bebek için bir ekran işlevi görmektedir. Bu bağlamda, psikosomatik belirtilerin ortaya çıkmasında erken dönemde annenin bebeği ile kurduğu ilişki ve annenin ruhsallığı son derece önem taşımaktadır.

1.2.2. Çocuk Psikosomatiği

Parman'a (2005) göre *"çocuk psikosomatiği tedavi edici öneminin yanı sıra erişkin yaşamın psikosomatik hastalıklarının önlenmesinde rolü açısından çok önemlidir"* (ss. 28). Başka bir deyişle, erken dönemde başlayan bir psikosomatik tablo ruhsal olarak çalışılmazsa yaşamın diğer dönemlerinde yeniden ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan çocuk psikosomatiği oldukça önemli bir yere sahiptir.

Çocuk psikosomatiğini derinlemesine ele almadan önce yetişkin psikosomatiği ile arasında ayrım olduğunu söylemek gerekmektedir. Çocuğun bedensel, zihinsel ve

ruhsal gelişiminin henüz tam olgunluğa erişmemiş olması ruhsal aygıtta meydana gelen sıkıntının bedende kendini göstermesine neden olmaktadır. Bu açılardan yetişkin psikosomatiği ve çocuk psikosomatiği birbirinden farklıdır (Zabcı, 2005 ve Parman, 2008).

Çocuk psikosomatiği en ciddi öldürücü hastalıklardan, en normal sayılabilecek birçok hastalığı içine alan geniş bir alandır. Bu nedenle hangi durumların çocuk psikosomatiği alanının dışında kaldığı önemlidir. Kreisler, Fain ve Soule'ye (1974) göre aşağıdaki durumlar çocuk psikosomatiğinin dışındadır:

-Bedensel hastalıklara ikincil olarak ortaya çıkan psikolojik tepkilerin olması

-Psikolojik zorluklar nedeniyle bedensel hastalıkların ağırlaşması durumu: insüline olan bağımlılığını reddeden ergenin tekrar eden şeker komaları geçirmesi

-Zihinsel durumların fiziksel ifadesi

-Çocukların, endişeli ebeveynlerinin onları ne kadar çok dinlediği ile ilgili olarak daha kolay ifade bulan bedensel şikâyetleri; yorgunluk, karın ağrısı, baş ağrısı vb.

Fain, Kreisler ve Soule'a (1974) göre, çocuğun zihinsel yapısının henüz olgunlaşmamış olması yani zihinselleştirme yetisinin henüz kazanılmaması ve içsel gerilimlerin, çatışmaların ruhsal olarak işlenememesi somatizasyonun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda, erken dönem ilişkilerinin önemi vurgulanmakta ve o dönem bozukluklarının incelenmesinin önemli bir yer teşkil ettiği söylenmektedir. Yetişkin psikosomatik hastaların analizlerinde de, erken dönemde duygulanım eksikliği yaşayanların bu durumu beden ile ifade ettiği görülmektedir.

Marty (1998), erken dönemde bebeğin bedensel birliği sağlamaktaki çaresizliği ve bebekteki dağınık işlevlerden bahsetmektedir; bu işlevleri bir araya getirme ve "birlik sağlama" görevinin annede olduğunu belirtirken, annenin ruhsallığının önemine vurgu yapmaktadır. Bebeğin ruhsal dünyasındaki ilk inşaların daha anne karnında oluşmaya başladığı düşünüldüğünde, doğum sonrasında olduğu kadar hamilelik sürecinde de annenin bebeğe olan ruhsal yatırımının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, bu noktalara psikanalitik bakış açısı çerçevesinde kısaca değinilecektir.

1.2.2.1. Anne Karnı ve Doğum Sonrası

Bebeğin ruhsal aygıtı ilk inşalarını aslında anne karnındayken atmaya başlamaktadır. Çünkü bebek daha dünyaya gelmeden ebeveynlerin bebekleri ile ilgili düşlemleri, arzuları ve söylemleri vardır. Annenin karnının büyümeye başlaması ve bebeğin karnındaki hareketlerini hissetmesi, o bebeği ruhsal düzeyde kurgulamasında önemli bir yere sahiptir. Bion (1982) bu dönemi "annenin düşlemlemesi" olarak nitelendirmekte ve bu dönemde bebek annenin düşleminde de cisimleşmeye başlamaktadır.

Julia Kristeva (2006), anneliği bir işlev olarak değil "tutku" olarak tanımlamaktadır. Anne ve bebek arasındaki bağı, biyolojiklikten arındırarak anlam ve dil düzeyine odaklanmaktadır. Annenin bebeğine karşı çiftedeğerlilik düşüncelerinin olduğunu söyleyerek annenin bebeğe yönelik aşk kadar nefreti, derin bağlılık kadar onu uzaklaştırma gerekliliğinin de olduğunu söylemektedir. Winnicott'a göre de bebek, gebelik ve doğum sırasında anne bedeni için tehlike oluşturduğu için annenin başından beri bebeğinden nefret etme nedenleri vardır. Ancak annenin çocuğuna olan bu ikircikli duyguları bir yandan da bebeğin ayrışması ve özerkleşmesi gerekliliğinin ön koşulu olmaktadır. Anne, bedensel olarak kendisine bağlı olan bebeğini bir yandan da simgesel düzene teslim edebilmelidir; memeden kesme süreci de tam da "bedenlerinin ayrıştığı" o anlardan biridir. Annenin çiftedeğerlilik düşüncelerini barındıran tutkusu, çocuğunun simgesel düzeyde bir özne olarak oluşmasına kapı açmaktadır (aktaran Abrevaya, 2007).

Serge Lebovici (1988), "düşlemsel çocuk" kavramıyla annenin hamileliği boyunca zihninde "arzuladığı düşlemsel bir çocuk canlandırdığından" ve düşlemsel çocuğun annenin kendi hikayesini ve eşiyle ilişkilerinin niteliğini simgelediğinden bahsetmektedir. Doğumdan sonra, anne tarafından gerçek bebek ile düşlemlenen bebek arasında yüksek düzeyde farklılık olmadığında, yaşanabilecek olası bir hayal kırıklığı ile baş edilebilmektedir. Arzulanan bir bebek olması ve annenin başa edebilme kapasitelerinin yeterince iyi olması bebeğin daha sağlıklı bir ortamda dünyaya geleceğini belirtmektedir.

Bebek dünyaya geldikten sonra devamlı bir çaresizlik içerisindedir ve bir süre bağımlı bir hayat yaşamaktadır. Başka bir deyişle, bebek bakım veren kişiye yani anneye muhtaçtır. Bu bağımlılık bebeğin zihinsel ve fiziksel olgunluğa henüz ulaşmamış olmasından kaynaklanmaktadır. Yaşamın ilk yıllarında heyecanlarını ve ihtiyaçlarını karşılamak için annenin ruhsal aygıtına ihtiyaç duymaktadır. Winnicott'un (1965) "annesiz bebek olmaz", Penot'un (2008) "bir bebek annesel tutum olmadan yaşayan ekonomik bir sistem olarak var olamaz" vurguları bu duruma gönderme yapmaktadır. Erken dönemde anne bebeğine kendi ruhsallığının kapılarını açarak ödünç verir ve böylelikle bebeğinin içsel dünyasının yapılanmasına olanak tanımaktadır. Bu noktada annenin bebeğine nasıl baktığı ve annenin kapsayıcı rolü önemlidir. Bebek dünyayı annenin gözünden görmektedir, anne dünyayı nasıl algılıyorsa bebek de o şekilde algılamaktadır.

Doğum sonrası, erken dönem anne- bebek ilişkisinin niteliği bedensel belirtileri anlamakta son derece önemlidir. Psikanalitik kuram çerçevesinde bazı psikanalistlerin erken dönem yaşantılarının önemine dair görüşlerinden bu bölümde bahsedilecektir.

1.2.2.2. Annenin Kapsayıcı İşlevi

Bion (1962), yeni doğan bir bebeğin içeriden (açlık gibi) ve dışarıdan (ses, ışık gibi) gelen beta elemanlarıyla baş edebilecek bir ruhsal aygıta sahip olmadığından bahsetmektedir. Bu beta elemanlarına karşı annenin "kapsayıcı işlevi (alfa işlevi)"nin öneminden söz etmektedir. Kapsayıcı işlev; annenin bebeğin ihtiyaçlarının farkında olması ve dezorganize olmadan bu ihtiyaçlara karşılık vermesidir. Anne çocuğun ihtiyaçlarını anlayıp karşılık verdiği zaman bebeğin duygulanımları bir anlamla karşılaşmakta ve bebek iyi nesne tasarımını belirlemektedir. Böylelikle ruhsal aygıt iyi bir tasarım ile dolmaktadır. Bir başka deyişle; anne düşlemleme kapasitesini bebeğin hizmetine sunarak beta elemanlarını bebeğin geri alabilmesi için alfa unsurlarına dönüştürmektedir. Eğer anne bebeği ihtiyacı olmayan şekilde sakinleştirmeye çalışıyorsa bebek boşluğa düşmekte ve bir anlam oluşturamamaktadır. Bu deneyim bebek için acı verici olmaktadır. Yani, beta elemanlarının fazlalaşması simgeselleştirme yeteneğinin olmaması, düşünememeye yol açmaktadır. Bir anlamda Bion bu kavramıyla annenin, bebeğin duyumlarının zihinsel temsillere dönüşmesindeki rolünü anlatmaktadır. Kapsayıcı işlevde, anne gelişmiş ruhsal aygıtı bebeğin duygusal

canlılığını hareketlendirerek duygulanımlarını tasarımlara dönüştürmektedir. Anne ve bebek arasındaki bu ilişkiyi "kapsayan ve kapsanan ilişkisi" olarak tanımlamaktadır. Psikosomatik hastalarda Bion'un bahsettiği alfa işlevinde bir eksiklik söz konusudur.

1.2.2.3. Ebeveynin Uyarı Kalkanı Sistemi

Debray (2005), bebekler ve çocuklarla yaptığı araştırmalarda, çeşitli belirtilerin alışılmış bedensel dışavurum (sindirim ve solunum bozuklukları ya da nükseden hastalıklar) yoluyla kendisini gösterdiğini belirtmektedir. Debray'e göre; ruhsal gerilim arttığında ve dürtülerin ruhsal çıkış yolu fakirleştiğinde somatik belirtiler söz konusu olmaktadır; bebeğin somatik belirtilerinin özelliklerini değerlendirirken anne ve babanın da psikosomatik işleyişlerinin saptanması gerektiğine vurgu yapmaktadır.

Debray (2005), sağlıklı olan bebeklerin anne ve babaya çok erken bir dönemde ruhsal yatırım yapmaya başladığını söyleyerek, ruhsal gelişimin anne-baba olan / anne-baba olmayan yokluğu ince ayrımının oluşturduğu düzenleyici eksen etrafında kurulduğunu belirtmektedir. Bu bağlamda, algılar dünyasını düzenleyen sevilen canlı nesneler olmaktadır. Ancak psikosomatik belirtilerde, bebeğin, çocuğun, ergenin hatta yetişkinin somut nesnelere olan yatırımının fazla olduğu görülmektedir. Bunun nedeni, anne- babanın ya şimdi ya da geçmişte az ulaşılabilir, az güvenilir olmalarından kaynaklanmaktadır.

Debray (2005), bebekle kurulan ilişkinin önemini belirterek, bebeğin annesinin yüzünü ayırt edebildiğini söylemektedir. Bebeğin gerilimlerinin düzenlenmesinin temelinde annenin "uyarım kalkanı" işlevinin öneminden bahsetmektedir. Bu işlev, hamileliğin başından beri aktiftir ve ilk ilişkilerinin merkezinde yer almaktadır. Eğer bu işlev yeterince gerçekleşemezse, bir başka deyişle ayrıcalıklı nesnelere erken yatırımın oluşturduğu düzenleyici eksen kurulmadığında, kaygıya ve çatışmalara yetersiz bir dayanma gücünün göstergesi olarak bedensel dışavurumlar söz konusu olmaktadır. Yirmi aylık egzama ve uyku problemi yaşayan bir bebekle yaptığı psikanalitik çalışmada, bebeğin bedensel semptomlarının nedenleri, annenin yas süreci (baba kaybı) içerisinde olmasıyla birlikte annenin uyarı- kalkanı sisteminin kalıcı bir şekilde yetersiz kalması ile bağlantılandırılmaktadır.

1.2.2.4. Tutma, Yeterince İyi Annelik, Birincil Annelik Tasası

Winnicott, çalışmalarını erken dönem anne- bebek ilişkisindeki dinamikler üzerine oturtmaktadır. Daha bebek dünyaya gelmeden önce annenin biyolojik olarak "bebeğinin gereksinimlerini karşılayabilmek" için kendisini hazırladığını söylemektedir. Bebek ve anne ilişkisinin, bebeğin bakımı süresince ayrılmaz bir bütün olduğunu söyleyerek, annenin bebeği "bir tutma- kucaklama ortamı" sağladığını belirtmektedir. Bahsettiği "tutma (holding)" kavramı, fiziksel tutmanın ötesinde ruhsal olarak bebeği kucaklama, bebeğin sıkıntısını anlama ve anlamlandırma sürecidir. Kuramında annede çok özel bir durum olduğunu söyleyerek, bunu "birincil annelik tasası" olarak isimlendirmektedir. Birincil annelik tasası, gebelik boyunca aşamalı olarak gelişerek gebeliğin sonunda yüksek bir duyarlılık halini alarak doğumdan sonra birkaç hafta daha sürmektedir. Ancak bu dönem anneler tarafından çok hatırlanmamakta, hatta anneler bu dönemdeki anılarını bastırma eğiliminde olmaktadır (Winnicott, 1956).

Bu dönemde annenin bebeğe olan hastalık derecesindeki aşırı duyarlılığı, "normal delilik" olarak adlandırılmaktadır. Birincil annelik tasası içerisindeki bir anne, kendi düşlemleme kapasitesini bebeğinin hizmetine sunarak bebeğinin ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir. "Yeterince iyi annelik" kavramıyla bebeğin ihtiyaçlarına bebek ile uyum içinde, etkin bir biçimde yanıt veren anneyi kastetmektedir. Bu sayede, bebekte nesneyi yarattığına dair bir yanılsamanın oluştuğunu söylemektedir. Yanılsama deneyimi ile bebek kendini tümgüçlü olarak görmektedir. Winnicott'a (1965) göre, bu durum sağlıklı bir gelişim ve sağlam bir kendilik oluşumu için gereklidir. Süreç içerisinde, annenin bebeğine olan kaygısı (birincil annelik tasası) giderek azalarak bebeğe belli bir işleyiş özerkliği kazandıracaktır. Bebek anne için hala özel yerini korurken, annenin diğer ilgi alanlarına da yeniden yatırım yapması gerektiğini belirtmektedir. Bu durumda, bebeğin anneyle tam uyum dönemindeki tümgüçlülük yanılsamasının yavaş yavaş azalmaya başladığını ve bununda farklılaşma için gerekli olduğunu belirtmektedir. Nüfuz eden bir anne imgesi olduğunda, bebeğin yanılsamadan çıkmasının zorlaşacağını, bireyselleşme ve simgeselleştirme kapasitesinin sekteye uğrayacağını söylemektedir.

1.2.2.5. Deri- Ben

Deri iç ve dış ortamı birbirinden ayırmakla birlikte, aynı zamanda bedeni sınırlayarak bireyi dıştan gelen etkilere karşı hem fizyolojik hem de psikolojik olarak korumaktadır. Bebek, anne karnında annesinin derisiyle korunarak en büyük teması da annesi ile deri yoluyla kurmaktadır. Anzieu (1995), anne bebek arasındaki ilk ilişkilerin, deri yoluyla olduğunu söylemektedir. Bebeğine bakım veren anne (emzirme, yıkama, tarama, okşama, altını temizleme, giydirme gibi) bebeğini hem bir dış zar hem de bir iç zar ile çevrelemektedir.

Anzieu (1995), deri benlik kavramını, çocuğun benliğinin gelişmesinin erken evreleri sırasında bedeninde hissettiği dokunuşlar deneyiminden hareketle, kendi kendisine ruhsal içerikleri barındıran benlik olarak tanımlamaktadır. Bir başka deyişle, bebeğin bedeninde hissettiği deneyimler ile kendisi, ruhsal içeriklerini kapsayan benlik olarak tasarımlamaya başladığını belirtmektedir. Deri benliğin, dışla sınır oluşturduğunu ve dışarıda tuttuğunu, tıpkı derinin işlevi gibi içerdekini tuttuğunu- kapsadığını, ötekiyle iletişimi sağladığını söylemektedir.

Anzieu'ye (1995) göre, derinin vücudun iç kısmını tutarak, çevrelediği gibi "deri ben"in de ruhsallığı tutma işlevi vardır. Bu işlev, ancak annenin tutuşuyla oluşmakta ve gelişmektedir. Anneden gelen çeşitli duyusal- motor kılıfların içiçeliği, bebeğin ruhsallığını işler halde tutmasına olanak tanımaktadır. Ruhsallığı işler halde tutan bu içselleştirilmiş bölüm de "deri-ben" dir. Annenin bebeğin gereksinimlere yönelik verdiği uygun bedensel bakımlar- dokunuşlar bebeğin derisinde duyumun oluşmasını sağlamaktadır. Annenin dokunuşları, mimikleri, jestleri, bebeğin duyum ve heyecanlarını kendi adına yaşanmasına izin veren yanıtlar olmakta, anneden gelen mesajlar yayma kapasitesini kendisinde hissetmesidir. Böylelikle deri ben, tüm ruhsal aygıtı sarmaya başlamakta ve bir "ben" oluşmaktadır.

Anne için bebeğin derisi libidinal yatırımlarının nesnesidir. Beslenme ve bakım sırasında, hem anne hem de bebek için hoş bir duygu veren deri deriye temaslar, bebeğin otoerotizmini hazırlamaktadır. Bebeğin deneyimlediği deri hazları cinsel hazların zeminini oluşturmaktadır. Anzieu'ye göre, anneden gelen kapsayıcı dokunuşlar

bebeğin bütünlük hissini geliştirmekte ve narsistik temelin oluşturulduğu bireyliğinin teyidini sağlamaktadır.

Yapılan çalışmalar, annenin dokunma yoluyla kurduğu ilişkinin çocuğun ruhsal gelişiminde önemli rol oynadığını, yeterince temas edilmeyen- dokunulmayan çocuklarda ruhsal sorunların olduğunu göstermektedir. Psikanalistler erken dönem nesne ilişkilerinde, yeterince bedenine temas edilmeyen çocukların ya da derisi çok uyarılan çocukların derilerinin hastalandığını belirtmektedir.

1.2.2.6. Çocuk ve Beden

Kreisler, Fain ve Soule (1974), yeni doğanın psikosomatik belirtilerini anne-bebek ilişkisindeki çözümlenmemiş gerilime bağlamaktadır. Bebeğin zihinsel yapılarının henüz farklılaşmadığı bu dönemde, anne koruyucu ve besleyici işlevinin yanında bebeğin yaşamı sevmesi için bebeğin bedenine libidinal olarak yatırım yapmaktadır. Annenin ruhsal yatırımında bozukluklar olduğunda, ölüm ve yaşam dürtülerinin ayrışması devreye girmektedir. Annenin ruhsal yatırımının oldukça düşük olması bebeği ölüme kadar sürüklemektedir. Annenin bebeğe olan yatırımı bebeğin ilkel narsizminin temellerini atmaktadır.

Çocuk psikosomatiğine bakıldığında, Fain'in (1974) "uyarım kalkanı" rolüne verdiği önem ön plana çıkmaktadır. Uyarım kalkanı kavramı ilk kez Freud (1920) tarafından, canlının kendisini içerden ve dışardan gelen uyarımlara karşı korunması anlamında kullanılmıştır. Bir başka deyişle, yeni doğanın gereksinim ve ihtiyaçlarının karşılanmasına muhtaç olduğunu ve bunu kendi kendine sağlayacak "uyarım kalkanı işlevi olmadığını" belirtmektedir. Yaşamın ilk yıllarında uyarım kalkanı işlevini bebek için anne üstlenmektedir. İçerden ve dışardan gelen uyaranları bebeğin anlamlandırabilmesini anne sağlamakta ve onu bu uyaranlara karşı korumaktadır. Süreç içerisinde bebek de ihtiyaçlarını karşılamayı öğrenecektir. Ancak annenin uyarım kalkanı işlevinde eksikliğin söz konusu olması bebeğin zihinsel işleyişinin daha ilk aşamasında sekteye uğramasına neden olmaktadır. Bir başka deyişle, bu işlevdeki eksiklik aşırı uyarılmış bebeğin yatıştırılmamasına ve boşalmanın beden yoluyla olmasına yol açmaktadır. Böylelikle bedensel semptom ortaya çıkmaktadır.

Kreisler'e göre (1958), "uyarım denetimi" psikosomatiğin başlıca sorunudur. Ona göre, bedensel düzensizlikler iki koşulda ortaya çıkmaktadır (aktaran Zabcı, 2005):

a) Aşırı uyarım olduğunda bebeğin zihinsel kapasiteleri bunu kaldıramamakta ve uyarım bedenine yönelmektedir. İlk üç ay koliği, uykusuzluk, astım vs. bedensel bir semptom olarak ortaya çıkmaktadır. Burada annenin rolü, henüz oluşmamış olan uyarım kalkanlarının yerine geçmektedir.

b) Annesel bakımda eksiklik, yoksunluk olması (örneğin; bakımda dengesizlikler, tekrar eden ayrılıklar, elverişsiz sosyo-ekonomik durum vs.) bedensel belirtilerin çocuğun kendi kendini uyarması sonucu ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durum bebeğin zihinsel süreçlerinin gelişimini de engellemektedir. Ayrıca bu noktada annenin ruhsal durumu (örneğin; depresyonda olup olmadığı) da oldukça önemlidir.

Fain'e (1974) göre, anne "uyarım kalkanı" işlevini yerine getirirken arzunun düşlemlenmesine, bebeğin otoerotizmine ve üçüncü bir kişinin devreye girmesine olanak tanıyacak bir denge sağlamalıdır. Anne bebeği sürekli doyum içerisinde tutarsa bebek düşlemlemeyi öğrenemez. Çünkü düşlemleme yetisi olmadığında artık hep "somut olanın" hakim olacağından bahsedilebilmektedir. Bu durum bebeğin somutta kalmasına, kendi kendini sakinleştirememesine, annenin somut varlığına ihtiyaç duymasına neden olmaktadır.

Kreisler ve Cramer'de (1981) annenin ve bebeğin ruhsal örgütlenmesi arasında bağ kurarak "paylaşılan yapı" lardan bahsetmektedirler. Bu paylaşımın içe alma, yansıtma ve yansıtmalı özdeşim düzenekleri yoluyla gerçekleştiğini belirtmektedirler. Dolayısıyla yeni doğanın psikosomatik belirtiler göstermesinde gene anne-bebek ilişkisine yani erken dönem ilişkilerine dikkati çekmişlerdir. Erken dönemde annenin kapsayıcı ve uyarı kalkanı işlevlerindeki eksiklik bebeğin zihinsel işleyişinin sekteye uğratarak bu işlevlerin kısmi ya da tümden yerine getirilememesi bebeğin acı bir deneyim yaşamasına ve buna karşı ilkel ruhsal ve biyolojik dinamiklerini sergileyen savunma tepkilerini ortaya çıkarmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda; bebekte birtakım psikosomatik belirtiler görülmektedir (aktaran Zabcı, 2005).

Fain'e göre, bebeğin bedeninden gelen tüm duyumlarını algıya dönüştürebilmesi ve algıların da temsillerin doğuşuna olanak sağlaması için nesnenin (anne) varlığına

ihtiyacı vardır. Çünkü bebeğin dürtüleri ancak nesne üzerinden anlam bulabilir. Eğer nesne yoksa dürtü bedene yönelmekte ve beden üzerinden ifade bulmaktadır. Bu noktada otoerotizm kavramından bahsedilebilmektedir. Anne bebeğinin sadece gereksinimlerini karşılayan nesne değildir, ona aynı zamanda bir annesel bakım da göstermektedir. Annenin bebeğine bakım verirken aynı zamanda bu durumdan haz duyması, bebeğin bedenine libidinal yatırım yapması gerekmektedir. Annenin dokunuşları bebeğin bedeninde haz duyumlarını ortaya çıkarmaktadır. Haz duyumunda bebek ve anne arasında bir ortaklık söz konusu ise somatik bedenden ayrı bir beden imgesinin oluşmaktadır. Bir başka deyişle, anne bebeğinin gereksinimlerini haz alarak karşıladığı için bebekte somatik bedenin yanı sıra arzulanan, libidinal, otoerotik bir beden imgesi daha oluşmaktadır. Bu beden ancak öteki ile ilişkide var olabilmektedir. Bebeğin bedeninde deneyimlediği otoerotizm ruhsal dünyanın doğuşunu sağlamaktadır. Çünkü tersi durumda, bebek ruhsal dünyasını oluşturamamaktadır (aktaran Parman, 2002). Bu durumda bebekte birtakım psikosomatik belirtiler görülebilmektedir. Yani nesne yoksa dürtü beden aracılığıyla ifade edilmektedir. Aynı zamanda annenin bebeğin bedeni ile ilgilenmesi bebekte bedeni içinde yerleşen bir kendilik- benlik algısının oluşmasını sağlamaktadır. Çünkü beden ile ruh arasında bütünlük sağlanamaması psikosomatik yatkınlığı oluşturabilmektedir (Winnicott, 1965).

Yukarıda bahsedilen annenin hem fiziksel hem ruhsal olarak bütünüyle bebeğin yanında bulunması Fain'e göre bir süre için gereklidir. Fain'in (1971) bahsettiği "aşığın sansürü" bu noktada devreye girmektedir. Anne gündelik meşguliyetlere ve eşine karşı hissettiği aşk arzularına geri dönerek fiziksel olarak orada olsa da zihinsel olarak orada olmayacaktır. Bu durumda bebek uyarılım yaratan bir eksiklik hissederek, bu eksiklik algısına otoerotizmi ve aynı zamanda düşlemsel etkinlikleri sokmaktadır. Bu düşlemsel yaşama gerçek bir başlangıç olarak kabul edilmektedir. Aksi halde yani anne zihninde bir üçüncüye yer açamadığında da bebeğin düşlemsel dünya- zihinselleştirme kapasitesi fakirleşecek dürtüler ve kaygılar beden aracılığıyla ifade bulacaktır.

McDougall (1989) bebeklerdeki psikosomatik hastalıklarla ilgili yaptığı araştırmalarda, bebeklerin dili kullanma yetisine sahip olmadıkları için duygusal acılara sadece psikosomatik olarak tepki verdiklerini görmüştür. Yetişkin psikosomatik hastalarıyla çalışırken zaman zaman fiziksel olarak dil yetisi gelişmemiş çocuklar gibi

işlev gösterdiğini belirtmektedir. Annelerin bebekleri ile konuşmalarına rağmen yani dili kullanmalarına rağmen bebeklerin fiziksel yapısının bedeni üzerine inşa edildiğini söylemektedir. Bu nedenle de, bebeğin travmatik durumlarda (örneğin; anneden aniden kopma) sindirim düzensizlikleri gibi psikosomatik belirtiler gösterebileceğini belirtmektedir.

Görüldüğü üzere psikanalitik bakış, bedensel semptomların altında erken dönem anne-bebek ilişkisinin olduğunu düşünmektedir. Bu bölüme kadar, erken dönem ilişkilerinin çocuk psikosomatiğine etkileri önemli yazarların kuramları çerçevesinde anlatılmış ve psikosomatik alanda yapılan çeşitli araştırmalardan bahsedilmiştir. Kabızlık problemine ilişkin psikanalitik temelli yapılan çalışmalara geçmeden önce Kreisler'in (1985) çocukluk döneminde görülen psikosomatik bozukluklar sınıflandırmasının önemli olduğu düşünülmektedir (aktaran Zabcı, 2005):

"Nevrotik ifadeli bozukluklar: *Uyku bozuklukları; uykusuzluk, aşırı uyku, gece kaygısı nöbeti*

Beslenme sapmaları: *Anoreksi. Beslenmede seçicilik. Motor yetersizlikler; çiğnemenin olmaması, birinci yutmanın devam etmesi. Sapkın beslenme alışkanlıklar; dışkı yeme, toprak yeme, saç yeme, pica. Bulimi. Aşırı su içme.*

Sindirim düzensizlikleri: *Kusmalar, geviş getirme, dönemsel kusmalar sendromu. İlk üç ay koliği, karın ağrıları. Kolit, rekto-kolit, gastro-duonedal ülser.*

Dışkı bozuklukları: *Kabızlık, psikojen megakolon, ishal.*

Solunum yolu bozuklukları: *Astım. Katılma nöbeti.*

Cilt bozuklukları: *Egzama. Ürtiker. Pelad (saç dökülmesi). Sedef hastalığı.*

Genel sendromlar: *Psikojen cücelik. Kötü beslenme. Obezite. Alerjik hastalıklar. Tekrarlayan enfeksiyonlar." (ss.18-19).*

Tabloda görüldüğü üzere; kabızlık, dışkı bozuklukları içerisinde yer almaktadır. Literatürde ulaşılan kaynaklarda; erken dönemde kabızlık problemi ve ruhsallık arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir.

1.2.2.7. Kabızlık Problemine Psikanalitik Bakış

Erken dönemde bebeğin yaşadığı kabızlık problemini Kreisler, Fain ve Soule'un (1974) "Çocuk ve Beden" adlı eserlerinde detaylı bir şekilde ele alarak kuramsal bir temele oturttukları görülmektedir. Bu bölümde, onların görüşlerine ve kabızlık semptomunun psikanalitik kuram çerçevesinde ele alınışına yer verilecektir.

Bebeğin doğumdan sonraki ilk zamanlarda henüz dışkı üzerinde bir kontrolü bulunmamakta, kakayı yapmak isteme ya da istememe gibi bir durum söz konusu olmamaktadır. Doğumdan sonraki ilk 3 ayda kaka yapmak refleksif bir davranıştır. Üçüncü aydan itibaren bebek "dışkılama faaliyetinin" denetiminin kendisinde olduğunu fark etmeye başlamakta ve bu faaliyet üzerinde "bilinçdışı denetim hissi" elde etmektedir. Bu da bebekte "kakayı yapıp yapmama" konusunda bir "irade hissi" yaratmaktadır (ss. 443). Bebeğin kakasını tutmasıyla tetiklenen bu oto-erotik oyun, eğer tekrarlarla süreklilik kazanırsa anal dönemde dışkının uyarılım yaratan obje olarak algılanmasına neden olmaktadır.

Bebek, üçüncü aydan sonra dışkıyı yaparken özel bir duygulanım içerisine girmektedir. Kakayı yapmak, bebeğin ruhsal dünyasında tutunduğu içsel nesnelerinden ayrılmak ve kaybetmek gibi yaşanmaktadır. Bu içsel nesneler, persekütif olsalar da onlardan ayrılmak "parçalanma endişelerini" gündeme getirmektedir. Bu ilkel endişeye (parçalanma endişesi) fiziksel nedenler (anüste yırtılma vs.) ya da anüse direk müdahaleler (fitil sokma, yağ sürme vs.) de eşlik ederse gerçek bir dışkılama fobisi oluşabilmektedir. Geçmişte bu müdahalelere maruz kalmış çocuklar tuvalet eğitimi çağına geldiklerinde, yetişkine karşı çıkma tutumu göstererek anüste denetimin kendisinde olduğunu (alta kaçırma, kakayı tutma) göstermektedir. Tuvalet eğitimi döneminde, dışkıyı vermemek çocuğa "bilinçli bir denetim hissi" verirken aynı zamanda oto-erotik bir haz yaratmaktadır. Bir başka deyişle, anal bölgede erojen bir uyarılıma neden olmaktadır. Çocuğun kakasını tutmasıyla anüste oluşan gerilim, o bölgede duyarlılık yaratmakta ve erojen bir uyarılım oluşturmaktadır. Bir yandan da, dışkıyı tutmak anüs bölgesinde bir baskı hissi yaratarak "acı duyumu" meydana getirmektedir. "Tutma eylemi" bir nevi acıdan haz almadır. Bu durumun tekrarlar içinde ilerlemesi anal-erotizmi yoğunlaştırmaktadır. Bu anal-erotizm, mazoşistik bir hazdır. Çocuk dışkısını tuttuğunda, gizli ve işlevsel bir denetim gücü elde etmektedir Dışkıyı

anüsten dışarı çıkarmak (bırakmak) ise içsel nesnelerin kaybı olarak hissedilmektedir. Ruhsal dünyada yoğun olan kayıp endişesi, semptom olarak kabızlığı ortaya çıkarabilmekte ve çocuğun sadece kendi bedenine yatırım yapmasına neden olmaktadır. Bu durum ilerleyen yaşlarda, "megalomanik narsistik kişilik yapılanmasını" alt yapısını oluşturabilmektedir. Freud (1918) da, dışkılama sorunlarının kaynağında, çocuğun dışkılamasının psikolojik anlamları ve dışkılama alışkanlığı geliştirirken ortaya çıkan duygusal belirtilerin önemini vurgulamakta ve ileri dönem kişilik gelişimini etkilediğini düşünmektedir.

Laplanche ve Pontalis (1988), Freud'un öne sürdüğü, doğumla birlikte gelen insandaki "denetim altına alma" ("mastery") dürtüsünün psikanalistler tarafından ihmal edildiğini söyleyerek bu dürtüye vurgu yapmaktadır. Bu dürtü önce aseksüeldir sonrasında libidalinize olmaktadır. Bebeklik döneminde görülen kabızlıkta ilk başta, anal dönemde görülen kabızlık gibi bu durumdan "libidinal haz" alma söz konusu değildir. Aksine bebek bu durumdan hoşnutsuz ve zevk almayan bir durum içerisindedir. Ancak bu dönemde, dışarıdan anal bölgeye yapılan her müdahale, çok fazla içeri girmek anal erotizmi tetiklemektedir. Freud'a göre, kabızlık, "kendi bedenini denetim altına alma" dürtüsünden, bebeğin kendi organlarının efendisi olma çabalarından kaynaklanmaktadır. Denetim dürtüsünün bu kadar ön plana çıkmasının arkasında libidinal hazların eksikliği yatmaktadır. Sağlıklı annenin, bebeğinin doğumundan sonra libidosu hareketlilik göstermektedir ve bu da bebek için yapılandırıcıdır. Anne bebeğin bedenine bütün olarak libidinal yatırım yapmaktadır. Annenin libidinal yatırımları çocuğun libidinal yatırımlarını elverişli hale getirerek bebeğin kendi bedeni üzerindeki işlevsel düzenekleri oluşturmaktadır. Aksi durumda, anne ve bebek arasındaki ilişkide libidinal haz eksikse bebek "denetim dürtüsünden haz alma" noktasına gelmektedir. Freud'a göre, bebeğin kakasını tutması, fizyolojik bir düzeneği tersine doğru hareket ettirerek hayati refleksler yasasını başarısızlığa uğratmaktır. Bu durum, anal dönemde de çevreyi denetleme dürtüsünden alınan hazzı kuvvetlendirmektedir. Bununla birlikte dışarıdan anal bölgeye yapılan her müdahale, çok fazla içeri girmek anal erotizmi tetiklemektedir (aktaran Kreisler, Fain ve Soulé, 1974).

Fain'in (1974), 0-9 aylık bebeklerle yaptığı çalışmada, bebeklikteki kabızlığın oluşumunda annenin bilinçli tutumlarının, bilinçdışı süreçlerinin ve çevrenin anne üzerindeki etkisinin önemli olduğunu söylemektedir. Anne, çocuğun maruz kaldığı yoğun uyaranlar karşısında sığınak noktası olamadığında ya da kendisi bebeği fazla uyarana maruz bıraktığında, bebeğin telafi düzenekleri oluşturarak ihtiyacını doyuma ulaştırdığını belirtmektedir. Bu telafi düzenekleri de; psikosomatik belirtilerle ifade bulabilmektedir (ss.470).

Anne, içgüdüsel olarak çocuğa yatırım yapma arzusu içerisindeyken, bir yandan da üstü kapalı fobik kaçınma düzenekleriyle bebekten kaçınmak istemektedir. Bebekten kaçınmak istemesi aslında dengeleyici bir durum yaratmaktadır, aksi halde anne bebeğe yapışır ve bebeğe nüfuz eder. Bu iki düzeneğin dengede olması gerekirken, annenin bebeğe yatırım yapma arzusunun, kaçınma arzusundan daha baskın olması gerekmektedir. Bu iki düzenek arasındaki çatışmadan doğan içsel gerginliği annenin ruhsal olarak işleyebilmesi gerekmektedir. Anne bu iki düzenek arasındaki dengeyi sağlayamadığında, ruhsal aygıt "kendi kendini teskin etme mekanizmalarını" (telafi düzenekleri) oluşturmakta ve psikosomatik belirtilerin oluşmasına neden olabilmektedir. Bu bağlamda, erken dönemde annenin ruhsallığının bebeğin içsel duygulanımlarını belirlediği ve bebeğin kakayı yapma- yapmama konusunda kritik bir öneme sahip olduğu söylenebilmektedir.

Barrows (1996), "dışkı kaçırma" ve "kakayı tutma" konusunda psikanalitik makalelerin kısıtlı sayıda olduğuna dikkat çekmektedir. Freud'un "bebeğin dışkıyı tutmasından haz alma" Klein'ın "bebeğin sadizminin bir aracı olarak dışkının rolünü vurgulaması" görüşlerine ek olarak Barrows, erken dönemde bebeğin yaşadığı "gerçek bir duygusal varoluşun yoksunluğundan" bahsetmektedir. Dışkıyı tutmanın, erken dönem anne-bebek ilişkisinde, annenin duygusal hazır bulunuşluğunun eksikliğinden söz ederken eğer bu çıkarımı doğruysa "bebeğin bir nesneye sahip olma ve kontrol etme konusundaki yetersiz deneyimlerinden" kaynaklandığını söylemektedir. Nesneyle (anne) buluşamayan bebek, kendi vücut parçalarını (kaka gibi) kontrol etmeye başlamaktadır. Bick ve Tustin'in açıklamasına da vurgu yaparak "dışkıyı tutmak, tüm bedeni kaybetme korkusuna karşı bir savunma" olduğunu dile getirmektedir (aktaran Emanuel, 2012).

Hersov (1977); çocuklardaki "bağırsak kontrolü"nün temelinde yatan psikolojik faktörleri üç maddede sınıflamaktadır:

1-Stres faktörleri (örneğin; okulun başlaması) nedeniyle bağırsak kontrolü gücü olsa bile bunu aniden kaybeden çocuklar;

2-Fiziksel kapasiteleri ve tıbbi nedenlerden kaynaklı bağırsak kontrolünü hiç sağlayamayan çocuklar;
3-Geçmişte fiziksel bir nedenden dolayı bağırsak ile ilgili sıkıntı yaşamış çocuklar veya ebeveynler ile çocuk arasında bir kontrol savaşından kaynaklı çocukların "dışkıyı tuttuklarını" söylemektedir.

Hersov'un bu görüşlerine dördüncü bir madde olarak Emanuel (2012), dışkıyı tutmanın sadece ebeveynlere karşı bir kontrol savaşı olmadığını, daha erken dönemde "ebeveynlik yokluğundan" kaynaklı somatik bir tutunma veya "nesneyi tutma" olduğunu ifade etmektedir. Daha büyük çocuklarla yürütülen klinik çalışmalarda, erken dönemde başlayan bir sorunsal olabileceğinin göz ardı edildiği ve bu durumun tedaviyi zorlaştıran bir etken olduğunu belirtmektedir. Ebeveynlerin geçmişte yaşadığı çözülmemiş travmalarının, zihinsel problemlerin, anne- babanın uyumlu bir çift olarak hareket etme zorluklarının, erken dönemde bebeğin anne tarafından duygulanımlarının yeteri kadar kapsanamamasının, bebeklikte ve erken çocuklukta kusma, enkoprezis, kabızlık gibi somatik belirtileri beraberinde getirebileceğini vurgulamıştır.

1.2.2.8. Psikanalitik Literatürde Kabızlık Üzerine Yapılmış Çalışmalar

Sterba (1949); psikojenik kabızlığın çocukluk döneminde sık görüldüğünü ve tuvalet eğitimi sırasında sık rastlandığını dile getirmektedir. Ancak kabızlığın tuvalet eğitiminin doğal bir parçası olmadığı konusuna vurgu yapmaktadır. Özellikle erken dönemde çocuğun dil yetisini kazanmamış olması çocuğun ruhsallığında yaşadığı sıkıntıyı, duygusal acıyı, çatışmayı kabızlık şeklinde ifade etmesine neden olmaktadır. Yirmi-altı aylık kabızlık problemi çeken çocukla yaptığı psikanalitik çalışmada; çocuğun sorunsalının başlangıcını 3-4 aylıkken uygulanan lavman olarak görmekte ve 9 aylıkken tuvalet eğitimi verilmeye çalışılmasının, bakıcının tuvalet eğitimi konusundaki aşırı katı tutumunun çocuğun kabızlık probleminin sürmesine etken olduğunu belirtmektedir. Çocuğa lavman yapılmasının anal erotizme yol açtığını, çocuğun

narsistik libidoya yatırım yapmasının kabızlık semptomunu ortaya çıkardığını dile getirmektedir. Bu nedenle bebeğin dışkı yapmamasının anal hazzı arttığını ve bundan zevk aldığını söylemektedir.

Barrett (1939), dört yaşında kabızlık problemi çeken kız çocuğu ile yaptığı psikanalitik çalışmada, kabızlığın nedeninin hamilelik fantezileri ile ilgili olduğunu söylemektedir. Ödipal dönemde olan bu kız çocuğunun kakasını tutarak bebek elde etme fantezisi içerisinde olduğunu belirtmektedir. Ayrıca bu çalışmasında modern doktorların kabızlık gibi problemlerde lavman yapmak istemelerini doğru bulmadığını ve ileride birtakım problemlere yol açacağını vurgulamaktadır. Bu nedenle bu gibi sorunlarda psikolojik boyutlarında göz önünde bulundurulması gerektiğinin ve çocuk doktorlarının anal uyarılımlar ile ilgili konularda eğitilmelerinin altını çizmektedir.

Knauer (2014) bebeklerle yaptığı çalışmada, acıyı algılamanın çok erken dönemlerde mevcut olduğunu, anne karnındaki fetüsün dahi ruhsal acıyı yaşadığını belirtmektedir. Anne, depresif duygulanım içerisindeyken, karnındaki bebeğin de bu durumundan etkilendiğini söylemektedir. Erken dönemde en çok temas edilen annenin ruhsal özelliklerinin bebeğin duygusal düzeninde önemli bir rolü olduğunu dile getirerek, bebeğin duygusal düzeni bozulduğunda, uyku problemleri, beslenme sorunu, sindirim sisteminde sıkıntılar (ishal, kabızlık gibi) yaşayacağını öne sürmektedir. Bu sorunların duygusal ve duygulanımsal aşırı yüklenmelerden kaynaklandığını vurgulamaktadır. Psikosomatik belirtilerin erken bir depresif durumun işareti olabileceğini söylemektedir. Doğumdan itibaren bebeğin öznelliğinin harekete geçişinin söz konusu olduğunu ve bunun engellenmesinin (örneğin; aşırı kontrol) psikosomatik belirtileri ortaya çıkarabileceğini belirtmektedir.

Emanuel (2012), çocuğun kakasını tutması ve yaşadığı enkopreziyi erken dönemde annenin kapsayıcı işlevlerinin yetersizliğine buna bağlı olarak bebeğin yoğun nesne kaybı endişesine dayandırmaktadır. Bebek, anüsteki kasların kontrolüyle kendisine adeta ikinci bir deri oluşturarak kabızlık yaşamaktadır. Bu, ayrılık ve kayıp endişelerine karşı "nesneyi içeride tutmadır". Yaptığı klinik çalışmalarda bağırsak sıkıntılarının temelinde arkaik korkuların ve erken dönem yaşantılarının önemini vurgulamaktadır. Erken dönemde, bebeğin ayrılık endişesinin ve varolamama korkusunun getirdiği bir durum olduğunu söylemekte, bebeğin kakayı yapmasının her

defasında bu korkuları tetiklediğini, kayıp endişesinin içsel nesnelerden (kaka gibi) ayrılmayı, nesneyi bırakmayı güçleştirdiğini dile getirmektedir. Üç yaşında kabızlık problemi çeken kız çocuğu ile yaptığı psikanalitik çalışmada, ebeveynlerinin yokluğu düşüncesine kapıldığında çocuğun kakasını tuttuğunu, terkedilme ve kayıp endişesinden kaçınmak için bir semptom olarak kabızlığın ortaya çıktığını söylemektedir. Aynı zamanda annesinden ayrılmakta zorlanan ve anneye yapışan bu kız çocuğunun bebeksi ihtiyaçlarının yoğun olduğunu fark etmektedir. Klinik çalışmalarının sonunda; ebeveynleri tarafından bebeksi ihtiyaçlarının görünüp kapsanmasıyla ve kakasını yapması konusundaki baskıların sona ermesiyle semptomun da ortadan kalktığı görülmektedir. Hatta çocuğun konuşmasının bile değiştiğini, kelimeleri birbirinden "ayırarak" daha uyumlu bir şekilde ifade edebildiğini görmüştür.

1.3. Doğum Sonrası Depresyon

Beck ve Gable'ye (2001) göre; doğum sonrası depresyonda annede, yanlızlık hissi, uyku sorunları, azalan iştah, duygulanımlarında tutarsız ve dengesiz durumlar, bebeğine ya da kendisine zarar verme düşünceleri görülmektedir. Doğumdan sonraki ilk üç aylık süreç içerisinde kadınların %14.5'inde majör depresyon ya da minör depresyon atağı geçirme riski vardır. Ülkemizde doğum sonrası depresyon sıklığı %19- 40 arasında değişmektedir. (Gaynes, Gavin ve Meltzer-Brody, 2005 aktaran Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu, 2012). Doğum sonrası depresyonda, doğumdan sonraki ilk 12 haftada depresif belirtiler ortaya çıkmakta ve tedavi edilmezse bir yıl süren depresyon görülmektedir (Cooper ve Murray, 1998).

Spitz (1965), erken dönemde anne- bebek arasında yaşanan ayrılıkların bebeğin ruh sağlığına etkisini araştırmak amacıyla II. Dünya Savaşı'ndan sonra annelerinden ayrılmış bebekleri gözlemlemiştir. Bu çocukların, anneleri tarafından büyütülen ya da bakım veren bir yetişkinin büyüttüğü çocuklara kıyasla daha fazla duygusal ve fiziksel problemler yaşamakta olduğunu gözlemleyerek "anaklitik depresyon" kavramını ortaya koymuştur. Anaklitik depresyon, bebeğin "yabancı korkusunun" oluşmaya başladığı dönemde annesinden 3 ay veya daha uzun süre ayrı kalması sonucu bebeğin depresif belirtiler göstermesi olarak tanımlanmaktadır. Spitz (1965), anne- bebek arasındaki ayrılığın 6 aydan fazla sürmesi sonucunda agresif ve libidinal dürtünün bebekte gözlenememeye başladığını, dürtüleri yansıtabilecek nesnenin eksikliğinden dolayı bu

dürtülerin bebeğin kendi bedenine yansıdığını söylemektedir. Böyle bir durumda, bebekte sindirim problemlerinin gözlemlendiğini, bebeğin kendisine zarar verici hareketlerde bulunabildiğini (ısırma, kafasına vurma), bu ayrılığın uzamasının ölüm ile sonuçlanabileceğini belirtmektedir.

Spitz (1965), annenin fiziksel olmayışından söz ederken IPSO buna karşılık sadece fiziksel bir yoksunluğun zorunlu olmadığını, annenin ruhsal olarak var olamamasının da etkisinin aynı sonuçları doğuracağını belirtmektedir. Annenin, bebeğine verdiği her türlü bakımı bir yandan da annenin düşlemsel yaşamını içermektedir. Travma ve/veya depresyon nedeniyle anne, çocuğun fiziksel ve ruhsal ihtiyaçlarını doyuma ulaştıramıyor, dönüştüremiyorsa annenin bu depresyonu bebeğe yansımaktadır. Anne bedensel olarak orada olsa bile ruhsal olarak bebek için varlığını sürdürememektedir. André Green de bu durumu "Ölü Anne (la mére morte)" kavramı ile açıklamaktadır. Bebek, anneden ruhsal yatırımını çekerek anneyi var olmayan, yatırımsız ya da ölü olarak yaşantılamaktadır. Fiziksel gelişimi normal olan çocuk, ölü anne ile özdeşleşmenin etkisiyle ruhsal dünyasında "delik-boşluk" oluşmaktadır. Delik ve boşluğa dönüşen "ölü anne" ruhsal olarak canlılığını yitirmiş olandır. Bu durumu "çok az anne (mére trop peu)" kavramıyla açıklayan Smadja ve Szwec (1998), annenin düşlemsel eksikliklerinin ve yetersiz duygulanımlarının bebeğin kendini sakinleştirme düzeneklerini devreye sokmasına neden olarak psikosomatik belirtiler göstermesine yol açabileceğini belirtmektedir. (aktaran İkiz, 2005).

McDougall (1989), bebeğin erken dönemde yoğun bir somatik deneyim içerisinde olduğunu, annesinin bedenini kendisini bir uzantısı gibi zannettiğini belirterek, bebeğin kendi vücudunu ve annenin vücudunu "bir bütün" olarak deneyimlediğini dile getirmektedir. Spitz (1951), bebeğin bedeni üstünde dürtülerin tatmin edildiğini ve bedende bir bütünlük hissi olmadığında dürtü tatmininin sekteye uğradığını belirtmektedir. Dürtü tatminine olanak sağlayan nesneyi (anneyi) kaybetmek, narsisizmin hasarına yol açmakla birlikte bebeğin dürtülerinin kendi bedenine dönmesine neden olmaktadır. Bir başka deyişle, dürtüleri yansıtabileceği nesne olmadığında bebek kendine kalan tek nesne olan "bedenine" yönelmektedir. Bu bağlamda, Marty yetişkin psikosomatik hastaların erken döneminde "annenin ruhsal eksikliğinden kaynaklanan" böyle bir depresyon olabileceğini söylemektedir.

Doğum sonrasında annede görülen depresyon, anne ile bebek arasında kurulan ilişkiyi, bebeğinin ihtiyaçlarını karşılamaktaki yeterliliğini ve annelik rolünü olumsuz etkilemektedir (Gülseren, 1999). Bebeklik döneminde, annenin depresif duygulanım içerisinde olması bebekte fizyolojik stres tepkilerini (terleme, huzursuzluk gibi) ortaya çıkarmaktadır (Çak, 2012). Depresif annelerin, çocuklarının duygulanımlarını ruhsal olarak takip edemediği, çocuklarına daha geç yanıtlar verdikleri ve genelde annelerin bebekleri ile konuşurken canlı ses tonlamalarını daha az kullandıkları görülmektedir (Bettes, 1988). Pelaez- Nogueras, Field, Hossain ve Pickens'in (1996) yaptıkları çalışmada, depresif annelerin, bebeklerine donuk yüz ifadesiyle yaklaştığı ve normal annelerin bebeklerine göre depresif annelerin bebeklerinin bu durumu daha olumlu karşıladığı belirtilmektedir. Çünkü normal annelerin bebekleri, annelerinin annenin donuk ifadesini tanıdık bulamamakla birlikte duygulanımlarını algılamaktadır. Depresyondaki annelerin depresyonda olmayan annelere göre, çocuklarında ciddi duygusal sorunlar görülme riskinin üç kat ve olumsuz anne-çocuk ilişkileri riskinin on kat daha fazla olduğu görülmekle birlikte bebeklerinin uyuma, beslenme, öfke nöbetleri ve ayrılma ile ilgili daha fazla güçlük yaşadığı belirtilmektedir (Weissman, Feder, Pilowsky, Olfson, Fuentes, Blanco, Lantigua, Gameroff ve Shea, 2004; Murray ve Cooper, 1997). Bu bağlamda, anne-bebek ilişkisinin ve annenin ruhsallığının çocuğun ruhsallığı açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Debray de (2005) bebeğin bedensel dışavurumunum yani psikosomatik belirtilerinin anlaşılmasında, bebek ve anne ilişkisinin önemli bir yer tuttuğunun altını çizmektedir.

1.4. Bağlanma

Bebeğin doğumla birlikte muhtaç durumda olması, içeriden (açlık, gaz sancısı vs.) ve dışarıdan (ses, ışık vs.) gelen her uyarana karşı anneye veya bakım veren bir kişiye ihtiyaç duymaktadır. Bebek, ihtiyaçlarını karşılayan, sevgi gösteren, onu koruyan annesiyle kaçınılmaz olarak bir bağ oluşturmaktadır. Annede de, bebeğin varlığından mutluluk duyarak, bebeği ile ilişkisinden tatmin sağlayarak bebeği ile kendisi arasında bağ oluşmaktadır. Anne- bebek arasında karşılıklı bir şekilde oluşan bu bağ giderek güçlenmektedir.

Bağlanma, bebeğin ilgi, bakım, gereksinim ve ihtiyaçlarını karşılayan nesneyle (anne) arasında oluşan güçlü duygusal bağdır. Bebekte ancak bu bağ ile güven duygusu

gelişmektedir. İlk olarak anne karnında başlayan ve hayat boyu devam eden bu durum, kişilik gelişimini, öteki ile ilişkileri ve sosyal uyumu yaşam süresince etkilemektedir. Bağlanma kuramını geliştiren Bowlby (1988), bakım veren nesne (anne) ile bebek arasında oluşan bağlanmanın normal gelişim için oldukça önemli olduğunu belirtmektedir.

Anne ve bebek arasında kurulan yakınlık, çocuğun dış dünyayı tanımaya çalışırken kullandığı "güvenli bir temel" ve tehlike anlarında korunacağı "sağlam bir sığınak" işlevi görmektedir. Bowlby'nin bağlanma kuramına göre, bebek ve anne arasında kurulan ilişki, bebek tarafından içselleştirilerek kendisi ve öteki ile ilgili "içsel çalışan modeller" ya da "zihinsel temsiller" oluşturmasını sağlamaktadır. Örneğin, annenin bebeğinin ihtiyaç ve gereksinimlerine tatmin edici yanıtlar vermesi bebeğin, kendisinin sevilmeye değer olduğuna ilişkin kendilik algısı oluşturmasını sağlamaktadır. Bağlanma, anne bebek arasındaki güçlü duygusal bağ iken, anne- bebek arasındaki bağlanma biçimlerinin çocuğun kişilik gelişimi üzerinde olumlu ve olumsuz etkileri bulunmaktadır. (Bowlby, 1982; 1988).

Ainsworth ve arkadaşları, Bowlby'nin kuramını temel alarak laboratuvar ortamında annesinden ayrılan ve sonra yeniden bir araya getirilen bebeklerin tepkilerini inceleyerek üç tür bağlanma biçimi ortaya koymuştur. Bunları, güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçınmacı bağlanma biçimleri olarak belirtmektedir. *Güvenli bağlanma biçimi içerisinde sınıflandırılan bebeklerin* anneleri yanlarından uzaklaştığında huzursuzluk yaşasalar bile yabancı kişinin varlığından rahatsız olmadıkları, anneleri ile bir araya geldiklerinde kolay sakinleşebildikleri, anneyle olmaktan keyif aldıkları ve dış dünyayı keşfetmeye devam ettikleri görülmektedir. *Kaygılı- kararsız bağlanma biçimi içerisinde sınıflandırılan bebeklerin* anneleri bebeğin ihtiyaçlarına tutarsız yanıtlar verme eğilimindedir. Annenin tutarsızlığı, uzak oluşu ve bebeğin ihtiyaç ve gereksinimlerine doğru yanıtlar verememesi kaygılı çocuk- ebeveyn bağlanmasına neden olmaktadır. Bu bebeklerin, anneleri yanlarından uzaklaştığında sıkıntı yaşasalar bile annelerinin yardımcı olacaklarından emin değillerdir. Çevreyi keşfetmekte isteksiz davrandıkları, anne geri döndüğünde onunla yeniden uzlaşamayabildikleri, fiziksel temasa ihtiyaç duysalar bile bu temasın öfke duygusunu ortaya çıkardığı ve direnç gösterdikleri gözlemlenmektedir. *Kaçınmacı bağlanma biçimi içerisinde sınıflandırılan bebeklerin*

anneleri yanlarından uzaklaştığında, ayrılmaya çok az tepki verdikleri ve anneleri geri döndüğünde onları yok saydıkları, dikkatlerini çevreden anneye döndürmekte zorlandıkları görülmektedir. Bu bebeklerin annelerinin, fiziksel temas göstermekten kaçınan, bebeğe tutarsız yanıtlar veren, bebeğin ağlamalarına karşı tepkisiz ve reddedici oldukları saptanmaktadır, bebek adeta annenin reddedici tavrını aynalamaktadır (Ainsworth ve arkadaşları, 1978).

Meins'e (1997) göre, anne-bebek arasındaki güvenli bağlanmada sadece annenin duyarlılığı yetmemekte, anne- bebek arasında kurulan "zihin-zihinsellik" ikiliği de önemli bir yer tutmaktadır. Annelerin çocuklarıyla konuşmalarını inceleyerek, annenin, bebeğin ihtiyaç ve gereksinimlerini fark edip, bu durumu bebeğe sözel olarak yorumlanmasının güvenli bağlanma için belirleyici rol oynadığını söylemektedir. Bu bağlamda, güvenli bağlanan çocukların anneleri erken dönemden itibaren, çocuklarının içsel sıkıntılarını anlama ve anlamlandırma çabası içerisindedirler (Meins ve arkadaşları, 2002).

Hazan ve Shaver (1987), Ainsworth'un tanımladığı anne-bebek ilişkisindeki bu üç bağlanma biçimini kavramsallaştırarak yetişkin yaşamındaki karşılıklarını güvenli, kaygılı-kararsız ve kaygılı-kaçınmacı bağlanma biçimleri olarak tanımlamaktadır.

Mikulincer'e (1998) göre, *güvenli bağlanan kişilerin,* güçlü özgüveni, duygusal değişimleriyle baş edebilecek gücü, iyimser yönleri, duruma uygun- olumlu ve durağan kendilik algıları söz konusudur. *Kaçınmacı bağlanma biçimine sahip kişiler,* bağlanma ihtiyaçlarını inkar etmek, rahatsız edici düşünce ve duygularını bastırabilmek, stresi azaltabilmek için yakın ilişkilerden uzak durmayı ve kaçmayı tercih etmektedirler. *Kaygılı/ikircikli bağlanma biçimine sahip kişiler,* diğer insanlardan sevgi ve yakınlık görebilmek için öteki ile ilişkide yapışma ve kontrol etme gibi davranışlar göstermektedirler (aktaran Erdiman, 2010).

Bebeğin bağlanma biçiminin gelişiminde, annenin kendi bağlanma öyküsü, bir başka deyişle, annenin bebekliğindeki kendi bağlanma biçimi etkili olmaktadır Bu bağlamda, annenin bağlanma biçiminin bebeğin ruhsal durumu üzerine etkisinin olabileceğini düşünülmektedir. Annenin bağlanma biçimi bebeğe, annenin yüz mimikleri, ses tonu, bebeğin tenine dokunuşu gibi davranışlarla ifade edilmektedir.

Yapılan araştırmalarda, 1 yaş altındaki bebeklerin, annelerinin mimiklerini, bakışlarını ve bu davranışlarının diğer davranışlarla olan kombinasyonlarını algılayarak kayıt edebildiği görülmektedir (Beebe ve Gerstman, 1980; Cohn ve Tronick, 1987). *Güvenli bağlanan anneler;* bebeğinin yüz ifadelerini takip ederek sıkıntısını anlamlandırmaya çalışmaktadır. Ruhsal olarak bebeğin sıkıntısını hissederek, bebeğinin ihtiyaç ve gereksinimlerine uygun yanıtları en kısa sürede vermektedir. *Kaçınmacı bağlanan anneler,* bebeğin sıkıntısına duyarsız kalmakta ya da reddetmektedir. Bu durum, annenin depresyonundan, olumsuz duygulanımlara (örneğin; bebeğinin ağlaması) toleransının düşük olmasından kaynaklanabilmektedir. Kaçınmacı bağlanan kişiler, ötekinin duygularını anlamaktan kaçınarak, sıkıntılı durumların arka planındaki duygulanımları önemsememektedirler. Bu yüzden bebekten gelen sıkıntı mesajları da anne tarafından anlaşılamamaktadır ve sonunda bebek de sıkıntı ve isteklerini göstermemeye başlayarak anneye olan ruhsal yatırımını kesmektedir (Kozlowska ve Hanney, 2002; Peck, 2003).

Literatürdeki araştırmalara bakıldığında, çeşitli nedenlerle doğumdan hemen sonra annelerinden ayrılarak, özel bakıma alınan bebeklerde, gelişmenin yavaşladığı ya da durduğu, bu bebeklerin yemek yemedikleri, sosyal geri çekilme yaşadıkları ve üzüntülü yüz mimiklerinin olduğu görülmektedir (Goodfriend, 1993). Soysal, Ergenekon ve Aksoy'un (1999) yaptığı olgu incelemesinde de, erken dönemde annesinden ayrılarak tedavi nedeniyle hastanede 3 ay kalması gereken bebeğin, tedavi sonlanıp annesiyle yeniden bir araya geldiğinde kalp atışlarının yükseldiği, duygusal geri çekilmesinin sonlandığı, kilosunun arttığı, zihinsel kapasitesinin farklılık gösterdiği gözlemlenmiştir. Schore'a (1994) göre, anne ve bebek arasındaki bağlanma ilişkisi, bebeğin ihtiyaçlarına annenin verdiği yanıtlar, bu yanıtların tutarlılığı ve niteliği, ilk ilişkideki güven ve güvensizlik duygularının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Schore, psikosomatik belirtiler gösteren yetişkin bireylerin ebeveynleri ile güvensiz bağlanma ilişkisi içerisinde olduklarını söylemektedir. Sonuç olarak anne ve bebek arasında güvenli bağlanmanın oluşamaması bebekte psikolojik bozukluklar, bedensel semptomlar görülmesine neden olabilmektedir (Dereli, 2013).

1.5. Öfke

Öfke insanoğlunun en temel duygularından birisidir. Mutluluk, üzüntü, korku gibi doğal ve evrensel bir tepkidir. İnsanın doyuma ulaşmayan istekleri veya istenmeyen sonuçlarla karşılaşması, içsel bir duygu olan öfkenin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Soykan, 2003).

Öfke, insanın kendine ait içsel duygusal bir yaşantısı olduğu için içsel dünyadaki yoğunluğu da çeşitlilik göstermektedir. Öfke, her zaman nesneye yönelmez, birey kendi ruhsal dünyasında da yoğun öfke yaşayabilmektedir (İkiz, 2002). Ancak öfkenin ifade edilememesi ve ruhsal olarak dönüştürülememesi psikosomatik rahatsızlıklara neden olabilmektedir (Şahin, 1997).

Spielberger, Krasner ve Solomon (1988), "durumluk öfke" ve "sürekli öfke" olarak iki kavramdan bahsetmektedir. *Durumluk öfke,* kişinin kendi içsel dünyasında oluşan öznel duyguları ve bedenindeki fizyolojik değişimleri kapsayan geçici bir duygusal durumdur. Beklenmedik ve ani durumla karşı karşıya kalındığında ortaya çıkmaktadır. *Sürekli öfke,* sürekli öfkelenmeye meyilli bir kişilik boyutu ya da durumluk öfke yaşama halidir. Sürekli öfke gösteren kişiler, öfkelerini daha yoğun ve güçlü göstermekte ve daha kolay öfkelenmektedir. Öfkelendikleri zaman bu durumla baş etmekte zorlanmakta aynı zamanda söylemleri ve çözüm yolları onarıcı, yapıcı, olumlu olmaktan uzaktır.

Annesel ruhsal aygıt, bebeğin içerden ve dışardan gelen dağınık uyarılımların düzenlenmesinin ve işlenmesinin merkezinde bulunduğu için önemli bir rol oynamaktadır. Bir başka deyişle, bebeğin ruhsal gelişimi annenin ruhsal örgütlenmesine yaslanır. Bebek, bedenini çevresiyle iletişim için esas araç olarak kullanmaktadır ve çevresi ile etkileşimdeki işlevi psikosomatik dengesinin sağlanmasında bebeğe yardımcı olmaktadır. Annenin bebeğinin duygularını yeterince kapsayamaması, dönüştürememesi, uyarı kalkanı işlevinin zayıflığı bebeğin bedeni devreye sokarak psikosomatik belirtiler göstermesine neden olabilmektedir (Belot, 2010). Klein (1957), erken dönemden itibaren bebeğin yıkıcı dürtülerinden söz etmekte ve bu dürtülerin kanibalistik- yamyamsı tahripkar olduğunu söylemektedir. Bebek kendi içindeki bu yıkıcı dürtülere (öfke) tahammül edemez, mutlaka dışarı (nesneye/anneye) yansıtır. Bu

noktada, annenin davranışı önemli olup bebekten gelen agresyona karşı dönüştürücü bir işlev üstlenmesi gerekmektedir. Bebeğini anladığını hissettirerek, öfke duygusunun sözcüklerle bağ kurmasına alan açmalıdır. Ancak annenin öfkesinin bebeğe yansıması, bebeğin saldırganlığının artmasına ya da bebeğin kendi bedenine dönmesine neden olarak, agresyonu ruhsal olarak işlemesine ve bebeğin sakinleşmesine engel olmaktadır. Scaramella ve arkadaşlarının (2008) yaptığı boylamsal araştırmada, çocuğun ağlama gibi sıkıntılı tepkisel dışavurumlarına karşı annenin düşmanca, negatif ve öfkeyle yaklaşan davranışlarının, çocuğun bir yıl içerisinde sıkıntılı tepkisel dışavurumlarını etkilediği görülmektedir (aktaran Aytemiz, 2010). Bu bağlamda, annenin öfke düzeyinin, bebeğin duygularını dönüştürme kapasitesi ve bebeğin psikosomatik belirtiler göstermesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

1.6. Mizaç

Mizaç, duygulardan kökenini alan dürtülerin ve erken dönemde gözlenebilen ve tüm yaşam boyunca sürekliliği olan alışkanlıkların temelinde olan öğrenme olarak tanımlanmaktadır (Akiskal, Hirschfeld ve Yerevanian, 1983).

Mizaç tiplerine bakıldığında, Kraepelin "depresyonla ilişkili depresif tip", "ikiuçlu bozuklukla ilişkili hipertimik tip", "atipik depresyonla ilişkili irritabl tip" ve "hem depresyon hem de maniyle ilişkili siklotimik tip" olmak üzere dört mizaç tipi tanımlamaktadır. Akiskal (2005), Krapelin tanımladığı dört mizaç tipine bir tane daha ekleyerek "hipertimik", "distimik", "irritabl", "siklotimik" ve "anksiyöz" olmak üzere beş mizaç tipi tanımlamaktadır. Aşağıda bu mizaç tiplerinden kısaca bahsedilmiştir;

Hipertimik mizaca sahip bireylerin, "sinirli, neşeli, aşırı iyimser veya coşkulu; saf, kendine fazla güvenen, övüngen, abartılı, gösterişli, gayretli, çok plan yapan, tedbirsiz ve bitmez tükenmez bir dürtüsellik, aşırı konuşkan; sıcakkanlı, insan arayan veya dışa dönük, aşırı karışan ve başkalarının işine burnunu sokan, baskılanmayan, uyaran arayan veya rastgele cinsel ilişkide bulunan" gibi özellikler gösterdiği görülmektedir..

Distimik (depresif) mizaca sahip bireylerin, "ümitsiz, kötümser, neşesiz veya eğlenmeyen, sessiz, pasif ve kararsız, şüpheci, aşırı eleştiren veya şikâyet eden, derin derin düşünen ve endişelenen, vicdanlı, kendi kendini disipline eden, kendini eleştiren,

kendini cezalandıran, kendini küçülten, başarısızlıkları, yetersizlikleri ve olumsuz olaylar hakkında aşırı kafa yoran" gibi özellikler gösterdiği görülmektedir.

İrritabl mizaca sahip bireylerin, "çoğunlukla karamsar, derin düşüncelere dalmaya meyil, aşırı eleştiren ve şikâyet eden, mizahtan yoksun şakalar yapan, ötekinin sınırlarına giren, sürekli hoşnutsuz duygudurum içerisinde olan" gibi özellikler gösterdiği görülmektedir.

Siklotimik mizaç, bir fazdan diğerine öznel ve davranışsal görünümler arasında ani geçişlerin olduğu iki dönemli durumlar olduğu görülmektedir.

Öznel görünümleri:

- Bitkin, halsiz veya canlı, oforik
- Kötümserlik veya İyimserlik
- Zihinsel konfuzyon veya keskinleşmiş ve yaratıcı düşünce
- Düşük kendine güven veya aşırı kendine güven arasında değişen benlik saygısı

Davranışsal görünümleri:

- Azalmış sözel dışavurum veya çok konuşma
- Aşırı uykulu veya aşırı uyanık
- Nedensiz sulu gözlülük veya aşırı şakacılık
- İçedönük kendini soyutlama veya sınırsız insan arama
- Üretkenlikte belirgin değişkenliğin söz konusu olması

Anksiyöz mizaca sahip bireylerin, "davranışsal inhibisyona yatkın, yeni uyaranlar ve mücadele gerektiren durumlar karşısında psikolojik tepkisellik, anksiyete duyumlarının zararlı biyolojik ve psikolojik sonuçların göstergesi olabileceğine inanç, günlük değişimlere adaptasyonda zorluk, uykuya dalmakta zorluk ve dinlendirici olmayan uyku, psikosomatik rahatsızlıklara yatkınlık" gibi özellikler gösterdiği görülmektedir.

Bir kişiden bir veya birden fazla baskın mizaç tipi saptanabilmekle birlikte sadece tek bir baskın mizaç tipi olmayabilmektedir.

Annenin mizaç özelliğinin, çocuğunun birtakım psikolojik ve davranışsal problemler yaşamasına neden olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Stifter, Bono ve Spinrad'ın (2003), kolik bebekleri olan anneler ile yaptıkları çalışmada, annelerin kişilik özelliği olarak kendilik değerlerinin düşük olduğunu ve stres düzeyi yüksek anneler olduklarını saptamışlardır. Uyguladıkları testte, kolik olan bebeklerin

annelerinin “çok duygusal olmayan biriyim, başkasının endişesini anlamak için fazla vakit harcamam” yanıtlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Ayrılma anksiyetisi yaşayan bir grup çocukla yapılan bir başka çalışmada, çocukların annelerinin mizaç özellikleri karşılaştırıldığında anksiyetesi olan çocukların annelerinin depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan başka bir araştırmada, anne- çocuk ilişkisindeki sorunların (örneğin; annenin negatif duygulanımı, olumsuz davranışları, yakın ilişki kuramaması vb.) ve annelerin ruhsal bozukluklarının, çocukların depresif semptomlar geliştirmelerine neden olduğu ve çocuğun mizaç özelliklerini olumsuz etkilediği görülmüştür. (Mufson, Nomura ve Warner, 2002; Erermiş, Bellibaş, Özbaran, Büküşoğlu, Altıntoprak, Bildik ve Çetin, 2009). Bu noktada, Bion’un (1962) annenin “kapsayıcı işlevi (alfa işlevi) kavramından bahsetmek mümkündür. Kapsayıcı işlev, annenin bebeğin ihtiyaçlarının farkında olması ve dezorganize olmadan bu ihtiyaçlara karşılık vermesidir. Anne çocuğun ihtiyaçlarını anlayıp karşılık verdiği zaman bebeğin duygulanımları bir anlamla karşılaşmakta ve bebek iyi nesne tasarımını belirlemektedir. Böylelikle ruhsal aygıt iyi bir tasarım ile dolmaktadır. Eğer anne bebeği ihtiyacı olmayan şekilde sakinleştirmeye çalışıyorsa bebek boşluğa düşmekte ve bir anlam oluşturamamaktadır. Psikosomatik hastalarda da, Bion’un bahsettiği alfa işlevinde bir eksiklik söz konusudur. Bu bağlamda, erken dönem dönemde çocuğun psikosomatik belirtilerinin annenin mizaç özellikleri, kapsayıcılığı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde, bebekte görülen kabızlık ve annenin mizaç özelliklerini araştıran çalışmaya rastlanmamıştır.

1.7. Çocuk Yetiştirme Tutumlarının Önemi

Aile, çocuğun ruhsal gelişimini, oluşumunu ve davranışlarını doğumdan önce başlayarak ömrünün sonuna kadar etkilemektedir (Yavuzer, 1993). Çocuk, annenin duygulanımlarından etkilenmeye anne karnında başlamaktadır (Örgün, 2000). Karataş’a (2009) göre, çocuğun gelişimi anne ve babanın çocuğa karşı tutumlarıyla anlamlı düzeyde ilişkilidir.

Anne ve babaların çocuğunu büyütürken onun nasıl bir kişi olacağı, davranışlarının nasıl olması gerektiği ile ilgili açık ya da gizli beklentileri

bulunmaktadır. Bu bağlamda, çocuklarını kendi arzuları doğrultusunda büyütmek için farklı yetiştirme tutumları denemektedirler (Solmuş, 2010).

Anne- baba tutumları çocuğun kişilik ve ruh sağlığı gelişimini etkilemektedir. Çocuğun ruh sağlığı ve kişiliğinin olumlu şekilde gelişmesi bebeklikten itibaren olumlu, tutarlı ve sevgi dolu bir aile içinde büyütülmesine bağlı olmaktadır (Yavuzer, 1999).

Her anne baba bilerek ya da bilmeyerek çocuklarına karşı farklı tutumlar sergilemektedirler. Bu birbirinden farklı tutumlardan aşağıda kısaca bahsedilmiştir (Yavuzer, 2003);

Aşırı koruyucu tutum, kontrol ile birlikte kabul ve ilgi yüksektir ve çocuğa karşı ölçüsüz bir biçimde özveride bulunulmaktadır. Bu anne-baba tutumunda genellikle çocuğun yapabileceği işleri bile anne üstlenerek, çocuğun yerine yapmaktadır.

Aşırı izin verici tutum, kontrol düşük, kabul-ilgi yüksek olup, anne-baba çocuğa karşı çok ilgili ve duyarlıdırlar. Bu tutumda, kurallara uymaması durumda çocuğa herhangi bir yaptırım uygulanmamaktadır.

Baskıcı- otoriter tutum, çocuktan mutlak itaat beklenmektedir. Anne-baba, çocuğun kendisine ait düşünceleri olabileceğini kabul etmemekte ve çocuğu kendini yönetebilecek güçte görmemektedir. Anne-babanın bu tutumu çocukların kendilerini özgürce ifade edebilmelerini engellemektedir.

Dengesiz- kararsız tutum, anne veya babadan birinin olumlu olarak gördüğü davranış diğeri tarafından olumsuz olarak değerlendirilebilmektedir. Aynı zamanda anne-babanın ruh haline göre davranışın uygun olup olmadığı değişebilmektedir.

İlgisiz tutum, anne ve baba çocuğa ayıracağı zamanı ve onunla kuracağı ilişkiyi en aza indirmeye çabalamaktadır. Çocuğu ihmal etmektedirler.

Demokratik tutum, kontrolün ve kabul-ilginin birlikte ve dengeli bir şekilde görüldüğü çocuk yetiştirme tutumudur. Bu tutumda anne-baba çocuğu dinlemekte ve onunla sözel iletişim kurmaktadır.

Literatür incelendiğinde, annenin davranış ve tutumlarının, çocuktaki duygusal durum, mizaç, davranış bozuklukları arasındaki ilişkide doğrudan rol oynadığı bilinmektedir (Mufson, Nomura ve Warner, 2002). Calkinss, Hungerford ve Dedmon'un (2004) yaptığı çalışmada, erken dönemde ebeveynleri tarafından "engellenmiş olma hissi" (aşırı koruyucu tutum) yaşayan bebeklerin olumsuz

duygulanımlar sergiledikleri görülmektedir. 2-6 yaş arası 101 çocukla yapılan bir başka araştırmada; ebeveyninin tutumları daha disiplinli ve sert olan çocuklarda kabızlık oranının daha sık olduğu görülmüştür. Ayrıca tuvalet eğitiminin katı bir şekilde veya erken yaşta verildiği çocuklarda da fonksiyonel kabızlık görülmektedir. (Burket, Cox, Tam, Ritterband, Borowitz, Sutphen, Stein ve Kovatchev, 2006). Akyıldız, Urgancı ve Nuhoğlu (2005), 2-13 yaş arası 47 çocukla yaptıkları araştırmada; %33'ünde anne tutumlarının (baskılayıcı tuvalet eğitimi, tuvalet eğitimini erken yaşta verme isteği, bozuk aile içi ilişkiler) kabızlıkta etkili olduğunu belirtmektedir. Bu bağlamda, bedenin ifade aracı olarak kullanıldığı erken dönemde de annenin tutumunun bebeğin psikosomatik belirtileri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ancak literatür incelendiğinde, çocuktaki kabızlık ve anne tutumlarını inceleyen kısıtlı sayıda çalışma bulunsa da erken dönemde bebekte görülen kabızlığı anne tutumları ile ilişkilendiren çalışmalara rastlanmamıştır.

1.8. Araştırmanın Amacı

Yapılacak olan bu araştırmanın temel amacı, 4 ay -1 yaş aralığında kabızlık tanısı almış bebeklerde, bu hastalık tablosunun oluşumunda annenin tutumunun, mizacının ve ruhsal özelliklerinin etkinlik derecesini araştırmaktır. Bu nedenle de, kabızlık tanısı almış bebeklerin anneleri ile herhangi bir şikayet ile çocuk doktoruna ya da kliniğe başvurmamış rutin sağlık kontrolleri nedeniyle hastaneye gelen bebeklerin annelerinin tutum, mizaç ve ruhsal özellikleri incelenerek karşılaştırılacaktır.

Bu çalışmada, annenin tutumunun, mizacının ve ruhsal özelliklerinin bebeğin kabızlığına etki edeceği noktasından hareketle, bu değişkenleri değerlendirmeyi sağlayan Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği (EBBÖ), Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ), Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS- A), Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI) kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, kabız grup ile kontrol grubu arasında anne tutumlarının, mizaçlarının, depresyon düzeylerinin, bağlanma stillerinin, öfke tarzlarının açısından farklılık görülmesi beklenmektedir. Bu amaç çerçevesinde oluşturulan hipotezler şunlardır:

1. Hipotez: Annenin doğum sonrası depresyon düzeyi

Kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre "doğum sonrası depresyon" puanlarının daha yüksek olması beklenmektedir.

2. Hipotez: Annenin bağlanma biçimi

Kabızlık tanısı almış bebeklerin anneleri ile normal bebeklerin annelerinin bağlanma biçemleri arasında farklılık beklenmektedir.

a) Normal bebeklerin annelerinin, kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerine göre "güvenli bağlanma" puanlarının yüksek olması beklenmektedir.

b) Kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre "kaçınmacı bağlanma" puanlarının yüksek olması beklenmektedir.

c) Kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre "ikircikli bağlanma" puanlarının yüksek olması beklenmektedir.

3. Hipotez: Annenin öfke düzeyi ve öfke tarzları

Kabızlık tanısı almış bebeklerin anneleri ile normal bebeklerin annelerinin sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları arasında farklılık beklenmektedir.

a) Kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre, "sürekli öfke" puanlarının daha yüksek olması beklenmektedir.

b) Kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre, "içte tutulan öfke" puanlarının daha yüksek olması beklenmektedir.

c) Normal bebeklerin annelerinin, kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerine göre "kontrol altına alınmış öfke" puanlarının yüksek olması beklenmektedir.

4. Hipotez: Annenin mizacı

Kabızlık tanısı almış bebeklerin anneleri ile normal bebeklerin annelerinin mizaç özellikleri arasında farklılık beklenmektedir.

a) Kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre "depresif" mizaç puanlarının daha yüksek olması beklenmektedir.

b) Kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre "irritabl" mizaç puanlarının daha yüksek olması beklenmektedir.

c) Kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre "anksiyöz" mizaç puanlarının daha yüksek olması beklenmektedir.

5. Hipotez: Annenin tutumu

Kabızlık tanısı almış bebeklerin anneleri ile kabızlık tanısı almamış bebeklerin annelerinin çocuk yetiştirme tutumları arasında farklılık beklenmektedir.

a) Kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre, "aşırı koruyucu annelik" tutum puanlarının daha yüksek olması beklenmektedir.

b) Kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre, "baskı- disiplin" tutum puanlarının daha yüksek olması beklenmektedir.

c) Kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre, "demokratik tutum ve eşitlik tanıma" tutum puanlarının daha düşük olması beklenmektedir.

1.9. Araştırmanın Önemi

Beden sağlığı ve ruh sağlığı birbirini etkileyen, bütünsel bir bakış açısıyla ele alınması gereken iki kavramdır. Ruhsal aygıtta meydana gelen sıkıntılar ve çatışmalar bedensel rahatsızlık olarak ortaya çıkabilmektedir. Özellikle dilin ifade aracı olarak kullanılmadığı erken dönemde bebek yüksek ölçüde psikosomatiktir. Bir başka deyişle bedenini ifade aracı olarak kullanmaktadır. Bebek, ruhsallığında yaşadığı çatışmayı, sıkıntıyı, huzursuzluğu, gerilimi, doyumsuzluğu beden yoluyla ifade edebilmektedir. Erken dönemde bebeğe bakım veren ve bebekle en çok ilgilenen, bebeğin en çok temas kurduğu kişi annedir. Bu nedenle annenin ruh sağlığı oldukça önemlidir ve çocuğun psikosomatik belirtilerini anlamada en önemli etkenlerden biri anne ile ilişkisidir. Dışkı bozukluklarından kabızlık problemi de çocuğun ruhsallığında yaşadığı bir sıkıntının dışavurumu olabilmektedir. Ayrıca çocukta görülen psikosomatik belirtilerin ruhsal açıdan ele alınması erişkin yaşamında psikosomatik hastalıkların önlenmesinde önemli bir rolü vardır. Bu bağlamda, kabızlık sadece fizyolojik bir sıkıntı olarak açıklanamaz.

Sorunsalın temelinde yatan psikolojik faktörler de en az olası fizyolojik faktörler kadar etkili olmaktadır. Ancak kabızlık ile ilgili yapılan araştırmalara ve bu konuyla ilgili bakış açılarına bakıldığında kabızlığın fizyolojik bir sıkıntı olarak ele alındığı görülmektedir. Günümüzün hakim görüşüne bakıldığında fonksiyonel kabızlığın genel olarak; düşük lifli diyet, tuvalet korkusu, yanlış tuvalet eğitimi, anne ve babanın aşırı katı tutumu, okul tuvaletinin uygun olmaması, sıvı alımında azalma ve genetik eğilim gibi nedenlerle açıklandığı görülmektedir (Pashankar, Loening- Baucke ve Bishop, 2003). Sorunsalın temelinde yatan psikolojik faktörler de en az bu faktörler kadar etkilidir. Bu açıdan tıp uzmanları çocuklara birtakım ilaç tedavileri, beslenme programları vermekte ya da çocuğa bakım veren kişi (anne) tarafından çocuğun ruhsallığını olumsuz yönde etkileyebilecek yöntemler (çocuğun anüsüne zeytinyağı sürme, sabun koyma, fitil kullanma vs.) uygulanmaktadır (Özen, Koçak, Dinler ve Saltık, 1998; Özyazıcıoğlu ve Polat, 2004). Ancak bu gibi durumlar çocuğun kabızlık probleminin çözümü gibi görünse de ruhsallıktaki sıkıntının çözümü olmamaktadır. Başka bir deyişle, kabızlık probleminin çözümünü sağlayabilecek ruhsallık boyutu tamamen göz ardı edilmektedir.

Yapılacak olan bu araştırma ile kabızlık, psikosomatik bağlamda ele alınarak bu alanda önemli bir eksik olan ruhsal açıdan araştırılacaktır. Aynı zamanda kabızlık sorunsalına ruhsal boyutun etkisi bağlamında, literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM 2

YÖNTEM

2.1. Araştırma Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, İstanbul Anadolu Yakası'nda 4 ay-1 yaş aralığındaki bebeklerin anneleri oluşturacaktır.

Araştırmanın örneklemini, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin çocuk polikliniğine başvuran 4 ay-1 yaş aralığındaki çocuk doktoru tarafından kabızlık tanısı almış 33 bebeğin ve herhangi bir şikayet ile çocuk doktoruna ya da kliniğe başvurmamış rutin sağlık kontrolleri nedeniyle polikliniğe gelen 33 bebeğin annesi oluşturmaktadır. Bu şekilde belirlenen araştırmanın örnekleminde toplam 66 katılımcı vardır.

2.2. Veri Toplama Araçları

2.2.1. Verilerin Toplanmasında Kullanılacak Araçlar

Araştırma verilerini toplamak amacıyla Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği (EBBÖ), Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ), Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS- A), Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (PARI) ve araştırmaya katılacak olan annelerin kişisel bilgilerini ve bebekleriyle ilgili bazı özellikleri belirlemek ve düzenlemek amacı ile araştırmacı tarafından geliştirilen "Anket Formu" bulunmaktadır.

2.2.1.1. Anket Formu

Anket formu, annelerin birtakım kişisel özelliklerini ve bebeklerin bazı özelliklerini belirleyen sorulardan oluşmaktadır. Soruların oluşturulmasında konuyla ilgili literatür bilgisi dikkate alınmıştır. Bu form Ek-1'de verilmiştir.

2.2.1.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, doğum sonrası depresyonu tanımada ve ileri tedavi gerektirecek hastaların psikolojik yardım için yönlendirilmesinde kullanılabilecek bir ölçektir ve genel olarak tüm dünyada kabul görmüştür. Tanı koydurucu bir ölçek olmayıp semptom tarama amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek Cox ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiş ülkemizde Engindeniz, Küey ve Kültür (1997) güvenirlik ve geçerlik çalışmasını yapmıştır. Ölçek

10 maddeden oluşan, 4'lü likert tipi kendini bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0–3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1., 2. ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanırken, 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. maddeler 3, 2, 1, 0 şeklinde, ters olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .79, güvenirliği .86 bulunmuştur. Ülkemizde bu ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuş ve EDSDÖ, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir (aktaran Çelikel, 2012). Bu araştırma çerçevesinde bakıldığında; araştırmada 4 ay-1 yaş aralığında bebeği olan anneler ile çalışılacağı için bu ölçeğin kullanılmasının uygun olduğu düşünülmektedir. Ölçek Ek-2'de verilmektedir.

2.2.1.3. Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği (EBBÖ)

Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması Sabuncuoğlu ve Berkem (2006) tarafından yapılmıştır. Ölçek, iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümü, Hazan ve Shaver (1987) tarafından geliştirilen A, B, C şıklarını içeren yetişkinleri güvenli, kaçınmacı ve kaygılı/ikircikli bağlanma biçimlerine göre sınıflamaktadır. Hazan ve Shaver ölçeği oluştururken, yetişkin bağlanma sürecini, anne- bebek ilişkisine paralel olarak kavramsallaştırmışlar ve yetişkin bağlanma biçimini ölçen basit bir kendini anlatma ölçeği geliştirmişlerdir. Çocukluk döneminde, ebeveynle ilişki özellikleri ve genel davranış özellikleri ile ilgili üç farklı ifade bulunmaktadır. Ölçeğin ikinci bölümü Mikulincer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu bölümde, her biri 1 ile 7 arasında puanlanması istenen 15 maddeden oluşan likert tipi ölçektir. Her bir bağlanma biçimi, 5 madde ile temsil edilmektedir. En yüksek puanın alındığı alt boyut bireyin bağlanma biçimini belirlemektedir. Güvenli Bağlanma (1,3,7,10,15), Kaçınmacı Bağlanma (2,4,8,12,13) ve İkircikli Bağlanma (5,6,9,11,14) olmak üzere 3 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek Ek-3'de verilmektedir.

2.2.1.4. Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ)

Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği'nin orjinali 44 maddeden oluşan bireyin belli durumlarda ya da genelde yaşadığı öfke duygusunun derecesini ve ifade ediliş biçimini ölçmek için geliştirilmiştir. Türkçe'ye uyarlanması Özer tarafından yapılmış, güvenirlik çalışmaları sonucu 34 maddeye indirilmiştir. Ölçek "durumluk öfke", "sürekli öfke" ve

"öfke ifade tarzı" olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Öfke ifade tarzı alt ölçeği de, "içte tutulan öfke", "dışavurulan öfke" ve "kontrol altına alınmış öfke" olmak üzere 3 alt ölçeği bulunmaktadır. Testi uygulayan kişiden "sizi ne kadar tanımlıyor?" sorusuna karşı "hiç", "biraz", "oldukça", "tümüyle" yanıtlarından birisini işaretlemesi istenmektedir. Ölçeğin her bir alt testinden dört adet toplam puan elde edilmektedir. Ölçekteki ilk 10 madde "sürekli öfke" alt ölçeğinin maddeleridir. "İçte tutulan öfke" alt ölçeğinin puanı 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31 numaralı; "dışa vurulan öfke" alt ölçeğinin puanı 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33 numaraları, "kontrol altına alınmış öfke" alt ölçeğinin puanı 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30, ve 34 numaraları maddelerin toplanmasıyla elde edilmektedir. "Sürekli öfkeden" alınan puanların yüksek olması öfke düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Dışavurulan öfke puanının yüksek olması öfkenin kolayca ifade edilebiliyor olduğunu, kontrol altına alınmış öfke puanının yüksek olması öfkenin kontrol edilebildiğini ve içte tutulan öfke puanının yüksek olması öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir (Savaşır ve Şahin, 1997). Ölçek Ek-4'de verilmektedir.

2.2.1.5. Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS- A)

Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi'nin bireydeki baskın mizacı değerlendirmek amacıyla Akiskal (2005) tarafından geliştirilmiştir. Depresif, siklotimik, anksiyöz, irritabl ve hipertimik mizaçları belirlemek için oluşturulan 99 maddeden oluşmaktadır. Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Vahip, Kesebir, Alkar, Yazıcı, Akiskal ve Akiskal (2005) tarafından yapılmıştır. Birey yaşamının tümünü düşünerek maddelere doğru veya yanlış olarak yanıtlamaktadır. Bir bireyde depresif (18 madde), siklotimik (19 madde), hipertimik (20 madde), irritabl (18 madde) ve anksiyöz (24 madde) mizaç özelliklerinden baskın olanı belirlemek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13, ve 18 puandır. Türkçe formunun her bir mizaç tipi için test yeniden test güvenirliği .73-.93 ve Cronbach-Alpha katsayısı .77-.85 arasında olduğu tespit edilmiştir. Ölçek Ek- 5'de verilmektedir.

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

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği, 1958 yılında Schoefer ve Bell tarafından ABD'de geliştirilmiştir. Le Compte ve arkadaşları (1978) tarafından Türkçeye uyarlanan ve ülkemiz koşullarına uygun olarak yeniden düzenlenen ölçek 60 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde, 4 (1–4) puanlık bir cetvele göre değerlendirilir. Ölçeğin 2., 29. ve 44. soruları tersine derecelendirilmektedir. "Aşırı koruyucu annelik", "ev kadınlığı rolünü reddetme", "demokratik tutum ve eşitlik tanıma", "karı koca geçimsizliği" ve "baskı disiplin" olmak üzere 5 alt boyuttan oluşan ölçekte toplam puan yerine her bir boyut için ayrı ayrı puan hesaplanır. Küçük (1987) tarafından alt boyutlarının yapı geçerliliği desteklenen ölçeğin test-tekrar güvenilirliği .58– .88 olarak bulunmuştur (aktaran Güneş, 2010). Ölçek Ek- 6 'da verilmektedir.

2.3. İşlem

2.3.1. Verilerin Toplanması

Araştırma sürecinde uygulama işlemi, Mart 2015- Aralık 2015 tarihleri arasında Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Polikliniği'nde yapılmıştır. *Kabız grup,* kabızlık şikayeti ile hastaneye başvurmuş ve çocuk doktorunun muayenesi sonucu "kabızlık tanısı almış" 4 ay- 1 yaş aralığındaki bebeklerin annelerinden, *kontrol grubu* ise, aynı poliklinikte ve aynı tarihler arasında, herhangi bir şikayet ile çocuk doktoruna ya da kliniğe başvurmamış rutin sağlık kontrolleri nedeniyle hastaneye gelen 4 ay- 1 yaş aralığındaki sağlıklı bebeklerin annelerinden seçildi. Bozucu faktörlerin etkisini en düşük düzeyde tutabilmek için örneklem grubu, denk sosyo-demografik özelliklere sahip annelerden oluşturuldu. Çocuk doktorunun annelere tavsiyesiyle; annelerle birebir görüşüldü, araştırmadan bahsedildi ve katılmak isteyip istemedikleri soruldu. Katılmak isteyen gönüllü katılımcılarla, sessiz bir odada birebir görüşüldü ve daha sonrasında katılımcı tarafından ölçekler cevaplandırıldı. Uygulama işlemi yaklaşık 45- 50 dakika sürdü.

2.3.2. Verilerin Çözümlenmesi

Araştırmada yer alan veri toplama araçları uygulandıktan sonra her bir veri kontrol edilerek bilgisayar ortamına aktarıldı. Araştırmada, toplam 74 anneye ölçekler uygulandı ancak bunlardan 8 tanesi tam doldurmak istemediği ya da çelişkili cevaplar

barındırdığı için araştırmadan çıkarıldı. Veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 16 paket programında analiz edildi. Verilerin çözümlenmesinde, tanımlayıcı istatistik metotları ve t testi kullanıldı.

BÖLÜM 3

BULGULAR

Araştırma kapsamında toplanan veriler üzerinde gerekli istatistiksel analizler yapılmış ve sonuçları, bu bölümde tablolaştırılarak yorumlanmıştır.

3.1 Kabızlık Tanısı Olan ve Olmayan Bebeklere Sahip Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin ve Bebeklerinin Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 1. Annelerin Yaş Dağılımı

Yaş	Grup						Ranj
	Kabız Çocuk		Normal Çocuk		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	27- 41
30 Yaş ve Altı	14	%42,4	11	%33,3	25	%37,9	
30 Yaş üzeri	19	%57,6	22	%66,7	41	%62,1	
Toplam	33	%100,0	33	%100,0	66	%100,0	

Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin %42,4'ünün 30 yaş ve altı, %57,6'sının 30 yaş üzeri; kontrol grubundaki annelerin %33,3'ünün 30 yaş ve altı, %66,7'sinin 30 yaş üzeri olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan bütün katılımcıların yaşlarının ranj aralığı 27-41 yaş aralığıdır.

Tablo 2. Annelerin Eğitim Durumu Dağılımı

Eğitim Durumu	Grup					
	Kabız Çocuk		Normal Çocuk		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İlkokul	4	%12,1	0	%0,0	4	%6,1
Ortaokul	6	%18,2	4	%12,1	10	%15,2
Lise	12	%36,4	9	%27,3	21	%31,8
Üniversite	11	%33,3	20	%60,6	31	%47,0
Toplam	33	%100,0	33	%100,0	66	%100,0

Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin %12,1'inin ilkokul, %18,2'inin ortaokul, %36,4'ünün lise, %33,3'ünün üniversite; kontrol grubundaki annelerin %12,1'inin ortaokul, %27,3'ünün lise, %60,6'sının üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Annelerin Çalışma Durumu Dağılımı

Çalışma Durumu	Grup					
	Kabız Çocuk		Normal Çocuk		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	9	%27,3	18	%54,5	27	%40,9
Hayır	24	%72,7	15	%45,5	39	%59,1
Toplam	33	%100,0	33	%100,0	66	%100,0

Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin 9'unun (%27,3) çalıştığı, 24'ünün (%72,7) ev hanımı olduğu; kontrol grubundaki annelerin ise 18'inin (%54,5) çalıştığı, 15'inin (%45,5) ev hanımı olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Gebeliğin Oluşma Şekli ile Grup Arasındaki İlişki

Gebeliğin Oluşma Şekli	Grup						X^2/p
	Kabız Çocuk		Normal Çocuk		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Planlı Gebelik	23	%69,7	32	%97,0	55	%83,3	X^2=8,836
Planlanmayan Gebelik	10	%30,3	1	%3,0	11	%16,7	p=0,003
Toplam	33	%100,0	33	%100,0	66	%100,0	

Gebeliğin oluşma şekli ile grup arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (X^2=8,836; p=0,003<0.05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin 23'ünün (%69,7) planlı gebelik, 10'unun (%30,3) planlanmayan gebelik; kontrol grubundaki annelerin 32'sinin (%97,0) planlı gebelik, 1'inin (%3,0) planlanmayan gebelik olduğu görülmektedir. Kabız bebeklerin "planlanmayan gebelik" durumu anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir.

Tablo 5. Bebek Gece Ağladığında Annenin Davranışı ile Grup Arasındaki İlişki

Bebek gece ağladığında annenin davranışı	Grup						X^2/p
	Kabız Çocuk		Normal Çocuk		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Hemen yanına giderim	7	%21,2	31	%93,9	38	%57,6	X^2=39,158
Geç yanına giderim	24	%72,7	0	%0,0	24	%36,4	p=0,000
Hiç yanına gitmem, kendi halinde uyur	2	%6,1	2	%6,1	4	%6,1	
Toplam	33	%100,0	33	%100,0	66	%100,0	

Bebek gece ağladığında annenin davranışı ile grup arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (X^2=39,158; p=0,000<0.05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin 7'sinin (%21,2) bebeğinin yanına hemen gittiği, 24'ünün (%72,7) geç gittiği, 2'sinin (%6,1) hiç gitmediği; kontrol grubundaki annelerin 31'inin (%93,9) bebeğinin yanına hemen gittiği, 2'sinin (%6,1) hiç gitmediği görülmektedir. Kontrol grubundaki annelerin bebekleri ağladığında "hemen yanına gittiği" yüksek düzeyde görülürken, kabızlık

tanısı olan annelerin bebekleri ağladığında "geç yanına gittiği" yüksek düzeyde görülmektedir.

Tablo 6. Bebeği Emzirmekten Hoşlanma Durumu ile Grup Arasındaki İlişki

Bebeği Emzirmekten Hoşlanma Durumu	Grup						X^2/p
	Kabız Çocuk		Normal Çocuk		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Emzirmekten hoşlandım	18	%54,5	31	%93,9	49	%74,2	X^2=13,390 p=0,000
Emzirmekten hoşlanmadım	15	%45,5	2	%6,1	17	%25,8	
Toplam	33	%100,0	33	%100,0	66	%100,0	

Bebeği emzirmekten hoşlanma durumu ile grup arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (X^2=13,390; p=0,000<0.05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerinin 18'inin (%54,5) emzirmekten hoşlandığı, 15'inin (%45,5) hoşlanmadığı,; kontrol grubundaki annelerin 31'inin (%93,9) emzirmekten hoşlandığı, 2'sinin (%6,1) hoşlanmadığı görülmektedir. Kabızlık tanısı olan bebeklerin annelerinin yüksek düzeyde emzirmekten hoşlanmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 7. Bebeğin İştah Sorunu Olma Durumu ile Grup Arasındaki İlişki

Bebeğin İştah Sorunu Olma Durumu	Grup						X^2/p
	Kabız Çocuk		Normal Çocuk		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	13	%39,4	0	%0,0	13	%19,7	X^2=16,189 p=0,000
Hayır	20	%60,6	33	%100,0	53	%80,3	
Toplam	33	%100,0	33	%100,0	66	%100,0	

Bebeğin iştah sorunu olma durumu ile grup arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (X^2=16,189; p=0,000<0.05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin 13'ünün (%39,4) bebeklerinin iştah sorunu olduğu, 20'sinin (%60,6) olmadığı; kontrol grubundaki annelerin 33'ünün (%100,0) bebeklerinin iştah sorunu olmadığı

görülmektedir. Kabızlık tanısı alan bebeklerin iştah sorunlarının daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 8. Bebek Meme Emmek ya da Mama Yemek İstemediğinde Annenin Davranışı ile Grup Arasındaki İlişki

Bebek meme emmek ya da mama yemek istemediğinde annenin davranışı	Grup						X^2/p
	Kabız Çocuk		Normal Çocuk		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Bir şekilde o besini mutlaka veririm	30	%90,9	3	%9,1	33	%50,0	X^2=44,182 p=0,000
Hiç ısrarcı davranmam kendisine bırakırım	3	%9,1	30	%90,9	33	%50,0	
Toplam	33	%100,0	33	%100,0	66	%100,0	

Bebeğin meme emmek ya da mama yemek istemediğinde annenin davranışı ile grup arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (X^2=44,182; p=0,000<0.05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin 30'unun (%90,9) besleme konusunda bebeğini zorladığı, 3'ünün (%9,1) zorlamadığı; kontrol grubundaki annelerin 3'ünün (%9,1) besleme konusunda bebeğini zorladığı, 30'unun (%90,9) zorlamadığı görülmektedir. Kabızlık tanısı alan bebeklerin annelerinin "besleme konusunda" zorlayıcı tutumlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 9. Bebeğin Parmak Emme İsteğine Karşı Annenin Davranışı ile Grup Arasındaki İlişki

Parmak Emme	Grup						X^2/p
	Kabız Çocuk		Normal Çocuk		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Parmak emmedi	15	%45,5	13	%39,4	28	%42,4	X^2=38,143 p=0,000
Parmak emmesine izin vermedim	18	%54,5	0	%0,0	18	%27,3	
Parmak emmesine izin verdim	0	%0,0	20	%60,6	20	%30,3	
Toplam	33	%100,0	33	%100,0	66	%100,0	

Bebeğin parmak emme isteğine karşı annenin davranışı ile grup arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (X^2=38,143; p=0,000<0.05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin 18'inin (%54,5) bebeğin parmak emme isteğini engellediği; kontrol grubundaki annelerin 20'sinin (%60,6) bebeğin bu isteğine izin verdiği görülmektedir. Kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin "bebeğin parmak emmesine" izin vermediği tespit edilmiştir.

Tablo 10. Psikiyatrik Başvuruda Bulunma Durumu ile Grup Arasındaki İlişki

Psikiyatrik Başvuruda Bulunma Durumu	Grup						X^2/p
	Kabız Çocuk		Normal Çocuk		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	4	%12,1	1	%3,0	5	%7,6	X^2=1,948 p=0,178
Hayır	29	%87,9	32	%97,0	61	%92,4	
Toplam	33	%100,0	33	%100,0	66	%100,0	

Psikiyatrik başvuruda bulunma durumu ile grup arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (X^2=1,948; p=0,178>0.05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin %12,1'nin psikiyatriye başvurduğu, %87,9'nun başvurmadığı; kontrol grubundaki annelerin %3'ünün başvururken, %97'sinin başvurmadığı görülmektedir.

Tablo 11. Bebeğinin Çok Sık Ağladığını Düşünme ile Grup Arasındaki İlişki

Bebeğin Çok Sık Ağladığını Düşünme	Grup						X^2/p
	Kabız Çocuk		Normal Çocuk		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	18	%54,5	0	%0,0	18	%27,3	X^2=24,750 p=0,000
Hayır	15	%45,5	33	%100,0	48	%72,7	
Toplam	33	%100,0	33	%100,0	66	%100,0	

Bebeğinin çok sık ağladığını düşünme ile grup arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (X^2=24,750; p=0,000<0.05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin 18'i (%54,5) bebeklerinin çok sık ağladığını düşünürken, kontrol grubundaki annelerin hepsi bebeklerinin "çok sık ağlamadıklarını" belirtmektedir.

Tablo 12. Kabızlık Tanısı Olan Bebeklere İlişkin Özellikler

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Bebeğin ne kadar zamandır kabızlık tanısı olduğu	1-3 Ay	26	78,8
	3 Ay üzeri	7	21,2
	Toplam	33	100,0
Kabızlık tanısından sonra kaç kere çocuk doktoruna gidildiği	1-3 kere	22	66,7
	3 kereden fazla	11	33,3
	Toplam	33	100,0
Kabızlık tanısından sonra bu duruma müdahale etme durumu (anüse fitil koyma, zeytinyağı sürme gibi.)	Evet	30	90,9
	Hayır	3	9,1
	Toplam	33	100,0

Araştırmaya katılan kabızlık tanısı almış bebeklerin 26'sının (%78,8) bir ile üç ay arası; 7'sinin (%21,2) üç aydan fazla kabızlık durumu yaşadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan kabızlık tanısı almış bebeklerin 22'sinin (%66,7) 1 ile 3 kez arası kabızlık nedeniyle doktora gittiği, 11'inin (%33,3) kabızlık sıkıntısıyla ilgili üçten fazla kere doktora gittiği görülmektedir.

Kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin 30'unun (%90,9) bu duruma anüse zeytinyağı sürme, fitil kullanma gibi geleneksel uygulamalarla müdahale ettiği 3'ünün (%9,1) herhangi bir şekilde müdahale etmediği görülmektedir.

Tablo 13. Bebeklerin Kaç Aylık Olduğuna İlişkin Ay Dağılımları

Bebeğin Kaç Aylık Olduğu	Grup						Ranj
	Kabız Çocuk		Normal Çocuk		Toplam		4-12
	n	%	n	%	n	%	
6 Ay ve Altı	10	%30,3	9	%27,3	19	%28,8	
7-12 Ay	23	%69,7	24	%72,7	47	%71,2	
Toplam	33	%100,0	33	%100,0	66	%100,0	

Kabızlık tanısı olan bebeklerin %30,3'ünün 6 ay ve altı, %69,7'sinin 7 ile 12 aylık, kabızlık tanısı olmayan bebeklerin %27,3'ünün 6 ay ve altı, %72,7'sinin 7-12 ay olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan bütün bebeklerin "aylık" durumlarının ranj aralığı 4 ay ile 12 ay arasındadır.

3.2. Doğum Sonrası Depresyonun Kabızlık Tanısı Olan ve Olmayan Bebeklere Sahip Annelere Göre Karşılaştırılması

Gruplar	Kabız Çocuk (n=33)		Normal Çocuk (n=33)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Doğum Sonrası Depresyon	15,606	4,879	3,121	1,965	13,635	0,000

Araştırmada öne sürülen hipotezlerden ilkinde, "kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre *doğum sonrası depresyon* puanlarının daha yüksek olması" beklenmektedir. Araştırmaya katılan annelerin "doğum sonrası depresyon" puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t_{(64)}$=13.635; p=0.000<0,05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin "doğum sonrası depresyon" puanlarının ($\bar{x}$=15,606), kabızlık tanısı olmayan bebeklere sahip annelerin "doğum sonrası depresyon" puanlarından ($\bar{x}$=3,121) daha yüksek olduğu görülmektedir. Doğum sonrası depresyon düzeyi açısından, kabız bebeklere sahip anneler ve kontrol grubu arasında beklenen farklılık istatistiksel olarak da doğrulanmıştır.

3.3. Bağlanma Biçimlerinin Kabızlık Tanısı Olan ve Olmayan Bebeklere Sahip Annelere Göre Karşılaştırılması

Tablo 14. Bağlanma Biçimleri ile Grup Arasındaki İlişki

Bağlanma	Grup						X^2/p
	Kabız Çocuk		Normal Çocuk		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Güvenli	13	%39,4	29	%87,9	42	%63,6	
Kaçınmacı	16	%48,5	4	%12,1	20	%30,3	X^2=17,295 p=0,000
İkircikli	4	%12,1	0	%0,0	4	%6,1	
Toplam	33	%100,0	33	%100,0	66	%100,0	

Bağlanma biçimleri ile grup arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (X^2=17,295; p=0,000<0.05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin 13'ünün (%39,4) güvenli, 16'sının (%48,5) kaçınmacı, 4'ünün (%12,1) ikircikli; kabızlık tanısı olmayan bebeklere sahip annelerin 29'unun (%87,9) güvenli, 4'ünün (%12,1) kaçınmacı bağlanma biçimi olduğu görülmektedir.

Tablo 15. Bağlanma Biçimlerinin Gruplara Göre Ortalamaları

Gruplar	Kabız Çocuk (n=33)		Normal Çocuk (n=33)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Güvenli Bağlanma	20,939	3,881	25,364	5,430	-3,808	0,000
Kaçınmacı Bağlanma	21,818	7,439	15,333	5,435	4,043	0,000
İkircikli Bağlanma	21,364	7,279	13,273	4,467	5,442	0,000

Araştırmada "annenin bağlanma biçimi" ile ilgili üç hipotez öne sürülmüştür; ilkinde "normal bebeklerin annelerinin, kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerine göre *güvenli bağlanma* puanlarının yüksek olması", ikincisinde "kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre *kaçınmacı bağlanma* puanlarının yüksek olması", üçüncüsünde "kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre *ikircikli bağlanma* puanlarının yüksek olması" beklenmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin "güvenli bağlanma" puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t_{(64)}$=-3.808; p=0.000<0,05). Kabızlık tanısı olmayan bebeklere sahip annelerin "güvenli bağlanma" puanlarının ($\bar{x}$=25,364), kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin "güvenli bağlanma" puanlarından ($\bar{x}$=20,939) daha yüksek olduğu görülmektedir. Güvenli bağlanma puanları açısından, kabız bebeklere sahip anneler ve kontrol grubu arasında beklenen farklılık istatistiksel olarak da doğrulanmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin "kaçınmacı bağlanma" puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t_{(64)}$=4.043; p=0.000<0,05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin "kaçınmacı bağlanma" puanlarının ($\bar{x}$=21,818), kabızlık tanısı olmayan bebeklere sahip annelerin "kaçınmacı bağlanma" puanlarından ($\bar{x}$=15,333) daha yüksek olduğu görülmektedir. Kaçınmacı bağlanma puanları açısından, kabız bebeklere sahip anneler ve kontrol grubu arasında beklenen farklılık istatistiksel olarak da doğrulanmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin "ikircikli bağlanma" puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t_{(64)}$=5.442; p=0.000<0,05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin "ikircikli bağlanma" puanlarının ($\bar{x}$=21,364), kabızlık tanısı olmayan bebeklere sahip annelerin "ikircikli bağlanma" puanlarından ($\bar{x}$=13,273) daha yüksek olduğu görülmektedir. İkircikli bağlanma puanları açısından, kabız bebeklere sahip anneler ve kontrol grubu arasında beklenen farklılık istatistiksel olarak da doğrulanmıştır.

3.4. Sürekli Öfke ve Öfke Tarzlarının Kabızlık Tanısı Olan ve Olmayan Bebeklere Sahip Annelere Göre Karşılaştırılması

Gruplar	Kabız Çocuk (n=33)		Normal Çocuk (n=33)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Sürekli Öfke	23,000	7,237	19,576	4,500	2,308	0,025
Kontrol Altına Alınmış Öfke	19,152	5,472	22,364	4,520	2,600	0,012
Dışa Vurulan Öfke	17,515	5,906	15,364	3,444	1,808	0,076
İçte Tutulan Öfke	18,879	5,418	15,758	3,221	2,844	0,006

Araştırmada "annenin öfke düzeyi ve öfke tarzları" ile ilgili üç hipotez öne sürülmüştür; ilkinde "kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre, *sürekli öfke* puanlarının daha yüksek olması", ikincisinde "kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre, *içte tutulan öfke* puanlarının daha yüksek olması", üçüncüsünde "normal bebeklerin annelerinin, kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerine göre *kontrol altına alınmış öfke* puanlarının yüksek olması" beklenmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin "sürekli öfke" puan ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t_{(64)}$=2.308; p=0.025<0,05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin "sürekli öfke" puanlarının ($\bar{x}$=23,000), kabızlık tanısı olmayan bebeklere sahip annelerin "sürekli öfke" puanlarından ($\bar{x}$=19,576) daha yüksek olduğu görülmektedir. Sürekli öfke düzeyi açısından, kabız bebeklere sahip anneler ve kontrol grubu arasında beklenen farklılık istatistiksel olarak da doğrulanmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin "kontrol altına alınmış öfke" puan ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t_{(64)}$=-2.600; p=0.012<0,05). Kabızlık tanısı olmayan bebeklere sahip annelerin "kontrol altına alınmış öfke" puanlarının ($\bar{x}$=22,364), kabızlık tanısı olan

bebeklere sahip annelerin "kontrol altına alınmış öfke" puanlarından ($\bar{x}$=19,152) daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrol altına alınmış öfke puanları açısından, kabız bebeklere sahip anneler ve kontrol grubu arasında beklenen farklılık istatistiksel olarak da doğrulanmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin "içte tutulan öfke" puan ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t_{(64)}$=2.844; p=0.006<0,05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin "içte tutulan öfke" puanlarının ($\bar{x}$=18,879), kabızlık tanısı olmayan bebeklere sahip annelerin "içte tutulan öfke" puanlarından ($\bar{x}$=15,758) daha yüksek olduğu görülmektedir. İçte tutulan öfke puanları açısından, kabız bebeklere sahip anneler ve kontrol grubu arasında beklenen farklılık istatistiksel olarak da doğrulanmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin "dışa vurulan öfke puan" ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

3.5. Mizaçların Kabızlık Tanısı Olan ve Olmayan Bebeklere Sahip Annelere Göre Karşılaştırılması

Gruplar	Kabız Çocuk (n=33)		Normal Çocuk (n=33)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Depresif	8,061	4,854	4,364	2,498	3,891	0,000
Siklotimik	10,758	5,044	5,909	4,216	4,237	0,000
Hipertimik	9,606	3,872	11,303	3,771	-1,804	0,076
İrritabl	5,242	3,614	2,546	2,048	3,729	0,000
Anksiyöz	9,939	6,285	4,515	3,134	4,437	0,000

Araştırmada "annenin mizacı" ile ilgili üç hipotez öne sürülmüştür; ilkinde "kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre *depresif mizaç* puanlarının daha yüksek olması", ikincisinde "kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre *irritabl mizaç* puanlarının

daha yüksek olması", üçüncüsünde "kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre *anksiyöz mizaç* puanlarının daha yüksek olması" beklenmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin "depresif mizaç" puan ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t_{(64)}$=3.891; p=0.000<0,05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin "depresif mizaç" puanlarının ($\bar{x}$=8,061), kabızlık tanısı olmayan bebeklere sahip annelerin "depresif mizaç" puanlarından ($\bar{x}$=4,364) daha yüksek olduğu görülmektedir. Depresif mizaç puanları açısından, kabız bebeklere sahip anneler ve kontrol grubu arasında beklenen farklılık istatistiksel olarak da doğrulanmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin "siklotimik mizaç" puan ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t_{(64)}$=4.237; p=0.000<0,05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin "siklotimik mizaç" puanlarının ($\bar{x}$=10,758), kabızlık tanısı olmayan bebeklere sahip annelerin "siklotimik mizaç" puanlarından ($\bar{x}$=5,909) daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin "irritabl mizaç" puan ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t_{(64)}$=3.729; p=0.000<0,05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin "irritabl mizaç" puanlarının ($\bar{x}$=5,242), kabızlık tanısı olmayan bebeklere sahip annelerin "irritabl mizaç" puanlarından ($\bar{x}$=2,546) daha yüksek olduğu görülmektedir. İrritabl mizaç puanları açısından, kabız bebeklere sahip anneler ve kontrol grubu arasında beklenen farklılık istatistiksel olarak da doğrulanmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin "anksiyöz mizaç" puan ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t_{(64)}$=4.437; p=0.000<0,05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin

"anksiyöz mizaç" puanlarının ($\bar{x}$=9,939), kabızlık tanısı olmayan bebeklere sahip annelerin "anksiyöz mizaç" puanlarından ($\bar{x}$=4,515) daha yüksek olduğu görülmektedir. Anksiyöz mizaç puanları açısından, kabız bebeklere sahip anneler ve kontrol grubu arasında beklenen farklılık istatistiksel olarak da doğrulanmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin "hipertimik mizaç" puan ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

3.6. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumlarının Kabızlık Tanısı Olan ve Olmayan Bebeklere Sahip Annelere Göre Karşılaştırılması

Gruplar	Kabız Çocuk (n=33)		Normal Çocuk (n=33)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Aşırı Koruyucu Annelik	47,849	11,342	39,212	9,736	3,319	0,001
Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma	26,212	4,608	29,303	3,167	3,176	0,002
Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme	35,394	7,314	27,667	6,003	4,691	0,000
Karı-Koca Geçimsizliği	17,303	4,194	12,909	3,234	4,766	0,000
Baskı Disiplin	46,182	9,580	33,030	9,976	5,462	0,000

Araştırmada "annenin tutumu" ile ilgili üç hipotez öne sürülmüştür; ilkinde "kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre, *aşırı koruyucu annelik* tutum puanlarının daha yüksek olması", ikincisinde "kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre, *baskı- disiplin* tutum puanlarının daha yüksek olması", üçüncüsünde "kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, normal bebeklerin annelerine göre, *demokratik tutum ve eşitlik tanıma* tutum puanlarının daha düşük olması" beklenmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin "aşırı koruyucu annelik" puan ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı

bulunmuştur ($t_{(64)}$=3.319; p=0.001<0,05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin "aşırı koruyucu annelik" puanlarının ($\bar{x}$=47,849), kabızlık tanısı olmayan bebeklere sahip annelerin "aşırı koruyucu annelik" puanlarından ($\bar{x}$=39,212) daha yüksek olduğu görülmektedir. Aşırı koruyucu annelik tutum puanları açısından, kabız bebeklere sahip anneler ve kontrol grubu arasında beklenen farklılık istatistiksel olarak da doğrulanmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin "demokratik tutum ve eşitlik tanıma" puan ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t_{(64)}$=-3.176; p=0.002<0,05). Kabızlık tanısı olmayan bebeklere sahip annelerin "demokratik tutum ve eşitlik tanıma" puanlarının ($\bar{x}$=29,303), kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin "demokratik tutum ve eşitlik tanıma" puanlarından ($\bar{x}$=26,212) daha yüksek olduğu görülmektedir. Demokratik tutum ve eşitlik tanıma puanları açısından, kabız bebeklere sahip anneler ve kontrol grubu arasında beklenen farklılık istatistiksel olarak da doğrulanmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin "ev kadınlığı rolünü reddetme" puan ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t_{(64)}$=4.691; p=0.000<0,05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin "ev kadınlığı rolünü reddetme" puanlarının ($\bar{x}$=35,394), kabızlık tanısı olmayan bebeklere sahip annelerin "ev kadınlığı rolünü reddetme" puanlarından ($\bar{x}$=27,667) daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin "karı-koca geçimsizliği" puan ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t_{(64)}$=4.766; p=0.000<0,05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin "karı-koca geçimsizliği" puanlarının ($\bar{x}$=17,303), kabızlık tanısı olmayan bebeklere sahip annelerin "karı-koca geçimsizliği" puanlarından ($\bar{x}$=12,909) daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin "baskı disiplin" puan ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t_{(64)}$=5.462; p=0.000<0,05). Kabızlık tanısı olan bebeklere sahip annelerin "baskı disiplin" puanlarının ($\bar{x}$=46,182), kabızlık tanısı olmayan bebeklere sahip annelerin "baskı disiplin" puanlarından ($\bar{x}$=33,030) daha yüksek olduğu görülmektedir. Baskı- disiplin tutum puanları açısından, kabız bebeklere sahip anneler ve kontrol grubu arasında beklenen farklılık istatistiksel olarak da doğrulanmıştır.

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

Erken döneme ait kaygılar söze ve bilince gelmese de "beden hafızasına" gömülüdür. Freud (1918) söz öncesi arkaik döneme ait beden hafızasından amnezik izler olarak bahsetmekte, kapsayan ve destek veren nesne var olamadığında arkaik kaygıların, yoğun kaygı, hiçlik hissi, ölüm korkusu şeklinde yaşandığını söylemektedir. Bu kaygılar, söz ile ifade bulamasa da bedende bir "kist" gibi saklanmaktadır. Yeni doğan bir bebek, bedenini, ihtiyaçlar, acılar, doyumlar içinde hissetmektedir. Bion (1962) bebekte bedensel duyuların yarattığı beta unsurlarından bahsederken, bebeğin bu beta unsurlarını işleyebilmesi için nesneye ihtiyacı duyduğunu belirtmektedir. Beta unsurlarının her an yorumlanması, dönüştürülmesi, işlenmesi gerekmektedir. O nedenledir ki, bebekle annenin "bir" olduğu erken dönemde, bebeğin hazırlıksız ruhsal aygıtı anneden ona gelen tercümelere muhtaçtır.

Erken dönemde bebek aciz konumuyla, anneye hem bedensel hem ruhsal olarak bu kadar muhtaçken, bebekte görülen birtakım psikosomatik belirtileri anlamada en önemli etken şüphesiz anne- bebek ilişkisidir. Bu bağlamda, bebeğe bakım veren ve bebeğin en çok temas kurduğu annenin ruh sağlığı, mizacı ve tutumu oldukça önemli bir yere sahiptir. Kreisler'in çocukluk döneminde görülen psikosomatik bozukluklar sınıflandırmasında kabızlığın dışkı bozuklukları içerisinde yer aldığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde, kabızlık sorunu yaşayan büyük çocuklarla yapılan araştırmalarda kabızlığın başlangıç yaşının "yaşamın ilk yılına, erken döneme" denk gelmesi, çeşitli tıbbi tedavi yöntemleri uygulandığı halde nüks etme oranının yüksek olması ve psikanalitik kuramın 0-1 yaşın, psikosomatik belirtilerin oluşumundaki rolüne vurgu yapması, kabızlığın klinik tablosunun oluşumunda, erken dönemde bebeğin ilk ilişkilerini kurduğu annenin ruhsal özelliklerinin anlaşılmasının önemini ortaya koymaktadır. Bu noktadan yola çıkılarak, bu araştırmada, 4 ay-1 yaş aralığında kabızlık tanısı almış bebeklerde, bu hastalık tablosunun gelişiminde annenin mizacının, tutumunun ve ruhsal özelliklerinin (depresyon, öfke tarzı, bağlanma biçimi) etkisi anlaşılmaya çalışılmıştır.

Psikanalitik kurama göre psikosomatik belirtiler, anne- bebek ilişkisi temelinde psikosomatik belirtilerin oluşumu ve bebeğin ruhsal gelişimi kuramlar aracılığıyla

açıklanmaya çalışılmıştır. Kuramlar doğrultusunda oluşturulan hipotezler bu bölümde tartışılacaktır.

Araştırmada, kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin doğum sonrası depresyon düzeylerinin kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Bununla paralel olarak, kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin depresif mizaç puanlarının da kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu da görülmüştür. Depresif anneler bebeklerinin duygulanımlarını ruhsal olarak takip edememekte, bebeklerinin ihtiyaçlarını anlamak ve karşılamak konusunda yetersiz kalmaktadır (Bettes, 1988; Taktakoğlu, 2017). Bebeğin derisi, annenin libidinal yatırımının nesnesini oluşturmaktadır. Beslenme ve bakım sırasında anneden gelen kapsayıcı dokunuşlar, bebeğin bütünlük hissini geliştirmekte ve ilkel narsizminin temellerini atmaktadır. Annenin bebeğin bedenine libidinal olarak yatırım yapmaması, bebeğe bakım verirken aynı zamanda bu durumdan haz duymaması, bebekte somatik bedenden ayrı bir beden imgesinin oluşmasını sekteye uğratmakta ve psikosomatik belirtileri (kabızlık gibi) oluşturmaktadır (Anzieu, 1995). Araştırmada, kabızlık tanısı alan bebeklerin annelerinin "emzirmekten hoşlandınız mı?" sorusuna kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde "hoşlanmadıklarını" dile getirdikleri, görülen bir başka bulgudur. Bebeğin ilk nesnesi olan "anne memesi" besin kaynağı olmanın ötesinde daha derinde "yaşam kaynağı" işlevi görmektedir. Dünya ile kurduğu ilk ilişki, benlik oluşumu için "meme" bir başlangıç olmasının yanı sıra, anne ile ilişkideki libidinal hazların oluşumunda önemli bir yere sahiptir. Annenin libidinal yatırımları, çocuğun libidinal yatırımlarını elverişli hale getirerek, bebeğin kendi bedeni üzerindeki işlevsel düzenekleri oluşturmaktadır. Aksi durumda, anne ve bebek arasındaki ilişkide libidinal haz eksikse bebek, "denetim dürtüsünden haz alma" noktasına gelmektedir (aktaran Fain, Kreisler ve Soulé, 1974). Bu noktada, depresif anne ve bebeği arasında libidinal hazların eksiliğinin "denetim dürtüsünü" ön plana çıkardığı ve ruhsal aygıtın "kabızlık semptomunu" telafi düzeneği olarak devreye soktuğu düşünülebilir. Yani anne ile ilişkideki libidinal hazzın eksikliğinden hüsrana uğrayan bebek, anneye libidinal yatırım yapacağına kendi bedenine dönerek "denetim dürtüsüne" yatırım yapmaya başlayabilir.

Annenin depresyonda olması bebeğin ihtiyaçlarını anlayabilmesi ve dönüştürebilmesini zorlaştırmakta, Bion'un (1962) bahsettiği, bebeğin duyumlarının

annenin alfa işlevi ile zihinsel temsillere dönüşmesini engellemektedir. Doğum sonrası depresyon ve annenin depresif mizacı, bebek ve anne arasında sanki bir perde gibidir, annenin bebeğin ihtiyaçlarını görmesine engel oluşturur. Anne tarafından yeterince kapsanamadığını hisseden bebek ruhsal dünyasında yoğun kayıp endişesi yaşar; çünkü duygulanımları nesne tarafından dönüştürülemediğinde "boşluğa" düşer, anne kayıptır…Bebeğin, kayıp endişesine karşı kabızlığın "nesneyi içeride tutmanın" bir yolu olabileceği düşünülebilir. Psikanalitik literatür incelendiğinde de, kabızlık sorunu yaşayan büyük çocuklarla yapılan çalışmalara rastlansa da, aslında kabızlığın temelinin erken dönemde anne- bebek ilişkisindeki annenin alfa işlevinin yetersizliği ile bağlantılandırıldığı görülmektedir (Emanuel, 2012). Kolik bebeklerle ve ayrılma kaygısı yaşayan çocuklarla yapılan araştırmalarda da, annenin depresif mizaç puanlarının yüksek olduğu vurgulanmaktadır (Stifter, Bono, Spinrad, 2003; Mufson, Nomura ve Warner, 2002). Annenin doğum sonrası depresyonunun ve depresif mizacının kabızlık için bir zemin oluşturabileceği söylenebilmektedir.

Araştırmada, kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde kaçınmacı ve ikircikli bağlanma biçimi puanları yüksek iken, kontrol grubundaki annelerin, araştırma grubuna göre anlamlı düzeyde güvenli bağlanma biçimi puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Bebek, annesi ile kurduğu bağda adeta annenin kendisi ile kurduğu bağı aynalamaktadır. Anne karnında plasenta ile annesine bağlı olan bebek, dünyaya geldiğinde ise duygusal olarak annesine bağlanmaya hazır durumdadır. Annesinin kokusuna, sesine hassas bir şekilde duyarlı olmakla birlikte, kendi duygulanımlarına annenin eşlik etmesini beklemektedir. Anne, bebeğinin duygulanımlarını, ihtiyaçlarını kapsayabildiği ve dönüştürebildiği ölçüde, bebekte ilişki kurma ve ilişkiye duygusal yatırım yapma kapasitesi gelişmektedir. Bu bağlamda, güvenli bağlanan kişilerin duygusal değişimleriyle baş edebilecek stratejileri, iyimser yönleri, duruma uygun-olumlu ve durağan kendilik algıları olduğu düşünüldüğünde, anne- bebek ilişkisinde, güvenli bağlanma için belirleyici rol oynayan bebeğin ihtiyaç ve gereksinimlerini fark edip, bu durumu bebeğe sözel olarak yorumlayabilme yetisinin kontrol grubundaki annelerde daha yüksek olduğu söylenebilir. Bu noktada, yeni doğanın korunmaya, yardım edilmeye, dikkatin kendisine verilmesine ihtiyaç duyduğu erken dönemde Winnicott'un (1965) "tutma" kavramından bahsetmek mümkündür. Tutma, fiziksel tutmanın ötesinde annenin bebeği ruhsal olarak kucaklaması annenin

“sağlam bir sığınak” işlevi görmesine neden olmaktadır. Annenin hem bedensel hem ruhsal “tutma”sı ruh ve beden arasında bir bütünlük oluşturarak bebeğin “psikosomatik varoluşunu” gerçekleştirmektedir. Bu bağlamda “tutulan bebeğin” somatik bedenden ayrı, ruhsal bir beden imgesi geliştirdiği düşünülebilir.

Kaçınmacı bağlanma biçimine sahip kişiler, bağlanma ihtiyaçlarını inkar etmek, rahatsız edici düşünce ve duygularını bastırabilmek, stresi azaltabilmek için yakın ilişkilerden kaçmayı tercih etmektedirler. İkircikli (kaygılı/kararsız) bağlanma biçimine sahip kişiler, diğer insanlardan sevgi ve yakınlık görebilmek için yapışma ve kontrol etme gibi davranışlar göstermektedirler (aktaran Erdiman, 2010). Bu bağlamda düşünüldüğünde ve literatür de incelendiğinde, bu iki bağlanma biçimine sahip kişilerin, “öteki ile ilişkide” tutarsız, dezorganize hallerinin olduğu söylenebilmektedir. Kaçınmacı ve ikircikli bağlanma biçimi gösteren annelerin, bebeğin ihtiyaçlarını fark etmekte ve dezorganize olmadan bu ihtiyaçlara karşılık vermekte zorlandığı düşünülebilir. Kozlowski ve Hanney (2002), kaçınmacı bağlanan kişilerin, ötekinin duygularını anlamaktan kaçınarak, sıkıntı durumlarında arka plandaki duygulanımları önemsemediklerini dile getirirken, bu kişilerin anne olduğunda bebekten gelen sıkıntı mesajlarını anlayamadıklarını söylemektedir. Sonunda bebek de sıkıntı ve isteklerini göstermemeye başlayarak anneye olan ruhsal yatırımını kesmektedir (aktaran Peck, 2003). Bu noktada Andree Green’in “Ölü Anne” kavramından bahsetmek mümkündür. Bebek, anneden ruhsal yatırımını çekerek anneyi yatırımsız, mevcut olmayan ya da ölü olarak yaşamaktadır. Çocuğun fiziksel gelişimi normal seyrinde devam etse de ölü anne ile özdeşleşmenin etkisiyle ruhsal dünyasında “delik-boşluk” devam etmektedir. Delik ve boşluğa dönüşen “ölü anne” ruhsal olarak canlı olmayandır. Bu bağlamda, annenin düşlemsel eksikliklerinin ve yetersiz duygulanımlarının bebeğin kendini sakinleştirme düzeneklerine başvurmasına neden olarak kabızlığa yol açabileceği düşünülebilir. Araştırmada, kabızlık tanısı alan bebeklerin annelerinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde “bebekleri gece ağladığında yanlarına geç gittiklerini” dile getirdikleri görülen bir başka bulgudur. Debray (2005), psikosomatik belirtilerde bebeğin somuta- bedene olan yatırımının fazla olduğunu söylemekte, bunun nedeninin ayrıcalıklı nesneler olan anne- babanın ya şimdi ya da geçmişte “az erişilebilir” olmalarından kaynaklandığını belirtmektedir. Barrows (1996) “kakayı tutmanın”, erken dönemde bebeğin yaşadığı “bir nesneye sahip olma ve kontrol etme konusundaki yetersiz deneyimlerinden”

kaynaklandığını söylerken, aynı paralel de Emanuel (2012) de "ebeveyn yokluğundan" kaynaklı somatik bir tutunma, "nesneyi tutma" olduğunu ifade etmektedir. Bu bağlamda, annenin bağlanma biçiminin kabızlık için bir zemin oluşturabileceği söylenebilir.

Araştırmada, kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin sürekli öfke ve içte tutulan öfke puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Sürekli öfke, sürekli öfkelenmeye eğilimli sabit bir kişilik boyutu yaşama halidir. İçte tutulan öfke ise, öfkenin bastırılmış olduğuna işaret etmektedir. Bununla paralel olarak, kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin irritabl (sinirli) mizaç puanlarının da kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu da görülmüştür. Sürekli öfkelenen, öfkeyi içeride tutan veya irritabl mizaca sahip annenin kendi ruhsal dünyasında öfkeye işlevsel bir ruhsal geçit sağlayamadığı düşünülebilir. Klein (1957), erken dönemden itibaren bebeğin yıkıcı dürtülerinden söz etmekte ve bu dürtülerin kanibalistik- yamyamsı tahripkarlığına vurgu yapmaktadır. Bebek kendi içindeki bu yıkıcı dürtülere (öfke) tahammül edemez, mutlaka dışarı (nesneye/anneye) yansıtır. Bu noktada, annenin ruhsal tepkisi önemli olup bebekten gelen agresyona karşı dönüştürücü bir işlev üstlenmesi gerekmektedir. Bebeğini anladığını hissettirerek, öfke duygusunun sözcüklerle bağ kurmasına alan açmalıdır. Ancak annenin öfkesinin bebeğe yansıması, bebeğin saldırganlığının artmasına ya da saldırganlığın kendi bedenine dönmesine neden olarak, bebeğin agresyonu ruhsal olarak işlemesine, sakinleşmesine engel olmaktadır. Belot'a (2006) göre, bebeğin bedeni ve dürtüselliği annede birçok dürtüsel hareketi tetiklemektedir. Bebeğin dürtüselliğine karşı annenin uyarım kalkanı yeterince güçlü olmadığında ya bebekle duygusal etkileşimden kaçınmasını sağlayacak savunmalar kullanacak ya da kendini ve bebeği sakinleştiremeyen yoğun uyarılım içinde kalacaktır (aktaran Taktakoğlu, 2017). Bu noktada Kreisler'in (1958) kuramı çerçevesinde düşünüldüğünde, aşırı uyarılım olduğunda bebeğin zihinsel kapasitesinin bunu kaldıramadığını ve uyarılımın bedenine yönelerek kabızlığın bir semptom olarak ifade bulduğunu söylenebilir. Araştırmada, kabızlık tanısı alan bebeklerin annelerinin çoğunun "bebeklerin çok sık ağladıklarını" dile getirmesi (n=18), kontrol grubundaki annelerin ise hiçbirinin (n=33) "bebeklerinin çok sık ağladığını düşünmemesi" ortaya çıkan çarpıcı bir bulgudur. Bu noktada, kontrol grubundaki annelerin "kontrol altına alınmış öfke" (öfkeyi kolay ifade edebilme- kontrol edebilme) puanlarının da anlamlı

düzeyde farklılık gösterdiği göz önünde bulundurulduğunda, bebeğin kendi içinde tahammül edemediği yıkıcı dürtülerini ağlayarak anneye yansıtırken, annelerin bebekten gelen agresyona karşı dönüştürücü bir işlev üstlenebildiğini, bebeğini anladığını hissettirerek, öfke duygusunun sözcüklerle bağ kurmasına alan açabildiğini düşünmek mümkündür. Bu bağlamda, kontrol grubundaki annelerin yeterli kapsayıcı işlevleri sayesinde bebeğin ağlamalarıyla daha iyi baş edebildiği ve bu nedenle "çok sık ağladığını düşünmedikleri veya bebeklerin çok sık ağlamadığı" söylenebilir.

Fain, Kreisler ve Soulé (1974) anne dayanak olamadığında yıkıcı dürtünün libidodan ayrılarak bedene döndüğünü söylemektedir. Bu durum bebek için "acı" bir deneyimdir. Anne ile ilişkide bu acı deneyimi yaşayan bebeğin kendi bedenine bunu yansıttığı, kabızlık ile "acı duyumunu" devam ettirdiği düşünülebilir. Çünkü bebek en başta kakasını tutmaktan "haz" değil "acı" duymaktadır. Bir nevi bebek, duygusal acı yerine "bedensel acıyı" yeğlemektedir.

Araştırmada, kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin anksiyöz (kaygılı) mizaç puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. "Düşünülemez kaygı" içerisinde olan bebek, içsel kaygıları karşısında tutan, kapsayan, dönüştüren bir anne yerine, kaygısına "kendi kaygısıyla" cevap veren bir anne ile karşılaşırsa annenin kapsayıcı işlevi sekteye uğrar. Anne, beklenen düzeyde kapsayıcı işlevlere sahip olmadığında bebeğin simgeselleştirme kapasitesi yeterince gelişemeyecek ve psikosomatik belirtiler ortaya çıkabilecektir. Bebeğin bedeninden gelen tüm duyumların algıya dönüşebilmesi ve algılarında temsillerin doğuşuna meydan verebilmesi için nesnenin (annenin) varlığına ihtiyaç vardır. Çünkü bebeğin dürtüleri ancak anne üzerinden ifade bulmaktadır. Anksiyöz mizaca sahip annelerin "kendi içsel kaygılarının" yüksek olmasından kaynaklı kapsayıcı işlevlerinin yetersiz olabileceği, bu durumda kaygılarına "tek başına" anlam veremeyecek olan aciz bebeğin bu kaygıları bedeni üzerinden ifade edebileceği ve kabızlığın ortaya çıkmasında "annenin kaygılı mizacının" da etkisi olabileceği söylenebilir.

Araştırmada, kontrol grubundaki annelerin "demokratik tutum ve eşitlik tanıma" tutum puanları kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Demokratik tutum, kontrolün ve kabul-ilginin birlikte ve dengeli bir şekilde görüldüğü, çocuğun da isteklerine önem verildiği ve sözel iletişimin

önemsendiği çocuk yetiştirme tutumudur. Kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin ise, "aşırı koruyucu annelik" ve "baskı- disiplin" tutum puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Tutumlar bebeğin gelişimini etkileyerek kişiliğine ve ruh sağlığına etki etmektedir. Winnicott (1956) "annesiz bebek olmaz" derken aslında bebeğin tüm deneyimlerine anlam verebilecek nesnenin gerekliliğine vurgu yapmaktadır. Ancak zaman geçtikçe bebek ve annenin "bir" olma halinin kademeli olarak azalması gerekmektedir. Anne ile "bir" olma halinden belli bir oranda sıyrılma, bebeğin "düşünce kapasitesinin" gelişmesine kapı açmaktadır. Bu noktada, annenin "bebeğinden ayrışabilmeyi arzulaması" da önemlidir. Kristeva'nın (2006) da söylediği gibi, anne bedensel olarak kendisine bağlı olan bebeğini bir yandan da simgesel düzene teslim edebilmelidir (aktaran Abrevaya, 2007). Fain (1971) de erken dönemde belli bir süreliğine bebeğin, anneyi tamamen kendisine ait hissetmesine ve annenin fiziksel ve ruhsal olarak hep yanında olmasına ihtiyaç duyduğunu söyler. Ancak bir süre sonra, annenin başka ilgi alanlarıyla ilgili (örn; eşine karşı hissettiği aşk arzusu) zihinsel meşguliyetlerinin artması ve bebeğin yanı sıra zihninde bir üçüncüye de yer açması gerektiğini belirtir. Yani "aşığın sansürü" devreye girmelidir. Annenin zihninde bir üçüncüye yer açıldığında, bebek "uyarılım yaratan bir eksiklik" hissederek otoerotizmi ve düşlemsel etkinlikleri devreye sokar. Burada düşlemekten kastettiği, annenin çeşitli nedenlerle uzaklaştığı durumlarda, bebeğin anneyi düşlemlemesi ve zihninde canlandırmasıdır. Ruhsal dünyada ancak eksiklik söz konusu olduğunda "düşlemleme- zihinselleştirme" mümkün olabilmektedir. Aksi yönde düşlemsel dünyanın yani zihinselleştirmenin fakir kalması durumunda, bebeğin dürtülerini ve kaygılarını beden aracılığıyla dışavurumu söz konusu olur (aktaran Debray, 2005). Winnicott (1956) da, bebek ve anne ilişkisinin, bebeğin bakımı süresince ayrılmaz bir bütün olduğunu söyleyerek, "birincil annelik tasası"nın gerekliliğinden bahseder. Birincil annelik tasası yaşayan duyarlılaşmış anne, kendisini bebeğin yerine koyup onun için düşünen, bebeğin ihtiyaç duyduğu her an orada olan, kendini bebeğe "meme" gibi uygun bir nesneyle sunandır. Bu sayede, bebekte nesneyi yarattığına dair bir yanılsama oluşur. Yanılsama deneyimi ile bebek kendini tümgüçlü olarak görür. Bu durum sağlıklı bir gelişim ve sağlam bir kendilik oluşumu için gereklidir. Süreç içerisinde, annenin bebeğine olan kaygısı (birincil annelik tasası) giderek azalarak bebeğe belli bir işleyiş özerkliği kazandırır. Bebek anne için hala ayrıcalıklı yerini korurken, annenin diğer ilgi

alanlarına da yeniden yatırım yapması gerekir. Böylelikle bebek anneyle tam uyum dönemindeki tümgüçlülük yanılsamasından yavaş yavaş çıkar. Bu, ayrılık ve farklılaşma için gereklidir. Baskı ve disiplin kurarak ya da aşırı koruyucu annelik tutumuyla, nüfuz eden bir anne imgesi olduğunda, bebeğin yanılsamadan çıkmasının zorlaşacağını, bireyselleşme ve simgeselleştirme kapasitesinin olumsuz yönde etkileneceğini söyler. Böyle bir durumda simgeselleştirme ve zihinselleştirme kapasitesi gelişemeyen bebek bedeni devreye sokarak kabızlık belirtisi gösterebilir, annenin tutumunun bu hastalık tablosunun oluşumunda etkisi olabileceği söylenebilir.

Ayrıca anne- baba arasındaki duygusal yakınlaşma eksikliği (aşığın sansürünün devreye girememesi) annenin çocuğunu "duygusal eş" konumuna koymasına neden olabilmektedir. Araştırmada da, kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin "karı-koca geçimsizliği" puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olması oldukça anlamlıdır. Böyle bir durumda, baba ayırıcı işlev göremez, anne bebekten uzaklaşamaz, bebeğin düşlemsel dünyası gelişemez. Emanuel (2012) de, anne-babanın uyumlu bir çift olarak hareket etme zorluklarının bebeklikte ve erken çocuklukta kusma, enkoprezis, kabızlık gibi somatik belirtileri beraberinde getireceğini belirtmiştir.

Araştırmada, "bebeği meme emmek ya da mama yemek istemediğinde" kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin "bir şekilde o besini mutlaka veririm" yanıtlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Bireyselleşmenin kalesi olan "yemek" ve "tuvalet" meselelerinin birbirini etkilediği düşünülmektedir. Bu iki konudan birine, ebeveyn tarafından yapılan aşırı müdahalenin diğer alandaki işleyişi sekteye uğrattığı, sanki "ebeveyne geri ödetme" (yemek konusunda zorlanan çocukların tuvalet eğitimi döneminde "bezi" bırakmak istememesi, kakayı tuvalete yapmayı reddetmesi vs.) gibi ortaya çıktığı klinik çalışmalarda gözlemlenmektedir. Annenin besini bebeğe verme konusundaki arzusu ve zorlamaları, bebek tarafından bedenine nüfuz edilme gibi hissedilebilir. Bu noktada, Freud'un kabızlık için "kendi bedenini denetim altına alma" dürtüsünden, bebeğin kendi organlarının efendisi olma çabasından bahsedilebilir (aktaran Kreisler, Fain ve Soulé, 1974). Yemek konusunda nüfuza maruz kalan bebeğin, "kakayı tutarak" çevrenin bedeni üzerinde denetim kurma çabasına karşı bebeğin "bedeninin kontrolünün kendi denetiminde" olduğunu hissettirme ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmada, “bebeği parmak emdiğinde” kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin “parmak emmesine izin vermediği” yanıtlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Bebek parmağını emerken, annenin bunu engellemesi, bebeğin libidinal yatırımlarını elverişsiz hale getirirken, bebeğin hazzını sekteye uğratır. Bebeğin oto-erotizmine alan açılmaması, anne- bebek arasındaki libidinal ilişkiye zarar vererek bebeğin “denetim dürtüsüne” aşırı yatırım yapmasına neden olabilir. Bu paralel de, kabızlık bir semptom olarak ortaya çıkabilir.

Bu araştırma, erken dönemde kabızlık probleminin oluşum tablosunun anne-bebek ilişkisi ve annenin ruhsal özellikleri ekseninde nasıl yaşandığına dair ipuçları veren bir çalışma olmuştur. Bu araştırma ile, annenin depresyonunun, mizacının, bağlanma biçiminin, tutumunun, öfke tarzının bebeğin kabızlık yaşamasında etkisi olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın kabızlık sıkıntısı yaşayan bebekler ve onların anneleriyle yapılan klinik çalışmalara katkı sağlaması umulmaktadır.

Ruhsal aygıtın yeterince gelişmemiş olduğu ve dilin ifade aracı olarak kullanılmadığı erken dönemde, bebeğin yüksek ölçüde psikosomatik olması göz önünde bulundurulduğunda, anne- bebek ile birlikte yürütülecek psikoterapötik çalışmaların faydalı olacağı ve yaşamın ileri dönemlerinde görülebilecek psikosomatik rahatsızlıkların önüne geçilebileceği düşünülmektedir. Marty (1998), erken yaşlarda uygun düzenekler devreye sokulduğunda psikosomatik yapılanmanın değişebileceğini söylemektedir.

Araştırma 4 ay-1 yaş aralığındaki çocuk doktoru tarafından kabızlık tanısı almış 33 bebeğin ve herhangi bir şikayet ile çocuk doktoruna ya da kliniğe başvurmamış rutin sağlık kontrolleri nedeniyle polikliniğe gelen 33 bebeğin annesi ile yapılmıştır. Örnekleme ulaşmada zorlukların olması nedeniyle araştırma 33 kabız bebeğin annesi, 33 sağlıklı bebeğin annesi sınırlıdır. Örneklem sayısının büyütülmesi ve çalışmanın tekrar edilmesi, araştırmanın güvenirliğini arttıracaktır. Erken dönem ve çocukluk dönemini kapsayan boylamsal bir çalışmanın yapılmasının alana değerli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Fizyolojik belirtileri hem tıbbı hem psikolojik yönden değerlendirmek önemlidir. Bebeğin veya çocuğun psikosomatik belirtilerinin anlaşılmasında, bunların ortaya

çıktığı gelişimsel dönemin, ailenin yapısının, bakım verenlerin psikolojik özelliklerinin ve psikosomatik işleyişlerinin tespit edilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Çocuk doktorları ve çocuk sağlığı çalışanlarının, hastalığın ruhsal yönü ile farkındalık kazanmalarının önemli olduğu düşünülmektedir. Araştırmada da, kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin, çocuk ruh sağlığını olumsuz etkileyen "bebeğin anüsüne fitil koyma, zeytinyağı sürme" gibi uygulamalarda bulunduğu görülmüştür. Bu nedenle, bebek ruh sağlığı alanında çalışan uzmanların, henüz doğum yapmamış veya bebeği olan ailelerle çalışarak ebeveynlerin farkındalık kazanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırma ile hem psikosomatik kuram içinde kabızlık problemine ayrı bir bakış açısı sağlanmış hem de kabızlığın sadece bedensel kökenli bir rahatsızlık olmadığını, sadece tıbbi müdahaleler ve beslenme düzeni ile değişemeyeceğini düşünen yeni araştırmacılar için kaynak olabilmesi temenni edilmiştir.

EK-1

ANKET FORMU

Aşağıda sizin ve bebeğinizle ilgili bazı sorular bulunmaktadır.

1. **Yaşınız: _____**

2. **Eğitim durumunuz:**

   Okuryazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( )

3. **Çalışıyor musunuz?**

   Evet ( ) Hayır ( )

4. **Sahip olduğunuz çocuk sayısını belirtiniz. …….**

5. **Gebeliğinizin oluşum şekli:**
   Planlı gebelik ( ) Planlanmayan gebelik ( )

6. **Doğum şekliniz:**
   Normal doğum ( ) Sezaryan ( )

7. **Bebeğinizin kaç haftalık/aylık olduğunu lütfen belirtiniz. ……..**

8. **Doğum sonrası evde, sizin ve bebeğinizin bakımı için yardım aldınız mı? Cevabınız evet ise, doğum sonrasında ne kadar süre yardım aldınız? Yazınız.**

   Evet ( ) Süresi …… Hayır ( )

9. **Aldığınız yardım sizin için yeterli miydi? (Eğer 8. soruya cevabınız "hayır" ise bu soruyu boş bırakınız.)**

   Evet, yeterli ( ) Hayır, yeterli değil ( )

10. **Doğum öncesinde (gebelik sırasında) aşağıdaki rahatsızlıklardan geçirdiğiniz varsa işaretleyiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.**
    Sorun yaşamadım ( )
    Riskli gebelik yaşadım (gebeliğe bağlı diyabet, tansiyon vb.) ( )
    Psikolojik problemler yaşadım ( )
11. **Doğum sonrasında sağlık probleminiz oldu mu? Cevabınız evet ise açıklayınız.**
    Evet ( ) …….. Hayır ( )
12. **Bebeğinizin gece uyku saati aşağıdakilerden hangisine uygundur?**
    4 saatten az ( ) 4 saat ve fazla ( )
13. **Bebeğinizin günde ortalama kaç saat uyduğunu belirtiniz.** ……...

14. Bebeğiniz gece ağladığında aşağıdaki durumlardan hangisini yaparsınız?

Gece ağladığında yanına hemen giderim ( )
Gece ağladığında yanına geç giderim ( )
Gece ağladığında yanına hiç gitmem, kendi halinde uyur ( )

15. Bebeğinizi emziriyor musunuz?

Hayır, hiç emzirmedim ( )
Evet emzirdim ancak …….. süre önce emzirmeyi bıraktım ( )
Hala emziriyorum ( )

16. Bebeğinizi emzirmekten hoşlandınız mı?

Evet emzirmekten hoşlandım ( )
Hayır, emzirmekten hoşlanmadım ( )

17. Bebeğinizin iştah sorunu oldu mu?

Evet ( ) Hayır ( )

18. Bebeğinizi katı gıdalar yemesi konusunda zorladınız mı?

Evet, zorladım ( ) Hayır, zorlamadım ( )

19. Bebeğiniz mama yemek istemediği veya meme emmek istemediği zaman aşağıdaki durumlardan hangisini yaparsınız?

Bir şekilde o besini mutlaka veririm (örneğin; dikkatini başka yöne çekerek) ( )
Hiç ısrarcı davranmam, kendisine bırakırım ( )

20. Parmak emme:

Parmak emmedi ( )
Parmak emmeye çalıştı, buna izin vermedim ( )
Parmak emmeye çalıştı, buna izin verdim ( )

21. Annelik rolüne adapte olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

22. Daha önce kendiniz için psikiyatrik başvuruda bulundunuz mu? Cevabınız "evet" ise ilk başvuru zamanı, başvuru nedeninizi belirtiniz.

Evet ( ) İlk başvuru zamanı…… Nedeni…….
Hayır ( )

23. Bebeğinize hamileliğinizin öncesinde, hamileliğiniz sırasında ve bebeklik döneminde bir yakınızı kaybettiniz mi?

Evet ( ) Yakınlık Derecesi …… Hayır ( )

24. Bebeğinizin çok sık ağladığını düşünüyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

Eğer bebeğiniz kabızlık problemi yaşıyorsa aşağıdaki soruları cevaplayınız;

25. Bebeğinizin ne kadar zamandır kabızlık problemi yaşadığını belirtiniz. ……..

26. Bebeğinizin kabızlık problemi ilk ne zaman başladı? Belirtiniz. ……

27. Kabızlık problemi ile ilgili bebeğinizi kaç defa doktora götürdünüz?.....

28. Bebeğinizin kabızlık problemine müdahale ettiniz mi?

Evet, ettim (örneğin; anüse zetinyağı sürme, fitil kullanma vb.) ( )
Hayır etmedim ( )

EK- 2

EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EDSDÖ)

Lütfen tüm soruları yalnızca bugün için değil, son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.
( ) Her zaman olduğu kadar
( ) Artık pek o kadar değil
( ) Artık kesinlikle o kadar değil
( ) Artık hiç değil

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.
( ) Her zaman olduğu kadar
( ) Artık pek o kadar değil
( ) Artık kesinlikle o kadar değil
( ) Artık hiç değil

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.
( ) Evet, çoğu zaman
( ) Evet, bazen
( ) Çok sık değil
( ) Hayır, hiçbir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.
( ) Hayır, hiçbir zaman
( ) Çok seyrek
( ) Evet, bazen
( ) Evet, çoğu zaman

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum
( ) Evet, çoğu zaman
( ) Evet, bazen
( ) Çok sık değil
( ) Hayır, hiçbir zaman

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.
( ) Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.
( ) Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.
( ) Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.
( ) Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum
( ) Evet, çoğu zaman
( ) Evet, bazen
( ) Çok sık değil
( ) Hayır, hiçbir zaman

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum
( ) Evet, çoğu zaman
( ) Evet, bazen
( ) Çok sık değil
( ) Hayır, hiçbir zaman
9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum
( ) Evet, çoğu zaman
( ) Evet, oldukça sık
( ) Çok seyrek
( ) Hayır, asla
10.Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.
( ) Evet, oldukça sık
( ) Bazen.
( ) Hemen hemen hiç
( ) Asla

EK- 3

ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇEMİ ÖLÇEĞİ

BÖLÜM 1: Aşağıdaki açıklamalar çocukluğunuzda anne-babanızla ve şu anda bir yetişkin olarak çevrenizdeki diğer insanlarla yakın ilişkilerinizde neler hissettiğinizi tanımlamaktadır. Lütfen hepsini dikkatlice okuyup sizi en iyi tanımlayan seçeneği (sadece bir seçenek) işaretleyiniz. **A, B** veya **C.**

A) Bir çocuk olarak, annem ve babam bana karşı genellikle sıcak davranırdı ve eğer zorluklarla karşılaşırsam onlardan yardım isteyebilirdim. Başkalarıyla yakın ilişki kurmak ve onlara rahatlıkla güvenmek (ve onların da bana güvenmesi) benim için kolaydır. Terk edilmekten veya başkasının bana aşırı yakınlığından endişe duymam.

B) Annem ve babam bakım konusunda genelde ilgisizdi, benden birçok istemleri vardı, çoğu kez yaptıklarımı eleştirirler ve bana birey olarak saygı göstermezlerdi. Başkalarına yakın olmakta pek rahat değilimdir; onlara tam anlamıyla güvenmekte ve dayanmakta zorlanırım. Herhangi bir kimse bana çok yakınlık gösterdiği zaman veya birlikte olduğum insan (eş veya diğerleri) bana daha yakın olmak istediğinde kendimi rahat hissetmem, sıkıntılı hissederim.

C) Annemin ve babamın ne yapacağı öngörülemezdi (yaşadığım zorluklara bazen ilgi gösterirler, bazen göstermezlerdi) çoğu kez haksız davranırlar ve özel hayatıma karışırlardı. Diğer insanları benim istediğim kadar yakın olma konusunda isteksiz buluyorum. Birlikte olduğum kişinin beni sevmediği ve benimle kalıp yaşamak istemeyeceği hakkında çoğu kez endişe duyarım. Birlikte olduğum kişiyle çoğu kez daha yakın olmak isterim (onunla bir bütün olmak) ve bu isteğim kimi zaman onu ve diğer insanları ürkütüp uzaklaştırır.

BÖLÜM 2: Lütfen aşağıda bulunan cümlelerin sizin kişisel görüş ve davranışlarınızı ne kadar yansıttığını değerlendirin. Yanıtlarınız yalnız sizin kişisel yorumlarınıza dayanmalıdır. her bir cümle için sizin durumunuza en uygun rakamın altına **"X"** işareti koyunuz.

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle doğru değil	Doğru değil	Pek doğru sayılmaz	Bazen doğru bazen yanlış	Hemen hemen doğru	Doğru	Kesinlikle doğru

	1	2	3	4	5	6	7
1.Kolaylıkla yakın ilişki kururum.							
2. Diğer insanlara yakınlaşırken kendini rahat hissetmem.							
3. Yakın bir ilişki çerçevesinde kendimi diğer insanlara bağlı hissetmekle ilgili zorluğum yok.							
4. Birlikte olduğum insan kendisine sağlayabileceğim yakınlıktan çok daha samimi bir ilişki istiyor.							

	1	2	3	4	5	6	7
5. Birlikte olduğum kişinin benimle kalmak istemeyeceğinden sık sık endişe duyuyorum.							
6. Belli insanlarla çok güçlü ilişkiler kurmak istiyorum.							
7. Yakın bir ilişki çerçevesinde birlikte olduğum insan bana dayanıyorsa herhangi bir zorluk yaşamıyorum.							
8. Birlikte olduğum insana tam olarak güvenmekte zorlanırım.							
9. Diğer insanların benimle, benim istediğim kadar yakın bir ilişki kurmadıklarını düşünürüm.							
10. Bana yakın birisinin beni aşırı üzebileceği gibi endişelerim yok.							
11. Bazen birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği endişesine kapılıyorum.							
12. Bir başkasının bana yakınlaştığını hissettiğimde gerginleşiyorum.							
13. Yakın ilişkiler çerçevesinde diğer insanlara güvenmekle ilgili zorluklarım vardır.							
14. Tam ve eksiksiz bir ilişki kurma konusundaki isteğim insanları benden uzaklaştırıyor.							
15. Bir başkasının bana çok yakınlaşabileceği ihtimali beni endişelendirmiyor.							

EK- 4

SÜREKLİ ÖFKE- ÖFKE TARZ ÖLÇEĞİ

BÖLÜM 1: Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyun, sonrada genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadenin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayanı seçerek üzerine **"X"** işareti koyun. Doğru ya da yanlış yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamadan, genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren yanıtı işaretleyiniz.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	hiç	**biraz**	**oldukça**	**tümüyle**
1.Çabuk parlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kızgın mizaçlıyımdır.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Öfkesi burnunda bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Başkalarının hataları işi yavaşlatınca kızarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	(1)	(2)	(3)	(4)

BÖLÜM 2: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir ancak kişilerin öfke duyguları ile ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine **"X"** işareti koyarak belirtin. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamayın.

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	hiç	**biraz**	**oldukça**	**tümüyle**
11. Öfkemi kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Kızgınlığımı gösteririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Öfkemi içime atarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Başkalarına karşı sabırlıyımdır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Somurtur ya da surat asarım.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	hiç	**biraz**	**oldukça**	**tümüyle**
16. İnsanlardan uzak dururum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Soğukkanlılığımı korurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. İçin için köpürürüm ama göstermem.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	hiç	**biraz**	**oldukça**	**tümüyle**
21. Davranışlarımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Başkaları ile tartışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. İçimde kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	hiç	**biraz**	**oldukça**	**tümüyle**
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Kötü şeyler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	hiç	**biraz**	**oldukça**	**tümüyle**
31. İçimden insanlara sinirlenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Sinirlerime hakim olamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK- 5

MEMPHİS, PİSA, PARİS VE SAN DİEGO MİZAÇ DEĞERLENDİRME ANKETİ

Yaşamınızın büyük bir bölümü için size **"kesinlikle uyuyorsa"== D (doğru)**

"Tam olarak uymuyor" ya da **"yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa" == Y (yanlış)** seçeneğini işaretleyiniz.

1.Üzgün, mutsuz bir insanım.	**D**	**Y**	16.İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.	**D**	**Y**
2.İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.	**D**	**Y**	17.Hiçbir şeyden emin olmayan tipte bir kişiyim.	**D**	**Y**
3.Hayatım boyunca çok çektim.	**D**	**Y**	18.Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.	**D**	**Y**
4.İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.	**D**	**Y**	19.Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.	**D**	**Y**
5.Kolay pes ederim.	**D**	**Y**	20.Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.	**D**	**Y**
6.Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.	**D**	**Y**	21.Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.	**D**	**Y**
7.Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışımdır.	**D**	**Y**	22.Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.	**D**	**Y**
8.Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.	**D**	**Y**	23.Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.	**D**	**Y**
9.Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.	**D**	**Y**	24.Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.	**D**	**Y**
10.Grup içinde konuşmaktansa, başkalarını dinlemeyi tercih ederim.	**D**	**Y**	25.Sıklıkla bir şeylere başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.	**D**	**Y**
11.Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.	**D**	**Y**	26.Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.	**D**	**Y**
12.Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.	**D**	**Y**	27.Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gider gelirim.	**D**	**Y**
13.Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.	**D**	**Y**	28.Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.	**D**	**Y**
14.Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.	**D**	**Y**	29.Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşanmaya değer olmadığı duygusu ile uyanırım.	**D**	**Y**
15.Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.	**D**	**Y**	30.Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.	**D**	**Y**
31.Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.	**D**	**Y**	32.Dışa dönüklükle içe kapanma arasında gider gelirim.	**D**	**Y**

33.Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.	**D**	**Y**	53.Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.	**D**	**Y**
34.Bazen her şeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.	**D**	**Y**	54.Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissederim.	**D**	**Y**
35.Aynı anda hem mutsuz, hem de mutlu olabilen tipte bir kişiyim.	**D**	**Y**	55.İşin patronu, "tepedeki adam" olmayı seven tipte bir kişiyim.	**D**	**Y**
36.Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.	**D**	**Y**	56.Birisiyle bir onu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.	**D**	**Y**
37.Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.	**D**	**Y**	57.Cinsel isteklerim daima fazladır.	**D**	**Y**
38.Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.	**D**	**Y**	58.Huysuz (sinirli) bir kişiyim.	**D**	**Y**
39.Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.	**D**	**Y**	59.Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.	**D**	**Y**
40.Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.	**D**	**Y**	60.Çok yakınırım.	**D**	**Y**
41.Her şeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.	**D**	**Y**	61.Başkalarını çok eleştiririm.	**D**	**Y**
42.Kendime müthiş güvenirim.	**D**	**Y**	62.Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.	**D**	**Y**
43.Sıklıkla büyük fikirler üretirim.	**D**	**Y**	63.Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.	**D**	**Y**
44.Her zaman bir şeylerle meşgulümdür.	**D**	**Y**	64.Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönetiyor.	**D**	**Y**
45.Birçok işi hem de yorulmadan yapabilirim.	**D**	**Y**	65.Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiçbir şey görmüyor.	**D**	**Y**
46.Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilhan vericidir.	**D**	**Y**	66.Terslendiğimde kavga edebilirim.	**D**	**Y**
47.Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.	**D**	**Y**	67.İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.	**D**	**Y**
48.Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.	**D**	**Y**	68.Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.	**D**	**Y**
49.Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.	**D**	**Y**	69.İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.	**D**	**Y**
50.İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.	**D**	**Y**	70.O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.	**D**	**Y**
51.İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.	**D**	**Y**	71.Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.	**D**	**Y**
52.Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.	**D**	**Y**	72.Küfürbaz olarak bilinirim.	**D**	**Y**

73.Birkaç kadeh içki ile saldırganlaştığım söylenmiştir.	**D**	**Y**	90.Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.	**D**	**Y**
74.Çok kuşkucu bir kişiyim.	**D**	**Y**	91.Devamlı olarak aile üyelerinden biri ile ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.	**D**	**Y**
75.Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.	**D**	**Y**	92.Uykum dinlendirici değil.	**D**	**Y**
76.Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.	**D**	**Y**	93.Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.	**D**	**Y**
77.Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.	**D**	**Y**	94.Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.	**D**	**Y**
78.Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.	**D**	**Y**	95. Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.	**D**	**Y**
79.Endişelenmenin önüne geçemiyorum.	**D**	**Y**	96.Kendimi güvende hissetmiyorum.	**D**	**Y**
80.Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.	**D**	**Y**	97.Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.		
81.Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.	**D**	**Y**	98.Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.		
82.Gevşemeyi beceremiyorum.	**D**	**Y**	99.Ani sesler beni kolayca irkiltir.		
83.Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissederim.	**D**	**Y**			
84.Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.	**D**	**Y**			
85.Sık sık midem bozulur.	**D**	**Y**			
86.Heyecanlandığımda ishal olabilirim.	**D**	**Y**			
87.Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissederim.	**D**	**Y**			
88.Heyecanlandığımda tuvalete daha sık gitmek zorunda kalırım.	**D**	**Y**			
89.Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.	**D**	**Y**			

Yaşamınızın büyük bölümü için sizi genel olarak en iyi tanımlayan yalnızca bir şıkkı daire içine alınız:

1.Hemen hemen her zaman üzgünüm.

2.Tamamen enerji dolu, neşe dolu bir kişiyim.

3.Pek çok duygusal çıkış ve inişlerim vardır.

4.Kolay sinirlenirim, küçük şeyler bile beni çileden çıkarır.

5.Hemen her zaman endişeliyimdir.

EK- 6

AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUM ÖLÇEĞİ

Görüşünüzü bu sayıların altına X işareti koyarak bildiriniz. Bu ifadelerde doğru ya da yanlış yoktur, sadece kendi görüşünüzü işaretlemeniz gerekiyor. Araştırma için bütün soruların cevaplandırılması çok önemli bir noktadır. Onun için, bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa gene de cevaplandırmanızı rica ederiz.

1: Hiç uygun bulmuyorum **2: Biraz uygun buluyorum**

3: Oldukça uygun buluyorum **4: Çok uygun buluyorum**

	1	2	3	4
1)Çocuk, yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.				
2)Anne ve babalar çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.				
3) Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur.				
4) Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.				
5) Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse, o kadar iyi terbiye edilebilir.				
6) Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.				
7) Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken çok şey vardır. Zamanını boşa geçirmesi affedilemez.				
8) Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.				
9) Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeterince özgür olmamasıdır.				
10) Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.				
11) Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.				
12)Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir insan olacaktır.				
13) Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha iyi, daha akıcı olur.				
14) Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.				
15) Anne-babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.				
16)Bütün genç anneler, bebek bakımında beceriksiz olacaklarından korkarlar.				
17) Hangi anne olursa olsun eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa sonunda çocuklar sinirine dokunur.				
18) Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.				
19) Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babaların daha anlayışlı olmalarını isterlerdi.				
20) Bir çocuğa, ne olursa olsun, dövüşmekten kaçınması gerektiği öğretilmelidir				

	1	2	3	4
21) Çocuklar bencil olduklarında, hep bir şeyler istediklerinde, annenin tepesinin atması çok normaldir.				
22)Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorsa, bunu anne-babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.				
23) Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.				
24) Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.				
25) Küçük bir çocuk, cinsiyet konusundan sakınmalıdır.				
26) Bir annenin, çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çünkü çocuğu onun bir parçasıdır.				
27) Uyanık bir anne-baba, çocuğun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.				
28) Çocuklar, anne-babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.				
29) Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilirse büsbütün şikayetçi olurlar.				
30) Sıkı terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.				
31) Genç bir kadın, henüz gençken yapmak istediği pek çok şey olduğu için, anne olunca kendisini tutuklanmış duygusuna kaptırır.				
32) Anneler, çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.				
33) Babalar, daha az bencil olsalar, kendilerine düşen görevi yaparlardı.				
34) İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.				
35) Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.				
36) Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.				
37)Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne-babaya uymalarını istemek doğru değildir.				
38) Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.				
39) Bir çocuğa başı derde girdiğinde, dövüşmek yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir.				
40) Anne-baba arasındaki bazı konular küçük bir tartışma ile çözümlenemez.				
41) Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendini evinde tutuklanmış gibi hissetmesidir.				
42) Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.				
43) Oğlan ve kız çocukları soyunurken birbirini görmemelidir.				
44) Çocukların sorunlarına eğilirseniz sizi oyalamak için çeşitli masallar uydururlar.				
45) Eğer anne-babalar çocukları ile şakalaşıp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha istekli olurlar.				
46) Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.				
47) Bir çocuk eninde sonunda anne-babasından daha akıllı olamayacağını öğrenir.				
48) Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştiremiyorsa belki de bu, babanın kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.				
49) Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.				
50) Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörüyle karşılanamaz.				

	1	2	3	4
51) Anne-babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmemeleri gerektiğini öğretmelidirler.				
52) Akıllı bir kadın, yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.				
53) Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması gerekir.				
54) Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.				
55) Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusu verir.				
56) Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.				
57) Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecekleri bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.				
58) Çocuklar, aslında, sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.				
59) Çocuklarının arkadaşlıkları ve sosyal hayatlarıyla yakından ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.				
60) Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir.				

EK- 7
ONAM FORMU

Yapılacak olan bu araştırma ile 4 ay-1 yaş aralığında kabızlık problemi olan ve kabızlık problemi olmayan bebeklerin annelerine birtakım ölçekler verilecektir. Bu çalışma ile kabızlık probleminin bazı faktörlerle ilişkisi incelenecektir. Bu araştırmada katılımcılara; ilişki tarzlarını, duygudurumlarını, tutumlarını, kişilik özelliklerini belirlemeye yönelik birtakım ölçekler ve araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu uygulanacaktır. Bu işlem yaklaşık 30-35 dakika sürmektedir.

Bu araştırmaya katılmak sadece isteğe bağlıdır. Araştırmayı kabul edip daha sonra belirli nedenlerden dolayı araştırmadan çekilmek, araştırmayı bırakmak isteyebilirsiniz. Böyle bir durumda sizden hiçbir şey talep edilmeyecektir. Araştırmadan geri çekilmenin herhangi bir olası sonucu yoktur.

Verdiğiniz cevaplar ve elde edilen sonuçlar sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Başka bir amaçla kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Vereceğiniz yanıtlar ruh sağlığı alanında sunulan hizmetlere yön verecektir.

Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak sadece gönüllüdür.

Araştırma ile ilgili sorularınız için Maltepe Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji alanında yüksek lisans yapmakta olan Psikolog Buse Öznalçın ile görüşebilirsiniz.

Araştırmacıya ulaşmak için e-posta adresi:

buseoznalcin@hotmail.com

Tarih: …../…./…..

Katılımcının imzası:

KAYNAKÇA

Abrevaya, E. (2007). *Annelik ve kadınsılık*. T. Parman (Ed.) Psikanaliz Yazıları 14 içinde (ss.23-33). Ankara: Bağlam Yayıncılık.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., ve Wall, S. (1978). Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home. *Hillsdale,* N. J: Lawrence Erlbaum.

Akiskal, H. S., Hirschfeld, M. A. ve Yerevanian B. I. (1983). The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry,* 40, 801-810.

Akiskal, H. S. ve Mallya G. (1987). Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications, *Psychopharmacol Bull, 23,* 68-73.

Akiskal, K. K. ve Akiskal, H. S. (2005). The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder an human natüre, *Journal of Affective Disorders, 85,* 231-239.

Akman, E.S., Koturoğlu, G., Arıkan, Ç., Aslan, A. K., Halıcıoğlu, O. ve Aydoğdu, S. (2005). Çocukluk çağında kronik konstipasyon. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi, 15 (1),* 32-36.

Akyıldız, B., Urgancı, N. ve Nuhoğlu, A. (2005). Kronik konstipasyonlu olgularımızın değerlendirilmesi. *Türk Klinikleri J Pediatr, 14,* 67-69.

Alexander, F. (1934). The influence of psychologic factors upon gastro-intestinal disturbances: A Symposium, *Psychoanal. Q., 3,* 501-539.

Alexander, F. ve Szasz. T. S. (1952). The psychosomatic approach in medicine. *The University of Chicago Press,* 369-400.

Altıntaş, Ç. (2010). 3-5 Yaş Grubundaki Çocuklarda Kabızlık ve Beslenme Örüntüsü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Anzieu, D.(1995). Deri-Ben. T. Birkan (Ed.) Ötekini Dinlemek İçinde (ss. 13-35). İstanbul: Metis Yayınları.

Asburçe, M., Olgaç, B., Sezer, O. ve Özçay, F. (2013). Fonksiyonel kabızlığı olan çocuklarda probiyotik ve laktuloz tedavilerinin etkinliğinin karşılaştırılması ve kabızlık tedavisinin yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 56,* 1-7.

Aytemiz, T. (2010). Ebeveynin Kişiliği, Çocuğun Mizacı ve Ebeveyn Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Baker S. S., Liptak, G. S., Coletti, R. B., Croffie, J. M., Di Lorenzo, C., Ector, W. ve Nurko, S. (1999).Constipation in infants and children: evaluation and treatment. a medical position statement of the north american society for pediatric gastroenterology and nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr, 29 (5),* 612- 626.

Barrett, W. G. (1939). Penis envy and urinary; pregnanacy fantasies and constipation; episodes in the life of a little girl. *Psychoanal. Q., 8,* 211-218.

Battaloğlu, B., Aydemir, N. ve Hatipoğlu, S. (2012). Sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirleme. *Bakırköy Tıp Dergisi, 8,* 12-21.

Beebe, B. ve Gerstman, L. J. (1980). The 'packaging' of maternal stimulation in relation to infant facial-visual engagement: A case study at four months. *Merrill-Palmer Quarterly, 26,* 321–337.

Beck, C. T. ve Gable, R. K. (2001). Further validation of the postpartum depression screening scale. *Nurs Res, 50,* 155-164.

Belot, R. (2010). Ebeveynin uyarı-kalkanı sistemi ve bebeğin somatik dışavurumu arasındaki bağlara teorik- klinik katkılar. Beden ve ailenin acıları içinde (ss. 25-35). N. Zabcı ve G. Kural (Çev.). Ankara: Bağlam Yayıncılık.

Bettes, B. A. (1988). Maternal depression and motherese: temporal and intonational features. *Child Development, 59 (4),* 1089-1096.

Bion, W. R. (1962). *Yaşayarak öğrenmek.* T. Güvenir, L.İ. Ekin (Çev.), A. G. Küey (Ed.) İstanbul: Bağlam Yayınları, 2002.

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss, vol 1, attachment. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent child attachmentand healthy human development*. New York: Basic Books.

Burket, R. C., Cox, D. J., Tam, A.P., Ritterband, L., Borowitz, S., Sutphen, J., Stein, C. A. ve Kovatchev, B. (2006). Does "stubbornness" have a role in pediatric constipation?. *J Dev Behav Pediatr, 27,* 106-111.

Calkins, S., Hungerford, A. ve Dedmon, S. (2004). Mothers interactions with temperamentally frustrated infants. *Infant Mental Health Journal, 25 (3),* 219-239.

Ciampo, I. R., Galvao, L. C., Ciampo, L. A. ve Fernandes, M. I. (2002). Prevalance of chronic constipation in children at a primary health care unit. *Journel de Pediatria, 78,* 497-502.

Clayden, G. ve Keshtgar, A. S. (2003). Management of childhood constipation. *Postgrad Med J, 79,* 616-621.

Cohn, J. F. ve Tronick, E. Z. (1987). Mother- infant face- to- face interaction: the squence of dyadic states at 3, 6 and 9 months. *Developmental Psychology, 23,* 68-77.

Cooper, P. J. ve Murray, L.(1998). Postnatal depression. *BMJ, 316 (7148),* 1884–1886.

Corazziari, E., Staiano, A., Miele, E. ve Greco, L. (2005). Bowel frequency and defacatory patterns in children: prospective nationwide survey. *Clinical Gastroenterology and Hepatology,* 1001-1006.

Çak, T. (2012). Stres ve bebeğe etkileri. Bebek ruh sağlığı temel kitabi içinde (ss. 167-178). Ankara: HYB Basım Yayın.

Çelikel, A. S. (2012). Doğum Sonrası Dönemde Fonksiyonel Durum ile Postpartum Depresyon İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Debray, R. (2005). Bebeklerde ve küçük çocuklarda bedensel dışavurum. T. Parman (Ed.) Psikanaliz Yazıları 11 içinde (ss.89-105). Ankara: Bağlam Yayıncılık.

Dereli, Y. S. (2013). Prenatal anne-bebek bağlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10 (3), 28-33.

Doğan, Y., Erkan, T., Ergül, Y., Çokuğraş, F. Ç. ve Kutlu, T. (2005). Kabızlık yakınması olan olguların retrospektif dökümü. *Türk Pediatri Arşivi, 40,* 23-27.

Duman, N. (2009). Hakkında Denetimli Serbestlik Tedbiri Verilmiş Olan Uyuşturucu Madde Kullanan Hükümlülerde Psikosomatik Düşünce Biçiminin Rorschach Testi İle İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Emanuel, L. (2012). Holding on; being held; letting go: the relevance of bion's thinking for psychoanalytic work with parents, infants and children under five. *J. Child Psychother, 38 (3),* 268-283.

Erdiman, C. (2006). Annenin Bağlanma Düzeyi ve Çocuk Yetiştirme Sürecinin Çocuğun bağlanma Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.

Erermiş, S., Bellibaş, E., Özbaran, B., Büküşoğlu, D. N., Altıntoprak, E., Bildik, T. ve Çetin, K. S. (2009). Ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan okul öncesi yaş grubu çocukların annelerinin mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi,* 20 (1), 14-21.

Ferenzci,S.(1926). *Disease or pathoneuroses.* Further Contributons to the Theory and Technique of Psycho-Analysis (pp.80-81)

Fontana M., Bianchi, C., Cataldo, F., Conti Nibali S., Cucchiara, S., Gobio Casali, L., Iacano, G., Sanfilippo, M. ve Torre, G. (1989). Bowel frequency in healthy children. *Acta Pediatr Scand, 78,* 682-684.

Freud, S. (1918). From the History of an Infantile Neurosis. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XVII (1917-1919): An Infantile Neurosis and Other Works*, 1-124

Freud, S., and Breuer, J. (1895) *Studies on hysteria*. New York: Basic Books Preliminary Communication, pps.3-19.

Gavriele R.J.(1995). *The Role of Affect and The Role Of Unconscious Processes in the Prevention of Work-Related Psychosomatic Disorders*.Values ,Work, Educiton: The Meanings of Work.Rodopi. Amsterdam-Atlanta.

Ginkel, R., Reitsma, J., Büller, H., Wijk, M., Taminiau, J. ve Benninga, M. (2003). childhood constipation: longitudinal follow-up beyond puberty. *Gastroenterology, 125,* 357-363.

Göksügür, S. B., Bekdaş, M., Kara, B., Tarakçı, N., Altunhan, H., Öztürk, H. Ve Demircioğlu, F. (2015). Yenidoğan kabızlığında unutulmaması gereken bir tablo; hirschprung hastalığı. *Abant Medical Journal, 4 (1),* 70-72.

Gülseren, L. (1999). Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. *Türk psikiyatri Dergisi, 10 (1), 58-67.*

Güneş, H. (2010). Cinsel Kimlik Bozukluğu Belirtileri Gösteren Çocuklarda Demografik Özellikler, Davranış Sorunları, Ebevynlerde Çocuk Yetiştime Tutumu, Cins Rolleri ve Çift Uyumu. Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.

Groddeck, G. (1949). *The book of the ıt.* London: Vintage Books

Goodfriend, M. S. (1993). Treatment of attachment disorder of infancy in a neonatal intensive care unit. *Pediatrics,* 91 (1), 139-142.

Hazan, C. Ve Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal Pers Soc Psychol,* 52, 511-524.

Hyman, P. E., Milla, P. J., Benninga, M. A., Davidson, G. P., Flesisher, D. F. ve Taminiau, J. (2006). Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/ toddler. *Gastroenterology,130 (5),* 1519-1526

Iacano, G., Merolla, R., D'Amico, D., Bonci, E., Cavataio, F., Di Prima, L., Scalici, C., Indinnimeo, L., Averna, M. R. ve Carroccia, A. (2005). Gastrointestinal symptoms in infancy: a population-based prospective study. *Dig Liver Dis, 37,* 432-438.

İkiz, T. T. (2002). Sigmund Freud ve klasik psikanalitik görüşte dürtülerin akıbeti. Psikanaliz buluşmaları 4 içinde (ss. 11-19). Ankara: Bağlam Yayıncılık.

İkiz, T. T. (2005). Anne- çocuk ilişkisinde kendini sakinleştirme yöntemleri. Psikanaliz yazıları 11 içinde (ss.77-88). Ankara: Bağlam Yayıncılık.

İkiz, T. T. (2008). Paris psikosomatik okulu (ıpso). Psikanaliz buluşmaları 3 içinde (ss.119-129). Ankara: Bağlam Yayıncılık.

İkiz, T.T. (2011). Psikosomatik. *Psikanalitik Psikoterapiler. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*. 360-364

Karataş, N. (2009). *Çocuk gelişim psikolojisi*. İstanbul: Mozaik Yayınları.

Klein, M. (1957) *Haset ve şükran*. O. Koçak, Y. Erten (Çev.), S. M. Tura (Ed.) İstanbul: Metis Yayınları, 1999.

Knauer, D. (2014). Douler chez I'enfant, une complexité a explorer. *Rev Med Suisse,10,* 1401-1405.

Kocaay, P. (2008). 0-6 Yaş Arası Çocuklarda Dışkılama Özellikleri, Kabızlık Sıklığı ve Fonksiyonel Kabızlıkta Etkili Faktörler. Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Kozlowska, K. - Hanney, L. (2002). The network perspective: an integration of attachment and family systems theories. *Family Process, 41,* 285-312.

Kreisler, L., Fain, M. ve Soulé, M. (1974). L'enfant et son corps. Paris: Presses Universitaires de France.

Kutlu, T. (2007). Fonksiyonel bağırsak hastalıkları. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci, 3(1),* 1-9.

Lebovici, S. (1988). Fantasmatic interaction and intergenerational transmission. *Infant Mental Health. Journal, 9(1),* 10-19.

Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The concept and clinical application. *American Journal of Psychiatry, 145*(11), 1358-1368.

Loening- Baucke, V. (1993). Constipation in early childhood: patient charecteristics, treatment and longterm follow up. *Gut, 34,* 1400-1404.

Marty, P., M'uzan, M. ve David, Christian. (1963). *Psikosomatik soruşturma*. A. Perge, E. İlem, A. E. Yavuz Sever (Çev.), A. G. Küey (Ed.) İstanbul: Bağlam Yayınları, 2017.

Marty, P. (1998). *Zihinselleştirme ve psikosomatik*. A.E. Yavuz Sever (Çev.) İstanbul: Bağlam Yayınları, 2012.

McDougall, J. (1989). *Theaters of the body, a psychoanalitic approach to psychosomatic illness*. New York: W. W. Norton Company.

McGrath, K. H. ve Caldwell, P. (2012). Diagnostic approach to constipation in children. A. G. Catto-Smith (Ed.) Constipation, causes, diagnosis and treatment içinde (ss. 1-19). Croatia: InTech.

Meins, E. (1997). Security of attachment and maternal tutoring strategies: interaction within the zone of proximal development. *British Journal of Developmental Psychology, 15 (2),* 129-144.

Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Gupta, M., Fradley, E. ve Tuckey, M. (2002). Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theıry of mind understanding. *Child Development, 75 (6),* 1715-1726.

Mufson, L., Nomura Y. ve Warner, V. (2002). The relationship between parental diagnosis, offspring temperament and offspring psychopathology: a longitudinal analysis. *Journal Affect Disord,* 13 (4), 372-380.

Murray, L ve Cooper, P. J. (1997). Editorial: postpartum depression and child development. *Psychological Medicine, 27 (2),* 253- 260.

Muskin, P. R. (2007). "Psychosomatic medicine". *American Journal of Psychiatry.* 141.

Nyhan, W. L. (1952). Stool frequency of normal infants in the first week of life. *Pediatrics, 10,* 414-425.

Önal, Z., Usta, M., Doğan, Y., Kutlu, T., Çokuğraş, F. ve Erkan, T. (2008). Çocukluk çağı kabızlığında elektrolit içeren polietilen glikol kullanımı. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi,* 135-138.

Örgün, S. K. (2000). Anne Baba Tutumları ile 8. Sınıf Öğrencilerinin Benlik Saygıları ve Atılganlıkları Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Örün, E. (2005). Çölyak hastalığı. *Klinik Pediatri, 4 (2),* 63-66.

Özcan, S. (1985). Erzurum İl ve Çevresinde 0-24 Aylık Çocuklarda Beslenme, Büyüme ve Gelişim Özellikleri. Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalığı Anabilim Dalı.

Özen, H., Koçak, N., Dinler, G. ve Saltık, İ. (1998). Çocukluk çağında fonksiyonel kronik kabızlığın tedavisinde sisaprid tedavisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 41 (2),* 191-196.

Özyazıcıoğlu, N. ve Polat, S. (2004). 12 aylık çocuğu olan annelerin bazı sağlık sorunlarında başvurdukları geleneksel uygulamalar. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7 (2),* 30-38.

Parman, T. (2005). Psikosomatik tarihi ve çocuk psikosomatiği. T. Parman (Ed.) Psikanaliz Yazıları 11 içinde (ss.13-33). Ankara: Bağlam Yayıncılık.

Pashankar, D.S., Loening- Baucke, V. ve Bishop, W. P. (2003). Safety of polyethylene glycol 3350 for the teratment of chronic constipation in children. *Arch Pediatr Adolesc Med, 157,* 661-664.

Peck, S. D. (2003). Measuring sensivity moment-by-moment: a microanalytic look at the transmission of attachment". *Attachment & Human Development, 5,* 38-63.

Pelaez-Nogueras, M., Field, T., Hossain, Z. ve Pickens, J. (1996). Depressed mothers' touching increases infants' positive affect and attention in still-face interactions. *Child Development, 67,* 1780–1792.

Penot, B. (2008). *Bedenini öznelleştirmek*. Psikanaliz buluşmaları 3 içinde (ss. 49-55). Ankara: Bağlam Yayıncılık.

Sabuncuoğlu, O. ve Berkem, M. (2006). Bağlanma biçemi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye'den bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi,* 17, 252-258.

Sarı, M. Y. (2011). Kabızlık Yakınması Olan Olgularda; Klinik Bulguların, Etiyolojik Nedenlerin ve İzlem Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Savaşer, S., Kurt, A., Mutlu, B., Filiz, G. ve Aydoğar, N. (2011). Kabızlık nedeniyle hastaneye başvuran çocukların özellikleri. *Güncel Pediatri Dergisi,* 103-109.

Savaşır, I. ve Şahin N. H.. (1997). *Bilişsel davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler.* Ankara: Türk Psikoloji Derneği Yayınları.

Smadja, C. (2005). *The psychosomatic paradox*. A. M. Brewer (Çev.) London: Free Association Books.

Solmuş, T.(2010). Bağlanma, Evlilik Ve Aile Psikolojisi. İstanbul: Sistem Kitabevi.
Soykan, Ç. (2003). Öfke ve yönetimi. *Kriz Dergisi,* 11 (2), 19-27.

Soysal, Ş., Ergenekon, E. ve Aksoy, E. (1999). Yenidoğan döneminde hastanede uzun süreli tedavi görmenin bağlanma örüntüsü üzerindeki etkileri: bir olgu sunumu. *J Clin Psy, 2 (4),* 266-270.

Spielberger, C., Krasner, S. ve Solomon, E. (1988). The experience, expression and control of anger. *Individual Differences, Stress and Health Pyschology,* 89-108.

Spitz, R.A. (1951). The Psychogenic Diseases in Infancy—An Attempt at their Etiologic Classification. Psychoanalytic Study of the Child, 6, 255-275.

Spitz, R. (1965). *The first year of life*. New York International Universities Press.

Sterba, E. (1949). Analysis of psychogenic constipation in a two year old child. *Psychoanalytic Study of The Child, 3,* 227-252.

Stifter, A., Bono, M. ve Spinrad, T. (2003). Parent characteristics and conceptualizations associated with the emergence of infant colic. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 21 (4),* 309-322.

Szasz, T. (2006). *Bazı psikosomatik modellere göre deri hastalıkları*. T. T. İkiz (Ed.) Psikanaliz Buluşmaları 3 içinde (ss.29-47). Ankara: Bağlam Yayıncılık.

Şahin, N. H. (1997). Öfke: O sizi kontrol edeceğine siz onu kontrol edin. *Türk Psikoloji Bülteni,* 3, 79-85.

Şahin, Ş., Gülerman, F., Köksal, T. ve Köksal A. (2014). Çocuklarda kronik kabızlık olgularının değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 3,* 117-123.

Taktakoğlu, Ö. (2017). Doğum Sonrası Depresyon Tanısı Alan Kadınların Ruhsal Dünyalarının İncelenmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kocaay, P. (2008). 0-6 Yaş Arası Çocuklarda Dışkılama Özellikleri, Kabızlık Sıklığı ve Fonksiyonel Kabızlıkta Etkili Faktörler. Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Tunç, V.T., Çamurdan, A. D., İlhan, M. D., Şahin, F. ve Beyazova, U. (2008). Factors associated with defecation patterns in 0-24 month old children. *Eur J Pediatr, 43,* 669-672.

Usobiaga, I. (2008). Konuşarak tedavi edilir mi? Psikanaliz buluşmaları 3 içinde (ss.55-67). Ankara: Bağlam Yayıncılık.

Vahip, S., Kesebir, S., Alkan, M., Yazıcı, O, Akiskal, K. K. Ve Akiskal, H. S. (2005). Affective temperaments in clinically- well subjects in turkey: initial psychometric data on the temps-a. *Journal of Affective Disorders,* 85, 113-125.

Weaver, L.T., Steiner H. (1983). The bowel habit of young children. *Arch Dis Child, 60,* 649-652.

Weaver, L.T., Ewing, G. ve Taylor, L.C. (1988). The bowel habit of milk-fed infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr,7,* 568-571.

Weissman, M. M., Feder, A., Pilowsky, D. J., Olfson, M., Fuentes, M., Blanco, C., Lantigua, R., Gameroff, M. J. ve Shea, S. (2004). Depressed mothers comig to primary care: maternal reports of problems with their children. *Journal of Affective disorders, 78 (2),* 93-100.

Winnicott, D. W. (1956). *Birincil annelik tasası*. T. Parman (Ed.) Psikanaliz Yazıları 4 içinde (ss.101-107). Ankara: Bağlam Yayıncılık.

Winnicott, D. W. (1965). *Oyun ve gerçeklik*. T. Birkan (Çev.) İstanbul: Metis Yayınları.

Yavuzer, Haluk.(1993). *Ana-baba ve çocuk*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yavuzer, H.(2003). *Çocuk psikolojisi*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.

Zabcı, N. (2005). Çocuk ve psikosomatik. *Yansıtma Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi 2 (3-4),* 17-33.