SELEKTİF MUTİZMLİ ÇOCUKLARIN DEPRESİF SEMPTOMLARI VE ANNELERİNİN KAPSAYICI İŞLEVLERİ, BAĞLANMA BİÇİMLERİ VE MİZAÇ ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Buket İŞÇEN
181180140

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Neslihan ZABCI

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2023

SELEKTİF MUTİZMLİ ÇOCUKLARIN DEPRESİF SEMPTOMLARI VE ANNELERİNİN KAPSAYICI İŞLEVLERİ, BAĞLANMA BİÇİMLERİ VE MİZAÇ ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Buket İŞÇEN
181180140
ORCID: 0000-0002-9150-4372

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Neslihan ZABCI

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2023



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Selektif mutizmle ilgili okuduğum ilk makaleden sonra zihnimde canlanan tek bir şey vardı; küçük bir çocukken okulda kimseyle konuşmadığım, sessizce etrafımdakileri izlediğim o günler… Kulağımda öğretmenimin babama söylediği şu cümle kaldı "Buket içine kapanık bir çocuk". Belki annemin kaybından sonra yaşadığım selektif mutizmi kimse fark etmemişti. Bu çalışmanın literatüre sağladığı katkı bir yana bendeki anlamı çok büyük. Sevgili annem, seni sadece birkaç küçük anıyla hatırlıyor ve sana dair anlatılanlar kadar tanıyorum ama biliyorum ki bugün geldiğim yeri görsen benimle gurur duyardın. Bu çalışmayı annem Ayşe İşçen ve onun yokluğunda bana annelik yapan canım babaannem Zehra İşçen'e ithaf ediyorum.

Psikanalizle tanışmamı sağlayan hem lisans hem klinik psikoloji yüksek lisans eğitimim boyunca bana değerli bilgi ve deneyimlerini aktaran sevgili hocam, tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Neslihan Zabcı'ya bana her zaman yol gösterdiği için en içten teşekkürlerimi sunarım.

Eğitim hayatım boyunca aldığım her kararı destekleyen ve arkamda duran babam Faruk İşçen… İyi ki varsın, sen olmasan bunu başarmak çok zor olurdu, sonsuz teşekkürler.

Hayatımda tanıdığım en iyi insan Furkan Kınlı, bana her zaman destek olduğun, gecenin yarısında bile sorduğum bütün sorulara sabırla cevap verdiğin ve başarabileceğime her zaman inandığın için teşekkür ederim.

Sevgili arkadaşım Rana Şan, tez sürecimin en zor zamanlarında yanımda olduğun ve beni her zaman motive ettiğin için teşekkür ederim. Arkadaşlığın benim için çok kıymetli…

Lisans eğitimim boyunca beni maddi ve manevi koşulsuz destekleyen sayın Salomon Zakuto'ya sonsuz teşekkürlerimi ve minnettarlığımı burada bir kez daha ifade etmek istiyorum. Bugüne gelmemde sizin payınız çok büyük, çok teşekkür ederim…

Buket İŞÇEN

Şubat, 2023

ÖZET

SELEKTİF MUTİZMLİ ÇOCUKLARIN DEPRESİF SEMPTOMLARI VE ANNELERİNİN KAPSAYICI İŞLEVLERİ, BAĞLANMA BİÇİMLERİ VE MİZAÇ ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Buket İşçen
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Neslihan Zabcı
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2023

Bu araştırmada, 3-7 yaş arasında olan Selektif Mutizm (SM) tanısı almış çocukların depresif semptomları ile annelerinin kapsayıcı işlevleri, bağlanma biçimleri ve mizaç özellikleri değerlendirilmiştir. Araştırmaya SM tanısı almış 30 çocuk, herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 30 çocuk ve tüm çocukların anneleri dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak Çocuk Depresif Belirti Ölçeği (ÇDBÖ), Ebeveyn-Çocuk Kapsayıcı İşlev Ölçeği (KİÖ), Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği (EBBÖ) ve Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS-A) kullanılmıştır. Elde edilen verilerin ikili karşılaştırmasında, normal dağılım gösteren alt boyutlar için T testi; normal dağılım göstermeyen alt boyutlar için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. SM'li çocukların depresif semptomları ile annelerinin kapsayıcı işlevleri, bağlanma biçimleri ve mizaç özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla, normal dağılım gösteren alt boyutlar için Pearson Korelasyon Analizi; normal dağılım göstermeyen alt boyutlar için Sperman Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Araştırma sonucunda, SM'li çocukların annelerinde kapsayıcı işlev eksikliğinin, kaçıngan bağlanma ve kaygılı/ikircikli bağlanma düzeylerinin ayrıca depresif mizaç ve anksiyöz mizaç özelliklerinin kontrol grubu annelerinden anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. SM'li çocukların depresif semptomları ile annelerin ruhsal özelliklerine ilişkin değişkenler arasında anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Selektif Mutizm (Seçici Konuşmazlık), Kapsayıcı İşlevi, Çocuk Depresif Semptomları, Mizaç, Bağlanma

ABSTRACT

INVESTİGATİON OF DEPRESSİVE SYMPTOMS İN CHİLDREN WİTH SELECTİVE MUTİSM AND THE MATERNAL CONTAİNİNG FUNCTİONS, ATTACHMENT STYLES, AND TEMPERAMENT CHARACTERİSTİCS

Buket İşçen
Masters Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Master's Programme with Thesis
Thesis Advisor: Prof. Dr. Neslihan Zabcı
Maltepe University Graduate School, 2023

In this study, the depressive symptoms of children with a diagnosis of Selective Mutism (SM) between the ages of 3-7, and the maternal functions of inclusiveness, attachment styles, and temperamental features were evaluated. 30 children with SM diagnosis, 30 children with no psychiatric diagnosis, and all the mothers of the children were included in the study. The Child Depression Inventory, Parent-Child Containing Function Scale, Adult Attachment Style Scale and the Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego were used as data collection tools. In binary comparisons of the obtained data, T test was applied for sub-dimensions with normal distribution and Mann-Whitney U test was applied for sub-dimensions without normal distribution. To examine the relationship between the depressive symptoms of SM children and the inclusiveness function, attachment style, and temperamental features of their mothers, Pearson Correlation Analysis was applied for sub-dimensions with normal distribution and Spearman Correlation Analysis was applied for sub-dimensions without normal distribution. As a result of the study, it was found that the inclusiveness function deficiency in mothers of SM children, and the levels of avoidant attachment and anxious/ambivalent attachment, as well as the depressive and anxious temperamental features, were significantly higher in the control group mothers compared to the SM children. Significant relationships were found between the depressive symptoms of SM children and the maternal psychological variables.

Keywords: Selective Mutism, Containing Function, Child Depressive Symptoms, Temperament, Attachment

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZET v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ x
KISALTMALAR xi
1. GİRİŞ 1
1.1 Selektif Mutizme Tarihsel Bakış 2
1.2 Selektif Mutizmin Sınıflandırılması 3
1.3 Selektif Mutizmin Demografik Görünümü 6
1.3.1 Başlangıç yaşı 6
1.3.2 Cinsiyet 7
1.3.3 Yaygınlık 7
1.3.4 Prognoz 8
1.4 Etiyoloji 10
1.4.1 Davranışçı yaklaşım 12
1.4.2 Anksiyete temelli yaklaşım 12
1.4.3 Aile sistemleri kuramı 15
1.4.4 Travma sonrası etiyoloji 16
1.4.5 Psikanalitik yaklaşım 18
1.5 Komorbidite 24
1.5.1 Nörogelişimsel bozukluklar 25
1.5.2 Dışsallaştırma bozuklukları 27
1.5.3 İçselleştirme bozuklukları 28

1.5.4 Diğer komorbid bozukluklar 30
1.6 Ebeveyn Psikopatolojisi, Aile yapısı ve Genetik Yatkınlık 31
1.7 Annenin Ruhsallığı 34
1.7.1 Annenin kapsayıcı işlevi 34
1.7.2 Tutma, birincil annelik tasası ve yeterince iyi annelik 35
1.8 Mizaç Kavramı 36
1.9 Bağlanma Kuramı 38
1.10 Psikanalitik Kuramda Depresyon 42
1.10.1 Karl Abraham ve depresyon 42
1.10.2 Sigmund Freud yas ve melankoli 43
1.10.3 Melanie Klein ve depresif konum 44
1.10.4 Andre Green ve ölü anne karmaşası 45
1.11 Çocukluk Dönemi Depresyonu 47
1.12 Araştırmanın Amacı ve Önemi 51
1.13 Varsayımlar 54
1.14 Sınırlılıklar 54
2. YÖNTEM 56
2.1 Araştırmanın Modeli 56
2.2 Araştırmanın Örneklemi/Çalışma Grubu 56
2.3 Verilerin Toplanması 58
2.4 Veri Toplama Araçları 59
2.4.1 Bilgilendirilmiş onam formu 59
2.4.2 Sosyo-Demografik bilgi formu 59
2.4.3 Çocuk depresif belirti ölçeği (ÇDBÖ) 60
2.4.4 Ebeveyn-Çocuk kapsayıcı işlevler ölçeği (KİO) 61
2.4.5 Erişkin bağlanma biçimi ölçeği (EBBÖ) 61
2.4.6 Memphis, Pisa, Paris ve San Diego mizaç değerlendirme anketi (TEMPS-A) 62
2.5 Verilerin İstatistiksel Analizi 63

3. BULGULAR VE TARTIŞMA 64
3.1 Bulgular 64
3.2 Tartışma 83
3.2.1 Çocuk depresif semptomlarına ilişkin bulguların tartışılması 83
3.2.2 Annenin kapsayıcı işlevine ilişkin bulguların tartışılması 87
3.2.3 Annenin bağlanma biçimine ait bulguların tartışılması 90
3.2.4 Annenin mizaç özelliklerine ait bulguların tartışılması 92
4. SONUÇ ve ÖNERİLER 95
KAYNAKLAR 98
EKLER 115
Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu 115
Ek-2: Sosyo-Demografik Bilgi Formu 116
Ek-3: Çocuk Depresif Belirti Ölçeği (ÇDBÖ) 117
Ek-4:Ebeveyn Çocuk Kapsayici İşlev Ölçeği (KİÖ) 118
Ek-5: Erişkin Bağlama Biçemi Ölçeği (EBBÖ) 119
Ek-6: Memphis Pisa Paris San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi(TEMPS-A) 120
Ek-7: T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı 121
ÖZGEÇMİŞ 122

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Annelere Ait Demografik Bilgiler 57

Tablo 2.Çocuklara Ait Demografik Bilgiler 58

Tablo 3.Çocuk Depresif Belirti Ölçeği Puanlarına İlişkin Betimsel Bulgular..... 64

Tablo 4. Ebeveyn-Çocuk Kapsayıcı İşlevler Ölçeğine (KİÖ) İlişkin Betimsel Bulgular ..... .65

Tablo 5. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğine İlişkin Betimsel Bulgular..... 66

Tablo 6.TEMPS-A Ölçeğine İlişkin Betimsel Bulgular 67

Tablo 7.Çocuk Depresif Belirti Ölçeği Puanlarının Kontrol Grubu ve Selektif Mutizmli Çocuklara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular..... 68

Tablo 8. Ebeveyn-Çocuk Kapsayıcı İşlevler Ölçeği Puanlarının Kontrol Grubu ve Selektif Mutizmli Çocukların Annelerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular..... 70

Tablo 9. Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği Puanlarının Kontrol Grubu ve Selektif Mutizmli Çocukların Annelerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular..... 72

Tablo 10.TEMPS-A Ölçeği Puanlarının Kontrol Grubu ve Selektif Mutizmli Çocukların Annelerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 73

Tablo 11. Selektif Mutizmli Çocukların ÇDBÖ Puanları ile Selektif Mutizmli Çocukların Annelerinin KİÖ Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular 75

Tablo 12. Selektif Mutizmli Çocukların ÇDBÖ Puanları ile Selektif Mutizmli Çocukların Annelerinin EBBÖ Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular..... 79

Tablo 13. Selektif Mutizmli Çocukların ÇDBÖ Puanları ile Selektif Mutizmli Çocukların Annelerinin TEMPS-A Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular 80

KISALTMALAR

SM : Selektif Mutizm

DSM : Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders- Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

ICD : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması

CBCL : Child Behavioral Check List- Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği

KİÖ : Ebeveyn-Çocuk Kapsayıcı İşlev Ölçeği

ÇDBÖ : Çocuk Depresif Belirti Ölçeği

EBBÖ : Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği

TEMPS-A : Memphis Pisa Paris San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi

Ss : Standart Sapma

r **:** Pearson Korelasyon Katsayısı

N **:** Toplam Sayı

p **:** Anlamlılık Değeri

Sd : Serbestlik Derecesi

1. GİRİŞ

Selektif mutizm (SM), diğer ortamlarda normal biçimde konuşmaya rağmen belirli ortamlarda (örneğin; okul) sürekli olarak konuşamama ile karakterize edilen, sıklıkla küçük çocuklarda görülen nadir bir bozukluktur (American Psychiatric Association, 2013). Bu durum, konuşulan dilin bilinmemesi veya dili anlamaya engel olan organik bir yetersizlik ile ilgili değildir (Kumpulainen, Rasanen, Raaska ve Somppi, 1998). Bu bozukluğa sahip çocuklar genellikle aile üyeleriyle ve ev ortamında rahatlıkla konuşur ancak diğer sosyal ortamlarda çevreden gelen baskı, eleştiri, tehdit veya ikna etme çabalarına rağmen sessizliklerini kararlı bir şekilde sürdürürler (Krolian, 1988).

SM'li çocuklar çoğu araştırmada homojen bir tanı grubu olarak değerlendirilmelerine rağmen; bozukluğun şiddeti, sadece yakın aile bireyleriyle konuşan çocuklardan, belirli yetişkinlerle, akranlarıyla veya öğretmenleriyle konuşmayan çocuklara kadar değişiklik göstermektedir (Cunningham, McHolm ve Boyle, 2006). Wilkens (1985), SM'nin tek tezahürünün çocukların sosyal ortamlarda konuşmayı reddetmesi olmadığını, nadir bir durum olsa da ev ortamında ebeveynlere karşı ortaya çıkan mutizmin varlığını çalışmasında raporlamıştır. Benzer şekilde, sözlü iletişim kurmamalarına rağmen bazı SM'li çocuklar akranlarıyla jest ve beden dilini kullanarak iletişim kurup oyun oynarken bazılarının ise dışarıdan tamamen "donmuş çocuk" gibi görünmesi bozukluğun semptomatolojisinde büyük farklılıklar olduğunu göstermektedir (Kristensen, Oerbeck ve Manassis, 2019).

Bu araştırmada, 3-7 yaş arasındaki SM tanısı almış çocukların depresif semptomlarının kontrol grubu (herhangi bir psikiyatrik tanı almamış çocuklar) ile karşılaştırılarak, depresif semptomların SM'li çocuklardaki yaygınlığı; SM tanısı almış çocukların anneleri ile kontrol grubu annelerinin bağlanma biçimleri, mizaç özellikleri ve kapsayıcı işlevleri arasındaki farklar ve SM tanısı almış çocukların depresif semptomları ile annenin bağlanma biçimi, mizacı ve kapsayıcı işlevi arasındaki ilişki incelenmiştir.

1.1 Selektif Mutizme Tarihsel Bakış

Mutizm hakkında bilinen en eski anlatılar neredeyse 1500 yıl öncesine dayanmaktadır (Goll, 1979). Geçmişi her ne kadar çok eskiye dayanıyor olsa da mutizm ilk kez klinik bir olgu olarak Alman Doktor Adolf Kussmaul tarafından 1877'de incelenmiştir (Hooper ve Linz, 1992). Kussmaul, konuşma bozukluğu olmamasına rağmen konuşmanın yokluğu olarak tanımladığı bu durumu, diğer histeri ve nevroz vakaları ile ilişkilendirmiş ve kişinin gönüllü olarak konuşmadığını vurgulamak için "aphasia voluntaria" (gönüllü afazi) olarak adlandırmıştır (Akt., Driessen, Blom, Muris, Blashfield ve Molendijk, 2019). Kusmaul'un çalışmasının ardından 1930'lara kadar mutizm vakalarını konu alan araştırmalar oldukça az ilgi görmüş ve bu bozukluk Alman literatüründe nadiren incelenmiştir (Browne, Wilson ve Laybourne, 1963; Ruzicka ve Sackin, 1974). Öyle ki, Hesselman (1983) 1893-1933 yılları arasında sadece 14 çalışmanın yapıldığını bildirmiştir.

Mutizmin, konuşamamak veya konuşmaya karşın isteksizlik olarak tanımlanması biyolojik ve psikolojik temelli olmak üzere birçok biçimi olduğunu göstermektedir (Hooper ve Linz, 1992). Biyolojik kökenli mutizmde işitme kaybı, mental retardasyon, infantil otizm, akinetik mutizm ve nöromüsküler bozukluklar mutizmin meydana gelmesine aracılık etmektedir (Hooper ve Linz, 1992; Kolvin ve Fundudis, 1981). Psikolojik kökenli mutizm ise tespit edilmiş biyolojik ve nörolojik unsurların olmadığı ancak çocuğun konuşmadığı durumları kapsamaktadır (Vecchio ve Kearney, 2009). Watternick ve Vedder (1936), psikolojik kökenli mutizmi; genellikle yetişkinlerde görülen histerik mutizm; belirli durumlar ve belirli kişilerle sessiz kalan çocuklarda görülen seçmeli mutizm; aşırı hassas bir çocuğun çevreye tepki olarak sessiz kaldığı heinzian mutizm; anksiyete nevrozu ile ilişkili olan nevrotik mutizm; travma sonrası görülen ancak histerik özelliklerin olmadığı timojenik mutizm ve konuşma organlarında bir sorun olduğuna inanan bireylerde görülen ideojenik mutizm olmak üzere altı kategori ayırarak kavramsallaştırmıştır (akt. Lesser-Katz, 1986). Kolvin ve Fundudis (1981), psikolojik kökenli mutizmin bir türünün psikolojik veya fiziksel bir şokun ardından ani olarak başlayan travmatik veya histertik mutizm olduğunu, diğer türünün ise çocuğun küçük bir grup dışındaki bireylerle konuşmayı reddettiği SM olduğunu belirtmiştir.

Erken dönem literatürü incelendiğinde bu bozukluğa elektif mutizm, konuşma inhibisyonu, heinzian mutizm, timojenik mutizm, konuşma çekingenliği, fonksiyonel mutizm, konuşma fobisi, öğrenilmiş mutizm, gönüllü mutizm gibi farklı isimler verildiği görülmektedir (Kratochwill, 1981).

İsviçreli çocuk psikiyatristi Moritz Tramer 1934 yılında elektif mutizm terimini literatüre kazandıran isim olmuştur. Tramer, bu terimi belirli yakın akrabaları veya akranları dışındaki kişiler ile ilişkilerinde konuşmayan çocukları belirtmek için kullanmıştır (akt. Wilkens, 1985). Tramer, elektif mutizmi dil geriliği, şizofrenik mutizm, histerik mutizm ve diğer mutizm türlerinden ayrı bir kategoride değerlendirmiştir (Akt., Elson, Pearson, Jones ve Schumacher, 1965). Tramer'in kullandığı elektif mutizm terimi 1940'lardan 1980'lerin başına kadar birçok yazar tarafından bu bozukluğu nitelendirmek için kullanılmıştır (Milić, 2015).

SM'nin literatürdeki ilk psikanalitik incelemesinin psikanalist Sophie Morgenstern'in 1927'de Fransız Psikanaliz Dergisinde yayımlanan 'Psikojen Mutizm' isimli makalesi olduğu görülmektedir. Morgenstern, dönemin popüler düşüncesiyle tutarlı olarak mutizmi histeriyle ilişkili olarak değerlendirmiştir. Histerik mutizm, kişinin hiçbir ortamda konuşmamasına ve tam bir sessizliğe karşılık gelir. Bu makalede psikanaliz tarihindeki ilk seçici olarak konuşmayan çocuk vakası Jacques R. sunulmuştur. Başlangıçta sadece babası ile konuşmayan Jacques'ın kısmi mutizmi ilerleyen süreçte sürekli bir sessizliğe dönüşür ve Jacques konuşmayı tamamen bırakır. Yazara göre çocuğun suskunluğunun temelinde kendisi ve ebeveynleri arasındaki ruhsal çatışma, ödipus kompleksi ve kastrasyon korkusu bulunmaktadır (akt. Zabcı, 2011).

1.2 Selektif Mutizmin Sınıflandırılması

Literatürde uzun yıllardır görünür olmasına rağmen ilk tanısal sınıflandırması Diğer Bebeklik, Çocukluk veya Ergenlik Bozuklukları kategorisi altında Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Üçüncü Basım' da (DSM-III) yapılmıştır. DSM-III'te elektif mutizm terimini kullanılmıştır. DSM-III'te yer alan tanı kriterlerine göre çocuğun elektif mutizm tanısı alabilmesi için konuşma ve konuşulan dili anlama becerisi olması, okul dahil neredeyse bütün sosyal durumlarda konuşmayı reddetmesi ve söz konusu

durumuna başka bir zihinsel ve fiziksel bozukluğun neden olmaması gerekmektedir (American Psychiatric Association, 1980).

DSM-III-TR'de elektif mutizmin temel tanı kriterleri olan neredeyse tüm sosyal durumlarda konuşmama koşulu, bir veya daha fazla sosyal durumda konuşmayı sürekli olarak reddetmek şeklinde revize edilmiştir. Ayrıca elektif mutizmin herhangi zihinsel ve fiziksel bozukluğa bağlı olarak ortaya çıkmaması koşulu kaldırılmıştır (American Psychiatric Association, 1987). Hooper ve Linz (1992), elektif mutizmin diğer zihinsel ve fiziksel bozukluklara bağlı olmama koşulunun, elektif mutizmin ortaya çıkmasına katkı sağladığı düşünülen diğer bozuklukların komorbiditesini onaylamak amacıyla kaldırılmış olabileceğini belirtmiştir. Bununla birlikte, elektif mutizmin tanı kriterleri ve sınıflandırılması ile ilgili farklı görüşler bu bozukluk için net bir çerçeve sunmayı zorlaştırmıştır (Hooper ve Linz, 1992; Lesser-Katz, 1988; Wilkens, 1985). Bu dönemde, elektif mutizmin diğer psikiyatrik bozukluklara bağlı olarak meydana gelen bir semptom mu, yoksa tek başına özgün bir bozukluk mu olduğu sorusu araştırmacılar ve klinisyenler arasında bir tartışma alanı oluşturmuştur (Hooper ve Linz, 1992; Wilkens, 1985).

Laybourne (1979), belirli durumlarda konuşmayı reddetmenin temel durum olduğu elektif mutizm ile şizofreni, histeri gibi bozukluklara eşlik eden bir semptom olarak ortaya çıkabilecek ikincil form elektif mutizm arasında ayrım yapmıştır.

Lesser-Katz (1986), elektif mutizmin organik temellerden yoksun olduğunu ancak öğrenme, sosyal deneyim veya diğer psikolojik nedenler ile açıklanabilecek bir bozukluk olduğunu belirtmiştir. Yazar, konuşmayı reddetme fobik, histerik, psikotik ve muhalif çocukların hepsine eşlik edebilecek bir özellik olmakla birlikte çok nadir durumlarda bu bozukluğun tek başına görüleceğini ya da konuşma edinimi sırasında yaşanmış bir travma veya farklı bir dizi olay ile ilişkili olarak ortaya çıkabileceğini ifade etmiştir.

Yanof (1996), SM'nin etiyolojisi üzerindeki farklı görüşlerin söz konusu tartışmaların asıl nedeni olduğunu ifade etmiştir. Yazar, tartışmaların bu bozukluğun tek bir varlık olmamasından kaynaklandığını ve mutizmin bir sendrom değil semptom olduğunu belirtmiştir.

Birçok klinisyen ve araştırmacı 1980'lerin sonuna kadar elektif mutizmli çocuğun gönüllü olarak sessizliği seçtiğine vurgu yapmıştır (Browne ve diğerleri,1963; Dow,

Sonies, Scheib, Moss ve Leonard, 1995; Parker, Olsen ve Throckmorton, 1960). Browne ve diğerleri (1963), sessizliğin düşmanca yönüne ve kızgınlığın ifadesi olarak konuşmayı reddetmenin kültürel yaygınlığına dikkat çekmişlerdir. Yazarlara göre bu bozukluğa sahip çocuklar için sessizlik düşmanlığın ve öfkenin ifade aracıdır. Aynı zamanda sessizliği ebeveynlerini ve diğerlerini cezalandırmak için adeta bir silah olarak kullanırlar. Parker ve diğerleri (1960) de benzer şekilde çocuğun, sessizliği çevreyi kontrol etmenin pasif ve düşmanca bir yolu olarak gördüğünü belirtmiştir. Öyle ki, yazarlar bu bozukluğa sahip çocukların sessizliği kendi iradeleri ile seçtiğini ve istemli bir davranış olduğunu varsaymıştır. Bu dönemde yapılan çalışmaların muhalif davranışlara yaptığı vurgu nedeniyle DSM-III ve DSM-III-TR temel tanı kriterlerinde konuşmayı reddetme ifadesinin yer aldığı görülmektedir (APA, 1980; APA, 1987).

Bu bozukluğu tanımlamak için kullanılan elektif mutizm terimi DSM-IV'te selektif mutizm olarak değiştirilmiş ve konuşmamanın çocuğun kendi seçimi olmasından ziyade çocuğun seçili bağlamlarda konuşmadığı ifade edilmiştir (American Psychiatric Association, 1994). Bununla birlikte, birincil tanı kriteri olan "konuşmayı reddetme" ifadesi "sürekli konuşma başarısızlığı" olarak değiştirilmiştir. Bu terminolojik değişim konuşmanın yokluğunu karşıt davranış ile açıklayan kuramlardan uzaklaşılması ve anksiyeteye odaklanan yeni etiyolojik kuramların ön plana çıkmasıyla bağlantılıdır (Dow vd., 1995). Ayrıca, DSM-IV'te tanı kriterlerine konuşmamanın en az bir aydır devam etmesi gerektiği koşulu eklenmiştir. Bu koşul, bazı küçük çocukların yeni bir ortama girdiklerinde kaygılı veya çekingen davranışlar göstermeleri ile ilişkilidir. Dolayısıyla, çocuğun okula başladığı ilk ayda ortaya çıkan konuşmaktan çekinme durumu teşhis dışında tutulmuştur.

SM, DSM-IV'te Genellikle Bebeklikte, Çocuklukta ya da Ergenlikte İlk Kez Tanısı Konan Bozuklar başlığı altında sınıflandırılırken, 2013'te yayımlanan DSM-V'te anksiyete ve sosyal fobi ile ilişkili olduğu düşünülerek Kaygı Bozuklukları başlığı altında sınıflandırılmaya başlanmıştır. Bu kategorik değişime rağmen SM'nin tanı kriterlerinde kaygı semptom olarak yer almamaktadır ve bu bozukluğun kesin nedeni halen bilinmemektedir (APA, 2013). Bu durum, SM'li bireyler ile yapılan ampirik çalışmalarda kaygının her zaman görülmemesinden veya araştırmacıların komorbid kaygı bozuklarını

ortaya koyarak, kaygı ve SM'nin ilişkili olduğunu kanıtlamaya çalışmalarından kaynaklanıyor olabilir (Driessen vd., 2020).

DSM-V'e göre selelektif mutizm için gerekli tanı kriterleri aşağıda belirtildiği gibidir:

A. Başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın, konuşmasının beklendiği özgül toplumsal durumlarda (örn. okulda), sürekli bir şekilde konuşamıyor olma.
B. Bu bozukluk eğitimle ya da işle ilgili başarıyı engeller ya da toplumsal iletişimi bozar.
C. Bu bozukluğun süresi en az bir aydır (okulun birinci ayıyla sınırlı değildir).
D. Konuşamıyor olma, söz konusu toplumsal durumda konuşulan dili bilmeme ya da o dilde rahat konuşamama ile ilişkili değildir.
E. Bu bozukluk, iletişim bozukluğu (örn. çocuklukta başlayan akıcılık bozukluğu) ile daha iyi açıklanamaz ve yalnızca otizm açılımı kapsamında bozukluğun, şizofreninin ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamıştır (APA, 2013).

Bu bozukluk Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-10 (İnternational Classification of Diseases) sınıflandırmasında Başlangıcı Çocukluğa ve Ergenliğe Özgü Sosyal Fonksiyon Bozuklukları başlığı altında ve elektif mutizm ismi ile yer almıştır (World Health Organization, 1990). ICD'nin son versiyonu olan ICD-11'de ise Anksiyete ve Korku ile İlişkili Bozukluklar başlığı altında selektif mutizm olarak sınıflandırılmaktadır (World Health Organization, 2020).

1.3 Selektif Mutizmin Demografik Görünümü

1.3.1 Başlangıç yaşı

SM, ortalama 2 ile 5 yaş arasındaki çocuklarda ortaya çıkan bir bozukluktur (Muris ve Ollendick, 2015). SM'li çocuklar genellikle okul sistemine dahil olana kadar tanı almazlar (Sharp, Sherman ve Gross, 2007). Semptomun okul başlangıcıyla fark edilmesinin nedeni, çocuğun genellikle evde aile üyeleri ile rahatlıkla konuşması ve diğer ortamlarda veya yabancılara karşı ketlenmenin ortaya çıkmasıdır (Krysanski, 2003). Semptomlar, çocuk okula başlamadan önce de görülebilir ancak çocuk okula başladıktan sonra klinik olarak dikkat çekmektedir (Black ve Uhde, 1992). Çünkü, konuşmama erken dönemde utangaçlık (Kumpulainen vd., 1998) ve genellikle çocuk büyüdükçe ortadan kalkacak normal gelişimsel bir durum olarak değerlendirilir (Andersson ve Thomsen,

1998). Bu da semptomun başlangıcı ile bir uzmana yönlendirme arasında önemli bir zaman farkı oluşturmaktadır (Viana, Beidel ve Rabian, 2009).

Sosyal etkileşim ve gelişim için sınırlı bir alan oluşturan SM; okul çağındaki çocuğun sözlü okuma gibi dil becerilerini kullanımını geciktirir, çocuğun okul ortamında yapılan etkinliklere katılımını ve üstlenmesi beklenen sosyal rolleri kısıtlar (Giddan, Ross, Sechler ve Becker, 1997). Sözel ifadenin kısıtlı olması veya hiç olmaması öğretmenlerin çocuğun temel kavramları öğrenme becerisini değerlendirememesine ve düzeltici geri bildirim verememesine neden olabilir (Bergman, Piacentini ve McCracken, 2002). Wright (1968), yaptığı çalışmada öğretmenleri tarafından akademik ilerleyişin değerlendirilememesi sebebiyle SM'li 24 çocuktan 10'unun bir ya da daha fazla sınıf tekrarı yaptığını raporlamıştır. Bununla birlikte, okulda konuşmayan çocukların genellikle akranları tarafından alay edildiği (Black ve Uhde, 1992) ve SM'ye ikincil olarak ortaya çıkan sosyal izolasyon, içe kapanma, okulda yaşanan sosyal ve akademik olumsuzluklar gibi semptomların çocuğun kişilik gelişiminde zedeleyici etkiler meydana getirdiği görülmektedir (Wright, 1968).

1.3.2 Cinsiyet

SM'nin cinsiyet dağılımına ilişkin araştırmalar farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Birçok çalışma SM'nin kız çocuklarda daha yaygın olduğunu gösterirken (Black ve Uhde, 1995; Chavira, Shipon-Blum, Hitchcock, Cohan ve Stein, 2007; Dummit, Tancer, Asche, Martin ve Fairbanks, 1997; Ford, Sladeczek, Carlson ve Kratochwill, 1998; Kolvin ve Fundudis, 1981; Kumpulainen vd., 1998; Steinhausen ve Juzi, 1996; Wilkens, 1985; Wright, 1968) eşit cinsiyet oranları bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Andersson ve Thomsen, 1998; Bergman vd., 2002; Elizur ve Perednik, 2003; Gensthaler vd., 2016; Parker vd.,1960).

1.3.3 Yaygınlık

SM, nispeten nadir olmakla birlikte araştırmalar %0,03 ile %2 arasında değişen tutarsız prevalans oranları bildirmektedir. Mevcut çalışmalarda kullanılan tanı kriterlerinin çeşitliliği, izlenen prosedür, yaş ve örneklem büyüklüklerindeki farklılıkların prevalans oranındaki çeşitliliği açıkladığı düşünülmektedir. Birçok araştırmacı raporlanan verilerin

prevalans oranlarını yeterince temsil etmediğini savunmaktadır (Cunningham vd., 2006; Schwartz, Freedy ve Sheridan, 2006; Sharkey ve McNicholas, 2008).

Bergman ve diğerleri (2002), 125 öğretmenin ve anaokulu, birinci ve ikinci sınıf 2256 öğrencinin katılımıyla, SM'nin toplumdaki prevalansını araştırmak için yaptıkları çalışmada DSM-IV tanı kriterlerini kullanmışlardır. Çalışmaya katılan öğretmenler SM için tanı kriterlerini karşılayan 16 çocuk bildirirken araştırmacılar çocuklardaki yaygınlık oranını %0,71 olarak raporlamıştır.

Karakaya ve diğerleri (2008), Türkiye Kocaeli'nde SM'nin prevelansını örneklem grubunu anaokulu, birinci, ikinci ve üçüncü sınıf 64.103 öğrencinin oluşturduğu araştırmada incelemişlerdir. Öğretmenlere DSM-IV SM tanı kriterleri çerçevesinde hazırlanan formlar gönderilmiştir. Bu araştırmada öğretmenler tarafından bildirilen 526 öğrencinin klinik değerlendirme sonucunda 21'inin SM tanısı aldığı ve yaygınlık oranının %0,03 olduğu belirtilmektedir.

Diğer okul temelli yapılan çalışmalarda Elizur ve Perednik (2003), %0,76; Kopp ve Gilberg (1997), %0,18 ve Kumpulainen ve diğerleri (1998), %2 oranında prevalans bildirmiştir.

SM'nin klinik örneklemdeki prevalansının araştırıldığı bir çalışmada Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatri Akademisine üye olan ve rastgele seçilmiş 952 psikiyatrist 670 vaka bildirmiştir. Elde edilen sonuçlar göre tahmini olarak her yeni 936 hasta içinde 1 SM vakası vardır. Bu çalışma, SM'nin klinik örneklemdeki yaygınlık oranının %0,11 olduğunu raporlamıştır (Carlson, Kratochwill ve Johnston, 1994).

1.3.4 Prognoz

Literatürde SM'nin prognozu hakkında yeterli bilgi bulunmadığı görülmektedir. Mevcut araştırmaların küçük örneklem gruplarından oluşması, kontrol grubu eksikliği, vakaların kısa süreli gözlenebilmesi gibi metodolojik eksikler SM'nin doğal seyri içinde kalıcılığı ve gelişimsel sonuçları hakkında kısıtlı bilgi edinilmesine neden olmaktadır (Cotter, Todd ve Brestan-Knight, 2018)

Kolvin ve Fundudis (1981), yetişkinlerle veya akranlarla daha iyi sosyal ilişkiler kurulmasını iyileşmenin tanımı olarak kabul ederek takip ettikleri SM'li çocuklarda iyileşme oranlarını raporlamıştır. Bu tanıma göre SM'li çocukların sadece %12,5'inde belirgin şekilde iyileşme görülmüştür. SM'li çocukların %33'ünde orta derecede iyileşme ve %54'ünde ise iyileşme görülmediği veya çok az iyileşme görüldüğü belirlenmiştir. Araştırmada iyileşme gösteren ve iyileşme göstermeyen gruplar karşılaştırıldığında belirgin iyileşmenin çocuk on yaşına gelmeden önce gerçekleştiği ve bu yaşa kadar iyileşmeyi başaramayan çocukların daha inançtı bir SM formuna sahip olabilecekleri belirtilmiştir. Bununla birlikte, iyileşen gruptaki çocukların ebeveynlerinde %36, SM'nin kalıcı göründüğü çocukların ebeveynlerinde ise %54 kişilik problemleri olduğu bulunmuştur. Yazarlar, elde edilen verilere göre prognozun aile geçmişi ile yakından ilişkili olabileceğini önermiştir.

Bergman ve diğerleri (2002), tedavinin olmadığı durumda bir okul dönemi boyunca incelenen SM'li çocukların hafif düzeyde iyileşme gösterdiğini fakat çocukların çoğunda semptomun kalıcı olduğu raporlamıştır.

Literatür incelendiğinde, SM'li çocukların uzun süreli takip edildiği yakın tarihli iki araştırma olduğu görülmektedir. Bu araştırmalardan ilki, Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Hennighausen ve Gutenbrunner (2001), tarafından yapılmıştır. Yazarlar, 12 yıl boyunca takip ettikleri SM'li çocukların %39'unda tam iyileşme; %29'unda ise belirgin düzeyde iyileşme görüldüğünü raporlamıştır. Araştırmaya dahil edilen çocukların beşi hiçbir iyileşme göstermezken, diğer tüm çocukların hafif düzeyde iyileşme gösterdiği belirtilmiştir. Bununla birlikte, iletişim problemleri, kendine güven ve sosyal durumlarda yaşanan zorluklar tamamen iyileşme göstermiş hastalar dışındaki tüm vakalarda tekrar nüksettiği raporlanmıştır. Prognozun kötü sonuç göstermesindeki en önemli belirleyicinin çekirdek ailedeki mutizm (çocuğun aile üyeleriyle konuşmayı bıraktığı durum) olduğu görülmüştür. Bununla birlikte olağandışı ebeveynlik stillerinin, aile üyelerinde görülen psikiyatrik bozuklukların ve depresif ruh halinin de prognozun kötü seyrinde etkili olduğu belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar Kolvin ve Fundudis (1981)'in gözlemleri ile tutarlı şekilde kötü sonuç eğilimini ve durumun kalıcılığını desteklemektedir.

SM'in uzun dönem sonuçlarını on üç yıllık bir sürede inceleyen araştırmada tam iyileşme oranı %58 olmakla birlikte vakaların %80'inin önemli derecede iyileşme gösterdiği belirtilmektedir. SM'in yaşam boyu yoğunluğu değerlendirildiğinde iki temel seyri olduğu görülmüştür. Bunlardan ilki SM'nin zamanla azalarak iyileştiği, diğeri ise ergenlik veya genç yetişkinlik döneminde aniden ortadan kaybolduğu durumlardır (Steinhausen, Wachter, Laimbock ve Metzke, 2006). Bu araştırma yüksek iyileşme oranları bildirmesine rağmen tedavi içeriği hakkında bilgi vermemektedir.

1.4 Etiyoloji

Mevcut araştırmalara rağmen SM, etiyolojisi ve sınıflandırması ile ilgili tartışmaları hala devam eden, bütünüyle anlaşılmamış bir bozukluktur (Sharp, Sherman ve Gross, 2007). Psikanalitik kuram, SM'yi çözülmemiş ruhsal çatışmanın sonucu olarak ortaya çıkan bir semptom olarak ele alır (Dow vd., 1995). Bununla birlikte, oral ve anal dönem fiksasyonu olan çocuğun ebeveynlerini cezalandırmak için sessiz kaldığı önerisi ilk kuramsal öncüllerdendir. Giddan ve diğerlerine (1997) göre çocuğun mutizmi, bir aile sırrını koruyor, anneye karşı düşmanlığın yerini alıyor ya da çocuğun sözel dönem öncesine regrese olmasını ifade ediyor olabilir. Travma sonrası etiyoloji, SM'nin ortaya çıkışında psikolojik veya fiziksel istismar, sevilen birinin ölümü ya da boşanma gibi olayların etkili olduğunu kabul etmektedir (Dow vd., 1995). Davranışçı kuram, SM'yi çocuğun çevresini manipüle etmek ya da kaygısını azaltmak gibi ikincil kazançlar sağlamak için öğrendiği bir davranış biçimi olarak açıklamaktadır (Afnan ve Carr, 1989). Aile sistemleri kuramına göre ise çocuklar SM'yi bozuk aile ilişkilerine dahil olmalarına bağlı olarak geliştirirler (Anstendig, 1998). SM'yi anksiyete ve sosyal fobi ile ilişkilendiren etiyoloji, çocukların anksiyete bozukluğuna sahip ebeveynleri olduğuna dayanan genetik yatkınlık üzerine durmaktadır (Viana vd., 2009).

Literatüre bakıldığında Hayden (1980)'ın SM için tek bir etiyolojik yaklaşım önermediği görülmektedir. Yazarın, yaptığı çalışma sonucunda SM'li çocukları sembiyotik mutizm, konuşma fobik mutizm, reaktif mutizm ve pasif agresif mutizm olarak dört grupta sınıflandırdığı görülmektedir. Hayden'ın elde ettiği verilere göre SM, herbir grupta semptom olarak kendini göstermesine rağmen, bozukluğun altında yatan sorunsal farklıdır ve bu durum bozukluk için tek bir etiyolojik çerçeve sunmayı zorlaştırır.

Hayden (1980)'a göre SM'li çocuklar arasında en yaygın türün sembiyotik mutizm olduğu görülmektedir. Bu gruptaki çocukların hepsinin ortak özelliği, genellikle anne olmakla birlikte bakım veren kişi ile güçlü sembiyotik ilişki içinde olmalarıdır. Aşırı iç içe geçmiş bu ilişkide, anne çocuğun tüm ihtiyaçlarının tek karşılayıcısıdır. Aile içinde baskın ve otoriteyi temsil eden anne, çocuğun diğerleri ile ilişkisini açıkça kıskanmaktadır. Bu gruptaki çocukların babaları ise genellikle pasif veya sözel olarak etkin olmayan bireylerdir. Bazı durumlar da ise babanın tamamen yokluğu söz konusudur; baba çocuğu terk etmiş ve ilişkiyi sürdürmüyordur. Ayrıca çocuğun sessizliği pasif bir davranış gibi görünmesine rağmen, yetişkinleri ve çevreyi manipüle etmeye hizmet eden bir araç olarak görülmektedir.

Konuşma fobik türde SM'li çocuklarda, kendi sesini duyma korkusu baskın özelliktir. Çocukların daha önce yanında konuştuğu kişilerin varlığında bile ses kayıt cihazından kendi seslerini dinleyemedikleri görülmektedir. Konuşma fobisi olan çocuklarda konuşma ile ilgili olmayan obsesif davranışlar ve konuşmaya ilişkin durumlarda ortaya çıkan ritüel davranışlar görülmektedir. Genellikle bu gruptaki çocukların ebeveynleri, çocuk ya da aile hakkındaki belirli bilgileri açıklamaktan karalı bir şekilde kaçınmaktadır. Bu durum, çocukların konuşmalarını kontrol etmeye çabasının, bir sırrı açığa çıkarmamak ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Reaktif mutizimde çocuklar, travmatik deneyimlerin tetiklemesi sonucu mutizm geliştirmişlerdir. Bu grupta; depresyon, intihar girişimleri ve ilaç bağımlılığı belirgindir. Diğer gruplardaki konuşma eksikliği bir bakımdan diğerleri ile etkileşime katkı sağlarken; reaktif çocukların konuşmaması otantik bir içe kapanma gibi görünmektedir. Bu çocuklar neredeyse her zaman sersemlemiş bir ifadeye sahip olmakla birlikte, çevresel uyaranlara karşı ifadesiz görünmektedirler.

Pasif agresif mutizm grubundaki çocuklar düşmanlığı sessizlik ile göstermektedir. Bir silah gibi kullandıkları sessizlik çevreyi manipüle etmek için bir araç gibi görünmektedir. Bu gruptaki çocuklarda anti sosyal davranışlar ve yoğun saldırganlık dönemleri belirgindir. Ek olarak, duygu ifadelerini kontrol etmekte çok başarılı olan bu çocuklar, genellikle ifadesiz görünmektedirler (Hayden, 1980).

1.4.1 Davranışçı yaklaşım

Davranışçı yaklaşım, karşıt ve kontrol edici davranışlar üzerinde durmaktadır. Bu yaklaşımda SM, çocuğun çevreyi manipüle etmek için öğrendiği bir yanıt biçimi olarak değerlendirilmektedir (Porjes, 1992). SM'li çocuklar klasik koşullanma, edimsel koşullanma ve gözlemsel öğrenme biçimleri ile mutizm davranışını öğrenmektedir (Stone, Kratochwill, Sladezcek ve Serlin, 2002).

Reed (1963), SM'nin ilk davranışsal kavramsallaştırmasını, çocuğun sessiz kalma davranışının basit öğrenme ile daha iyi açıklanabileceğini önererek yapmıştır. Ayrıca SM'nin klinik bir durum olmadığını farklı kişilik tiplerinde görülebilecek öğrenilmiş bir davranış olduğunu belirtmektedir. Yazar, SM'li çocukların iki grupta değerlendirilmesini önerir. İlk grup mutizmi sosyal ve entelektüel alanda yaşadığı zorluklardan kaçınmak için korku azaltıcı bir davranış olarak kullanmaktadır. Diğer grup ise manipülatif ve olgunlaşmamış olarak tanımlanmakla birlikte, mutizmi dikkat çekmek için kullanmaktadır.

Davranışçı yaklaşımda mutizm bir psikopatoloji olarak değil çocuğun amacına ulaşmak için kullandığı işlevsel bir davranış olarak ele alınmaktadır (Porjes, 1992). Bununla birlikte, Anstendig (1999)'e göre SM'yi davranışsal olarak kavramsallaştıran yaklaşım temellinde uygulanan tedaviler, çocuğun güvenlik kalkanı olan sessizliği altta yatan problemi ele almadan ortaya kaldırmaya çalıştığında, bu durum çocuk için tehdit edici olarak deneyimlenebilir ve karşıt davranışı artabilir.

1.4.2 Anksiyete temelli yaklaşım

Mevcut literatür, SM ile anksiyete ve özellikle sosyal anksiyete bozukluğu arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. SM ve sosyal fobi arasında bir ilişki olabileceği ilk kez 1990 yılında Crumley tarafından önerilmiştir (Crumley, 1990). Bu hipotezi destekleyen ilk çalışma Black ve Uhde (1995) tarafından yapılmıştır. Black ve Uhde (1995)'nin elde ettiği verilere göre çocuğun mutizm şiddeti ve ebeveyn tarafından bildirilen çocuğun kaygı şiddeti arasında da belirgin bir korelasyon vardır. Bununla birlikte, SM'li çocukların ailelerinde sosyal kaygı ve SM yaygın olarak bulunmaktadır. Ayrıca yazarlar, SM'li çocuklarda konuşma başarısızlığı dışındaki tek ortak anormal davranışın sosyal anksiyete olduğunu belirtmişlerdir. Bu bulgular sonucunda yazalar, SM'nin ayrı bir

psikiyatrik sendrom olarak sınıflandırılması görüşünü desteklememişlerdir. Bunun yerine, SM'yi sosyal fobi ve anksiyete bağlamında açıklayan bir etiyoloji önermektedirler: "Çocuğun konuşmama davranışını kaygı temellidir ve sosyal fobinin bir semptomu veya alt türü olarak ele alınmalıdır" (Black ve Uhde, 1995, s. 847).

Anksiyete ve sosyal fobi çerçevesinde yapılan kavramsallaştırma SM'yi, çocuğun sosyal ortamlarda artan kaygısına karşı sessiz kalarak gösterdiği bir savunma biçimi olarak değerlendirilmektedir. Bu yaklaşım çocuk yeni sosyal ortama girdiğinde şiddetli bir şekilde uyarılan sempatik sinir sisteminin verdiği rahatsızlık sonucunda mutizmin ortaya çıktığını önermektedir. Mutizm bu çerçevede bilinçsiz olarak ortaya çıkan bir savunma mekanizması olarak işlev görmektedir. Bu bakış açısı mutizmi manipülatif ve öğrenmeye dayalı bir davranış olarak ele almaz, bir kaygı belirtisi ve savunma biçimi olarak görür (Anstendig, 1999).

Literatürde SM ve sosyal fobi ilişkisini destekleyen kanıtlar olmakla birlikte, bu ilişkiyi reddeden araştırmalar da mevcuttur. Melfsen, Walitza ve Warnke (2006) Sosyal Fobi ve Anksiyete Envanteri kullanarak, SM ve sosyal fobinin ilişkisini araştırmışlardır. Ölçekte SM'li çocukların sosyal fobik çocuklardan anlamlı olarak daha düşük puan aldığını belirtmişlerdir. Bu veriler, SM'nin sosyal fobinin bir türü olduğu hipotezini desteklememektedir. Bununla birlikte, araştırmada SM'li çocuklarda sosyal fobik çocuklardan belirgin şekilde farklılaşan muhalif ve kontrol edici davranışlar görülmüştür. SM ve sosyal fobinin başlangıç yaşı değerlendirildiğinde birbirlerinden farklı olduğu görülmektedir. SM'nin başlangıcı 3-6 yaş arasında gerçekleşirken, sosyal fobinin başlangıcı için çocuğun bilişsel süreçlerinin belirli bir gelişmişlik düzeyine gelmiş olması gerekir. Bu sebeple sosyal fobi SM'den daha geç başlangıç yaşına sahiptir. Yazarlar, SM'nin utangaçlıkla ilişkilisinin sosyal fobiden daha olası olduğunu düşünmektedir. Çünkü utangaçlık başlangıç yaşı bakımından SM ile örtüşmektedir ve sosyal fobinin daha zayıf bir kategorisidir. Ayrıca, SM'li çocuklarda semptomun kendiliğinden ortadan kalkabilmesi sebebiyle SM'nin prognozunun sosyal fobiden farklı şekilde seyrettiğini belirtmişlerdir. Söz konusu bulgular sebebiyle SM'nin bir sosyal fobi olarak sınıflandırılmasını desteklemediklerini belirtirler.

Yeganeh, Beidel, Turner, Pina ve Silverman (2003), SM ve sosyal fobi tanısı almış çocuklar ile sadece sosyal fobisi olan çocukları karşılaştırdıkları yapılandırılmış klinik görüşmeler ve davranış gözlemleri sonucunda, SM'li çocukların sosyal fobisi olan çocuklardan daha kaygılı olduğunu tespit etmiştir. Ancak, öz değerlendirmelerde ya da davranış görevleri sırasında SM'li çocuklar sosyal fobisi olan çocuklardan daha yüksek kaygı seviyesi belirtmemektedir. Yeganeh, Beidel ve Turner (2006) yaptıkları takip çalışmasında daha önceki araştırmanın verileriyle tutarlı sonuçlar bulmuşlardır. SM'li çocuklar daha fazla sosyal korku yaşamıyor olmasına rağmen, klinisyenler SM'li çocukları sosyal fobisi olan çocuklardan belirgin bir şekilde daha kaygılı olarak değerlendirmiştir. Bu tutarsızlık, klinisyenlerin çocuğun mutizmini daha ciddi bir sıkıntının göstergesi olarak yorumlamasından kaynaklanıyor olabilir. Dolayısıyla iki çalışma da SM'nin sadece sosyal kaygı ile açıklanamayacağını belirtmiştir (Yeganeh vd., 2003; Yeganeh vd., 2006).

Daha yakın tarihli bir çalışmada Young, Bunnell ve Beidel (2012), SM ve sosyal fobi tanısı almış çocukları kontrol grubu ile karşılaştırmıştır. Bu grupları klinisyen, çocuk ve ebeveyn değerlendirmeleri, davranışsal gözlemler ve sosyal etkileşime girdiklerinde ortaya çıkan psikofizyolojik değişkenler (nabız, kan basıncı ve elektrodermal aktivite) bakımından incelemişlerdir. Psikofizyolojik değerlendirmelerde SM'li çocuklar sosyal fobisi olan çocuklardan daha az veya kontrol grubuna benzer uyarılma seviyeleri göstermişlerdir. Bu objektif sonuçlar, SM'li çocukların sosyal etkileşimde yoğun anksiyete yaşadıkları ve dolayısıyla SM'nin sosyal fobinin daha ağır bir varyasyonu olduğu düşüncesiyle çelişmektedir. Araştırmanın diğer bir bulgusu, kör gözlemcilerin SM'li çocukları diğer gruplardan anlamlı derecede daha kaygılı ve sosyal olarak daha az etkili olarak değerlendirmiş olmasıdır. Ancak, SM'li çocuklar davranışsal gözlemler sırasında konuşmadığı için gözlemci yanlılığı sebebiyle çocuğun sessizliği öznel olarak aşırı sıkıntı olarak yorumlanmış olabilir. Yazarlar, elde edilen veriler sonucunda sessizliğin yorumlanmasını aşağıdaki gibi özetlemiştir:

"Sessizlik çok çeşitli duyguları (örn. Öfke, depresyon, karşıtlık) yansıtabilir ve konuşma eksikliğini ezici kaygının bir göstergesi olarak hemen yorumlamak yanlış olur. Doğrulayıcı kanıt gereklidir; aksi takdirde klinisyenler sessizliği yanlış yorumlayabilirler" (Young vd., 2012, s. 538).

Son olarak, SM ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelendiği meta-analitik bir çalışmada toplam yirmi iki araştırma incelenmiştir. SM tanısı almış çocukların %80'ininde komorbid anksiyete tanısı görülmesine rağmen, çocukların %20'si anksiyete bozukluğu tanısı almamaktadır. Ayrıca %80 oranındaki anksiyetenin %19'u özgül fobiler olarak belirlenmiştir. SM'nin özgül fobiler ile ne derece açıklanabileceği sorusu ise tartışmalıdır. Sonuç olarak, SM'li çocuklarda komorbid anksiyete bozukluğunun olması, SM'nin anksiyete bozukluğu çerçevesinde açıklanabileceği ya da anksiyete sebebiyle ortaya çıktığı anlamına gelmez (Driessen vd., 2019).

1.4.3 Aile sistemleri kuramı

Aile sistemleri kuramına göre aile kavramı, aile üyelerinin karşılıklı olarak birbirini etkilediği ve ihtiyaçlarını birbirleri aracılığı ile karşıladığı bir yapıdır. Bu bağlamda SM'nin de ailede belirli bir işlevi karşıladığı düşünülmektedir (Cohan, Chavira ve Stein, 2006).

SM'yi aile sistemleri teorisi çerçevesinde açıklayan araştırmacılar, SM'li çocukların mutizm semptomuna sebep olan bozuk aile ilişkilerine dahil olduklarını düşünmektedirler. Başka bir ifade ile SM'yi aile patolojisinin bir semptomu olarak kavramsallaştırırlar (Anstendig, 1998). Pustrom ve Speers'e (1964) göre SM semptomu aile çatışmasının uzlaşmacı bir görüntüsüdür. Yazarlar, inceledikleri üç SM vakasında annelerin evliliklerinde yoğun tatminsizlik yaşadığını, bunun bir sonucu olarak da çocuk ile sembiyotik bir ilişki içinde bulunduklarını belirtmiştir. Bu durumda çocuk diğerleri ile konuşmayı anne ile olan ilişkinin tehdit edilmesi olarak deneyimler ve terk edilme kaygısı ile başa çıkmak için sessizliği kullanmaktadır.

Subak, West ve Carlin (1982), anne ve çocuk arasındaki ilişkide mevcut olan aşırı kontrol ihtiyacı, bağımlılık ve ambivalans ile karakterize edilen nevrotik ilişkinin, SM'ye sebep olan bozulmuş aile dinamiklerinden biri olduğunu ifade etmiştir.

Meyers (1984), ise SM'li çocukların ailelerinde mutizme sebep olan dinamiklerin; ebeveyn ve çocuk arasında sembiyotik ilişki, ailenin diğerlerini tehdit olarak görmesinden kaynaklanan yabancı korkusu, göçmen ailede yaşanan dil öğrenme zorlukları ve kültürel asimilasyon sorunları, aile sistemi içindeki iletişim eksikliği ve evlilik uyumsuzluğu,

ebeveynin stresle başa çıkmak için kullandığı sessizlik davranışının çocuk tarafından modellenmesi olduğunu belirtmiştir.

Goll (1979), SM'li çocuğun içinde bulunduğu aile için roller tanımlamıştır:

1) Selektif mutizmli olarak tanımlanan hasta (SM)

2) Israrcı sessizliği kullanan, taklit edilen bir aile üyesi Mutist Model (MM)

3) SM'li çocukla aşırı bağımlı ve mutsuz bir ilişki içinde olan Simbiyotik Partner (SP)

4) Yetersiz eğitim, kültürel boşluk, sosyal miras, ebeveynler arasındaki çözülmemiş sorunlar gibi bir dizi faktör sonunda oluşan getto ailesinin; topluma ve onun resmi temsilcilerine güven duymayan getto lideri (GL).

Goll (1979)'a göre getto ailesinin üyesi olan SM'li çocuk okula başlarken kriz ortaya çıkmaktadır. Çünkü çocuk ilk kez ailesi olmadan farklı bir ortamda bulunmaktadır. Burada yalnız kalan çocuk diğerleriyle konuşmalıdır fakat bu gettoda hain olmak anlamına gelmektedir. Bu durum karşısında çocuk güçsüz ve zayıf hisseder ve bunun üstesinden gelmek için mutizm rolünü üstlenir. Bu sessizlik onun düşlemde güçlü hissetmesine hizmet etmektedir. Bu çerçevede mutizm, getto ailesinin toplum içinde hissettiği yabancılığın ifadesidir.

1.4.4 Travma sonrası etiyoloji

Literatürde birçok yazarın travmatik deneyimler ile SM'nin etiyolojisini ilişkilendirdiği görülmektedir (Andersson ve Thomsen, 1998; Browne vd.,1963; Hayden, 1980; Parker vd., 1960). Bazı araştırmacılar çocuğun konuşmayı öğrendiği dönemde yaşadığı ağız travmasını ya da psikolojik travmayı mutizmin ortaya çıkmasına neden olan bir faktör olarak değerlendirmektedir (Browne vd., 1963; Parker vd., 1960).

Parker ve diğerleri (1960), okulda konuşmayan çocuklar ile yaptıkları çalışmada küçük bir kız çocuğunun kötü sözler söylediğinde annenin ağzına tokat attığını, bir diğer çocuğun yaşamının ilk on sekiz ayında yaşadığı kalp rahatsızlığına ek olarak ağız yaralanması yaşadığını raporlamıştır.

Hayden (1980), araştırmasında SM'li çocuklarda bedensel cezanın yüksek olduğunu, vakaların %77'sinin polis tarafından soruşturma gerektirecek kadar şiddetli istismar gördüğünü, bu vakaların %57'sinin istismar sebebiyle on gün ya da daha fazla süre hastanede yatmış olduğunu ve 1 vakanın ölümle sonuçlandığı bildirmiştir. Bununla birlikte, istismar gören çocukların %30'unda cinsel istismar ilgili kurum tarafından belgelenmiştir. Yazara göre istismarın mutizme sebep olduğu durumlarda süreç döngüsel olarak devam eder, çünkü daha sonra çocuğun sessizliği daha çok istismarla sonuçlanır.

Kolvin ve Fundudis (1981), psikolojik veya fiziksel bir şokun ardından başlayan travmatik mutizmi tanımlamışlardır. Fakat travmatik duygusal bir deneyimden sonra meydana gelen mutizmin sadece çekici bir kurgu olduğunu, on beş yıllık klinik deneyimlerinde sadece bir vaka da bu durumu gözlemlediklerini bildirmişlerdir.

Black ve Uhde (1995) tarafından yapılan çalışmada fiziksel veya cinsel istismar, ebeveynlerin ayrılması ve hastanede yatmak gibi deneyimleri olan çocuklar bulunmasına rağmen hiçbir travmatik deneyim ve önemli yaşam olayları ile SM'nin başlangıcı arasında zamansal veya nedensel bir ilişki bulunmadığı görülmektedir. Travmatik deneyimlerin etiyolojik önemi olmasına rağmen retrospektif araştırmalar nedensel ilişkiyi ortaya koymakta yetersizdir (Steinhausen ve Juzi, 1996). Ek olarak, araştırmalar erken dönem psikolojik travmanın ortak bir etiyolojik faktör olmadığını göstermektedir (Black ve Uhde, 1995; Steinhausen ve Juzi, 1996).

Jacobsen (1995), ergenlik döneminde SM geliştiren bir vaka çalışmasında, SM'nin dissosiyatif kimlik bozukluğunun bir belirtisi olabileceğini önermektedir. Çocuk, SM için tedavi edildiğinde hiçbir terapotik ilerleme kaydedilmemiş, fakat alter kimlikler bütünleştirildiğinde konuşmaya başlamıştır. Sonuç olarak, mutizmin nedeni vakanın erken çocukluk döneminde tanık olduğu cinayetler hakkındaki bilgileri açığa çıkarmasını engelleyen kimlikler olarak görülmüştür. Bu vakada SM'nin ayrı bir tanı olarak görülmemesinin nedeni prognozunun atipik olmasıdır. Bu nedenle yazar, travmatik deneyimler ve sessiz kalma tehditti içeren mutizm vakaları için diğer olası nedenleri incelemenin önemli olduğunu belirtmektedir.

1.4.5 Psikanalitik yaklaşım

Psikanalitik kuram SM'nin bir sendrom değil bir semptom olarak kavramsallaştırılması gerektiğini vurgular. Yanof (1996)'a göre SM'nin etiyolojisi ve tedavisi hakkında görüş birliğinin olmamasının en büyük nedeni, SM'nin semptom olarak ele alınmamasından kaynaklanmaktadır. Zabcı (2011), SM'nin bütün ruhsal yapılanmalara eşlik edebilecek bir semptom olduğunu; psikotik-mutizm, histerik-mutizm, melankolik-mutizm gibi farklı biçimleri olduğunu belirtir. Vasilyeva (2013)'a göre ise SM için çeşitli etiyolojik açıklamalar bulunsa da bebekliğin erken gelişim dönemlerinden başlayarak şekillendiği ortak bir fikirdir.

Birçok yazar, SM'nin başlıca nedeni olarak çocuk ve anne arasındaki aşırı yakın sembiyotik ilişkiye işaret etmektedir (Browne vd., 1963; Parker vd., 1960; Pustrom ve Speers, 1964). Anne ve çocuk bir diğeri olmadan yaşamak mümkün olmadığı için bireysel büyüme ve gelişmeyi yasaklayan ve engelleyen bağımlılık ilişkisi içindedir (Meyers, 1984). Bu bağımlılık ilişkisi, genellikle ambivalans ve regresif düşmanlık duygularını beraberinde getirir (Meijer, 1979) ve çocuğun bağımsız benliğinin ortaya çıkmasına izin vermediği için çocuk annenin yokluğunda işlevsiz hale gelir (Parker vd., 1960). Öyle ki, çocuk anne ile olan bağını ve ona karşı sadakatini koruyabilmek için evden ilk kez uzaklaştığında diğer yetişkinlerle konuşmayı reddeder (Krolian, 1988).

Browne ve diğerleri (1963)'ne göre anne ve SM'li çocuk arasındaki sembiyotik ilişkinin temelleri, annenin baba ile olan düşmanca ve hayal kırıklığı içeren ilişkisinde bulunmaktadır. Yazarlar, çocuğun aile içinde baba ile konuşmayı bıraktığı durumlarda annenin çocuğun bu davranışından dolaylı olarak zevk aldığını ve SM'li çocuğu eşine saldırmak için kullandığı belirtmiştir. Wright (1968)'a göre SM'li çocukların anneleri, tatmin olmadıkları evlilik ilişkisinden çocukları ile kurdukları aşırı bağımlılığı teşvik ederek uzaklaşmaya çalışırlar. Meijer (1979), çocuğun, annenin babaya olan kırgınlığını uyandırma korkusu arttıkça, anneye düşmanca bağımlılığının da arttığını ve çocuğun hissettiği bu korkunun ancak ebeveyn çatışmalarından uzak diğer çocuklar ve bazı yetişkinler ile konuştuğu SM semptomu ile kontrol altına alınabildiğini belirtir.

Çocuk için konuşma, ayrılık-bireyselleşme sürecinde, anne ile bedensel yakınlığın azalmaya başlaması ile gelişmektedir. Dil, çocuğun anne ile ilişkisi dışındaki dünyada var

olmasının aynı zamanda sembiyotik bağlara eşlik eden tümgüçlülük ve güvenlik duygularının kaybının üstesinden gelmenin bir yoludur. Öyle ki, *"dilin öğrenilmesi bir nesne ilişkisinin prototipidir"* (Weinstein, 2002, s. 356). Çocuk, dil edinimi ile bakım verene duyulan yakınlık ihtiyacını giderir, onu içselleştirir ve iletişim için bir yol sağlanır (Miller, 1979). Böylece, dil edinimi çocuğun ebeveynle özdeşmesinin bir yolunu sağlarken, ayrılık krizinin çözümlenmesi kolaylaşır. Bu nedenle, ebeveynden gerçek bir ayrılığı takip eden çocuğun konuşmama davranışı aslında ayrılma-bireyselleşme sürecinde oluşmaya başlayan anne çocuk iletişiminin yetersizliğinin bir ifadesi olabilir. Bu durumda çocuk söz öncesi döneme gerileyerek nesne ile birliğini ve çocuksu bağımlılığı korumaktadır (Krolian, 1988).

Krolian (1988), erken dönemde görülen maternal depresyonun, konuşma gelişimi ve kullanımı ile ilgili sonraki dönemlerde ortaya çıkabilecek bir patolojinin sebebi olabileceğini söylemiştir. Yazara göre SM semptomu kayıtsız, dengesiz ve depresif bir anne ile birincil özdeşleşme ve bağımlılığı korumanın bir yoludur. Hesselman (1983), psikanalitik çalışmaların erken dönem anne-çocuk ilişkisinin depresif yönlerini vurguladığını belirttir. Bununla birlikte, yazar SM'li çocukların çoğunun depresif bir ruh haline sahip olduklarını söyler. Ambrosino ve Alessi (1979)'ye göre ise SM, çocuğun *"depresif bir ruh halinin somatizasyonunu"* temsil etmektedir (s. 256).

Browne ve diğerleri (1963), SM'li çocukların anal döneme regrese olduklarını veya bu döneme ait fiksasyonları olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, mutizm idrarını tutma ve dışkıyı tutma ile birlikte "anal sulker" sendromunun başlıca üç semptomundan biri olarak tanımlanmıştır. Vasilyeva (2013), SM'de kelimelerin ve dışkının sembolik denklemine dikkat çekmektedir. Yazara göre SM'de çocuk anal içeriği tehlikeli bir şekilde patlayıcı hissedilen kelimelere yansıtmıştır. Çocuğun eşzamanlı olarak konuşma gelişimi, tuvalet eğitimi ve sfinkter kontrolünü kazanması, bu süreçlerin birbiri üzerinde iz bırakmasına, dolayısıyla bu vücut sistemlerinin yer değiştirmesine neden olabilir. *"Anüs/ağız karışıklığı, kelimelerin dışkının yerini alabileceği ve saklanabileceği bir alan oluşturur"* (Vasilyeva, 2013, s. 385). Çocuğun öfkesi karşısında deneyimlediği boktan içeriğin ondan alınıp götürüleceği korkusu ile anüs/ağız karmaşası dışkıyı/kelimeleri içerde tutmasına neden olur. SM'li çocuklarda enürezis ve enkoprezis sorunlarının sık görülmesi

(Kolvin ve Fundudis, 1981; Steinhausen ve Juzi, 1996) SM'in anal dönem fiksasyonları ile bağlantılı olabileceği düşüncesini desteklemektedir.

Elson ve diğerleri (1965), SM'nin formülasyonunda ayrılma ve terk edilme korkusu ile birlikte oral döneme ilişkin fiksasyonların bulunduğunu vurgulamıştır. Bununla birlikte, bazı yazarlar SM'yi oral, anal ve ödipal etkilerin hepsini içeren, tüm pregenital fiksasyonların sonucu olarak değerlendirmektedir (Chethik, 1973; Radford, 1977). Weinstein (2002), sessizliğin çocuğun gelişiminin birçok dönemindeki aşırı uyarılıma karşı bir savunma ve bu dönemlerde meydana gelen çarpıklığı iletmenin ekonomik ifadesi olan bir semptom olarak işlev gördüğünü belirtir.

Psikanalitik bakış açısına göre çocuğun konuşmama eyleminin birtakım bilinçdışı sebepleri vardır. Çocuk için konuşmak bilinçdışında agresyon eyleminin bir göstergesi olabilir. Bu durumda çocuğun konuşmaması, yasaklanmış dürtünün ortaya çıkmasını engelleyen bir savunma olabilir. Ek olarak sessizlik, düşmanca yönünden dolayı (karşıdaki kişi ile iletişimi kesme), agresif dürtünün kısmi bir ifadesi olarak da görülebilir (Yanof, 1996). Ancak, çocuk konuşmanın yok edici gücü olduğuna dair bir korku duyduğu için, düşmanlığı gerçek nesne yani anne yerine üçüncü kişiye karşı gösterir. Böylece semptom yer değiştirerek, ifade edilmeyen düşmanlık bağlamında, aslında sevilen ve yaslanılan kişiye yönelik öfkenin doğurabileceği tehlikeli sonuçların azaltılmasına yardım eder (Elson vd., 1965).

Radford (1977), altı yaşındaki SM'li bir çocuğu incelediği çalışmasında; çocuğun, kendisine ve diğerlerine yönlendirdiği hem anal-sadist hem de oral-sadist tipte agresyonları olduğunu belirtir. Yazara göre, SM semptomu hem benliğe hem de dış dünyaya saldırmayı içerir çünkü onun aracılığıyla kendisini olası iyi olma kaynaklarından mahrum eder – süperego böylece egoyu cezalandırır.

Vasilyeva (2013), agresif dürtü ile başa çıkmak için ilkel bir savunma mekanizması olan tümgüçlü fantezilerin kullanılmasının, SM'nin ortaya çıkmasında önemli rolü olduğunu önermektedir. Yazara göre, SM semptomu anneden doyumsuzluğun ifade edilmesini engeller, öfkenin ve saldırganlığın ortaya çıkışının önüne geçer. Çocuk sessiz kalarak anneden diğerlerine yönlendirdiği öfke ile kendi gücünü gösterir. Bu şekilde, çocuğun konuşmaması kendini tümgüçlü olarak deneyimlemesini sağlar.

1.4.5.1 Psikanalitik kuramda sessizlik

Sabbadini (1991)'ye göre her sessizlik zengin ve birbirinden farklı anlamlar taşıyabilir. Sessizlik sadece kelimelerin yokluğu anlamına gelmez; insan dilinin bir unsuru, tamamlayıcısı ve onunla etkileşimde olan aktif bir varlıktır. Zeligs (1961), sessizliğin taşıyabileceği anlamları şu şekilde özetlemiştir:

> Anlaşma, anlaşmazlık, haz, hoşnutsuzluk, korku, öfke veya dinginlik ifadesi olabilir. Sessizlik; memnuniyet, karşılıklı anlayış ve şefkatin bir işareti olabilir. Ya da boşluğu ve tam bir duygulanım eksikliğini gösterebilir. İnsan sessizliği samimiyet yayabilir ya da keyif kaçırıcı olabilir. Bir esnada övgü dolu ve kabul edilebilir; bir sonrakinde iğneleme ve küçümseme olabilir. Sessizlik; soğukkanlılık, kendini beğenmişlik, züppelik, ketumluk veya alçakgönüllülük ifade edebilir. Sessizlik, evet veya hayır anlamına gelebilir. Verici veya alıcı, nesneye yönelik veya narsisistik olabilir. Sessizlik, yenilginin işareti ya da ustalık işareti olabilir (Zeligs, 1961, s. 8-9).

İlk psikanalitik kuramcılar sükûneti ve sessizliği sıklıkla direnç, savunma inhibisyonu, korunma ve kendini gerçekleştirmenin ve bütünleşmenin önündeki bir engel olarak kavramsallaştırmışlardır (Shafii, 1973). Freud (1912, s.102) sessizliği *"aktarımın önündeki çok güçlü bir direnç"* ve hatırlamaya/yinelemeye karşı bir direnç olarak görmüştür. Blos (1972)'a göre sessizlik çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilir ve belirli bir sessizlik birden çok anlam içerebilir. Sessizliği sadece direnç olarak ele almak, sessizliğin diğer boyutlarının değerlendirmenin önünde bir engel oluşturur.

Ferenczi (1916), Freud'un anal-erotizm ve konuşma arasında kurduğu bağlantıları temel alarak, sessizlik üzerine görüşlerini sunmuştur. Ferenczi'ye göre, ses ve konuşma üretme ile anal erotizm arasındaki ilişki kesindir. Yazar, sessizlik altındır atasözü ile bağlantılı olarak, altının ve pisliğin simgesel benzerliğine dikkat çekmektedir. Sessizliğin altın olması, bir yönden suskunluğun hasta için bir kazanç olduğu anlamına gelmektedir, hasta adeta kelimeleri istiflemektedir. Ferenczi'ye göre dışkının tutulması yani tutma eğilimi, ruhsal alan üzerine yayılır böylece tüm duyguların korunması sağlanır. Böylece sessizlik; dışkının tutulması ve duyguların içeride tutulması, bilinçdışında eşitlenir.

Ella Freeman Sharpe (1940), anüs ve üretra üzerindeki sfinkter kontrol ile konuşma gücünün aynı dönemde kazanıldığını ve artık bedensel boşaltım ile giderilemeyen gerginlik hissinin konuşma yoluyla rahatlatılabileceğini vurgulamaktadır. Yazara göre, vücudun diğer açıklıklarında engellenen fiziksel aktivite ve konuşma faaliyeti yer değiştirir ve böylece kelimeler bedensel maddenin yerine geçer. Sharpe'ın düşüncelerinden yola çıkarak Fliess (1949), konuşma aygıtı ile gerçekleştirilen sözelleştirmenin, regresif duygulanımın serbest bırakılmasına hizmet ettiğini ve dolayısıyla bastırmaya engel olduğunu belirtmiştir. Fliess'a göre konuşma eylemi, pregenital dönemdeki çeşitli erojen bölgelerden elde edilen hazzın yerini alır ve her erojen bölgenin üretral-erotik dil, anal-erotik dil ve oral-erotik dil olmak üzere farklı kısmi erotik dili vardır. Yazar, konuşma aktivitesinin sfinkter eylemin yerine geçtiği kabul edilirse, sessizliğin de erojen bölgelerdeki sfinkter kapanmanın karşılığı olacağını belirtir. *"Konuşmanın geçici olarak durdurulması, ...kelimelerin bir boşaltım ürününün yerine tutulmasından kaynaklanır ve belirli bir sfinkterin kapanmasının karşılığı olarak belirli bir sessizlik biçimi tanımlamak mümkün olmalıdır"* (Fliess, 1949, s. 23).

Yazara göre, tanımlanan bu sessizlik biçimleri cinsel dürtülerin bastırılmasını ve regresif duygulanımlara karşı bilinçdışı bir savunmayı ifade etmektedir. Bu sessizlik biçimleri: üretral-erotik sessizlik, anal-erotik sessizlik ve oral-erotik sessizliktir.

Üretral-erotik sessizlik, konuşma sırasında ortaya çıkan ve en normal olarak tanımlanan sessizlik türüdür. Üretral-erotik içgüdüsel deşarjın engellenmesinin yer değiştirmesi ile ortaya çıkan konuşma sırasındaki sessizlik, regresif duygulanımın kontrolünü sağlamaktadır.

Anal-erotik sessizlik, dilin gramer yapısının beklenmedik kısımlarında ortaya çıkan, bir tür konuşma inhibisyonudur. Bu sessizlik türünde; konuşma aygıtı, boşaltım ürünü olan kelimeyi sanki katıymış gibi işlemektedir ve farklı derecelerde "sözlü kabızlık" göstererek vücuttan çıkarılmasını kısıtlamaktadır. Fliess'a göre anal-erotik sessizlik, fiziksel bir direnç karşısında kendiliğinden ortaya çıkan konuşma gibidir ve çocuğun lavmana gösterdiği öfkeye benzemektedir. Dolayısı ile bu sessizlik türünde, konuşmanın kesilmesinden dolayı duyulan öfke ve sıkıntı durumu söz konusudur.

Oral-erotik arzulara karşı direnç olarak sessizlik, sözlü ifadelerin yerini tam bir sessizliğin almasıdır, konuşmanın kesintisi ya da bozulması değildir. Bu sessizlik türü, bireyin kendi adına konuşmacı olmadığı, bebekliğin dil öncesi dönemine ait bir konuşma kaybını temsil etmektedir. Konuşma aygıtı, oral-erotik dönemin pasif yutucu işlevini taklit etmektedir ve konuşmanın boşaltım işlevini önlemektedir. Oral-erotik sessizlikte regresif duygulanımın kontrolü, konuşma aygıtının sfinkter eylemi takliti ile gerçekleşmez bunun yerine, infantil (bebeksi) benlikten önceki konuma geri dönüş söz konusudur. Bu sebeple en regresif, narsisistik ve egoyu korumaya yönelik sessizlik biçimi olarak tanımlanmaktadır. Fliess'a göre bu sessizlik türü mutizme en çok benzeyendir ve hastanın fiziksel olarak yok olması izlenimini vermektedir.

Sabbadini (1991), kelimeleri dinleyiciye nüfuz etme kapasitesi sebebiyle vücudun uzantısı olarak nitelendirmektedir. Böylece, dil aktif ve pasif olabilen erotik bir unsur halini alır. Yazar, Fliess'ın pregenital dönem erojen bölgeleri ile ilişkilendirdiği sessizlik görüşüne ek olarak sessizliğin fallik iktidarsızlık ile ilişkisini önermektedir. Ona göre, sessizliğin ödipal döneme ilişkin kastrasyon ve sahip olma kaygılarına karşı savunma işlevi vardır: *"Sessiz kalmak; ebeveynleri, analisti ve kendini Oedipus kompleksini karakterize eden cinsellik, saldırganlık ve misilleme tehlikelerine maruz kalmaktan korumanın bir yoludur"* (Sabbadini, 1991, s. 412).

Ego psikolojisi çerçevesinde sessizlik, egonun savunma işlevine veya deşarja hizmet etmektedir (Arlow, 1961; Zeligs, 1961). Sessizlik, bilinçdışı egonun içsel sözelleştirmeyi engellemesi ve bilinçli egonun iletişimi işitsel düzeyde bastırması ile açığa çıkmaktadır (Zeligs, 1961). Bir başka ifade ile, egonun, id ve superego taleplerinden kaynaklanan tehlikelerle ilişkili kaygıyı ve çatışmayı ortadan kaldırması sessizlik ile sonuçlanabilir (Arlow, 1961). Bununla birlikte, egonun bilinçli arzusuna süperego tarafından karşı çıkılabilir (Levy, 1958). Böylece, süperego sessizliği, kendi cezalandırıcı taleplerine hizmet etmesi ve suçluluk duygusunu yok etmesi için kullanabilir (Arlow, 1961).

Weisman (1955)'e göre konuşma, iletişime ek olarak dürtüsel boşaltım sağlarken; sessizlik, saldırgan ve cinsel nitelikli iç çatışmalara karşı bir savunmayı ifade edebilir. Dolayısıyla sessizlik altta yatan çatışmanın bir semptomu olabilir. Zeligs (1961)'e göre sessizlik çok daha az çatışma ve enerji gerektirir, bu nedenle sözelleştirmeye oranla daha

ekonomik bir uzlaşı sağlamaktadır. Weinstein (2002)'e göre *"sessizlik, kökenleri erken ebeveyn-çocuk ilişkisinde bulunabilen, ancak anlamı daha sonraki gelişim aşamalarında uyanan hem libidinal hem de saldırgan nitelikli doğuştan gelen dürtülerle yeniden işlenen iç içe geçmiş bir semptom olarak kabul edilir"* (s. 354). Örneğin, melankolide görülen sessizlik ve katatonik mutizm, intrapsişik acıyı ve otistik bir geri çekilmeyi; histerideki sessizlik, ölümü veya ölü bir insanla bilinçdışı bir özdeşmeyi temsil edebilir (Zeligs, 1961).

Nesne ilişkileri bağlamında ele alınan sessizlik, çocukluğun ilk yıllarında anneden ayrılma endişesi ile ortaya çıkan nesne kaybı veya terk edilme endişesi olarak görülmüştür (Arlow, 1961; Sabbadini, 1991; Shafii, 1973; Weinberger, 1964). Erken çocukluk döneminde, çocuk anneyi görmese dahi sesini duyarak güvende hissetmektedir. Annenin sesinin yokluğunda çocuk yalnız, çaresiz hisseder ve çocuk zihninde sessizlik ve yokluğu birbiriyle aynı olarak değerlendirir (Shafii, 1973).

Weinberger, (1964)'e göre sessizlik, mazoşizm ve depresyon ile birlikte görülen bir semptomdur. Weinberger, bu semptom üçlüsünün çocuğun yaşamının 18 ay ile üçüncü yılları arasında annenin gerçek kaybının değil, anne ile yakın ilişkinin kaybedildiği (annenin tutumu ya da hastalığındaki bir değişim veya başka bir çocuğun doğumu gibi) ve bu kaybın hiçbir ikamesinin ve telafisinin bulunmadığı durumlarda ortaya çıktığını belirtir. Söz konusu semptomlar, pasif bir şekilde anneyle kaybedilen benzersiz ilişkiyi bilinçdışında geri kazanmaya, anneyi düşlemde kontrol etmeye ve cezalandırmaya hizmet etmektedir. Aynı zamanda sessizlik, narsisistik kabul ve sevgi taleplerine karşı herhangi bir hayal kırıklığı yaşamamak için koruyucu işlev görmektedir.

1.5 Komorbidite

SM'li çocuklarda spesifik belirtileri ve şiddeti kişiye göre değişim gösteren birçok komorbid psikiyatrik bozukluk bulunmaktadır (Dow vd., 1995). Araştırmalar SM'ye eşlik eden diğer bozuklukların; enürezis, enkoprezis, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, premorbid (hastalık gelişiminden önce) konuşma ve dil anormallikleri, gelişimsel gecikme ve asperger sendromu gibi bozukluklar olduğunu göstermektedir (Hayden, 1980; Kolvin ve Fundudis, 1981; Kristensen, 2000; Wilkens, 1985).

1.5.1 Nörogelişimsel bozukluklar

Nörogelişimsel özellikleri bakımından SM'li çocukları inceleyen araştırmalar; bu çocukların iletişim bozuklukları, motor ve bilişsel işlevlerde gelişim yetersizliği ayrıca yüksek oranda eliminasyon (dışa atım) bozuklukları gösterdiğini belirtmektedir (Kristensen, 2000).

Kolvin ve Fundudis (1981), SM'li çocukları, konuşma geriliği olan çocuklar ve kontrol grubu ile karşılaştırmıştır. Bu çalışmada SM'li çocukların, kontrol grubuna göre önemli derecede geç konuşmaya başladıkları tespit edilmiştir. Klinik değerlendirmeye göre, SM'li çocukların %50'sinde konuşma yetersizliği veya diğer konuşma güçlükleri rapor edilmiştir. Wilkens (1985) SM'li çocukların %33'ünde gecikmeli konuşma veya telaffuz güçlüğü problemi tespit etmiştir. Bununla birlikte, duygusal bozukluğa sahip çocuklardan oluşan kontrol grubunda böyle bir sorun görülmemektedir. Kristensen (2000), DSM-IV tanı kriterlerine göre SM'li çocuklarda %42,6'sı fonolojik bozukluk olmakla birlikte, %50'sinde herhangi bir iletişim bozukluğu olduğunu raporlamıştır.

Araştırmalar SM'li çocuklarda premorbid konuşma ve dil bozukluğunun yaygın olduğunu göstermektedir (Wong, 2010). Yaygınlık oranı, bir araştırmada %30,3 (Steinhausen vd., 2006), bir diğerinde ise %38 (Steinhausen ve Juzi, 1996) olarak raporlanmıştır. Premorbid konuşma ve dil bozukluklarının SM'nin gelişimine katkı sağladığı görüşü; çocuğun konuşmasının yetersiz anlaşılması nedeniyle sosyal çevre tarafından sert eleştirilere maruz kalmış olabileceğini, bunun etkilerinden korunmak için de yabancıların olduğu ortamlarda konuşma eksikliği gösterdiğini ileri sürmektedir (Steinhausen ve Juzi, 1996). Bununla birlikte, SM'li çocukta sosyal kaygının birincil olduğu durumlarda, çocuğun sosyal ortamda gösterdiği konuşma eksikliğinin bir sonucu olarak; zamanla dil bozukluğu veya geriliği geliştirebileceği de düşünülmektedir (Manassis vd., 2003).

Manassis ve diğerleri (2003), SM'li çocuklar ile sosyal fobisi olan çocukları, sözel ifade gerektirmeyen değerlendirme yöntemleri kullanarak, konuşma ve dil yeteneklerini incelemiştir. Bulgular, SM'li çocukların sosyal fobik çocuklara göre konuşma seslerini ayırt etmekte belirgin şekilde yetersiz olduğu göstermektedir. Bir başka araştırmada McInnes, Fung, Manassis, Fiksenbaum ve Tannock (2004), SM'li 7 çocuk ile sosyal fobik

7 çocuğu alıcı dili anlama ve anlamlı anlatım yetenekleri bakımında karşılaştırmışlardır. Değerlendirme sonucunda SM'li çocukların, alıcı dil ve sözsüz bilişsel yetenek puanlarının normal aralıkta olduğu görülmüştür. Fakat, dinlediği hikâyeyi klinik ortamda ve evde ebeveynine anlatırken SM'li grup, sosyal fobik gruptan daha kısa, dilsel olarak daha basit ve daha az ayrıntılı bir anlatım biçimi sergilemiştir. Sonuç olarak araştırmacılar, dil eksiklerinin de SM'nin temel bileşenlerinden olabileceğini önermektedirler.

Dil gecikmeleri veya bozuklukları kadar çok araştırılmamış olmasına rağmen SM'li çocuklar, ince ve kaba motor sorunları, fiziksel deformasyon ve sosyo duygusal gelişim geriliği gibi diğer nörogelişimsel alanlarda da bozulmalar yaşamaktadır (Viana vd., 2009). Bir araştırma, SM'li çocukların %29'unda olağandışı motor hareketleri tespit etmiştir. Bu çocuklarda, yaygın olarak yüzünü buruşturmak ve tik gibi problemler görülmektedir. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, SM'li çocuklar kontrol grubuna göre daha geç yaşta yürümeye başlamıştır (Kolvin ve Fundudis, 1981). Kristensen (2000), SM'li çocukların %48,1'inin ebeveyn raporlarına göre motor gelişim geriliği gösterdiğini fakat bu çocukların sadece %17'sinin gelişimsel koordinasyon bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığını belirtmiştir. Steinhousen ve Juzi (1996), motor gelişiminde gecikme olan SM'li çocukların oranının %18 olduğunu raporlamıştır.

Kristensen ve Torgersen (2002), motor koordinasyon problemlerini bazı iletişim bozuklukları ile ilişkili görüldüğü için komorbid iletişim bozukluğunun etkisinden bağımsız olarak nörogelişimsel özellikleri incelemiştir. Hem ebeveyn hem de tıbbi raporlara göre, SM'li çocuklar kontrol grubundan daha yüksek oranda ince ve kaba motor fonksiyonlarda gelişimsel gecikme ve perinatal risk faktörleri göstermiştir. Bununla birlikte, SM'li grup kontrol grubuna kıyasla motor performans değerlendirmesinde anlamlı olarak daha düşük puan almıştır ve daha fazla minör fiziksel anomali göstermiştir. Elde edilen verilere göre araştırmacılar, nörogelişimsel faktörlerin SM'nin gelişiminde etkisi olduğunu belirtmişlerdir.

Scott ve Beidel (2011)'e göre SM'li çocuktaki iletişim bozuklukları ya da sosyal beceri eksiklikleri geri çekilmeye veya utanca sebep olabilir. SM'li çocuklar duygularını sözsüz yollarla da ifade edebilseler bile, iletişim bozuklukları ve sosyal beceri eksiklikleri

duyguların doğrudan ifade edilmesinde bir engel oluşturabilir. Duygu düzenleme becerilerinin geliştiği küçük yaşlarda görülen iletişim eksikleri, çocuğun duygusal problemlere karşı yardım isteme ve duygu düzenleme becerilerinin etkili kullanımını zorlaştırabilir. Yetersiz duygu düzenleme stratejilerinin sonucu olarak ortaya çıkan sessizlik davranışı pekiştirilirse, sıkıntıyı azaltmak için kasıtlı olarak kullanılabilir.

1.5.2 Dışsallaştırma bozuklukları

Klinik vaka raporlarının retrospektif incelenmesine dayanan ilk araştırmalara göre, SM'li çocukların genel özellikleri arasında yaygın olarak talepkar, inatçı, manipülatif davranışlar gösterilmektedir (Browne vd., 1963; Hayden, 1980; Kolvin ve Fundudis, 1981; Wilkens, 1985). Bazı yazarlar, SM'li çocuklarda negatif, sadisttik, manipülatif ve kontrol edici davranışların, çoğu yetişkin ile kurulan ilişkide ortaya çıktığını belirtir (Browne vd., 1963; Hayden, 1980). Kolvin ve Fundudis (1981), çalışmalarında SM'li çocukların yarısında somurtkanlık ve saldırganlığın belirgin olduğunu, ek olarak bu çocukların dışarıda somurtkan evde ise saldırgan davranışlar gösterdiğini raporlamıştır. Wilkens, (1985), SM'li çocukların annelerinin çoğunlukla çocuklarını manipülatif olarak tanımladıklarını raporlamıştır.

Ford ve diğerleri (1998), SM'li çocuklarda %58 "karşı gelme", %44,1 "öfke nöbetleri ya da kolay öfkelenme", %48 "okulda itaatsizlik" gibi muhalif ve kontrol edici davranışların görüldüğünü tespit etmiştir. Steinhausen ve Juzi (1996), araştırmalarında, SM'li çocukların %21'inde karşıt ve saldırgan davranışlar, %17'sinde ise hiperaktivite olduğunu raporlamıştır. Bu araştırmadaki bulgular tanı kriterlerine dayanmadığı için komorbid bozukluk yerine SM'li çocukların özellikleri olarak ifade edilebilir.

Alyanak, ve diğerleri (2013), SM'li çocukların %26'sında karşıt olma, karşı gelme bozukluğu ve saldırgan davranışlar tespit etmiştir. Black ve Uhde (1995), SM'li çocukların %10'unun karşı gelme bozukluğu tanısı aldığını ve ebeveyn derecelendirmesine göre talepkar, inatçı, negatif veya muhalif davranışların mutizm şiddeti ile ilişkili olduğunu raporlamıştır. Kristensen (2001), ebeveynlerin bildirdiği dışsallaştırma problemlerinin, SM'li çocuklarda kontrol grubundan daha yüksek olduğunu tespit etmiştir.

SM'li çocukları kontrol grubu veya anksiyete grupları ile karşılaştıran bazı çalışmalar ise dışsallaştırma davranışları bakımından gruplar arasında farklılık olmadığını belirtmektedir. Vecchio ve Kearney (2005), hem ebeveyn hem de öğretmen değerlendirmelerine göre SM'li çocuklardaki dışsallaştırıcı davranışların, kontrol grubundan ve anksiyete grubundan farklılaşmadığını tespit etmiştir. Ayrıca, yazarlar komorbid karşıt olma, karşı gelme bozuğu ve hiperaktivite bozukluğu açısından gruplar arası farklılık olmadığını raporlamıştır.

Dışsallaştırma bozukluklarını ebeveyn bildirimleri ve öğretmen bildirimleri ile karşılaştıran çalışmalar ise, SM'li çocukların okul ortamında ve ebeveynlerinin yanında farklı profiller sergilediğini göstermiştir. Cunningham ve diğerleri (2006), ebeveyn raporlarına göre dışsallaştırma problemlerinin SM'li çocuklar ve kontrol grubu arasında anlamlı fark göstermediğini bulmuştur. Bununla birlikte, SM'li çocukların öğretmenleri, ebeveynlerine göre daha az karşıt olma, karşı gelme bozukluğu ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtmişlerdir. Yazarlara göre bu farklılık, SM'li çocukların ebeveynlerine karşı daha dürtüsel ve muhalif davranışlar sergilerken, okul ortamında inhibe olmalarından kaynaklanmaktadır. Bu bulgularla tutarlı biçimde Kristensen (2001), SM'li çocuklarda dışsallaştırma davranışlarının ebeveynlere kıyasla öğretmenler tarafından daha düşük düzeyde değerlendirildiğini belirtmiştir.

Klinik değerlendirmelerden elde edilen verilere göre Yeganeh ve diğerleri (2006) SM'li çocukların %29'unun; Gensthaler ve diğerleri (2016) ise SM'li çocukların %22'sinin komorbid karşıt olma, karşı gelme bozukluğu için tanı kriterlerini karşıladığını belirtir. Bu iki çalışma, SM'li çocukları sosyal fobisi olan çocuklarla karşılaştırmaktadır. Her iki çalışmada da SM'li çocukların, sosyal fobisi olan çocuklara göre daha fazla komorbid karşıt olma, karşı gelme bozukluğu tanısı aldığını belirlenmiştir. Ayrıca Gensthaler ve diğerleri (2016), SM'li çocukların sosyal fobik gruba göre daha belirgin duygusal kırılganlık ve dürtüsellik gösterdiğini tespit etmiştir.

1.5.3 İçselleştirme bozuklukları

Literatürde hem tanımlayıcı hem de karşılaştırmalı birçok araştırma, SM'li çocuklarda yüksek komorbid anksiyete ve özellikle sosyal anksiyete bozukluğu tespit etmiştir (Carbone vd., 2010; Chavira vd., 2007; Dummit vd., 1997; Kristensen, 2000; Vecchio ve

Kearney, 2005). Bazı araştırmalar, SM'li çocukların %100'ünde komorbid sosyal fobi bozukluğu olduğunu belirtmektedir (Chavira vd., 2007; Dummit vd., 1997; Oerbeck, Stein, Wentzel-Larsen, Langsrud ve Kristensen, 2014; Venicco ve Kearney, 2005). Hatta SM'li çocukların sosyal anksiyete bozukluğu olan çocuklar ile karşılaştırıldıkları bazı çalışmalar, klinik değerlendirmelere göre SM'li çocukların sosyal anksiyeteli çocuklardan daha yüksek seviyede anksiyete gösterdiğini raporlamıştır (Yeganeh vd., 2006; Young vd., 2012).

Tanısal komorbidite dışında standartlaştırılmış psikopatoloji ölçeklerine ve klinik değerlendirmeye dayanan araştırmalar da yüksek anksiyete bildirmektedir. Steinhausen ve Juzi (1996), hem retrospektif yöntemler hem de doğrudan değerlendirmeler ile yürüttükleri çalışmada SM'li çocukların %85'ini utangaç ve %61'ini kaygılı olarak raporlamıştır. Ford ve diğerleri (1998), SM'ye en fazla eşlik eden ilk dört sorunun üçünün kaygı, kaçınma ve sosyal fobik davranışlar olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada SM'li çocuklar, CBCL'de (Çocuk Davranış Kontrol Listesi), dışsallaştırma problemleriyle karşılaştırıldığında, içselleştirme problemleri ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır.

Kristensen (2000), araştırmasında 54 SM'li çocuğun %9,3'ünün obsesif kompulsif bozukluk için tanı kriterlerini karşıladığını belirtmektedir. Bir başka çalışma, SM'li çocukların kontrol grubundan daha fazla OKB ve somatizasyon gösterdiğini raporlamıştır (Cunningham, McHolm, Boyle ve Patel, 2004). Benzer biçimde Kristensen ve diğerleri (2001), obsesif semptomların ve somatik problemlerin SM'li çocuklarda kontrollerden daha yaygın olduğunu bildirmiştir. Remschmidt ve diğerleri (2001) ise SM'li çocukların %45'inin baş ağrısı, mide ağrısı ve uyku bozukluklarını; %20'sinin alerji, astım ve deri rahatsızlıklarını içeren somatik problemleri olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca yazarlar, SM'li çocukların %47'sinde yeme bozuklukları olduğunu bildirmişlerdir.

Steinhausen ve Juzi (1996), SM'li çocukların üçte birinden fazlasını depresif olarak tanımlamıştır. Ayrıca CBCL'de depresif semptomları içeren alt ölçekten önemli ölçüde yüksek puan aldıkları görülmektedir. SM'li çocukların diğer duygusal bozukluklara sahip çocuklarla karşılaştırıldığı bir çalışmada, SM'li çocukların %79'u depresif olarak

tanımlanmıştır ve bu oran duygusal bozukluğa sahip çocuklardan anlamlı düzeyde yüksektir (Wilkens, 1985).

Gensthaler, ve diğerleri (2016)'nin SM, sosyal fobi ve diğer içselleştirme bozukluklarına sahip çocuk ve ergenleri karşılaştırdıkları bir araştırmada, SM'li grup %12, sosyal fobisi olan grup %26 komorbid majör depresyon tanısı almıştır. Öz bildirim ile elde edilen verilere göre, SM'li ergenlerin diğer içselleştirme bozukluğu olan ergenlerle benzer kaygı ve depresyon seviyesi gösterdiği, sosyal fobisi olan ergenlerin ise kaygı ve depresyon seviyesinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yazarlar, SM'nin erken başlangıç yaşının koruyucu davranışsal ve bilişsel başa çıkma stratejilerini etkilediğini ve depresyona karşı koruyucu, etkili bir kaçınma stratejisi olabileceğini önermişlerdir. Aynı çalışmada SM'li çocukların okul öncesi, ilkokul ve ergen grubuna göre depresyon oranları belirgin şekilde farklılaşmıştır: Bu oranlar sırasıyla %0, %0 ve %17'dir.

1.5.4 Diğer komorbid bozukluklar

Araştırmalar SM'li çocuklarda komorbid enürezis ve enkoprezis gibi eliminasyon bozukluklarının sıklıkla görüldüğünü bildirmektedir (Black ve Uhde, 1995; Kristensen, 2000). Kolvin ve Fundudis (1981) tarafından yapılan araştırmada SM'li çocukların %42'sinin enürezis ve %17'sinin enkoprezis problemi olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Kristensen (2000), SM'li çocukların %30'unda eliminasyon bozukları raporlamıştır.

Diğer araştırmalar, SM ile asperger sendromu ve zihinsel yetersizlik arasında ilişki bildirmişlerdir (Kopp ve Gilberg 1997; Kristensen, 2000). Kopp ve Gilberg (1997), SM'li çocukların %7,4'ünün asperger sendromu için tanı kriterlerini karşıladığını belirtmektedir. Andersson ve Thomsen (1998) tarafından yapılan retrospektif bir çalışmada SM'li çocukların %8,1'inde komorbid asperger sendromu görülmüştür.

Kolvin ve Fundudis (1981), SM'li çocukların sözel performans gerektirmeyen zekâ değerlendirmeleri sonucunda, hem daha önce konuşma geriliği olan çocuklardan hem de sağlıklı çocuklardan belirgin şekilde düşük zekâ seviyesi gösterdiğini raporlamıştır. Ayrıca bu çalışmada, SM'li çocukların beşte birinin normalin altında zekaya sahip olduğu ve ortalama IQ seviyesinin 85 olduğu belirtilmiştir. Benzer biçimde Kristensen (2000), SM'li çocukların ortalama performans IQ'sunun kontrol grubundan anlamlı şekilde daha

düşük olduğunu tespit etmiştir. Manassis, ve diğerleri (2007), SM'li çocuklar, sosyal anksiyeteli çocuklar ve sağlıklı kontrollerin benzer zekâ seviyelerine sahip olduğunu raporlamıştır. Fakat bu çalışma 80 IQ puanı altındaki SM'li çocukları örnekleme dahil etmemiştir.

1.6 Ebeveyn Psikopatolojisi, Aile yapısı ve Genetik Yatkınlık

SM'li çocukların ailelerinde sıklıkla iletişim eksikliğine ve psikopatolojik bozukluklara rastlanmaktadır. Remschmidt ve diğerleri (2001), SM'li çocukların aile psikopatolojisini inceledikleri çalışmada, annelerin yarısından fazlasında sık ruh hali değişikliği, sinirlilik, dürtü eksikliği, sosyal ilişki bozukluğu ya da kronik depresyon ve kişilik bozukluğu gibi daha ciddi psikopatolojiler olduğunu tespit etmiştir. Bu araştırmaya katılan 45 babadan sadece 4'ünde herhangi bir psikopatoloji görülmemiştir. Diğer babalarda ise içe kapanıklık, utangaçlık ve saldırgan davranışların yaygın olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, aralarında kronik depresyon sonucu intihar etmiş bir vaka bulunan 16 babada ciddi psikopatolojiler tespit edilmiştir. Ayrıca, SM'li çocukların ailelerinin %78'inde konuşma ve dil sorunları görülmüştür. Yazarlar, SM'nin etiyolojisinde gelişimsel gecikmelerin ve aile psikopatolojisinin önemli rol oynadığını belirtmişlerdir.

Kristensen ve Torgersen (2001), SM'li çocukların ebeveynlerinin kişilik ve semptom özelliklerini incelemişlerdir. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, SM'li çocukların ebeveynlerinin büyük bölümü utangaçlık ve sosyal kaygı öyküsü belirtmişlerdir. Anneler kaçınma ve şizotipal, babalar anksiyete ayrıca her iki ebeveyn şizoid özellik ölçeklerinde kontrol grubu ebeveynlerine göre anlamlı derecede yüksek puan almışlardır. Aynı zamanda yazarlar, SM'li çocukların iletişim bozukluğu olan ve olmayan alt gruplarında ebeveynleri karşılaştırmıştır. Bu karşılaştırma sonucunda, SM'nin her iki alt grubundaki ebeveynlerin utangaçlık ve sosyal kaygı geçmişi bildirme oranının, kontrol grubu ebeveynlerinden yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, herhangi bir iletişim bozukluğu olmayan SM'li çocukların anneleri, kontrol grubuna kıyasla daha fazla şizoid, şizotipal, kaçınma ve distimi özellikleri göstermektedir. Yazarlar, elde edilen verilere göre SM'li çocuklarda komorbid iletişim bozukluğu olmadığında; SM'nin aile fenomeni, ebeveynlerin kişilik özellikleri ve semptomları ile daha ilişkili olduğunu tespit etmiştir.

Chavira ve diğerleri (2007), SM'li çocukların ebeveynlerinde sosyal anksiyete (%37 vs %14,1) ve kaçınan kişilik bozukluğunun (%17,5 vs %4,7) çok daha yaygın olduğunu tespit etmiştir. Ancak, anlamlı grup farklılıkları sadece SM'li çocukların babalarında görülmüştür. Ek olarak, kontrollere kıyasla SM'li çocukların ebeveynlerinde daha yüksek seviyede nevrotiklik ve daha düşük seviyede yeni deneyimlere açıklık görülmüştür.

Alyanak ve diğerleri (2013), SM'li çocukların annelerinin bildirdiği psikolojik problemlerin kontrol grubu annelerinden farklılık göstermediğini tespit etmiştir. Ancak, SM'li çocukların annelerinin psikopatolojik bulgularının, çocuğun içselleştirme, dışsallaştırma ve toplam davranışsal problemleri ile ilişki olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada babaların depresyon, anksiyete, negatif kendilik ve somatizasyon düzeyleri kontrol grubu babalarından daha yüksektir. Fakat babaların psikopatolojisi, SM'li çocukların duygusal ya da davranışsal sorunları ile ilişki bulunmamıştır. Sonuç olarak yazarlar, annenin ve babanın psikopatolojisinin SM'li çocuk üzerinde farklı etkilere sahip olabileceğini önermiştir.

Remschmidt ve diğerleri (2001), SM'li çocukların ebeveynlerinde yaygın görülen psikopatolojik profiller ile birlikte ailelerin yaklaşık yarısında anormal psikososyal davranışlar ve aile içi çatışma olduğu tespit etmiştir. Aile içi çatışmaların büyük çoğunluğu ebeveynlerin evlilik problemleri olarak belirtilmiştir. Ebeveynlik tarzları ile ilgili veriler, SM'li çocukların ailelerinin sıklıkla (%84) olağan dışı veya yetersiz olarak tanımlanan ebeveynlik tarzları olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, annelerde aşırı koruma ve aşırı/sıkı bağlanma, babalarda ise ceza, zayıf kontrol ve aşırı gerginlikle tanımlanan davranış yönetimi tespit edilmiştir. Ayrıca, ailelerin %7'sinin aşırı sosyal izolasyonda ve toplumdan uzakta yaşamakta olduğu, diğerlerinin ise kendi topluluklarında yabancı olarak konumlandırıldıkları, zayıf sosyal temas ve komşularla çatışma içinde oldukları belirtilmiştir.

Hayden ve (1980), 68 SM'li çocuğun neredeyse hepsinin (%97) boşanmış ya da beraber yaşamayan ebeveynleri olduğunu raporlamıştır. Benzer şekilde Elizur ve Perednik (2003), kontrol grubuna kıyasla SM'li çocukların ailelerinde yüksek düzeyde evlilik çatışması olduğunu tespit etmiştir.

Alyanak ve diğerleri (2013) tarafından yapılan ebeveynlerin öz bildirimlerine dayanan araştırmada, SM'li çocuğu olan annelerin ve babaların ebeveynlik tarzları bakımından sağlıklı kontrollerden farklılık göstermediği bulunmuştur. Yeganeh ve diğerleri (2006), SM'li çocukların ebeveynleri ile sosyal anksiyete bozukluğu olan çocukların ebeveynleri ve sağlıklı kontroller arasında ebeveynlik tarzları bakımından fark bildirmemiştir.

Bazı çalışmalar ebeveynlik tarzını öz bildirim ölçeklerine ek olarak klinisyen tarafından görüşme veya gözlem yoluyla da değerlendirmiştir (Buzzella, Ehrenreich-May ve Pincus, 2011; Edison vd., 2011; Nowakowski vd., 2011). Buzzella ve diğerleri (2011), SM'li çocukların annelerini kontrol grubu anneleri ile karşılaştırdıklarında, ebeveynlik davranışı öz raporları arasında fark tespit etmemiştir. Bununla birlikte, SM'li çocukların anneleri klinik görüşmeler sırasında, çocuğun konuşma eksikliği sebebi ile ebeveyn desteği olmadan güvenliğini ve ihtiyaçlarını karşılayamayacağını, bu yüzden de çocuklarını sıkı bir gözetim altında tutma zorunluluğu hissettiklerini bildirmişlerdir.

Edison ve diğerleri (2011), SM'li çocukları, anksiyete bozukluğu olan çocuklar ve kontrol grubu ile karşılaştırmışlardır. Laboratuvar gözlemlerinde ebeveynler ve çocukları; serbest oyun, çocuğun son doğum günü hakkında konuşma, ebeveynin çocuğa kamera önünde konuşması için talimat vermesi ve çocuğun kamera önünde konuşmasını içeren farklı bağlamlarda değerlendirilmiştir. Verilere göre, ebeveyn kontrolünün bağlama göre değiştiğini ancak tüm durumlarda SM'li çocukların ebeveynlerinin, karşılaştırma grubu ebeveynlerinden daha kontrol edici olduğu, çocuğa daha az özerklik ve daha güçlü uyarılar verdiği tespit edilmiştir.

Remschmidt ve diğerleri (2001), SM'li çocukların ebeveynlerinin %27'sinde ve kardeşlerinin %18'inde mutizm ya da mutistik tepki öyküsü tespit etmişlerdir. Ayrıca, babaların %51'inde ve annelerin %44'ünde suskunluk (minimal konuşma) görülmüştür. Bir başka çalışma, ebeveynlerin %70'inde sosyal fobi ve %37'sinde SM öyküsü tespit etmiştir (Black ve Uhde, 1995). Klinik olmayan kontroller ile karşılaştırıldığında, SM'li çocukların ebeveynleri önemli ölçüde daha fazla utangaçlık ve sosyal kaygı göstermektedir. Bu veriler sosyal kaygı ve utangaçlığın ailesel bir olgu olduğunu desteklemektedir (Kristensen ve Torgersen, 2002).

SM'nin genetik yatkınlık faktörlerini inceleyen bilinen ilk ve tek çalışma Stein ve diğerleri (2011) tarafından yapılmıştır. Bu çalışma sosyal anksiyete bozukluğu ile ilişkili görülen SM'nin, otizm spektrum bozukluğu ile ortak sosyal etkileşim ve iletişim bozukluklarını paylaştığını, dolasıyla aynı patofizyolojik özelliklere sahip olabileceğini önermektedir. Yazarlar, otizm spektrum bozukluğu ve spesifik dil bozuklukları için yatkınlık geninin sosyal anksiyete ve SM ile ilişkisini araştırmışlardır. Henüz sosyal anksiyete ile eşlenmiş yatkınlık genleri bildirilmediği için, SM ve sosyal anksiyetenin ilişkisi doğrudan incelenememiştir. Bunun yerine otizmin gelişimsel gecikme bileşeninde ve spesifik dil bozukluğunun çeşitli formlarında görülen CNTNAP2 geninin rs2710102 polimorfizmi SM'li çocuğu olan 99 çekirdek ailede analiz edilmiş ve önemli derecede ilişkili bulunmuştur. Daha sonra 1028 genç yetişkin katılımcıya sosyal kaygıyla ilgili özelliklerini ölçmek için standartlaştırılmış ölçekler verilmiştir ve rs2710102 polimorfizminin sosyal kaygı ve davranışsal inhibisyonla ilişkili olduğu görülmüştür. Bu veriler SM ve sosyal anksiyete arasındaki genetik ortaklığı destekler niteliktedir.

1.7 Annenin Ruhsallığı

1.7.1 Annenin kapsayıcı işlevi

Bion (1962), bebeğin anne karnı deneyimleri üzerinde durmuş ve "kapsayıcı işlev" kavramını sunmuştur. Bion'a göre bebek anne karnında hiçbir eksikliğin hissedilmediği tam doyum halinden, içeriden ve dışarıdan (açlık, üşümek, ölüm korkusu, ışık ve ses gibi) birtakım uyaranlara maruz kaldığı dünyaya gelir. Bebeğin ruhsal aygıtı bu içeriden ve dışarıdan gelen beta öğelerini (tahammülü zor iç ve dış uyaranlar, proto-emosyonlar) karşılamak için hazırlıklı olmamakla birlikte, yeterli gelişmişlik ve enerji düzeyine sahip değildir. Bu açıdan bebek için her şey travmatik olarak deneyimlenir ve bu beta duyumları sonucu dezorganize olur, ruhsal aygıtı sarsılır. Tüm bunlarla başa çıkmak için bebeğin ötekine yani anneye ihtiyacı vardır. Annenin bu uyaranları algılaması, hissetmesi/etkilenmesi, dezorganize olmadan karşılayabilmesi ve anlamlandırılmış tasarımlara dönüştürmesi gerekir. Burada bahsedilen beta öğelerinin anne tarafından alfa öğelerine dönüştürmesi ve bebeğin ruhsallığının tahammül edebileceği şekilde geri verilmesi, annenin "alfa/kapsayıcı işlevi" olarak adlandırılmaktadır. Anne bebek ilişkisi içinde anne, bebeğin ruhsallığını kapsayan, bebek ise kapsanan konumdadır. Bebek çiğ duygularını ve ilkel kaygılarını anneye yansıtır, annenin kapsayıcılığı bebeğin bu

duygulanımlara katlanabilmesi ve kaygısını azaltabilmesini sağlamaktadır. Annenin düşleminde dönüştürülüp sunulan alfa öğelerinin sürekliliği, çocuğun zamanla alfa işlevini içselleştirmesine olanak verir. Dolayısıyla bebekliğin başından itibaren annenin sunduğu kapsayıcı işlev, çocuğun ileride duygulanımlarını yapıcı bir şekilde işlemesini sağlar. Aynı zamanda anne ve bebeğin kapsayan / kapsanan ilişkisi, düşünme sürecinin bir prototipi olan "düşünme çiftini" oluşturur. Bion'a göre düşünme yeteneği bebeğin beta öğeleri ile başa çıkması için gelişir. Düşünce 'onları düşünecek bir zihin olmadan çok önce vardır' ancak bu ilk düşünceler alfa işlevi olmadan simgeleştirilemez. Beta öğeleri ancak eylemle dışarı atılmaya veya zihinden uzaklaştırılmaya uygundur. Dolayısıyla anne, ona yansıtılmış işlenmemiş duygusal öğeler karşısında kapsayıcı işlev gösteremezse, çocuğun simgeleştirme kapasitesi gelişmez, beta öğeleri çocuğun ruhsal aygıtını sarsar ve bu durum psikopatoloji ile sonuçlanabilir.

1.7.2 Tutma, birincil annelik tasası ve yeterince iyi annelik

Winnicott (1956; 1960)'a göre, annenin gebeliğin başlangıcından itibaren sağladığı benlik desteği ve çevresel koşullar, bebeğin ruhsal gelişiminde belirleyici niteliktedir.

Winnicott'a göre, bebek ve anne birlikte bir bütün olarak değerlendirilmelidir ve bu ikili birbirinden ayrı olarak düşünülemez. Yazara göre psikolojik gelişimin başlangıcındaki birim anne-bebektir. Bebek dış dünya üzerinde kontrolünün ve sorumluluğunun olmadığı erken dönemde, anne bakımının sağladığı benlik desteği ile var olur. Anne bakımının sağladığı "tutma" (holding), bebeğin fiziksel ihtiyaçlarına yanıt verirken aynı zamanda onu zihninde tutarak, duygusal ihtiyaçlarına yanıt vermesi, ruhsal olarak taşıması anlamına gelmektedir. Annenin sağladığı tutma, bebeğin benlik oluşumunu ve bebeğin varoluş sürekliliği kazanmasını sağlar. Anne gebeliğin başından itibaren aşamalı olarak artan ve bebeğin doğumundan sonraki birkaç haftayı kapsayan süre boyunca yoğun duyarlılık halindedir ve bütün odağı bebektedir. Winnicott, tutma ortamının oluşmasının ilk aşaması olan, annenin erken dönemdeki konumunu ve ruhsallığını "birincil annelik tasası" olarak adlandırarak, annenin bu özel durumuna önem verilmesi gerektiğini vurgular. Anne, gebeliğin başından itibaren aşamalı olarak artan ve bebeğin doğumundan sonraki birkaç haftayı kapsayan süre boyunca yoğun bir duyarlılık halindedir ve bütün odağı bebektedir. Winnicott, annenin tüm ilgisinin bebeğe yöneldiği bu dönemi 'normal delilik' haline benzetmektedir. Birincil annelik tasası döneminde, annenin benliği ve

bebek iç içe geçmiş durumdadır. Bu erken dönemde anne, bebeğin ihtiyaçlarına uyum göstererek etkin bir biçimde yanıt vermektedir. Annenin memeyi bebeğin tam ihtiyaç duyduğu zamanda sunması, bebekte memeyi kendisinin yarattığına dair bir 'yanılsama' oluşturur. Bu yanılsama anları bebekte "tümgüçlülük" (omnipotance) duygusunun oluşmasını sağlamaktadır. Winnicott'a göre bebeğin sağlıklı gelişimi için birincil narsisizmin temeli olan tümgüçlülük yanılsaması şarttır.

Birincil annelik tasası, annenin ilgisinin diğer ruhsal yatırım nesnelerine de yönelmesi ile hafifler. Aynı zamanda bebek de kendi ihtiyaçlarını ifade edebildiği yeni bir kapasite kazanır. Bebeğin ihtiyaçları ve annenin sundukları zaman zaman uyum göstermez. Bu durum bebeğin tümgüçlülük yanılsamasında bir hayal kırıklığını beraberinde getirir. Birincil annelik tasası, zamanla yerini "yeterince iyi annelik"e bırakır. Yeterince iyi annelik, bebeğin talepleri ile annenin bu talepleri karşılaması arasındaki eş zamanlılığın bozulması anlamına gelmektedir. Bebeğin ihtiyaçları ve annenin bu ihtiyaçları karşılaması arasında oluşan zaman farkı bebeğin simgeleştirme ve düşlem kapasitesinin gelişmesine olanak verir. Bu kapasitenin gelişebilmesi için annenin mükemmel değil, "yeterince iyi anne" olması gerekmektedir. Eğer anne bebeğin ihtiyaçlarını kendi bildiğini varsayarak ona bir alan açmazsa, anne ve bebek birleşme aşamasında kalmaya devam eder ve benlik oluşumu sekteye uğrar (Winnicott, 1956; 1960).

Winnicott (1960)'a göre, bebek başlangıçta dış dünyaya uyum gösterme yetisine sahip değildir. Annenin bebeği tutması, bebeğin zamanla dış dünyaya uyum gösterme kapasitesinin gelişmesini sağlar. Ancak erken dönemde annenin tutma ortamını sağlamaktaki uzun süreli başarısızlığı bebeğin "olma" (being) durumunda kesintiye sebep olur ve bu durum bebekte ölüm, parçalanma ve dezorganizasyon gibi kaygılar yaratarak psikozla sonuçlanır.

1.8 Mizaç Kavramı

Mizaç, karakter ve kişilik terimleri hemen hemen eşanlamlı olarak kullanılmalarına rağmen, birbirlerinden farklı anlamlar taşımaktadır. Mizaç; bireyin genetik veya yapısal özellikleri ile ilgili olarak ortaya çıkan yatkınlıklarını ifade etmektedir. Karakter, bireyin çevresel etkileşimler ve ailesi aracılığı ile gelişimi boyunca kazanılmış olduğu niteliklerdir. Kişilik ise kalıtım ile aktarılan mizaç ve sonradan çevresel deneyimler

aracılığı ile edinilen karakterin birleşimini kapsamaktadır (Akiskal, Hirschfeld ve Yerevanian, 1983).

Mizaca dair çalışmalar, Eski Yunanda Hipokrat'ın Humoral kuramına dek uzanmaktadır. Hipokrat, dört vücut sıvısını (kara safra, kan, sarı safra ve lenf) bireylerin davranışlarının özünü oluşturan mizaç ile ilişkilendirmiştir. Hipokrat'a göre, bu dört vücut sıvısı; bireylerin canlı, fevri, melankolik ve soğukkanlı mizaçlarının belirleyicisidir. Mizaç kavramının tarihçesi Hipokrat'a kadar uzanıyor olmasına rağmen, psikiyatrik olarak bu kavramı ilk formüle eden isim Kreapelin olmuştur (Coşkun, 2011; Sayın ve Aslan 2005).

Kraepelin, 1921 yılında depresif, irritabl, manik ve siklomatik olmak üzere dört temel mizaç türü tanımlamıştır. Bu mizaç türlerinin bireylerde duygu durum bozukluklarına kişisel eğilimler oluşturan subklinik formlar olduğunu ve duygu durum bozukluğuna sahip bireylerin ailelerinin de ortak mizaç özelliklerini paylaşabiliyor olabileceğini belirtmiştir. Kretschmer ise mizacı; humoral sistem ve bedenle ilişkisi olan ruhun bir parçası olarak tanımlamış ve psikopatolojilerin normal mizaçların aşırı belirgin formları olduğunu savunmuştur (akt. Sayın ve Aslan, 2005)

Krapelin ve Kretschmer'in çalışmalarını temel alan Akiskal "afektif mizaç" kavramını tanımlamışlardır. Akiskal'a göre, duygu durum bozukluklarının temelini hastalık öncesinde bulunan afektif mizaçlar oluşturmaktadır. Akiskal, bu bağlamda depresif mizaç, hipertimik mizaç, siklotimik mizaç, anksiyöz mizaç ve irritabl mizaç olmak üzere beş temel afektif mizaç tanımlamıştır (Akdeniz, Kesebir, Vahip ve Gönül, 2004).

Akiskal'a göre afektif mizaç özellikleri şu şekildedir:

Hipertimik mizaç türüne sahip bireyler; neşeli, aşırı iyimser, yüksek enerjili, abartılı davranışları olan, kendilerine fazla güvenen, aşırı konuşkan, dürtüsel, diğerlerinin işlerine karışan, dışadönük, uyaran ihtiyacı yüksek, diğer kişilerle yoğun iletişim arayışında olan bireylerdir. Bu bireyler zaman zaman hipomanik özellikler göstermektedir. Uyku süreleri genellikle 6 saatin altındadır, rastgele cinsel ilişkiye girme eğilimleri vardır ve yadsımayı sık sık kullanırlar.

Distimik/Depresif mizaç türünün görüldüğü bireyler; karamsar, neşesiz, yaptıkları şeylerden keyif almayan, ümitsiz, karar vermekte zorlanan, diğerlerini ve kendini sıklıkla

eleştiren, içinde bulunduğu durumlardan şikâyet eden, başarısızlıklara ve olumsuz yaşam olaylarına yoğunlaşan, kendini yetersiz gören ve suçlayan bireylerdir. Uyku süreleri 9 saati aşar ve sabah saatlerinde düşük psikomotor faaliyetler gösterirler. Bununla birlikte, sakin ve sessiz bireylerdir.

İrritabl/Sinirli mizaç türünün görüldüğü bireyler; nadiren ötimik sıklıkla karamsar, genellikle eleştiriye başvuran, derin düşüncelere dalmaya eğilimli, dürtüsel, yerinde durmakta zorlanan, diğerlerine istenmediği halde yaklaşan ve sıkıntı veren bireylerdir.

Siklotimik mizaca sahip bireyler; bir evreden diğerine öznel ya da davranışsal ani geçişler ile tanımlanmaktadır. Bu bireylerin kötümserlik ve iyimserlik, zihinsel karışıklık ve keskin yaratıcı düşünceler, düşük özgüven ve abartılı benlik algısı arasında gidip geldiği görülür. Davranışsal olarak düşük sözel ifade ve aşırı konuşma, hipersomnia ve uyku ihtiyacında artış, aşırı duygusallık ve aşırı şakacılık, içe kapanma ve yoğun insan arayışı arasında keskin geçiş yaşarlar.

Anksiyöz mizaca sahip bireyler; kronik veya aralıklı olarak endişe duymaya yatkındırlar. Bu bireylerin kaygıyla ilgili bilişsel çarpıtmaları vardır. Gündelik konular hakkında engellenemez şekilde endişe duyar, sebepsiz güvensizlik hissi yaşar, sıklıkla bir felaket meydana gelecekmiş hissine kapılırlar, yoğun gerginlik ve huzursuzluk hissederler. Davranışsal olarak ürkek ve yerinde duramayan yapıdadırlar (akt. Özgörüş, 2021).

Literatürde, annenin mizaç özelliklerinin çocuğun geliştirebileceği psikopatoloji üzerindeki etkisini araştıran çalışmaların çok az sayıda olduğu görülmektedir. Bununla birlikte birincil bakım verenin anne olduğu durumlarda, çocuk ve annenin etkileşim süresi göz önüne alındığında, annenin mizaç özelliklerinin çocuğun ruhsallığı üzerinde etkili olması kaçınılmazdır (Erermiş dv., 2009).

1.9 Bağlanma Kuramı

Bağlanma Kuramı, literatürde Bowlby ve Ainsworth'un ortak çalışmalarının bir ürünü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bowlby, bağlanma kuramının kuramsal çerçevesini 1958 yılında "Bir Çocuğun Annesine Bağlanmasının Doğası" adlı makalesinde ortaya koymuş ve literatüre "bağlanma" terimini kazandıran isim olmuştur. Bowlby bu kuramı geliştirirken psikanalizdeki nesne ilişkilerini temel almış; ancak bununla birlikte evrim

teorisi, etoloji, kontrol teorisi ve bilişsel psikolojiden de yararlanmıştır (Bowlby, 1977). Ainsworth ise Bowlby'inin kuramsal çalışmalarını temel alarak yaptığı ampirik çalışmalar ile bağlanma kuramını desteklemiştir (Ainsworth, Blehar, Waters ve Wall, 1978; Bowlby, 1988).

John Bowlby (1988), bir çocuğun anneye veya anne figürüne yakınlık duymasının nedenini, annenin çocuğu beslemesi olarak açıklayan ve "bağımlılık" olarak adlandırılan kuramları eleştirmiştir. Çünkü bu kuramların vurguladığı, anne çocuk bağında besinin temel rol oynadığı fikri Bowlby'nin çocuklar ile elde ettiği deneyimler ile uyuşmamaktadır. Bowlby, kendi teorisini oluştururken ilk olarak "bağımlılık" veya "bağımlılık ihtiyacı" kavramlarının herhangi bir biyolojik işlevi içermediğini, duygusal temelden yoksun ve aşağılayıcı bir boyutu olduğunu belirtmiş; "bağımlılık" (dependence) yerine "bağlanma" (attachment) kavramını önermiştir.

Bağlanma kuramı, Bowlby tarafından bireyin bir başkası ile güçlü duygusal bağlar kurma eğilimini ve bu duygusal bağları sürdürmeye aracılık eden bağlanma davranışlarını açıklamak için oluşturulmuştur. Kuramın ana kavramı olan bağlanma, bir çocuğun veya bir yetişkinin bağlanma nesnesine karşı güçlü duygusal bir bağ hissetmesine, bu nesneye yakınlık ve temas kurmaya yönelik eğilimine karşılık gelmektedir. Bağlanma davranışı ise endişe, stres veya hastalık gibi hem içeriden hem de dışarıdan gelen uyaranlar ile daha iyi başa çıkabileceği düşünülen bir kişiyle düşlenen yakınlığın kurulması ve devamlılığının sağlanması için gerçekleştirilen davranış biçimidir. Bağlanma davranışları kişinin yaşamı boyunca devam eden bir örüntü olmakla birlikte, küçük çocuklarda daha belirgin olarak görülür (Bowlby, 1988).

Bowlby, küçük bir çocuğun, anneye veya anne figürüne karşı yakınlığını korumak ve teşvik etmek için gösterdiği genetik temelli beş davranış kalıbını tanımlamıştır. Bunlar; gülümseme, ağlama, sarılma, takip etme ve emmedir. Bu davranışlar başlangıçta belirli bir kişiye yöneltilmemiştir. Zamanla bebek bir kişiyi diğerlerinden ayırır ve hedef yönelimli olarak bağlanma davranışlarını sergiler. Bu kişi genellikle, bebeğin en çok vakit geçirdiği, birincil bakım veren ebeveyndir. Yaşamın ilk yıllarında bağlanma davranışları çok daha sık görülmekle birlikte, üçüncü yılın sonuna doğru daha az görülür hale gelir. Bağlanma davranışları yabancı bir ortamda bulunma, açlık, yorgunluk veya korkma gibi

belirli koşullarda belirgin olarak aktive olur. Bu davranışların sonlandırılması anne figürünün sesi veya teması ile gerçekleşir. Anne, bebeğin bağlanma sinyallerine duyarlı ve uygun tepki vererek 'güvenli bir temel' oluşturur. Bu güvenli temel, bebeğin dış dünyayı keşfederken yardım istediğinde yanıt bulabileceği, ihtiyaç duyduğunda geri dönebileceği ve fiziksel veya duygusal olarak doyurulacağı bir üs görevi görmektedir.

Bowlby'e göre, bakım verenin bağlanma davranışlarına verdiği yanıtlar zamanla içselleştirilir ve "içsel çalışan modelleri" oluşturur. İçsel çalışan modeller, yaşam boyu devam eden bağlanma örüntülerinin belirleyicisi olmaktadır. Annenin güvenli temel sağlaması bebeğin dış dünyayı keşfetmek için cesur olmasına, diğerlerine güven duymasına ve güvenli bir bağlanma figürünün içselleştirilmesine olanak verir. Anne bebeğin bağlanma davranışlarına duyarsız, geç ve isteksizce yanıt verdiğinde ise bebek, annenin erişilemez olduğunu düşünür, ona ihtiyaç duyduğunda yardımsız kalacağından endişelenir, onun yanından ayrılmak istemez ve güvensiz bir bağlanma figürünü içselleştirir (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1969; 1988).

Ainsworth, bağlanma ve keşif dengesini araştırmak için bebeğin, annenin mevcut olduğu ve olmadığı, bebeğin farklı türden stres olaylarına kontrollü olarak maruz kaldığı "yabancı durum deneyi" olarak adlandırılan laboratuvar çalışmasını yürütmüştür. Çalışmanın sonucunda, annelerine güvenli bağlanan bebeklerin olumsuz veya stres yaratan durumlarda ebeveyni güvenlik üssü olarak kullandıkları görülmektedir. Bu bebekler ebeveynlerin varlığında rahatlıkla etrafı keşfederler, ebeveynleri yanlarından ayrıldığında ise hafif bir protesto sergileseler bile, tekrar bir araya geldiklerinde hızlı bir şekilde sakinleşir, olumlu bir iletişim kurmaya devam eder ve bir süre sonra tekrar etrafı keşfederler. Güvenli bağlanma modeli, yaşamın ilk yıllarında annenin bebeğin sinyallerine duyarlı olması ve destek ihtiyacında sevgiyle yanıt vermesi sonucu gelişmektedir. Kaygılı bağlanma modelinde, annenin bebeğin sinyallerine tutarsız yanıtlar verdiği ve bebeğin ihtiyaç duyduğunda annenin yardımcı olup olmayacağından emin olmadığı görülmektedir. Bu bağlanma modelinde bebekler, ayrılığa karşı hassas, anneye yapışmaya eğilimli ve keşif konusunda kaygılıdırlar. Kaçınmalı bağlanma modelinde ise anne reddedici bir tutumdadır ve bebekler ihtiyaç duyduklarında anneden yardım göreceklerine dair güven duymazlar. Bu bebeklerin annelerinden uzak durdukları

ve anneleri yanlarından ayrıldığında veya tekrar bir araya geldiklerinde kayıtsız kaldıkları görülmektedir (Ainsworth vd., 1978; Ainsworth ve Bell, 1970; Bowlby, 1969; 1988).

Ebeveynlik davranışları, güçlü bir içgüdü ve aynı zamanda bireysel öğrenmenin ortak ürünüdür. Bir annenin kendi ebeveynleri ile elde ettiği deneyimler ve ebeveyn ilişkisine dair tanımı, bebeğinin bağlanma davranışlarına duyarlılığını, ona karşı duygu ve davranışlarını belirlemede büyük rol oynamaktadır. Dolayısıyla, annenin kişisel deneyimleri çocuğunun geliştirdiği bağlama biçimini etkilemektedir. Bir çocuğun ebeveynleri ile bağlanma biçimi kalıcı olmaya yatkındır ve çocuk çevresindeki diğer kişilere bu ilişkinin bir türünü empoze ederek bağlanma örüntüsünü devam ettirme eğilimi gösterir (Bowlby, 1988)

Bowlby, bağlanma davranışlarının organize edilme biçiminin kişilik gelişiminin ana unsurlarından biri olduğunu belirtmektedir. Kişilik gelişiminde yalnızca bebeklik döneminin değil, çocukluk ve ergenlik dönemi boyunca da devam eden ebeveyn ilişkilerinin etkisi vardır. Ebeveyn ilişkilerinden elde edilen ve bağlanma davranışlarına dönüşen kalıplar, kişinin kendini algılayış biçimi ve diğerlerinin davranışlarından beklentilerini belirlemektedir. Bowlby psikopatolojiyi, bireyin şimdiye kadar geliştirdiği kişiliği ve içinde bulunulan durumların etkileşimi olarak görmektedir (Bowlby, 1988). Özellikle psikopatolojik aile örgütlenmelerinin bağlanma kuramı ile rahatlıkla açıklanabileceğini ifade etmiştir. Örneğin, anne ve çocuk arasında bazen sembiyotik olarak tanımlanan yoğun ve iç içe geçmiş ilişki biçiminin bir sonucu olarak çocuk, anne veya aile üyeleri dışında bir sosyal yaşam geliştirmekte zorlanabilir. Ya da kendi çocuğundan bakım arayan bir anne, çocuk ebeveyn ilişkisinin tersine dönmesine ve çocuğun kaygılı, suçlu hissetmesine neden olabilir. Bu durum kendi olumsuz çocukluk deneyimlerinin bir sonucu olarak kaygılı bağlanan ve şimdi çocuğunu bağlanma figürü haline getirmeye çalışan bir anne ile ilişkilendirilebilir (Bowlby, 1982).

Yetişkin bağlanma biçimlerini incelemek için ilk kez Main ve arkadaşları tarafından Yetişkin Bağlanma Görüşmesi adı verilen yarı yapılandırılmış görüşme tekniği geliştirilmiştir. Main ve arkadaşları, yetişkinlerin kendi çocukluklarına dair tanımlarının ve ebeveyn ilişkilerinin mevcut bağlanma modelleri üzerindeki etkisini incelemişlerdir;

ebeveynlerin bağlanma modellerinin kendi çocuklarının geliştirdiği bağlanma modeli üzerinde etkili olduğunu raporlamışlardır (Main, Kaplan ve Cassidy, 1985).

Hazan ve Shaver (1987), Bowlby'nin içsel çalışan modeller kavramı ve Ainsworth'un bebeklerin bağlanma modelleri üzerine yaptığı çalışmalardan yola çıkarak, yetişkin bireylerin romantik bağlanma modellerini incelmiştir. Bu çalışma, erken dönem ebeveyn ilişkileri ile yetişkin bağlanma modelleri arasında anlamlı sonuçlar olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca yazarlar, Ainsworth ve arkadaşlarının bebekler için belirlediği bağlanma modellerine paralel şekilde güvenli, kaygılı-kararsız ve kaygılı-kaçınan olmak üzere üç tür yetişkin bağlanma modeli tanımlamışlardır.

1.10 Psikanalitik Kuramda Depresyon

1.10.1 Karl Abraham ve depresyon

Psikanalitik literatürde manik depresif hastalar ile ilk çalışan isim olarak Karl Abraham karşımıza çıkmaktadır. Abraham'a göre depresyon sevgi nesnesinin yarattığı hayal kırıklığı karşısında libidonun düşmanca bir eğilime geçmesi ve sevgi kapasitesinin azalmasıyla düşmanlık ve saldırganlığın kişinin kendisine yöneltilmesinin sonucudur (Abraham, 1924).

Abraham'a göre, yetişkin depresyonunun kökeni, erken çocukluk döneminde hayal kırıklığı yaratan sevgi nesnesi ile ilişki ve bu sevgi nesnesinin içselleştirilmesine dayanmaktadır. Yazar, ilerleyen dönemde depresyona dair formülasyonunu geliştirmiş ve oral dönemi iki alt evreye ayırarak depresyonun fiksasyon noktalarını belirlemeye çalışmıştır. Ona göre, çocuğun emme yoluyla nesne ile birleştiği erken bir oral evre ve ısırma yoluyla nesneyi yok ettiği oral-sadistik bir alt evre vardır. Oral-sadistik evre çocukta ambivalans çatışmasını doğurur. Abraham, oral-sadistik dönemde sevgi nesnesine yöneltilmiş bilinçaltı yamyamlık düşlemlerinin suçluluk doğurduğunu ve bu suçluluğun da depresyonun ortaya çıkmasında bir faktör oluşturduğunu savunur. Hem oral-sadistik dönemde meydana gelen suçluluk hem de bu dönemde yaşanan sevgi nesnesine dair hayal kırıklıkları ödipal dönemde libidinal arzular ile bastırılır. Yetişkinlikteki depresyon ise bu bastırmanın ortadan kalkması ile oluşur (Abraham, 1911; 1924).

1.10.2 Sigmund Freud yas ve melankoli

Freud (1917), "Yas ve Melankoli" makalesinde normal ve patolojik yas kavramlarını, yas ve melankoli kavramlarının farklılığını açıklamıştır.

Freud, yas kavramını sevilen bir kişinin kaybına ya da onun yerine konmuş bir nesne veya imgenin kaybına verilen tepki olarak tanımlamaktadır. Freud'a göre, yas patolojik bir kavram değildir ve tedaviye ihtiyaç yoktur. Bazı kişilerde yasa sebep olan kayıp, kişiyi melankoliye sevk eder ve ancak bu durum patolojik bir olgu olarak ele alınır. Freud yasta kişinin gerçek bir kayıp yaşadığını, melankolide ise sevgi nesnesinin gerçek bir kaybının değil ancak sevgi nesnesi olarak içsel bir kaybın söz konusu olduğunu vurgular; melankolinin bilinçli olarak anlaşılamayan bir nesne kaybıyla ilişkili olabileceğini belirtir. Böyle bir durumda kişinin melankoliye neden olan kayba dair farkındalığı vardır ancak hissettiği içsel kayıp duygusuna anlam veremeyebilir.

Freud, melankolinin psikolojik yönlerini yoğun bir üzüntü duygusu, dış dünyaya karşı ilginin kesilmesi, sevme kapasitesinin azalması, kişinin etkinliğinin neredeyse tamamen biterek ketlenmenin ortaya çıkması ve özsaygının düşmesine bağlı olarak kişinin kendini suçlaması, eleştirmesi ve cezalandırma eğilimde olması olarak açıklamaktadır. Bahsedilen psikolojik görünümler yasta da görülmektedir ancak melankoli ve yas kavramlarının farklılaştığı temel nokta, yasın içerisinde özsaygıya dair hasar barındırmamasıdır. Yasta dış dünya verimsiz ve boş algılanırken, melankolide egonun değersizleştirilmesi ve kişinin kendi iç dünyasının verimsiz ve boş algılanması söz konusudur.

Freud'a göre, melankolide sevgi nesnesinin kaybı veya hayal kırıklığı yaşatması sonucunda libido sevgi nesnesinden çekilir, libido yatırımı başka bir nesneye yapılamaz, bunun yerine egonun kendisine yönelir ve içerideki kayıp nesne ile özdeşim kurar. Başka bir değişle melankolide kişi narsisistik özdeşim yoluyla düşlemde kayıp nesneyle bütünleşir.

Melankolik kişinin kendine yönelik acımasız eleştirileri aslında sevgi nesnesine yönelik olan suçlamaların ve eleştirilerin, nesne yerine egoya yansıtılmasıdır. Bu durumda ego

adeta ikiye bölünür, egonun bir parçası, kayıp nesne ile bütünleşen diğer parçasını bir nesne gibi algılar ve eleştirel bir şekilde yargılar.

1.10.3 Melanie Klein ve depresif konum

Karl Abraham'dan etkilenen Melanie Klein, Abraham'ın kuramsal olarak ortaya koyduğu görüşlerini çocuk hastaları üzerinde yaptığı gözlemler aracılığıyla genişletmiştir. Klein hem Abraham'ın hem de Freud'un depresyon kuramlarından yola çıkarak kendi kuramını ortaya koymuştur.

Klein (1935) kuramında, "paronoid şizoid konum" ve "depresif konum" olmak üzere ruhsal yapılanmanın iki temel durumunu tanımlamıştır. Yazara göre, bu konumlar aracılığıyla bebek kısmi nesne ilişkisinden bütün nesne ilişkisine geçmektedir.

Melanie Klein'a göre paronoid-şizoid konum bebeğin yaşamının ilk dört ayında aktif olan arkaik bir konumdur. Paranoid kavramı ölüm, yok oluş, dağılma, parçalanma ve persekütif endişelere karşılık gelmektedir. Şizoid kavramı ise iyi nesne ve kötü nesnenin birbirinden ayrıldığı bölme (spliting) savunmasını açıklamak için kullanılır (Klein, 1935).

Klein (1946)'a göre ilk nesne ilişkisi çocuğun anne memesiyle kurduğu ilişkidir. Bebek için anne memesi yaşam kaynağıdır. Klein, bebeğin doğum öncesinde anne karnında tam bir doyum içerisinde olduğunu, anne memesiyle kurulan ilişkinin doyum verse bile doğum öncesindeki anne-çocuk birliğinin verdiği doyumun yerini tutamayacağını ve bebekte hüsran yaratacağını söylemektedir. Bu bağlamda bebeğe doyum ve yaşam veren "iyi meme" ve onu hüsrana uğratan "kötü meme" tasarımlarını açıklamıştır.

Bebekte iyi memenin verdiği doyum ve kötü memenin verdiği hüsran, sevgi ve nefret çatışmalarını doğurur. Klein'a göre bu çatışmalarda her ne kadar dışarıdan gelen etkiler belirleyici olsa da yaşam dürtüsü ve yıkıcı dürtüler içeriden gelir. Bebek başlangıçtan itibaren hiç de masum bir varlık değildir. Bebeğin annenin memesine karşı kanibalistik (yamyamsı) düşlemleri vardır; bununla birlikte, iyi nesneyi içeri almak ve bedeninde muhafaza etmek ister. İçeriden gelen iyi nesneye yöneltilmiş bu saldırgan ve yıkıcı dürtüler içeride çok fazla kaygı yaratır. Egonun bu ilkel aşamasında bebek, bu kaygıyla baş edebilmek için, yıkıcı ve saldırgan dürtülerini içinde hissetmektense, dışarıdaki bir nesneye kötü memeye yansıtır. Böylece saldırgan ve yıkıcı dürtüler içeriden değil kötü

memeden gelmektedir. Bebek sevgi ve yaşam dürtülerini ise doyum veren iyi memeye yansıtmaktadır. Klein, bebeğin iyi nesneyi içe alma (introjection) savunma mekanizmasıyla içeriye aldığını, kötü nesneyi ise yansıtma (projection) savunmasıyla kendinden uzaklaştırdığını, idealizasyon savunma mekanizmasıyla da iyi nesneyi koruyarak doyum halinin sürekliliğinin sağlandığını söylemiştir (Klein, 1946).

Paranoid-şizoid konumda bebeğin ruhsal iyilik hali, iyi meme ve kötü memenin birbirinden ayrı tutulabilmesine hizmet eden bölme (spliting) savunma mekanizmasına bağlıdır. Çünkü iyi nesne ve kötü nesnenin bir araya gelmesi, iyi nesnenin yok olmasıyla sonuçlanabilir. Böyle bir durumda iyi nesne bebeği saldırgan ve yıkıcı dürtüler karşında koruyamaz ve paronoid endişeler başlar (Klein, 1946).

Bebek 5-6. aylardan itibaren iyi nesneyi ve kötü nesneyi bir bütün olarak algılamaya başlar ve nesnenin bir bütün olarak algılamaya başlamasıyla birlikte depresif konuma geçiş yapar. Depresif konum 12. aya kadar devam eder (Klein, 1946).

Depresif konumda iyi ve kötü nesne tek bir bütün nesnede yani annede bütünleşir. Doyum veren (iyi meme) ve hüsran yaratan (kötü meme) aynı kişi yani annedir. Bebeğin nesneyi bir bütün olarak algılamaya başlamasıyla, bölme savuma mekanizmasının koruyuculuğu ortadan kalkmaktadır. Bebek, nesne sürekliliği kazanırken aynı zamanda agresif ve libidinal dürtüler tek bir nesnede birleştiği için, iyi nesnenin yok olabileceğine dair bir kayıp endişesi yaşamaya başlar. Yıkıcı dürtülerin yarattığı sevilen nesnenin yok olabileceğine dair korku kayıp endişesini doğurmaktadır. Sağlıklı bir ruhsal denge, depresif konumda sevgi ve onarma gücünün yıkıcı ve saldırgan dürtülerden daha baskın olmasına bağlıdır (Klein, 1946).

1.10.4 Andre Green ve ölü anne karmaşası

Andre Green (1986), ölü anne kavramıyla annenin fiziksel olarak var olduğu ancak ruhsal olarak mevcut olmadığı durumları açıklamıştır. Ölü anne karmaşası, gerçek bir nesne kaybı veya nesne ile gerçek bir ayrılık anlamına gelmez. Ölü anne karmaşasında, depresyon nesnenin varlığında gerçekleşir. Anne vardır ancak bir nedenden depresyondadır. Annenin depresyonunun başlıca nedenleri arasında annenin çok değer verdiği ya da güçlü bir yatırım yaptığı nesnenin kaybı vardır. Aynı zamanda annenin depresyonunun kaynağı, narsisistik yaraya neden olan bir tetikleyici de olabilir. Annenin

depresyonunun nedeni her ne olursa olsun bebeğine ilgisinin azalması söz konusudur. Bebek, o zamana kadar anneyle zengin ve mutlu bir ilişki içindedir. Annenin ruhsal yaşamındaki ani dönüşüm, bebek tarafından bir felaket olarak deneyimlenir; çünkü bebek için hiçbir uyarı olmadan sevgi nesnesi kaybolmuştur. Annenin, bebekte oluşturduğu erken bir hayal kırıklığı sadece sevgi nesnesinin kaybını değil, beraberinde anlam kaybını getirmektedir.

Annenin ruhsal geri çekilmesi, annenin evrenin merkezinde olduğu bebekliğin erken döneminde gerçekleştiğinde, bebek bu durumu nesneye yönelik dürtülerinin sonucu olarak yorumlar. Bu durum özelikle bebeğin, babanın varlığını keşfettiği anda ortaya çıkarsa daha ciddi sonuçlar doğurur. Bebek, anne sevgisinin geri çekilmesini, annenin babaya olan bağına atfedebilir; bu geri çekilme bebeğin babaya olan bağını tetikleyebilir. Böyle bir durumda bebek, anne ile içinde olduğu çatışmada babayı kurtarıcı olarak görür. Babanın ilgisi annenin içinde bulunduğu duruma yönelmişse veya anne-çocuk çiftini bu durumla tek başına çıkmak için terk etmişse, baba bebeğin kurtarıcısı pozisyonunu alamaz. Babanın bebeğin sıkıntısına cevap vermediği durumda ise bebek, ölü bir anne ve ulaşılamaz bir baba arasında kalır.

Bebek, kendi kaybıyla meşgul annenin sevgisini ve ilgisini tekrar kazanmak için ajitasyon, uykusuzluk ve gece terörü gibi aktif yöntemlere başvurur. Tüm onarım çabaları karşılıksız kalan bebekte güçsüzlük duygusu baskın hale gelir; nesneden yatırımını çeker, ölü anne ile bilinçdışı bir özdeşim kurar ve bu bebeğin içinde büyük bir boşluk oluşturur. Bu durum, herhangi bir nefret olmaksızın nesnenin ruhsal ölümüdür.

Annenin ruhsal yokluğunun diğer bir sonucu ise anlam kaybıdır. Bebek için doyum ve güven veren meme hiçbir neden olmadan çökmüştür. Bebek, annenin ruhsal geri geçilmesinin sorumluluğunu kendisine; kendi varoluşuna atfedebilir. Bununla birlikte, annenin içinde bulunduğu ruhsal durum bebeğin yıkıcı saldırganlığını dışarıya yönlendirmesini imkânsız kılar. Bu adeta bebeğin kendini ölüme terk etmesine neden olan bir pozisyondur. Anne imgesinin savunmasızlığı nedeniyle bebek annenin ruhsal geri çekilmesinden sorumlu birini bulmaya kendini zorlar ve baba bu durumun sorumlusu olarak belirlenir. Burada erken bir üçgen durumu söz konusudur; bebek, anne ve annenin ruhsal geri çekilmesinin sorumlusu bilinmeyen bir nesne aynı anda mevcuttur.

Tüm bu anlam kaybından sonra ikincil savunma sistemleri devreye girer. Bebekte tekrar nesneyle bütünleşme isteği ortaya çıkar. Bebeğin, nesneyle bütünleşme isteğine hükmetme, kirletme ve intikam alma eşlik ederse, anal özelliklerin eşlik ettiği manik sadizm görülür. Diğer bir durumda ise sevgi nesnesinin ruhsal yokluğundaki oral erotik uyarılmanın hiçbir şefkat kaynağı olmadan saf duyusal zevke dönüşmesidir. Bu durum, histerik yapılanmanın temelidir. Nesne, hiçbir ortak zevk olmadan sadece erojen bölgelerdeki zevkin açığa çıkmasına hizmet eder.

Özetle, ölü anne, nesnesi olduğu bebeğe yatırımdan vazgeçerek, başlangıçta bebeğine sunduğu sevginin büyük bölümünü, bakışını, ses tonunu, okşayışını beraberinde götürmüştür. Green, bu durumu şöyle tarif etmektedir: *"Anne adeta öldür ama mezarı ortada yoktur"* (s.154). Bebek ölü anneyle birincil özdeşleşme gerçekleştirir, yani sevgi nesnesinin bıraktığı boşluğu içselleştirir. Bu durum birincil depresyon ve diğer birçok psikopatolojinin başlangıcı olmaktadır.

1.11 Çocukluk Dönemi Depresyonu

Çocukluk dönemi depresyonuyla ilgili çalışmaların literatürde kısa bir geçmişi olduğu görülmektedir. Bu yaklaşım 1970'te Stolholm'de Avrupa Pedopsikiyatri Birliğinin düzenlediği 'Çocukluk Çağı ve Ergenlikte Depresif Durumlar' kongresi ile birlikte geride kalmıştır. Bu kongrede çocukluk ve ergenlik döneminde görülen birçok sorunsalın depresif bozukluklarla ilişkili olduğu konusunda görüş birliğine varılmıştır (Tamar ve Özbaran, 2004).

Psikanalitik literatürde Bernfeld (1925), çocuğun da yetişkin gibi üzüntü ve keder yaşadığını ilk fark eden psikanalistlerdendir. Bernfeld, yaptığı doğrudan çocuk gözlemleri sonucunda, çocuğun üzüntü ve keder duygusunun sütten kesilme ile yaşanan kayıpla ilişkili olduğunu ve bütün çocukların bu erken dönemde depresyon yaşadığını belirtmektedir. Yazara göre bebeğin gelecek yaşamı boyunca yaşayabileceği bütün üzüntü ve keder duyguları, sütten kesilme süreciyle ilişkilidir (akt. Sönmez, 2011).

Yetişkinlikte görülen depresyon temel olarak üzüntü, yaşamdan zevk alamama, iştahta azalma, duygusal hissizleşme, içinde kapanma gibi belirtilerle karakterize edilmektedir. Çocukluk dönemdeki depresyonun klinik görünümü ise yetişkin depresyonundan farklı belirtiler ile ortaya çıkmaktadır. Çocuğun, farklı belirtilerle kliniğe geldiği durumlarda

DSM sistemi temel alınan bir tanısal sistem, çocuğu altta yatan depresif bir sorunsal olsa bile başka bir bozukluğun sınıflandırmasına dahil etmektedir. Aslında, davranış bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite gibi bozukluklar tek başına bir sendrom olarak değil, altta yatan sorunsalın belirtisi olarak değerlendirilmelidir. DSM sınıflandırma sisteminde yetişkin depresyon tanı kriterleri altında çocuk depresyonu kriterleri parantez içinde verilmektedir. Çocuk depresyonu için eklenen ek kriterler arasında; ajitasyon, dikkat eksikliği, kolay öfke eğilimli duygu durum gibi maddeler yer almaktadır. Söz konusu bu belirtiler depresif sorunsalın farklı ifadeleri olarak görülmesine rağmen DSM tanı sistemini referans alan ruh sağlığı uzmanları, depresif sorunsalı göz ardı edip, bu belirtilere karşılık gelen DSM sistemi içindeki tanılara başvurmaktadır. Sonuç olarak, ruhsal işleyişteki temel sorunsalı anlamadan, sadece belirti odaklı bir yaklaşımla yapılan tanılandırma, özellikle çocukluk dönemindeki depresyonun tespitinin önünde büyük bir engel oluşturmaktadır (Zabcı, 2020).

Marcelli'ye göre çocuk ve yetişkin arasındaki temel fark, çocuğun sözel ifade becerisinin bir yetişkin kadar gelişmemiş olması nedeniyle çocuğun anlaşılmasının zorluğudur. Yazar, yetişkin döneminde görülen depresyon ve çocukluk döneminde görülen depresyonun birbirinden çok farklı seyrettiğini söylemiştir. Yetişkin depresyonunda çökkün duygu durum, sık sık ağlamaklı olma, geleceğe dair karamsarlık, düşük öz bakım, iştahta ani değişimler, alçak ses tonu ve yavaş konuşma görülürken bu belirtilerin hiçbiri çocukta gözlenmemektedir (akt. Sönmez, 2011).

Kielholz (1973), "maskeli depresyon" kavramını yetişkin depresyonu bağlamında ortaya koymuştur. Cytrn ve Mac Knew ise bu kavramı çocukluk dönemi depresyonunu açıklamak için kullanmış ve kavramın içeriğini genişletmiştir. Yazarlar, çocukluk döneminde görülen depresyonun çoğunlukla okul başarısında düşüş, saldırgan davranışlar, psikosomatik problemler, hareket ihtiyacının artması ve dikkatte azalma gibi görünümler ile kendini kamufle ettiğini belirtmiştir (akt. Zabcı, 2020).

Çocukluk dönemi depresyonuna dair yapılan çalışmalarda, çocuk depresif semptomlarının okul fobisi, enürezi, enkoprezi, öfke atakları, okuldan kaçma gibi klinik görümleri olduğu görülmektedir (Kayaalp, 1999)

Marcelli (1989), çocukluk döneminin farklı yaş gruplarında değişen özellikleri olması sebebiyle homejen bir grup olarak ele alınamayacağını belirtir. Çocukluk döneminde ortaya çıkan depresyonun, yaş gruplarına göre ayrı belirtiler gösterdiğini, bu nedenle normal ve patolojik olanın ayrımında bu dönemlerin özelliklerinin göz önünde bulundurulması gerektiğini ifade etmektedir (akt. Kayaalp, 1999).

Lewis (2002), çocuklarda yaş dönemlerine göre depresyon görünümlerinin farklılaştığını söylemiş ve özelliklerini tanımlamıştır. Lewis 0-3 yaş grubundaki çocuklarda depresyonun; saldırgan davranışlar, konuşma becerisinde anormallik, söz dinlememe, hareket ihtiyacında artış, tehlikeli davranışlarda bulunma, kardeş reddi, ilişkisel güçlükler ve uyku problemleri olarak kendini gösterdiğini belirtir. 3-6 yaş grubundaki çocuklarda ise depresyon; benzer şekilde saldırgan davranışlar, söz dinlememe, ruhsal olarak sıkıntı yaşama, hareket ihtiyacında artış, tehlikeli davranışlarda bulunma, geceleri altına kaçırma, uyku problemleri, belirgin mutsuzluk ve yoğun ağlama davranışları şeklinde görülmektedir. 6-11 yaş grubu çocuklarında ise depresyon, akademik alanda zorlanma, gece altına kaçırma, yoğun agresyon, ruhsal sıkıntı, mutsuzluk, sık sık ağlama, tehlikeli davranışlar, dikkatini toplamakta güçlük yaşama ve uyku problemleri şekilde ortaya çıkmaktadır.

Sperling, psikanalitik bakış açısıyla çalışan yazarların, sıklıkla kullandığı "depresif eşdeğerler" kavramını genişletmiştir. Sperling, altta yatan depresif sorunsalın; uyku bozuklukları, psiko-motor gecikmekler, yeme bozuklukları gibi hem somatik hem işlevsel birçok bozukluğa neden olduğunu belirtmektedir. Yazar, söz konusu belirtilerin altında yatan depresif sorunsalın ancak psikoterapi süreciyle su yüzüne çıktığını ifade etmektedir (akt., Zabcı, 2020).

Anthony (1977), SM'nin altta yatan depresif sorunsalın dışarı vurumu olduğunu belirtmiştir. Yazar, SM'li bir çocuğun psikanalitik vaka analizinden yola çıkarak, çocuğun başkalarıyla iletişim kurmak için gösterdiği çabadan tamamen vazgeçtiğini ve SM'nin çocuğun altta yatan depresyonunu maskelemeye hizmet ettiğini ifade etmiştir.

Anstendig (1999), SM'nin ayrı bir bozukluk olmaktan ziyade davranışsal bir semptom olduğunu belirtmektedir. Bir vaka çalışması örneğinde, SM semptomu üzerine

odaklanmak yerine klinisyenin, oyun terapisinde çocuğun mutizminin altında yatan ruhsal çatışmayı ele alarak semptomun ortada kalmasına yardımcı olduğunu belirtmiştir.

Depresyon; mutsuzluk, üzüntü, karamsarlık, değersizlik ve umutsuzluk gibi duyguların hâkim olduğu kişinin günlük yaşamını belirgin şekilde engelleyen bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Depresyonda zevk alamama, yeme alışkanlıkları ve uyku düzeninde değişiklikler, enerji ve motivasyon eksikliği, karar alma süreçlerinde ve konsantre olmakta güçlük gibi belirtiler görülmektedir (APA, 2013).

DSM-V sınıflandırma sisteminde majör depresif bozukluk ve süreğen depresif bozukluk (distimi) Duygu Durum Bozuklukları başlığı altında tanımlanmıştır. Bu bozuklukların tanı kriterleri aynı olmakla birlikte belirtilerin kronikliği belirleyicidir. DSM-V'te çocukluk dönemi depresyonu için yetişkinler için belirlenmiş tanı ölçütleri kullanılmaktadır. Bununla birlikte, çocuklarda görülen depresyon belirtileri için birkaç uyum kriteri eklendiği görülmektedir. Çocuklar için belirlenen tanı kriterlerinden ilki; yetişkinlerde süreğen depresif bozukluk tanısı için belirlenen 2 yıllık devamlılık kriterinin, çocuklarda 1 yıl olarak kabul edilmesidir. Diğeri bir tanı kriteri, yetişkinlerde beklenen kiloda ani artış veya azalışı yerine çocuklarda gelişimsel olarak beklenen kilo alımının durmasıdır. Ve son olarak yetişkinlerdeki çökkün duygu durumunun yerine çocuklarda öfke atakları veya aşırı hareketlilik, huzursuzluk halinin olması kriterlere dahil edilmiştir (APA, 2013).

DSM-V majör depresif bozukluk ve süreğen depresif bozukluk için belirlenmiş tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

1) Neredeyse her gün, günün büyük bölümünde kişinin kendisi ya da çevresi kişiler tarafından gözlemlenen çökkün duygu durumu (Örneğin, kişinin kendisini boşlukta ve umutsuz hisseder veya ağlamaklı olmaktadır.) Not: çocuklar veya ergenler için bu kolay öfkelenme olarak da görülebilir.

2) Hemen hemen her gün, günün büyük bir bölümünde, neredeyse bütün etkinliklere karşı belirgin düzeyde ilginin kaybolması ve zevk alamama durumu (kişinin kendi ifadesi veya çevresinin gözlemleri yoluyla belirlenebilir).

3) Diyet yapmıyorken kilo kaybı yaşama veya kilo alma, neredeyse her gün, iştah artışı ya da iştahta azalma (Örneğin, son bir ay içerisinde kişinin ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik görülmesi). Not: Çocuklar için beklenen düzeyde kilo alımının olmaması dikkate alınmalıdır.

4) Hemen hemen her gün, uykusuzluk hali veya aşırı uyuma durumu.

5) Hemen hemen her gün, psikomotor aktivite de ajitasyon veya yavaşlama.

6) Hemen hemen her gün, içsel gücün kalmaması, enerji düşüklüğü ya da bitkinlik hissedilmesi.

7) Hemen hemen her gün, değersizlik ya da yoğun suçluluk duygusu.

8) Hemen hemen her gün, kişi tarafından ifade edilen veya çevresindeki kişiler tarafından gözlemlenebilen düşünme ve odaklanma güçlüğü, kararsızlık durumu.

9) Tekrar eden ölüm düşünceleri, intihara dair planlar yapma, intihar girişiminde bulunma.

1.12 Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın amacı; 3-7 yaş arasındaki SM tanısı almış çocuklar ile herhangi psikiyatrik tanı almamış kontrol grubu çocuklarını karşılaştırarak, SM'li çocuklarda depresif semptomların yaygınlığını belirlemek, SM'li çocukların annelerinin bağlanma biçimi, mizacı ve kapsayıcı işlevini kontrol grubu çocuklarının anneleri ile karşılaştırmak ve SM'li çocukların depresif semptomları ile annenin bağlanma biçimi, mizacı ve kapsayıcı işlevi arasındaki ilişkileri değerlendirmektir.

Bu araştırmada, SM tanısı almış çocuklarda annenin bağlanma biçiminin, mizacının ve kapsayıcı işlevinin bu bozukluğun oluşumunda etkili olduğu düşünülerek, bu değişkenleri değerlendirmeyi sağlayan Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği (EBBÖ), Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Ölçeği (TEMPS-A), Kapsayıcı İşlev Ölçeği (KİO) kullanılmıştır. SM'li çocukların depresif semptomlarını incelemek için ise Çocuk Depresif Belirti Ölçeği (ÇDBÖ) kullanılmıştır.

Literatür incelendiğinde SM'li çocuklar ile ilgili araştırmalara görece az yer verildiği; SM'nin etiyolojisi ve sınıflandırması ile ilgili tartışmaların halen devam ettiği ve bu bozukluk ile ilgili fikir birliğine varılamadığı görülmüştür. Araştırmacılar bu durumunu, SM'nin nadir görülen bir bozukluk olması nedeniyle yapılan araştırmaların küçük örneklem gruplarından oluşması ve geçmişten günümüze araştırmalarda kullanılan tanı kriterlerinin değişime uğramasıyla açıklamaktadır. Psikanalitik kuram çerçevesinde ise bu bozukluk ile ilgili sadece vaka çalışmalarının olması dikkat çekmektedir. Mevcut birkaç araştırmanın SM'li çocukların ebeveynlerinin psikopatolojik semptomlarına odaklandığı ancak annenin kapsayıcı işlev, mizaç ve bağlanma boyutunu inceleyen bir araştırmanın olmadığı görülmüştür. Bu araştırmada, psikanalitik kuram ışığında hazırlanan KİÖ ve diğer ölçeklerden elde edilen bulguların, SM ile ilişkili olduğu düşünülen annenin ruhsal özelliklerini ortaya koyarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte, mevcut araştırmalar SM'li çocukların özellikleri, semptomları ve komorbid bozuklukları bakımından tutarsız sonuçlar ortaya koymuştur. Bu araştırmada, SM'li çocukların depresif semptomlarının incelenmesinin bozukluğun anlaşılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu amaç doğrultusunda oluşturulan hipotezler şunlardır:

Hipotez: Annenin mizacı

SM tanısı almış çocukların anneleri ile kontrol grubu annelerinin mizaç özellikleri arasında farklılık beklenmektedir.

a) SM tanısı almış çocukların annelerinin "depresif mizaç" puanlarının, kontrol grubu annelerinin "depresif" mizaç puanlarından yüksek olması beklenmektedir.

b) SM tanısı almış çocukların annelerinin "anksiyöz mizaç" puanlarının, kontrol grubu annelerinin "anksiyöz" mizaç puanlarından yüksek olması beklenmektedir.

Hipotez: Annenin bağlanma biçimi

SM tanısı almış çocukların anneleri ile çocukların annelerinin bağlanma biçimleri arasında farklılık beklenmektedir.

a) Kontrol grubu annelerinin "güvenli bağlanma" puanlarının, SM tanısı almış çocukların annelerinin "güvenli bağlanma" puanlarından yüksek olması beklenmektedir.

b) SM tanısı almış çocukların annelerinin "kaçınmacı bağlanma" puanlarının, kontrol grubu annelerinin "kaçınmacı bağlanma" puanlarından yüksek olması beklenmektedir.

c) SM tanısı almış çocukların annelerinin "kaygılı/ikircikli bağlanma" puanlarının, kontrol grubu annelerinin "kaygılı/ikircikli bağlanma" puanlarından yüksek olması beklenmektedir.

Hipotez: Annenin Kapsayıcı İşlevi

SM tanısı almış annelerin kapsayıcı işlevi ile kontrol grubu annelerinin kapsayıcı işlevi arasında farklılık beklenmektedir.

a) SM tanısı almış çocukların annelerinin "endişe-ayrılığa hassasiyet" puanlarının, kontrol grubu annelerinin "endişe-ayrılığa hassasiyet" puanlarından yüksek olması beklenmektedir.

b) Kontrol grubu annelerinin "eş ile ilişki" puanlarının, SM tanısı almış çocukların annelerinin "eş ile ilişki" puanlarından yüksek olması beklenmektedir.

c) SM tanısı almış çocukların annelerinin "kapsanamayan ilişki" puanlarının, kontrol grubu annelerinin "kapsanamayan ilişki" puanlarından yüksek olması beklenmektedir.

d) SM tanısı almış çocukların annelerinin "doyum odaklılık" puanlarının, kontrol grubu annelerinin "doyum odaklılık" puanlarından yüksek olması beklenmektedir.

Hipotez: SM tanısı almış çocukların depresif semptomları

SM tanısı almış çocukların depresif semptomları ile kontrol grubunun depresif semptomları arasında farklılık beklenmektedir.

a) Kontrol grubunun "sosyal uyum" puanlarının, SM tanısı almış çocukların "sosyal uyum" puanlarından yüksek olması beklenmektedir.

b) SM tanısı almış çocukların "kayıp-ayrılık endişesi" puanlarının, kontrol grubunun "kayıp-ayrılık endişesi" puanlarından yüksek olması beklenmektedir.

c) SM tanısı almış çocukların "somatizasyon" puanlarının, kontrol grubunun "somatizasyon" puanlarından yüksek olması beklenmektedir.

Hipotez: SM tanısı almış çocukların depresif semptomları ve annenin ruhsal süreçleri

a) SM tanısı almış çocukların Çocuk Depresif Belirti Ölçeği alt boyutları ile SM'li çocukların annelerinin Ebeveyn-Çocuk Kapsayıcı İşlev Ölçeği alt boyutları arasında ilişki olması beklenmektedir.

b) SM tanısı almış çocukların Çocuk Depresif Belirti Ölçeği alt boyutları ile SM'li çocukların annelerinin Erişkin Bağlanma Biçemi alt boyutları arasında ilişki olması beklenmektedir.

c) SM tanısı almış çocukların Çocuk Depresif Belirti Ölçeği alt boyutları ile SM'li çocukların annelerinin Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi alt boyutları arasında ilişki olması beklenmektedir.

1.13 Varsayımlar

- Bu araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının ölçümlenmek istenilen değişkenleri doğru ölçebildiği varsayılmaktadır.
- Bu araştırmaya dahil edilen katılımcıların, veri toplama araçları ile yöneltilen sorulara doğru ve objektif yanıtlar verdiği varsayılmaktadır.

1.14 Sınırlılıklar

- Bu araştırma katılımcıların Sosyo-demografik Bilgi Formu, Çocuk Depresif Belirti Ölçeği, Ebeveyn-Çocuk Kapsayıcı İşlev Ölçeği, Memphis, Pisa, Paris ve San Diego

Mizaç Değerlendirme Anketi ve Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği' ne verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.

- Bu araştırma, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının ölçtüğü özellikler ile sınırlıdır.

- Bu araştırmada, araştırma grubuna tesadüfi olmayan örnekleme yöntemi kullanılarak ulaşıldığı için elde edilen sonuçlar çalışma grubu için geçerlidir. Elde edilen sonuçlar araştırmayı ilgilendiren grubun tümüne (evren) genellenemez.

- Bu araştırma 3-7 yaşları arasında olan, İstanbul'da yaşayan SM tanısı almış çocuklar ve bu çocukların anneleri ile sınırlıdır.

- Bu araştırmanın veri toplama süreci Covid-19 pandemi dönemine denk geldiği için kamu kuruluşlarına bağlı hastanelerin çocuk psikiyatri servislerinden veri toplanamamıştır. Bu nedenle, elde edilen veriler, özel psikolojik danışmanlık merkezlerine başvuran ya da bu danışmanlık merkezleri aracılığı ile ulaşılan SM tanısı almış çocuklar ve anneleri ile sınırlı kalmıştır.

2. YÖNTEM

2.1 Araştırmanın Modeli

Bu araştırma amacı bakımından açıklayıcı, yöntem bakımından ise nicel araştırma deseninde yapılandırılmış bir araştırmadır. Açıklayıcı araştırmalarda temel olarak değişkenler arasındaki nedensel ilişkilere odaklanılmaktadır; diğer bir deyişle gruplar arasındaki farklılıkların nedeni incelenmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2016). Bu araştırmada, SM'li ve normal gelişim gösteren çocuklar olası depresif semptomlar açısından karşılaştırılmakta, her iki gruptaki çocukların annelerinin mizaç özellikleri, bağlanma biçimleri ve kapsayıcılık işlevleri değerlendirilmekte; ifade edilen değişkenlerin gruplar arasında nasıl farklılaştığı incelenmektedir.

Araştırmaya dahil edilen gruplarda incelenen değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, ilişkilerin yönünün ve gücünün belirlenmesi nedeniyle, ilişkisel desende bir araştırmadır. Aynı zamanda gruplar arasındaki değişimlerin nedenlerinin incelenmesi amaçlandığı ve gruplar arasındaki farklılığın sonucu hakkında incelemeler yapıldığı için nedensel karşılaştırma desenini de içinde barındırmaktadır (Büyüköztürk, Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2011).

2.2 Araştırmanın Örneklemi/Çalışma Grubu

Bu araştırmada, 3-7 yaş arasında olan ve SM tanısı almış 30 çocuk ile okula devam eden, herhangi bir psikiyatrik tanı almamış, normal gelişim gösteren 30 çocuk örneklemi oluşturmaktadır. Örneklem grubundaki çocuklar, olası depresif semptomları bakımından karşılaştırılmıştır. Bununla birlikte, örneklem grubunu oluşturan çocukların annelerinin kapsayıcı işlevleri, mizaç özellikleri ve bağlanma biçimleri arasındaki farklılıklar değerlendirilmiştir. SM'li çocukların annelerinin kapsayıcı işlev düzeyi, mizaç özellikleri ve bağlanma biçimleri ile SM'li çocukların olası depresif semptomları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Kontrol grubundaki çocukların, araştırmaya dahil edilme kriteri olarak, Conners Öğretmen Değerlendirme Ölçeği sonuçları dikkate alınmıştır. Bu değerlendirme

sonucuna göre, klinik belirti göstermeyen çocuklar araştırmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubu, SM grubu ile benzer demografik yapıdadır.

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, SM'nin yaygınlığının oldukça düşük olduğu görülmektedir (Cunningham vd., 2006; Elizur ve Perednik, 2003; Karakaya vd., 2007; Kopp ve Gilberg, 1997). Bu nedenle, araştırma kapsamında evreni temsil edecek düzey katılımcıya ulaşmak mümkün olmayacağı için, evren-örnekleme yapılmamış; 30 SM ve 30 herhangi psikiyatrik tanı almamış çocuk ve anneden oluşan çalışma grubu ile araştırma yürütülmüştür. Oldukça nadir rastlanan bir vaka grubu olması nedeniyle, SM tanısı almış çocuklara ulaşmak için kar topu örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kar topu örnekleme yöntemi, araştırmacının çalışma grubuna ulaşma imkanının kısıtlı olduğu durumlarda kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemde, araştırmanın amacına uyan bir veya birkaç katılımcıya ulaşılarak, onların öneri ve tavsiyeleri doğrultusunda diğer katılımcılara ulaşılmaya çalışılır (Gürbüz ve Şahin, 2016). Bu araştırma çerçevesinde de benzer şekilde, SM tanısı ile psikolojik danışma merkezlerinden destek alan birkaç aileye ve destek veren profesyonellere ulaşılmıştır. Aile ve profesyonellerden alınan tavsiyeler doğrultusunda, diğer SM tanılı çocuk ve ailelere ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan çocuklar ve annelerine ait demografik bilgiler Tablo 1 ve Tablo 2'de olduğu gibidir:

Tablo 1. Annelere Ait Demografik Bilgiler

Değişken		Kontrol Grubu		Selektif Mutizm	
		N	%	N	%
Anne Yaş	24-31 yaş	11	36.7	6	20.0
	32-38 yaş	15	50.0	20	66.7
	39-43 yaş	4	13.3	4	13.3
Öğrenim Düzeyi	Lise	4	13.3	4	13.3
	Ön lisans	5	16.7	7	23.3
	Lisans	13	43.3	14	46.7
	Lisansüstü	8	26.7	5	16.7
Çalışma Durumu	Çalışıyor	21	70.0	16	53.3
	Çalışmıyor	9	30.0	14	46.7
Medeni Durum	Evli	29	96.7	26	86.7
	Boşanmış	1	3.3	4	13.3
Toplam		30	100	30	100

Tablo 1'de araştırmaya dahil olan annelere ilişkin demografik bilgiler yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan ve normal gelişim gösteren çocuğa sahip olan annelerin %50'si 32-38 yaş aralığında, %43,3'ü lisans mezunu ve %70'i ise çalışan annelerden oluşmaktadır. SM'li çocuğa sahip olan annelerin %66,7'si 32-38 yaş aralığında, %46,7'si lisans mezunu, %53.3'ü çalışan anne ve %86.7'si evlidir.

Tablo 2.Çocuklara Ait Demografik Bilgiler

Değişken		Kontrol Grubu		Selektif Mutizm	
		N	%	N	%
Çocuk Yaş	45-56 ay	10	33.3	3	10.0
	57-66 ay	9	30.0	10	33.3
	67-79 ay	11	36.7	17	56.7
Çocuk Cinsiyet	Kız	18	60.0	18	60.0
	Erkek	12	40.0	12	40.0
Kardeş Sayısı	Tek çocuk	16	53.3	15	50.0
	1 kardeş	6	20.0	4	13.3
	2 kardeş	8	26.6	13	43.3
Toplam		30	100	30	100

Tablo 2'de araştırmada yer alan çocuklara ilişkin demografik bilgiler yer almaktadır. Buna göre kontrol grubundaki çocukların %36,7'si 67-79 ay aralığında, %60'ı kız, %53,3'ü tek çocuktur. SM'li çocukların %56,7'si 67-79 ay aralığında, %60'ı kız, %50'si tek çocuktur.

2.3 Verilerin Toplanması

Bu araştırmanın veri toplama süreci Covid-19 pandemi dönemine denk geldiği için, kamu kurumlarında yer alan psikiyatri servislerinden veri alınamamıştır. Bu nedenle, araştırmanın evrenini oluşturan 3-7 yaşları arasında SM tanısı almış çocukların annelerine ulaşmak için, İstanbul'daki özel psikolojik danışmanlık merkezlerindeki psikologlar ile görüşme sağlanmıştır. Veri toplama sürecinde bu merkezlerde yer alan profesyonellerle görüşülerek gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın amacına uygun nitelikteki, DSM-V tanı kriterlerine göre SM tanısı alan çocuklar belirlenmiştir. Daha sonrasında katılımcılar ile yüz yüze görüşme yapılarak araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden annelerden anket formlarını cevaplandırmaları istenmiştir.

Araştırmanın kontrol grubundaki katılımcılara ulaşmak için iki farklı yol izlenmiştir. İlk olarak araştırmacının çevresinde yer alan 3-7 yaş arasında ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmadığı bilinen çocukların annelerine ulaşılmış, bu annelere araştırma hakkında bilgi verilerek çevrelerinde bulunan potansiyel katılımcılara ulaşmaları istenmiştir. İkici yol olarak, sosyal medya aracılığı ile paylaşımlar yapılmış ve araştırmaya uygun nitelikteki potansiyel katılımcılara ulaşılmıştır. Daha sonra, çocuğunun herhangi bir psikiyatrik tanısı olmadığını belirten annelere sosyo-demografik bilgi formu doldurtulmuş ve anneler aracılığı ile online olarak hazırlanmış Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği çocukların öğretmenlerine ulaştırılmıştır. Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği sonucuna göre klinik belirti göstermediği tespit edilen çocuklar araştırmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubundaki çocukların annelerine araştırmada kullanılan anket formları çevrimiçi platformlar aracılığı ile gönderilmiştir.

2.4 Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada Bilgilendirilmiş Onam Formu, Sosyo-demografik Bilgi Formu, Çocuk Depresif Semptom Ölçeği, Ebeveyn Çocuk Kapsayıcı İşlevler Ölçeği, Yetişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği ve Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi kullanılmıştır. Bu başlık altında, araştırma kapsamında kullanılan veri toplama araçlarına ilişkin bilgiler başlıklar halinde sunulmuştur.

2.4.1 Bilgilendirilmiş onam formu

Bu araştırmaya katılmayı kabul eden bütün gönüllü katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı olarak bilgilendirilmiş onam formları sunularak, imzaları alınmıştır. Bilgilendirilmiş onam formu; araştırmanın amacı, veri toplama araçları, katılımcıların paylaşmış olduğu bilgilerin sadece akademik amaçlar için kullanılacağı ve katılımcıların kişisel bilgilerinin gizli tutulacağı gibi bilgileri içermektedir.

2.4.2 Sosyo-Demografik bilgi formu

Araştırmaya dahil olan katılımcıların demografik özellikleri hakkında bilgi edinmek amacıyla, araştırmacı tarafından oluşturulan sosyo-demografik bilgi formu ile veri toplanmıştır. Sosyo-demografik bilgi formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde araştırmaya dahil edilen çocuğa dair bilgiler, ikinci bölümde ise çocuğun annesine dair bilgiler yer almaktadır. Oluşturulan bu formda çocuğun yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı ve

annenin öğrenim düzeyi, çalışma durumu, medeni durumu ve yaşı gibi bilgileri içeren sorular yer almaktadır. Sosyo-demografik bilgi formu aracılığı ile toplanan veriler ile ayrıca bir analiz yapılmamıştır. Bu form ile elde edilen bilgiler, gruplar arasındaki farklılıkları ve araştırmayı etkileyebilecek bozucu değişkenleri en aza indirmek için kullanılmıştır. Sosyo-demografik bilgi formu ile elde edilen bilgiler yalnızca tablolaştırılarak sunulmuştur.

2.4.3 Çocuk depresif belirti ölçeği (ÇDBÖ)

Çocuk Depresif Belirti Ölçeği psikanalitik kurama dayandırılarak geliştirilmiş, 37-80 ay arasında yer alan çocukların depresif semptomlarını belirlemek amacıyla uygulanabilen bir ölçektir. Bu ölçek "sosyal uyum", "dürtüsellik", "kayıp-ayrılık endişesi", "bilişsel süreçlerde bozulma", "somatizasyon", "nesnel gerçekliğe uyumsuzluk", "erken dönem (arkaik) endişesi" ve "yıkıcılık-saldırganlık" olmak üzere 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte toplam 56 madde yer almaktadır. Ölçekte bulunan her bir madde "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Ara sıra", "Sık sık", "Her zaman" ifadeleri kullanılarak; 1-5 puan arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin 16, 18, 19, 21, 22, 23, 31, 45, 50, 54 numaralı maddeleri sosyal uyum boyutunu; 9, 10, 28, 30, 44, 51 numaralı maddeleri dürtüsellik-hiperaktivite boyutunu; 1, 5, 15, 17, 37, 38 numaralı maddeleri kayıp-ayrılık endişesi boyutunu; 2, 3, 6, 7, 11, 12, 32, 34, 36, 48, 53 numaralı maddeleri bilişsel süreçlerde bozulma boyutunu; 4, 8, 13, 26, 39 numaralı maddeleri somatizasyon boyutunu; 14, 20, 27, 29, 33, 46, 49, 52 numaralı maddeleri nesnel gerçekliğe uyumsuzluk boyutunu; 40, 43, 47 numaralı maddeleri arkaik endişe boyutunu ve 24, 25, 35, 41, 42, 55, 56 numaralı maddeleri yıkıcılık boyutunu oluşturmaktadır. Dürtüsellik-hiperaktivite, kayıp-ayrılık endişesi, bilişsel süreçlerde bozulma, somatizasyon, nesnel gerçekliğe uyumsuzluk, arkaik endişe ve yıkıcılık alt boyutlarından alınan yüksek puanlar çocuğun depresif semptomlarının yüksek olduğuna işaret etmektedir. Sadece sosyal uyum alt boyutundan alınan yüksek puanlar depresif semptomların düşük olduğunu belirtmektedir. Bu ölçekten alınan toplam puanlar hesaplanırken, bir tek sosyal uyum alt boyutunun puanları ters olarak işleme alınmaktadır (Erol, Zabcı ve Şimşek, 2020). Bu araştırmanın çalışma grubu için hesaplanan Cronbach Alfa değerleri Tablo 3'te sunulmuştur.

2.4.4 Ebeveyn-Çocuk kapsayıcı işlevler ölçeği (KİO)

Bu araştırmada annenin çocuğu ile kurduğu ilişkinin duygusal kapsayıcılığını ölçmek amacıyla Zabcı, Erol ve Şimşek (2018) tarafından geliştirilen Ebeveyn Çocuk Kapsayıcı İşlev Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek 0-14 yaş arasındaki çocuklar için uygulanmaktadır ve 5'li likert tipinde bir ölçme aracı olan KİÖ, 36 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan 1, 3, 7, 8, 12, 13, 17, 19, 21, 29, 34 numaralı maddeler endişe ve ayrılığa hassasiyet boyutunu; 6, 9, 23, 25, 30, 35 numaralı maddeler eş ile ilişki boyutunu; 2, 18, 20, 26, 27, 33 numaralı maddeler kapsanamayan ilişki boyutunu; 4, 11, 22, 28, 31,32 numaralı maddeler doyum odaklılık boyutunu ve 5, 10, 14, 15, 16, 24, 36 numaralı maddeler katı kuralcı ilişki boyutunu oluşturmaktadır. Ölçek puanı tüm alt boyutlardan alınan puanların toplanması ile hesaplanmaktadır. KİO'da katı-kuralcı ilişki, kapsanamayan ilişki, doyum odaklılık ve endişe ve ayrılığa hassasiyet alt boyutlarında alınan puanların yüksek olması kapsayıcı işlevlerin yetersiz olduğu anlamına gelirken; sadece eş ile ilişki alt boyutundan alınan yüksek puanlar kapsayıcılığın yüksek olduğuna işaret etmektedir. Ölçekten elde edilen toplam puan eş ile ilişki alt boyutuna ait maddeler ters çevrilerek hesaplanmaktadır.

Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenirlilik çalışmasında ölçeğin toplam Cronbach Alfa değeri .81 olarak belirlenmiştir. Alt boyutlara ait Cronbach Alfa değerleri şu şekildedir: "Endişe-ayrılığa hassasiyet" .83; "eş ile ilişki" .73; "katı-kuralcı ilişki" .65; "kapsanamayan ilişki" .73; "doyum odaklılık" .74. Bu araştırmanın çalışma grubu için hesaplanan Cronbach Alfa değerleri Tablo 4'te sunulmuştur.

2.4.5 Erişkin bağlanma biçimi ölçeği (EBBÖ)

Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeğinin ilk versiyonu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm Hazan ve Shaver tarafından geliştirilmiştir. Bu bölümde bireyin çocukluk dönemindeki ebeveyn ilişkilerine ve genel davranış kalıplarına dair üç farklı tanım bulunmaktadır. Bu tanımların her biri güvenli, kaygılı-ikircikli ve kaçıngan bağlanma biçimlerinden birine karşılık gelmektedir. Ölçeğin ikinci bölümü ise Mikulincer ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. Bu bölümde her bir bağlanma biçimine karşılık gelen 5 madde, toplam 15 madde bulunmaktadır. Her bir madde 1-7 arasında puanlanmaktadır ve en yüksek puanın alındığı alt boyut bireyin bağlanma biçimini saptamaktadır.

Ölçeğin ilk versiyonu için ülkemizde yapılan güvenilirlik çalışması, güvenli bağlanma boyutuna ait Cronbah Alfa değerinin (.42) zayıf olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, Kesebir, Kökçü ve Dereboy tarafından 2012 yılında tekrar Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenililik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin yeni versiyonunda ilk bölüm olduğu gibi korunurken, ölçeğin ikinci bölümünde yer alan ve yeterince anlaşılır olmadığı düşünülen maddeler yenilenerek madde sayısı 18'e çıkarılmıştır. Ölçeği oluşturan maddeler katılımcılar tarafından doğru veya yanlış olarak cevaplandırılmaktadır. Ölçekte yer alan 3, 4, 7, 13, 14 ve 16 numaralı maddeler güvenli bağlanma, 1, 2, 5, 6, 15 ve 17 numaralı maddeler kaçıngan bağlanma ve 8, 9, 10, 11, 12 ve 18 numaralı maddeler kaygılı/ikircikli bağlanma biçemini ölçmektedir. Güvenli, kaçıngan ve kaygılı/ikircikli bağlanma boyutlarına ilişkin Cronbach Alfa değerleri sırasıyla .72, .82 ve .85 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmanın çalışma grubu için hesaplanan Cronbach Alfa değerleri Tablo 5'te sunulmuştur.

2.4.6 Memphis, Pisa, Paris ve San Diego mizaç değerlendirme anketi (TEMPS-A)

Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi 1997 yılında Akiskal tarafından geliştirilmiştir. Bu anket bireydeki depresif, anksiyöz, siklotimik, irritabl ve hipertimik mizaçlardan hangisinin veya hangilerinin baskın olduğunu belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Vahip, Kesebir, Yazıcı, Akiskal ve Akiskal tarafından 2005 yılında Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenirlilik çalışmaları yapılmıştır. Anketin Türkçe formunda 100 madde yer almaktadır. Anketi cevaplayan birey, anketteki soruları doğru veya yanlış seçeneklerinden birini seçerek ve tüm yaşamını göz önünde bulundurarak cevaplamaktadır. Ölçekte yer alan 1-18 arasındaki maddeler depresif mizacı, 19-37 arasındaki maddeler siklotimik mizacı, 38-57 arasındaki maddeler hipertimik mizacı, 58-75 arasındaki maddeler irritabl mizacı ve 76-99 arasındaki maddeler anksiyöz mizacı değerlendirmektedir. Baskın afektif mizacı belirlemek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13 ve 18 puandır. Anket sonucuna göre bireyde baskın olan bir veya birden fazla afektif mizaç tipi belirlenebileceği gibi hiçbir baskın afektif mizaç görülmeyebilir.

Ölçeğin Türkçe formunda her bir mizaç tipi için test-yeniden test güvenirliği .73-.93 ve Cronbach Alfa katsayısı .77-.85 arasında olduğu saptanmıştır. Bu araştırmanın çalışma grubu için hesaplanan Cronbach Alfa katsayıları Tablo 6'da sunulmuştur.

2.5 Verilerin İstatistiksel Analizi

Bu bölümde araştırma verilerinin istatistiksel analizi hakkında bilgilere yer verilmiştir. Araştırma verilerinin analizi yapılmadan önce verilerin normal dağılım koşulunu sağlayıp sağlamadığını kontrol etmek için çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerlerin ±1 arasında olması mükemmel uyumu, ±2 arasında olması ise kabul edilebilir uyumu göstermektedir (George ve Mallery, 2012). Tablo 3-4-5-6 incelendiğinde EBBÖ "kaygılı/ikircikli bağlanma", TEPMS-A "hipertimik" ve "irritabl" boyutları dışında kalan tüm grupların normallik varsayımını sağladığı görülmektedir. Buradan hareketle, normal dağılım gösteren grupların ikili karşılaştırması yapılırken parametrik test ailesinden olan Bağımsız Örneklemler t Testi, normal dağılım göstermeyen gruplar için ise parametrik olmayan test ailesinden Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Gruplara ait değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla korelasyon analizleri yapılmıştır. Normal dağılım gösteren grupların analizinde Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılmayan gruplarda ise Sperman Korelasyon Testi kullanılmıştır.

3. BULGULAR VE TARTIŞMA

3.1 Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamında toplanan verilerin belirlenen amaç doğrultusunda yapılan istatistiksel analizlerine, elde edilen bulguların tablolarına ve yorumlarına yer verilmiştir.

Tablo 3, 4, 5 ve 6'da araştırma kapsamında kullanılan ölçekler ile elde edilmiş verilere ait betimsel istatistik bulgulara yer verilmiştir. Bu kapsamda ölçeklerden alınan minimum ve maksimum puanlar, ortalama, standart sapma (ss), çarpıklık, basıklık ve cronbach-alpha değerleri sunulmuştur.

Tablo 3.Çocuk Depresif Belirti Ölçeği Puanlarına İlişkin Betimsel Bulgular

Çocuk Depresif Belirti Ölçeği								
Ölçekler	**Grup**	**N**	**Min.**	**Maks.**	**±Ss.**	**Çarpıklık**	**Basıklık**	**Cronbahc & Alpha**
Sosyal Uyum	KG	30	28	50	39.80±6.03	-.85	-.83	.84
	SM	30	22	39	30.53±4.08	-.18	-.45	
Dürtüsellik ve Hiperaktivite	KG	30	6	18	12.37±2.85	-.38	-.11	.71
	SM	30	7	22	12.97±4.14	.27	-.76	
Kayıp-Ayrılık Endişesi	KG	30	7	19	11.97±2.83	.57	.23	.88
	SM	30	10	30	20.43±5.22	-.11	-.99	
Bilişsel Süreçlerde Bozulma	KG	30	11	23	15.50±3.08	.80	.12	.81
	SM	30	18	36	23.73±5.23	1.15	.60	
Somatizasyon	KG	30	5	14	8.27±2.33	.45	-.49	.70
	SM	30	6	17	10.37±3.32	.51	-.79	
Nesnel Gerçekliğe Uyumsuzluk	KG	30	8	18	11.63±2.35	.81	.36	.73
	SM	30	8	21	11.47±3.62	1.34	1.08	
Arkaik Endişe	KG	30	3	7	5.17±1.17	-.34	-.76	.70
	SM	30	3	10	6.03±1.69	.44	-.40	
Yıkıcılık Saldırganlık	KG	30	7	15	10.03±2.37	.22	-1.00	.82
	SM	30	7	21	13.37±4.27	.54	-1.01	

Tablo 3'te Çocuk Depresif Belirti Ölçeğine ilişkin betimsel istatistik bulgular yer almaktadır. Buna göre, ölçek alt boyutlarından "sosyal uyum" puan ortalamaları kontrol

grubu için 39.80±6.03, SM'li çocuklar için 30.53±4.08; "dürtüsellik-hiperkaktivite" puan ortalamaları kontrol grubu için 12.37±2.85, SM'li çocuklar için 12.97±4.14; "kayıp-ayrılık endişesi" puan ortalamaları kontrol grubu için 11.97±2.83, SM'li çocuklar için 20.43±5.22; "bilişsel süreçlerde bozulma" puan ortalamaları kontrol grubu için 15.50±3.08, SM'li çocuklar için 23.73±5.23; "somatizasyon" puan ortalamaları kontrol grubu için 8.27±2.33, SM'li çocuklar için 10.37±3.32; "nesnel gerçekliğe uyumsuzluk" puan ortalamaları kontrol grubu için 11.63±2.35, SM'li çocuklar için 11.47±3.62; "arkaik endişe" puan ortalamaları kontrol grubu için 5.17±1.17, SM'li çocuklar için 6.03±1.69, "yıkıcılık saldırganlık" puan ortalamaları kontrol grubu için 10.03±2.37, SM'li çocuklar için 13.37±4.27'dir.

Tablo 4. Ebeveyn-Çocuk Kapsayıcı İşlevler Ölçeğine (KİÖ) İlişkin Betimsel Bulgular

Ebeveyn Çocuk Kapsayıcı İşlevler Ölçeği								
Ölçekler	**Grup**	**N**	**Min.**	**Maks.**	**±Ss.**	**Çarpıklık**	**Basıklık**	**Cronbach -Alpha**
Endişe Ayrılığa Hassasiyet	KG	30	15	29	28.33±7.34	-.03	-1.38	.92
	SM	30	20	55	39.07±9.69	-.38	-1.03	
Eş ile İlişki	KG	30	6	23	23.20±4.29	.78	.53	.84
	SM	30	9	29	18.00±5.06	.49	-.16	
Kapsanamayan İlişki	KG	30	6	18	11.83±3.03	-.23	-.31	.81
	SM	30	10	27	17.20±4.58	.27	-.81	
Doyum Odaklılık	KG	30	7	22	12.67±3.32	.60	.93	.83
	SM	30	6	24	16.23±5.19	-.20	-.85	
Katı Kuralcı İlişki	KG	30	7	19	10.70±2.95	.76	.47	.76
	SM	30	7	22	12.23±4.79	.71	-.69	
Kapsayıcı İşlevler Ölçeği Toplam Puan	KG	30	48	99	76.33±12.95	-.57	-.41	.92
	SM	30	66	138	102.73±19.41	-.25	-.36	

Tablo 4'te Kapsayıcı İşlevler Ölçeğine ait betimsel istatistik bulgular yer almaktadır. Buna göre, "endişe ayrılığa hassasiyet" alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubu anneleri için 28.33±7.34, SM'li çocuğu olan anneler için 39.07±9.69; "eş ile ilişki" alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubu anneleri için 23.20±4.29, SM'li çocuğu olan anneler için 18.00±5.06; "kapsanamayan ilişki" alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubu anneleri için 11.83±3.03, SM'li çocuğu olan anneler için 17.20±4.58; "doyum

odaklılık" alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubu anneleri için 12.67±3.32, SM'li çocuğu olan anneler için 16.23±5.19; "katı kuralcı ilişki" alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubu anneleri için 10.70±2.95, SM'li çocuğu olan anneler için 12.23±4.79 olduğu görülmektedir. Ölçek toplam puanına ait ortalama puan kontrol grubu anneleri için 76.33±12.95, SM'li çocuğu olan anneler için 102.73±19.41'dir.

Tablo 5. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğine İlişkin Betimsel Bulgular

Ebeveyn Bağlanma Biçimi Ölçeği								
Ölçekler	**Grup**	**N**	**Min.**	**Maks.**	**±Ss.**	**Çarpıklık**	**Basıklık**	**Cronbach &Alpha**
Kaçıngan	KG	30	0	5	1.47±1.43	.90	.02	.70
	SM	30	0	5	3.13±1.16	-.83	.66	
Güvenli	KG	30	1	6	4.47±1.43	-1.06	.42	.73
	SM	30	0	5	1.93±1.53	.42	-.78	
Kaygılı-İkircikli	KG	30	0	4	.63±1.15	1.78	2.05	.73
	SM	30	0	6	2.00±1.72	.82	.26	

Tablo 5'te Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeğine ait betimsel istatistik bulgular yer almaktadır. Buna göre, "kaçıngan bağlanma" alt boyutu puan ortalamalarının kontrol grubu anneleri için 1.47±1.43, SM'li çocuğu olan anneler için 3.13±1.16; "güvenli bağlanma" alt boyutu puan ortalamalarının kontrol grubu anneleri için 4.47±1.43, SM'li çocuğu olan anneler için 1.93±1.53 ve "kaygılı/ikircikli bağlanma" alt boyutu puan ortalamalarının kontrol grubu anneleri için 63±1.15, SM'li çocuğu olan anneler için 2.00±1.72 olduğu görülmektedir.

Tablo 6.TEMPS-A Ölçeğine İlişkin Betimsel Bulgular

TEMPS-A								
Ölçekler	**Grup**	**N**	**Min.**	**Maks.**	**±Ss.**	**Çarpıklık**	**Basıklık**	**Cronbach&Alpha**
Depresif	KG	30	0	13	4.27±3.27	1.04	.60	.86
	SM	30	1	15	9.63±4.09	-.52	-.74	
Siklotimik	KG	30	0	16	6.67±4.43	.27	-.80	.76
	SM	30	0	14	6.77±3.30	.30	.74	
Hipertimik	KG	30	2	19	11.13±4.09	-.24	-.14	.87
	SM	30	0	19	5.63±4.54	1.48	2.20	
İrritabl	KG	30	0	14	3.30±3.51	1.46	2.03	.80
	SM	30	0	11	4.53±3.15	.21	-.92	
Anksiyöz	KG	30	0	22	5.47±5.74	1.30	1.26	.92
	SM	30	0	23	11.63±6.40	-.11	-.94	

Tablo 6'da TEMPS-A ölçeğine ait betimsel istatistik bulguları yer almaktadır. Bulgular incelendiğinde; "depresif mizaç" alt boyutu puan ortalamalarının kontrol grubu anneleri için 4.27±3.27, SM'li çocuğu olan anneler için 9.63±4.09; "siklotimik mizaç" alt boyutu puan ortalamalarının kontrol grubu anneleri için 6.67±4.43, SM'li çocuğu olan anneler için 6.77±3.30; "hipertimik mizaç" alt boyutu puan ortalamalarının kontrol grubu anneleri için 11.13±4.09, SM'li çocuğu olan anneler için 5.63±4.54; "irritabl mizaç" alt boyutu puan ortalamalarının kontrol grubu anneleri için 3.30±3.5, SM'li çocuğu olan anneler için 4.53±3.15; "anksiyöz mizaç" alt boyutu puan ortalamalarının kontrol grubu anneleri için 5.47±5.74, SM'li çocuğu olan anneler için 11.63±6.40 olduğu görülmektedir.

Tablo 7.Çocuk Depresif Belirti Ölçeği Puanlarının Kontrol Grubu ve Selektif Mutizmli Çocuklara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Boyutlar	Grup	n	X̄	ss	t	sd	p
Sosyal Uyum	KG	30	39.80	6.03	-6.99	50.96	**.001**
	SM	30	20.53	4.08			
Dürtüsellik	KG	30	12.37	2.85	-.65	51.53	.516
	SM	30	12.97	4.14			
Kayıp-Ayrılık Endişesi	KG	30	11.97	2.83	-7.80	44.71	**.001**
	SM	30	20.43	5.22			
Bilişsel Süreçlerde Bozulma	KG	30	15.50	3.08	-7.42	58	**.001**
	SM	30	23.73	5.23			
Somatizasyon	KG	30	8.27	2.33	-2.83	51.97	**.007**
	SM	30	10.37	3.32			
Nesnel Gerçekliğe Uyumsuzluk	KG	30	11.63	2.35	.21	58	.834
	SM	30	11.47	3.62			
Arkaik Endişe	KG	30	5.17	1.17	-2.30	58	**.025**
	SM	30	6.03	1.69			
Yıkıcılık Saldırganlık	KG	30	10.03	2.37	-3.73	58	**.001**
	SM	30	13.37	4.27			

Tablo 7'de SM'li çocukların ve kontrol grubunun ÇDBÖ alt boyutlardan aldıkları puanlara ilişkin bulgular yer almaktadır. Gruplar arasında fark olup olmadığı t testi ile değerlendirilmiştir.

SM'li çocuklar ve kontrol grubu "sosyal uyum" alt boyutundan alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir [t (50.96) =-6.99; p =.001]. SM'li çocukların "sosyal uyum" puanlarının ($\bar{x}$=30.53), kontrol grubunun "sosyal uyum" puanlarından ($\bar{x}$=39.80) düşük olduğu bulunmuştur. Sosyal uyum puanlarının düşük olması çocuğun depresif semptomlarının yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

SM'li çocuklar ve kontrol grubu "kayıp-ayrılık endişesi" alt boyutundan alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir [t (44.71)=-7.80; p=.001]. SM'li çocukların "kayıp-ayrılık

endişesi" puanlarının ($\bar{x}$=20.43), kontrol grubunun "kayıp-ayrılık endişesi" puanlarından ($\bar{x}$=11.97) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

SM'li çocuklar ve kontrol grubu "bilişsel süreçlerde bozulma" alt boyutundan alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir [t(44.71)=-7.80; p=.001]. SM'li çocukların "bilişsel süreçlerde bozulma" puanlarının ($\bar{x}$=23.73), kontrol grubunun "bilişsel süreçlerde bozulma" puanlarından ($\bar{x}$=15.50) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

SM'li çocuklar ve kontrol grubu "somatizasyon" alt boyutundan alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir [t(51.97)=-2.83; p=.007]. SM'li çocukların "somatizasyon" puanlarının ($\bar{x}$=10.37), kontrol grubunun "somatizasyon" puanlarından ($\bar{x}$=8.27) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

SM'li çocuklar ve kontrol grubu "arkaik endişe" alt boyutundan alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir [t(58)=-2.30; p=.025]. SM'li çocukların "arkaik endişe" puanlarının ($\bar{x}$=6.03), kontrol grubunun "arkaik endişe" puanlarından ($\bar{x}$=5.17) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

SM'li çocuklar ve kontrol grubu "yıkıcılık saldırganlık" alt boyutundan alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir [t(58)=-3.73; p=.001]. SM'li çocukların "yıkıcılık saldırganlık" puanlarının ($\bar{x}$=13.37), kontrol grubunun "yıkıcılık saldırganlık" puanlarından ($\bar{x}$=10.03) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

SM'li çocuklar ve kontrol grubu "dürtüsellik-hiperaktivite" ve "nesnel gerçekliğe uyumsuzluk" alt boyutlarından alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>.05).

Tablo 8. Ebeveyn-Çocuk Kapsayıcı İşlevler Ölçeği Puanlarının Kontrol Grubu ve Selektif Mutizmli Çocukların Annelerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Boyutlar	Grup	N	X̄	ss	t	sd	p
Endişe Ayrılığa Hassasiyet	KG	30	28.33	7.341	-4.835	58	**.001**
	SM	30	39.07	9.692			
Eş ile İlişki	KG	30	23.20	4.294	-4.289	58	**.001**
	SM	30	18.00	5.065			
Kapsanamayan İlişki	KG	30	11.83	3.030	-5.345	50.241	**.001**
	SM	30	17.20	4.589			
Doyum Odaklılık	KG	30	12.67	3.325	-3.169	49.372	**.003**
	SM	30	16.23	5.191			
Katı Kuralcı İlişki	KG	30	10.70	2.950	-1.493	48.228	.142
	SM	30	12.23	4.790			
KİÖ Toplam	KG	30	76.33	12.957	-6.196	58	**.001**
	SM	30	102.73	19.412			

Tablo 8'de SM'li çocuğu olan anneler ile kontrol grubu annelerinin KİÖ'den aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Gruplar arasında fark olup olmadığı t testi ile değerlendirilmiştir.

SM'li çocuğu olan anneler ve kontrol grubu anneleri KİÖ'den alınan toplam puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir [t(58)=-6.19; p=.001]. SM'li çocuğu olan annelerin KİÖ toplam puanlarının ($\bar{x}$=102.73), kontrol grubu annelerinin KİÖ toplam puanlarından ($\bar{x}$=76.33) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

SM'li çocuğu olan anneler ve kontrol grubu anneleri "endişe ve ayrılığa hassasiyet" alt boyutundan alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir [t(58)=-4.83; p=.001]. SM'li çocuğu olan annelerin "endişe ve ayrılığa hassasiyet" puanlarının ($\bar{x}$=39.07), kontrol grubu annelerinin "endişe ve ayrılığa hassasiyet" puanlarından ($\bar{x}$=28.33) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

SM'li çocuğu olan anneler ve kontrol grubu anneleri "eş ile ilişki" alt boyutundan alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir [t(58)=-4.28; p=.001]. SM'li çocuğu olan annelerin "eş ile ilişki puanlarının ($\bar{x}$=18.00), kontrol grubu annelerinin "eş ile ilişki" puanlarından ($\bar{x}$=23.20) düşük olduğu tespit edilmiştir.

SM'li çocuğu olan anneler ve kontrol grubu anneleri "kapsanamayan ilişki" alt boyutundan alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir [t(50.24)=-5.34; p=.001]. SM'li çocuğu olan annelerin "kapsanamayan ilişki" puanlarının ($\bar{x}$=17.20), kontrol grubu annelerinin "kapsanamayan ilişki" puanlarından ($\bar{x}$=11.83) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

SM'li çocuğu olan anneler ve kontrol grubu anneleri "doyum odaklılık" alt boyutundan alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir [t(49.37)=-3.16; p=.003]. SM'li çocuğu olan annelerin "doyum odaklılık" puanlarının ($\bar{x}$=16.23), kontrol grubu annelerinin "doyum odaklılık" puanlarından ($\bar{x}$=12.67) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

SM'li çocuğu olan anneler ve kontrol grubu anneleri "katı kuralcı ilişki" alt boyutlarından alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>.05).

Tablo 9. Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği Puanlarının Kontrol Grubu ve Selektif Mutizmli Çocukların Annelerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Boyutlar	Grup	N	X̄	ss	t	sd	p
Kaçıngan	KG	30	1.47	1.432	-4.942	58	**.001**
	SM	30	3.13	1.167			
Güvenli	KG	30	4.47	1.432	6.622	58	**.001**
	SM	30	1.93	1.530			
	Grup	**N**	**X̄**	**Sıra Toplamı**	**z**	**U**	**p**
Kaygılı/İkircikli	KG	30	22.93	688.00	-3.56	223.00	**.001**
	SM	30	38.07	1142.00			

Tablo 9'da, SM'li çocuğu olan anneler ile kontrol grubu annelerinin EBBÖ'den aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Tabloda yer alan bulgulara yönelik olarak, normal dağılım varsayımına uyanlar için Bağımsız Örneklemler t testi, normal dağılım varsayımına uymayanlar için ise Mann Whitney U Testi kullanılarak analizler yapılmıştır.

SM'li çocuğu olan anneler ve kontrol grubu anneleri "kaçıngan bağlanma" alt boyutundan alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir [t(58)=-4.94; p=.001]. SM'li çocuğu olan annelerin "kaçıngan bağlanma" puanlarının ($\bar{x}$=3.13), kontrol grubu annelerinin "kaçıngan bağlanma" puanlarından ($\bar{x}$=1.47) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

SM'li çocuğu olan anneler ve kontrol grubu anneleri "güvenli bağlanma" alt boyutundan alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir [t(58)=6.62; p<.001]. SM'li çocuğu olan annelerin "güvenli bağlanma" puanlarının ($\bar{x}$=1.93), kontrol grubu annelerinin "güvenli bağlanma" puanlarından ($\bar{x}$=4.47) düşük olduğu tespit edilmiştir.

SM'li çocuğu olan anneler ve kontrol grubu anneleri "kaygılı/ikircikli bağlanma" alt boyutundan alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir [U=223.00; z=-3.56; p<.001].

SM'li çocuğu olan annelerin "kaygılı/ikircikli bağlanma" puanlarının ($\bar{x}$=38.07), kontrol grubu annelerinin "kaygılı/ikircikli bağlanma" puanlarından ($\bar{x}$=22.93) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 10.TEMPS-A Ölçeği Puanlarının Kontrol Grubu ve Selektif Mutizmli Çocukların Annelerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Alt Boyutlar	**Grup**	**N**	**X̄**	**ss**	**t**	**sd**	**p**
Depresif	KG	30	4.27	3.279	-5.601	58	**.001**
	SM	30	9.63	4.098			
Siklotimik	KG	30	6.67	4.436	-.099	53.636	.922
	SM	30	6.77	3.308			
Hipertimik	KG	30	11.13	4.091	4.926	58	**.001**
	SM	30	5.63	4.545			
	Grup	**N**	**X̄**	**Sıra Toplamı**	**z**	**U**	**p**
İrritabl	KG	30	26.52	795.50	-1.77	330.50	.075
	SM	30	34.48	1034.50			
Anksiyöz	KG	30	22.18	665.50	-3.69	200.50	**.001**
	SM	30	38.82	1164.50			

Tablo 10'da TEMPS-A Ölçeği puan ortalamalarının kontrol grubu anneleri ile SM'li çocukların annelerine göre karşılaştırması yer almaktadır. Tabloda yer alan bulgulardan normal dağılım varsayımına uyanlar için Bağımsız Örneklemler t-testi, normal dağılım varsayımına uymayanlar için ise Mann Whitney U Testi kullanılarak analizler yapılmıştır.

SM'li çocuğu olan anneler ve kontrol grubu anneleri "depresif mizaç" alt boyutundan alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir [t(58)=-5.60, p=.001]. SM'li çocuğu olan annelerin "depresif mizaç" puanlarının ($\bar{x}$=9.63), kontrol grubu annelerinin "depresif mizaç" puanlarından ($\bar{x}$=4.27) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

SM'li çocuğu olan anneler ve kontrol grubu anneleri "hipertimik mizaç" alt boyutundan alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir [t(58)=4.29; .001]. SM'li çocuğu olan annelerin

“hipertimik mizaç” puanlarının ($\bar{x}$=5.63), kontrol grubu annelerinin “hipertimik mizaç” puanlarından ($\bar{x}$=11.13) düşük olduğu tespit edilmiştir.

SM’li çocuğu olan anneler ve kontrol grubu anneleri “anksiyöz mizaç” alt boyutundan alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir [U=200.50; z=-3.69; p=.001]. SM’li çocuğu olan annelerin “anksiyöz mizaç” puanlarının ($\bar{x}$=38.82), kontrol grubu annelerinin “anksiyöz mizaç” puanlarından ($\bar{x}$=22.18) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

SM’li çocuğu olan anneler ve kontrol grubu anneleri “siklotimik mizaç” ve “irritabl mizaç” alt boyutlarından alınan puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>.05).

Tablo 11. Selektif Mutizmli Çocukların ÇDBÖ Puanları ile Selektif Mutizmli Çocukların Annelerinin KİÖ Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Değişkenler		Endişe Ayrılığa Hassasiyet	Eş ile İlişki	Kapsanamayan İlişki	Doyum Odaklılık	Katı Kuralcı İlişki	KİÖ Toplam
Sosyal Uyum	r	-.099	-.607**	-.506**	-.590**	-.534**	-.617**
	p	.604	**.001**	**.004**	**.001**	**.002**	**.001**
Dürtüsellik-Hiperaktivite	r	.165	-.211	.122	.549**	.308	.389*
	p	.383	.264	.521	**.002**	.098	**.034**
Kayıp-Ayrılık Endişesi	r	.433*	-.551**	.471**	.739**	.497**	.792**
	p	**.017**	**.002**	**.009**	**.001**	**.005**	**.001**
Bilişsel Süreçlerde Bozulma	r	.340	-.314	.374*	.489**	.560**	.609**
	p	.066	.092	**.042**	**.006**	**.001**	**.001**
Somatizasyon	r	.452*	-.180	.262	.378*	.116	.464**
	p	**.012**	.341	.163	**.039**	.543	**.010**
Nesnel Gerçekliğe Uyumsuzluk	r	.273	-.141	.087	.324	.440*	.389*
	p	.145	.458	.646	.081	**.015**	**.034**
Arkaik Endişe	r	.593**	-.246	.417*	.557**	.391*	.704**
	p	**.001**	.191	**.022**	**.001**	**.033**	**.001**
Yıkıcılık Saldırganlık	r	.024	-.501**	.514**	.629**	.564**	.572**
	p	.902	**.005**	**.004**	**.001**	**.001**	**.001**

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed), ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Tablo 11'de SM'li çocukların ÇDBÖ puanları ile SM'li çocukların annelerinin KİÖ puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgulara yer verilmiştir. Normallik varsayımı sağlandığı için puanlar arasındaki ilişki incelenirken Pearson Korelasyon Katsayısı (r) hesaplanmıştır. Elde edilen anlamlılık değerleri tek başına anlam ifade etmediği için korelasyon katsayıları da incelenmiştir. Büyüköztürk ve diğerleri (2011), korelasyon katsayısının ($|r| \leq .30$) olması durumunda zayıf bir ilişki, ($.30<|r| \leq .70$) arasında olması durumunda ise orta düzeyde, ($|r| \leq .70$) olması arasında ise yüksek bir ilişkiden bahsedilebileceğini ifade etmektedir.

SM'li çocukların ÇDBÖ "sosyal uyum" alt boyutundan aldıkları toplam puanlar ile SM'li çocukların annelerinin KİÖ "eş ile ilişki" alt boyutundan aldıkları toplam puanlar arasında orta düzeyde, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (r=.607; p<.001). Sonuç olarak, annenin eş ile ilişkisi zayıfladıkça, SM'li çocuğun sosyal uyum düzeyi azalmaktadır.

SM'li çocukların "sosyal uyum" alt boyutundan aldıkları toplam puanlar ile SM'li çocukların annelerinin KİÖ "kapsanamayan ilişki" (r=.506; p<.004), "doyum odaklılık" (r=.590; p<.001), "katı kuralcı ilişki" (r=.534; p<.002) alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar ve KİÖ toplam puanları (r=.617; p<.001) arasında negatif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Sonuç olarak, annenin kapsayıcılık işlevinde bozulma arttıkça, doyum odaklı yaklaşımı arttıkça, katı kuralcı tutumu arttıkça, SM'li çocuğun sosyal uyum düzeyi azalmaktadır. Bununla birlikte, annenin kapsayıcılık işlevlerindeki eksikliğine karşılık gelen KİÖ toplam puanları arttıkça, SM'li çocuğun sosyal uyum düzeyi azalmaktadır.

SM'li çocukların ÇDBÖ "dürtüsellik-hiperkativite" alt boyutundan aldıkları toplam puanlar ile SM'li çocukların annelerinin KİÖ "doyum odaklılık" (r=.549; p<.002) alt boyutundan aldıkları toplam puanlar ve KİÖ toplam puanları (r=.389; p<.034) arasında orta düzeyde, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Sonuç olarak annenin doyum odaklı yaklaşımı arttıkça, SM'li çocuğun dürtüsellik-hiperaktivite düzeyi artmaktadır. Bununla birlikte, annenin kapsayıcılık işlevlerindeki eksikliğine karşılık gelen KİÖ toplam puanları arttıkça, SM'li çocuğun dürtüsellik-hiperaktivite düzeyi artmaktadır.

SM'li çocukların ÇDBÖ "ayrılık endişesi" puan ortalamaları ile SM'li çocukların annelerinin KİÖ toplam puan ortalamaları (r=.792; p<.001) ve "doyum odaklılık" (r=.739; p<.001) puan ortalamaları arasında yüksek düzeyde; "endişe ayrılığa hassasiyet" (r=.433; p<.017), "kapsanamayan ilişki" (r=.471; p<.009) ve "katı kuralcı ilişki" puan ortalamaları (r=.497; p<.005) arasında ise orta düzeyde, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. ÇDBÖ "ayrılık endişesi" ve KİÖ "eş ile ilişki" (r=.551; p<.002) puanları arasında negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, annenin doyum odaklı yaklaşımı, endişe ve ayrılığa hassasiyeti, katı kuralcı yaklaşımı ve kapsayıcılık

işlevinde bozulma arttıkça, SM'li çocuğun ayrılık endişesi artmaktadır. Bununla birlikte, annenin eş ile ilişkisi zayıfladıkça, çocuğun ayrılık endişesi artmaktadır.

SM'li çocukların ÇDBÖ "bilişsel süreçlerde bozulma" alt boyutu puan ortalaması ile SM'li çocukların annelerinin KİÖ "kapsanamayan ilişki" (r=.374; p<.042), "doyum odaklılık" (r=.489; p<.006), "katı kuralcı ilişki" (r=.560; p<.001) ve KİÖ toplam puanı arasında (r=.609; p<.001) orta düzeyde, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Sonuç olarak, annenin kapsayıcılık işlevinde bozulma, doyum odaklı ve katı kuralcı yaklaşımı arttıkça, SM'li çocuğun bilişsel süreçlerinin bozulma düzeyi artmaktadır.

SM'li çocukların ÇDBÖ "somatizasyon" puan ortalamaları ile SM'li çocukların annelerinin KİÖ "endişe ayrılığa hassasiyet" (r=.452; p<.012), "doyum odaklılık" (r=.378; p<.039) ve KİÖ toplam puanı arasında (r=.464; p<.010) orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Sonuç olarak, annenin endişe ve ayrılığa hassasiyeti, doyum odaklı yaklaşımı ve annenin kapsayıcılık işlevlerindeki eksikliğine karşılık gelen KİÖ toplam puanları arttıkça, SM'li çocuğun somatizasyon düzeyi artmaktadır.

SM'li çocukların ÇDBÖ "nesnel gerçekliğe uyumsuzluk" alt boyutu puan ortalamaları ile SM'li çocukların annelerinin KİÖ "katı kuralcı ilişki" (r=.440; p<.015) ve KİÖ toplam puanı arasında (r=.389; p<.034) orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak, annenin katı kuralcı yaklaşımı ve annenin kapsayıcılık işlevlerindeki eksikliğine karşılık gelen KİÖ toplam puanları arttıkça, SM'li çocuğun nesnel gerçekliğe uyumsuzluk düzeyi artmaktadır.

SM'li çocukların ÇDBÖ "arkaik endişe" alt boyutu puan ortalamaları ile SM'li çocukların annelerinin KİÖ "endişe ayrılığa hassasiyet" (r=.593; p<.001), "kapsanamayan ilişki" (r=.417; p<.022), "doyum odaklılık" (r=.557; p<.001), "katı kuralcı ilişki" (r=.391; p<.033) boyutları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve KİÖ toplam puanı (r=.704; n=30; p<.001) arasında pozitif yönlü, yüksek düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak, annenin endişe ve ayrılığa hassasiyeti, kapsayıcılık işlevinde bozulması, doyum odaklı yaklaşımı ve annenin kapsayıcı işlevlerdeki eksikliğine karşılık gelen KİÖ toplam puanları arttıkça, SM'li çocuğun arkaik endişesi artmaktadır.

SM'li çocukların ÇDBÖ "yıkıcılık saldırganlık" puan ortalamaları ile SM'li çocukların annelerinin KİÖ "kapsanamayan İlişki" (r=.514; p<.004), "doyum odaklılık" (r=.629; p<.001), "katı kuralcı ilişki" (r=.564; p<.001) ve KİÖ toplam puanı arasında (r=.572; p<.001) arasında pozitif yönlü; "eş ile ilişki" (r=.501; p<.005) alt boyutu arasında negatif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, annenin kapsayıcı işlevinin bozulması, doyum odaklı yaklaşımı, katı kuralcı yaklaşımı ve annenin kapsayıcı işlevlerdeki eksikliğine karşılık gelen KİÖ toplam puanları arttıkça, SM'li çocuğun yıkıcı ve saldırgan davranışları artmaktadır. Bununla birlikte, annenin eş ile ilişkisi zayıfladıkça, çocuğun yıkıcı ve saldırgan davranışları artmaktadır.

KİÖ alt boyutlarından olan "endişe ayrılığa hassasiyet", "kapsanamayan ilişki", "doyum odaklılık" ve "katı kuralcı ilişki" boyutlarından alınan yüksek puanlar kapsayıcılığının düşük olması anlamına gelmektedir. ÇDBÖ ile KİÖ arasında çıkan pozitif yönlü korelasyon, annelerin kapsayıcılık işlevindeki azalmaya bağlı olarak SM'li çocukların depresif semptomlarının arttığına işaret etmektedir. Özellikle "ayrılık endişesi" ve "arkaik endişe" puanları ile kapsayıcı işlev toplam puanları arasında yüksek düzeyde korelasyon olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, SM'li çocukların annelerinin kapsayıcılık işlevindeki azalmaya bağlı olarak SM'li çocuğun "kayıp-ayrılık endişesi" ve "arkaik endişe" düzeylerinin yükseldiğini göstermektedir.

Tablo 12. Selektif Mutizmli Çocukların ÇDBÖ Puanları ile Selektif Mutizmli Çocukların Annelerinin EBBÖ Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Değişkenler		Kaçıngan	Güvenli	Kaygılı/İkircikli
Sosyal Uyum	r	-.392*	.216	-.172
	p	**.032**	.252	.364
Dürtüsellik-Hiperaktivite	r	.408*	-.235	.252
	p	**.025**	.212	.180
Kayıp-Ayrılık Endişesi	r	.590**	-.290	.295
	p	**.001**	.120	.113
Bilişsel Süreçlerde Bozulma	r	.537**	-.308	.019
	p	**.002**	.098	.920
Somatizasyon	r	.431*	-.103	-.030
	p	**.017**	.586	.875
Nesnel Gerçekliğe Uyumsuzluk	r	.384*	.093	.133
	p	**.036**	.626	.485
Arkaik Endişe	r	.557**	-.159	.178
	p	**.001**	.401	.348
Yıkıcılık Saldırganlık	r	.391*	-.207	.454*
	p	.033	.273	.012

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed), ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Tabloda SM'li çocukların ÇDBÖ ölçeği puanları ile bu çocukların annelerinin EBBÖ ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiye yönelik bulgulara yer verilmiştir. Normallik varsayımı sağlandığı için puanlar arasındaki ilişki incelenirken Pearson Korelasyon Katsayısı (r) hesaplanmıştır. Elde edilen verilerin anlamlılık değerleri tek başına anlam ifade etmediği için korelasyon katsayıları da incelenmiştir. Büyüköztürk ve diğerleri (2011) korelasyon katsayısının ($|r| \leq .30$) olması durumunda zayıf bir ilişki, ($.30< |r| \leq .70$) arasında olması durumunda orta düzeyde, ($|r| \leq .70$) olması durumunda ise yüksek bir ilişkiden bahsedilebileceğini ifade etmektedir.

SM'li çocukların annelerinin EBBÖ "kaçıngan bağlanma" alt boyutu ile SM'li çocukların ÇDBÖ "dürtüsellik-hiperaktivite" (r=.408; p<.025), "kayıp-ayrılık endişesi" (r=.590; p<.001), "bilişsel süreçlerde bozulma" (r=.537; p<.002), "somatizasyon" (r=.431; p<.017), "nesnel gerçekliğe uyumsuzluk" (r=.384; p<.036) ve "arkaik endişe" (r=.557; p<.001) alt boyutları puan ortalamaları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. YBBÖ "kaçıngan bağlanma" alt boyutu ile ÇDBÖ "sosyal uyum" (r=.392; p<.032) alt boyutu arasında ise negatif yönlü, orta düzeyde, anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Bu bulgulara göre SM'li çocukların annelerinin kaçıngan bağlanma düzeyi arttıkça, SM'li çocukların kayba ve ayrılığa hassasiyeti, arkaik endişe, bilişsel süreçlerde bozulma ve nesnel gerçekliğe uyumsuzluk düzeyi artmaktadır. Bununla birlikte, annelerin kaçıngan bağlanma düzeyi arttıkça SM'li çocukların sosyal uyum düzeyi azalmaktadır.

Tablo 13. Selektif Mutizmli Çocukların ÇDBÖ Puanları ile Selektif Mutizmli Çocukların Annelerinin TEMPS-A Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Değişkenler		**Depresif**	**Siklotimik**	**Hipertimik**	**İrritabl**	**Anksiyöz**
Sosyal Uyum	r	-.388*	-.407*	.372*	-.429*	-.327
	p	**.034**	**.026**	**.043**	**.018**	.078
Dürtüsellik-Hiperaktivite	r	.294	.201	-.291	.376*	.097
	p	.115	.287	.119	**.041**	.610
Ayrılık Endişesi	r	.538**	.641**	-.448**	.734**	.621**
	p	**.002**	**.001**	**.013**	**.001**	**.001**
Bilişsel Süreçlerde Bozulma	r	.338	.445*	-.341	.526**	.473**
	p	.068	**.014**	.065	**.003**	**.008**
Somatizasyon	r	.306	.519**	-.212	.391*	.598**
	p	.100	**.003**	.261	**.033**	**.001**
Nesnel Gerçekliğe Uyumsuzluk	r	.302	.326	-.157	.375*	.309
	p	.105	.079	.407	**.041**	.097
Arkaik Endişe	r	.564**	.550**	-.288	.610**	.771**
	p	**.001**	**.002**	.123	**.001**	**.001**
Yıkıcılık Saldırganlık	r	.533**	.481**	-.395*	.582**	.287
	p	**.002**	**.007**	**.031**	**.001**	.124

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed), ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Tabloda katılımcıların Çocuk Depresif Belirti Ölçeği ile TEMPS-A ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır. Normallik varsayımı sağlandığı için puanlar arasındaki ilişki incelenirken Pearson Korelasyon Katsayısı (r) hesaplanmıştır. Elde edilen anlamlılık değerleri tek başına anlam ifade etmediği için korelasyon katsayıları da incelenmiştir. Büyüköztürk ve diğerleri (2011), korelasyon katsayısının ($|r| \leq .30$) olması durumunda zayıf bir ilişki, ($.30<|r| \leq .70$) arasında olması durumunda ise orta düzeyde, ($|r| \leq .70$) olması arasında ise yüksek bir ilişkiden bahsedilebileceğini ifade etmektedir.

SM'li çocukların ÇDBÖ "sosyal uyum" alt boyutu puan ortalamaları ile SM'li çocukların annelerinin TEMPS-A "depresif mizaç" ($r=-.388$; $p<.034$), "siklotimik mizaç" ($r=-.407$; $p<.026$) ve "irritabl mizaç" ($r=-.429$; $n=30$; $p<.018$) alt boyutları arasında orta düzeyde, negatif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<.01$). Sonuç olarak, annenin depresif, siklotimik ve irritabl mizaç puan ortalaması arttıkça, SM'li çocuğun sosyal uyum düzeyi azalmaktadır.

SM'li çocukların ÇDBÖ "dürtüsellik-hiperaktivite" alt boyutu puan ortalamaları ile SM'li çocukların annelerinin TEMPS-A "irritabl mizaç" ($r=.376$; $p<.041$) alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, annenin irritabl mizaç puan ortalaması arttıkça, SM'li çocuğun dürtüsellik-hiperaktivite düzeyi artmaktadır.

SM'li çocukların ÇDBÖ "ayrılık endişesi" alt boyutu puan ortalamaları ile SM'li çocukların annelerinin TEMPS-A "depresif mizaç" ($r=.538$; $p<.002$), "siklotimik mizaç" ($r=.641$; $p<.001$) ve "anksiyöz mizaç" ($r=.621$; $p<.001$) alt boyutları arasında orta düzeyde, "irritabl mizaç" ($r=.734$; $p<.001$) boyutu ile de yüksek düzeyde, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Sonuç olarak, annenin depresif, siklotimik, anksiyöz ve irritabl mizaç puan ortalaması arttıkça, SM'li çocuğun kayıp-ayrılık endişesi artmaktadır.

SM'li çocukların ÇDBÖ "bilişsel süreçlerde bozulma" alt boyutu puan ortalamaları ile SM'li çocukların annelerinin TEPMS-A "siklotimik mizaç" ($r=.445$; $p<.014$), "irritabl mizaç" ($r=.526$; $p<.003$) ve "anksiyöz mizaç" ($r=.473$; $p<.008$) alt boyutları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, annenin

siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puan ortalaması arttıkça, SM'li çocuğun bilişsel süreçlerde bozulma düzeyi artmaktadır.

SM'li çocukların ÇDBÖ "somatizasyon" alt boyutu puan ortalamaları ile SM'li çocukların annelerinin TEPMS-A "siklotimik mizaç" (r=.519; p<.003), "İrritabl mizaç" (r=.391; p<.033) ve "anksiyöz mizaç" (r=.598; p<.001) alt boyutları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, annenin siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puan ortalaması arttıkça, SM'li çocuğun somatizasyon düzeyi artmaktadır.

SM'li çocukların ÇDBÖ "nesnel gerçekliğe uyumsuzluk" alt boyutu puan ortalamaları ile SM'li çocukların annelerinin TEPMS-A "irritabl mizaç" (r=.375; p<.041) alt boyutu arasında orta düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, annenin irritabl mizaç puan ortalaması arttıkça, SM'li çocuğun nesnel gerçekliğe uyumsuzluk düzeyi artmaktadır.

SM'li çocukların ÇDBÖ "arkaik endişe" alt boyutu puan ortalamaları ile SM'li çocukların annelerinin TEMPS-A "depresif mizaç" (r=.564; p<.001), "siklotimik mizaç" (r=.550; p<.002) ve "irritabl mizaç" (r=.610; p<.001) alt boyutları arasında orta düzeyde, "anksiyöz mizaç" (r=.771; p<.001) alt boyutu ile ise yüksek düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, annenin siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puan ortalaması arttıkça, SM'li çocuğun arkaik endişe düzeyi artmaktadır.

SM'li çocukların ÇDBÖ "yıkıcılık saldırganlık" alt boyutu puan ortalamalrı ile SM'li çocukların annelerinin TEMPS-A "depresif mizaç" (r=.533; p<.002), "siklotimik mizaç" (r=.481; p<.007) ve "irritabl mizaç" (r=.582; p<.001) alt boyutları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, annenin depresif, siklotimik ve irritabl mizaç puan ortalaması arttıkça, SM'li çocuğun yıkıcılık-saldırganlık düzeyi artmaktadır.

Normallik varsayımını sağlamayan TEMPS-A "hipertimik mizaç" alt boyutu için Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, TEMPS-A "hipertimik" alt boyutu ile ÇDBÖ "sosyal uyum" (r_p=.372; p=.04) alt boyutu arasında

pozitif, “kayıp-ayrılık endişesi” (r_p=-.448; p=.01) ve “yıkıcılık- saldırganlık” (r_p=-.395; p=.03) boyutu arasında negatif yönde, orta düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Sonuç olarak, annenin hipertimik mizaç puan ortalaması arttıkça, SM’li çocuğun sosyal uyum düzeyi artmaktadır. Bununla birlikte, annenin hipertimik mizaç puan ortalaması arttıkça, SM’li çocuğun kayıp ayrılık endişesi ve yıkıcılık-saldırganlık düzeyi azalmaktadır.

3.2 Tartışma

Bu araştırma, SM tanısı almış çocukların anneleri ile kontrol grubu annelerinin mizaç özellikleri, bağlanma biçimleri ve kapsayıcı işlev düzeyleri arasında bir farklılık olup olmadığını incelemek ve SM tanısı almış çocukların depresif semptomlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada ayrıca SM’li çocukların annelerinin mizaç özellikleri, bağlanma biçimleri ve kapsayıcı işlev düzeyleri ile SM’li çocukların depresif semptomları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular, literatürde SM ile ilgili yapılmış benzer çalışmaların bulguları ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

3.2.1 Çocuk depresif semptomlarına ilişkin bulguların tartışılması

Çocuğun anneden ayrışma ve bireyselleşme sürecinde sözlü dil belirleyici bir rol oynamaktadır. Anne ile bedensel/fiziksel yakınlığın daha az önemli hale geldiği bir noktada çocuk, konuşma becerisi geliştirmektedir. Ayrılma-bireyselleşme sürecinin beklendiği gibi gerçekleşmediği, anne ve bebek bağlarının iç içe kaldığı ve ayrışmadığı durumlarda, dünyayla ve diğerleriyle bağlantı kurmak için konuşma değil, anne ile ilişkideki çözülmemiş sorunları ifade etmek için konuşmama bir alan görevi görmektedir. SM’de çocuğun konuşmayı reddetmesi, anneden memnuniyetsizliği ve ona duyulan öfkeyi gizlemeye olanak vermektedir. Çocuk, anneye olan çiftedeğerli (ambivalent) duygularıyla SM aracılığıyla başa çıkmaktadır (Vasilyeva, 2013).

Radford (1977), SM’li bir çocuğun psikanalitik tedavisinde, çocuğun yetersiz anne figürünü cezalandırmaya, zayıf egosu ile saldırgan ve düşmanca dürtüleri arasındaki çatışmayı önlemeye çalıştığını belirtmiştir. Elson ve diğerleri (1965), SM’li dört çocuğun vaka analizinden yola çıkarak, SM’nin çocuklarda altta yatan depresyonun, çocuğun düşmanca dürtülerinin deşarjının mümkün olmadığı durumlarda ortaya çıktığını

belirtmektedir. Yazarlara göre, SM'li çocuklar düşmanlıklarını annelerinden öğretmen ya da diğer otorite figürlerine yöneltmektedir. Çocuğun konuşmanın yok edici bir gücü olduğuna dair duyduğu korku, ayrılma ve terk edilme korkusunu beraberinde getirmektedir. Bu nedenle düşmanlık, gerçek nesneye yani anneye değil üçüncü bir kişiye karşı ortaya çıkmaktadır. SM, çocuğun ifade edilmeyen düşmanlık ve öfke ile ilişkili kaygısını hafifletmektedir. Bu araştırmada elde edilen bulgular, birçok yazarın belirttiği gibi SM'nin altında yatan yıkıcı ve saldırgan bir boyutun olduğunu göstermektedir. SM'li çocukların ÇDBÖ "yıkıcılık-saldırganlık" puanlarının, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulguların, literatürde SM'li çocukların semptomlarını/özelliklerini belirlemek için yapılan birçok çalışma ile tutarlılık gösterdiği görülmektedir. Ford ve diğerleri (1998), SM'li çocuklarda %58 karşı gelme, %41,1 öfke nöbetleri ya da kolay öfkelenme davranışları; Steinhausen ve Juzi (1996), %21 karşıt ve saldırgan davranışlar tespit etmiştir. Alyanak ve diğerleri (2013), SM'li çocukların %26'sında; Black ve Uhde (1995), %10'nunda karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve saldırgan içerikli davranışlar görüldüğünü raporlamıştır. Psikanalitik literatürde birçok yazarın üstünde durduğu nokta çocuğun anneye duyduğu öfke ve saldırganlığın yer değiştirmiş olmasıdır.

Araştırmada elde edilen diğer bir bulgu, SM'li çocukların ÇDBÖ "sosyal uyum" puanlarının kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olmasıdır. SM'nin belirleyici özelliği olan çocuğun diğer ortamlarda normal biçimde konuşmasına rağmen belirli ortamlarda konuşmamasının, çocuğun sosyal uyum düzeyindeki azalmayı açıkladığı düşünülmektedir. Bu veriler, bir bakıma çocuğun yer değiştirmiş öfke ve saldırganlığını SM ile ifade etmesi olarak yorumlanabilir. Cunningham ve diğerleri (2004), SM'li çocuğu değerlendiren ebeveynlerin ve öğretmenlerin bu çocuklar için farklı profiller belirttiğine dikkat çekmiştir. Yazarlar, SM'li çocukların ev ortamında saldırgan ve muhalif davranışlar sergilerken, diğer ortamlarda bu davranışları göstermeyerek inhibe olduklarını tespit etmiştir. Bu araştırmadan elde edilen bulguların, Cunningham ve diğerlerinin (2004) araştırmasıyla tutarlığı olduğu düşünülmektedir. Sosyal uyum puanlarının düşük olması SM'li çocuğun dış ortamlarda inhibe olması; yıkıcılık saldırganlık puanlarının yüksek olması ise SM'li çocuğun farklı bağlamlarda yıkıcılık ve saldırganlığını göstermesi olarak yorumlanabilir. Bununla birlikte SM'li çocuğun sosyal uyum düzeyindeki azalmanın, SM'li çocuklarda ortaya çıkan ketlenmeye karşılık geldiği

düşünülmektedir. Literatürde, birçok yazar tarafından SM ve davranışsal ketlenmenin arasındaki ilişki açıkla belirtilmiş olmasına rağmen bunu destekleyen ampirik bir çalışma olmadığı görülmektedir (Muris ve Ollendick, 2015). Bununla birlikte, davranışsal ketlenme, utangaçlığın bir çeşidi olarak kabul edilirse, literatürdeki tanımlayıcı çalışmaların bu araştırmada elde edilen sosyal uyum düzeyindeki azalmayı desteklediği düşünülebilir. Kumpulainen ve diğerleri (1998) de SM'li çocukların %68'ini; Steinhausen ve Juzi (1996), %85'ini utangaç olarak tanımlamıştır. Ford ve diğerleri (1998), SM'li çocukların içe çekilme düzeylerinin yüksek ve uyum sağlama becerilerinin düşük olduğunu belirtmiştir. Yazarlar, SM'li çocuklar için "yeni veya alışılmamış uyaranlara iyi yanıt veremiyor" ve "değişimin ve dönüşümün üstesinden gelemiyor" ifadelerini kullanmıştır.

Meijer (1979), SM'li çocuğun annesinin kendini yalnız, ihmal edilmiş, eşine kızgın ve depresif hissettiğini belirtmiştir. Yazara göre, tüm bu duygular sonucunda anne çocuğunu kendine bağımlı hale getirir. Çocuk, böyle bir durumda kendini ebeveyn ilişkilerinin ortasında bulur. SM'li çocuğun, annede küskünlük uyandırma korkusu ve ondan ayrılma korkusu, çocuğun anneye düşmanca bağımlılık geliştirmesine neden olur. SM semptomu ise, çocuğun ebeveyn çatışmalarının dışında kaldığı düşünülen bazı yetişkinlerle konuşması ancak diğerleriyle konuşmamasıdır. Bu sayede çocuk, anneden ayrılma, anneyi kaybetme korkusunu kontrol altına almaktadır. Shreeve (1991), SM'li bir çocuğun tedavisinde, çocuğun anneden ayrılmaktan korku duyduğunu ve yoğun bir ayrılık anksiyetesi yaşadığını belirtmiştir. Annenin yokluğunda savunmasız hale gelen çocuk, yaşadığı ayrılık kaygısıyla baş etmek için SM'yi kullanmaktadır. Araştırmada elde edilen bulguların, yukarıda bahsedilen SM'li çocuğun ruhsal süreçleriyle tutarlı olduğu düşünülmektedir. Bu araştırma, SM'li çocukların ÇDBÖ "kayıp-ayrılık endişesi" puanlarının, kontrol grubundaki çocuklara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgularla tutarlı olarak, Carbone ve diğerleri, (2010), %14; Edison ve diğerleri (2011), %14; Black ve Uhde (1992), %17; Kristensen, (2000), %31,5 ve Chavira ve diğerleri (2007), %40 oranında SM'li çocuklarda ayrılık anksiyetesi görüldüğünü tespit etmiştir. Bu araştırmada elde edilen bulgular ve mevcut araştırmalar, SM'li çocukların ayrılığa hassasiyetinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Bu araştırma, SM'li çocukların ÇDBÖ "somatizasyon" alt boyutundan aldıkları puanların, kontrol grubun "somatizasyon" puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir. Cunningham ve diğerleri (2004), SM'li çocukların somatizasyon düzeylerinin kontrol grubunun somatizasyon düzeylerinden yüksek olduğunu; Kristensen (2001) de benzer olarak SM'li çocukların OKB ve somatik problemlerinin kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha yaygın olduğunu tespit etmiştir. Remschmidt ve diğerleri (2001), SM'li çocukların %45'inde baş ve mide ağrısı, %20'sinde alerji, astım ve deri hastalıklarını olduğunu bildirmiştir. Mevcut araştırmaların sonuçları ile bu araştırmada elde edilen bulguların tutarlı olduğu görülmektedir. Somatizasyonun, ruhsal çatışmaların sözelleştirme yoluyla ifade edilemediği durumlarda ortaya çıktığı kabul edilmektedir. SM'li çocuğun sessizlik ile ruhsal çatışmaların kontrolünü sağlarken aynı zamanda ifade edilmeyen duyguların çocuğun somatizasyon düzeyini arttırdığı düşünülmektedir.

Krolian (1988), SM'nin çocuğun sosyal, psikolojik ve akademik olarak gelişimini engellediğini ve öğrenme güçlüğü gibi bir nöropsikolojik bozukluğu maskeleyebileceğini belirtmektedir. Bu araştırmada, SM'li çocukların ÇDBÖ "bilişsel süreçlerde bozulma" puanlarının, kontrol grubunun "bilişsel süreçlerde bozulma" puanlarından yüksek olduğu görülmektedir. SM'li çocukların okul ve diğer sosyal ortamlarda konuşmamasının bilişsel becerilerin aktif olarak kullanılmamasına neden olduğu ve bu alt boyuttan alınan yüksek puanları açıkladığı düşünülmektedir. Bilişsel süreçlerde bozulma bir bakıma öğrenme sorunları olarak ele alınabilir. Wright (1968), SM'nin beraberinde getirdiği akademik olumsuzluklara dikkat çekmiştir. Yazar, yaptığı çalışmada SM'li çocukların neredeyse yarısının akademik performansın değerlendirilememesi sebebiyle sınıf tekrarı yaptığını belirtmiştir. Sharkey ve McNicholas (2008), SM'li çocukların genel olarak ortalama akademik yeteneğe sahip oldukları kabul edilse de SM'nin öğrenme güçlüğüne neden olabileceğini ve çocuğun bilişsel işleyiş düzeyinin belirlenmesinin önemli olduğunu vurgulamıştır.

Bu araştırmada elde edilen diğer bir bulgu, SM'li çocukların "arkaik endişe" puanlarının, kontrol grubunun "arkaik endişe" puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olmasıdır. Literatürde, SM'li çocuğun arkaik endişe düzeyini inceleyen herhangi bir ampirik çalışmaya rastlanmamıştır. Çocuğun arkaik endişe düzeyinin yüksek olması erken dönem

sorunsallarıyla ilişkidir. Bu araştırmada elde edilen bulgu psikozun tam karşılığı olmamakla birlikte, literatürde SM'yi erken dönem sorunsalı ve psikozla ilişkilendiren bir çalışma olduğu görülmüştür. Fe'd'Ostiani (2007), SM'yi tüm aileyi kapsayan tek semptomlu bir psikoz olarak tanımlamıştır. Yazara göre, SM'nin kökeninde doğumdan sonraki erken bir dönemde görülen zulmedici nesneler vardır ve SM semptomu aracılığıyla da nesneler hareketsiz hale getirilmektedir. Ebeveynler, kendi seslerinin saldırganlık ve yıkım aracı olmasından korkarlar ve söz konusu durum hakkında konuşmazlar. SM'li çocuk onu sessizliğe gömen bir deneyim ile karşı karşıyadır. Çocuğun yaşadığı bu travmatik içsel ve dışsal süreç, koruyucu engeli ortadan kaldırır ve çocuk tüm bunlarla baş başa kalır. Yazar, semptomun yapısı gereği felaketi çevrelediğini ve kişilik içinde işleyen bir alanı korumaya hizmet ettiğini belirtmektedir. Bu durumu "sahte kendilik" ile ilişkilendirmektedir. SM iyi nesneyi korumaya hizmet etmektedir. Çocuk iyi nesneyi koruyabilmek için seslerin, sözcüklerin, kaygının olmadığı, nesne ile tam bütünleşme aşaması olan anne karnı deneyimine SM aracılığıyla dönmektedir (akt. Monzo, Micotti ve Rashid, 2015). Yazarın belirttiği erken dönem sorunsalı ve SM formülasyonu ile bu çalışmada elde edilen SM'li çocuğun "arkaik endişe" puanlarının yüksek olmasının ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

3.2.2 Annenin kapsayıcı işlevine ilişkin bulguların tartışılması

Bebeğin ruhsal ihtiyaçlarına hassas, içeriden ve dışarıdan gelen uyaranları dönüştürücü bir anneye ihtiyacı vardır. Annenin sağladığı "kapsayıcılık" (Bion, 1962) ve "tutma (holding)" (Winnicott, 1956) bebeğin içeriden gelen duygulanımlarla ve dış uyaranların yarattığı kaygıyla başa çıkmasına hizmet etmektedir. Kapsayıcı işlevdeki yetersizlikler, bebeğin ruhsal aygıtı üzerinde travma yaratır ve bu durum birçok psikopatolojinin ortaya çıkmasına zemin hazırlar.

Araştırmada elde edilen bulgular, SM'li çocukların annelerinin KİÖ toplam puanlarının ve "kapsanamayan ilişki" alt boyutundan aldıkları puanların, kontrol grubu annelerinden anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir. KİÖ toplam puanlarının ve "kapsanamayan ilişki" alt boyutuna ait puanların yüksek olması, annenin kapsayıcılık işlevindeki başarısızlığı anlamına gelmektedir. Vasilyeva (2013), SM'li bir çocuğun vaka analizden yola çıkarak şunları söylemiştir: Erken çocukluk döneminde görülen anne ile kurulan yakın bağlar, sağlıklı bir duygusal gelişim için birincil öneme sahiptir. Ancak,

zamanla anne-bebek füzyon halinden bireyselleşme sürecine doğru bir değişim geçirir. Başlangıçta annenin yarattığı yanılsama ile çocuk tümgüçlülük hissine sahiptir, ancak zamanla çocuk bu yanılsamanın kaynağının anne olduğunu fark eder. Annenin gücünü keşfeden çocukta hayal kırıklığı, haset, kıskançlık ve korku ortaya çıkmaktadır. Ayrılma-bireyselleşme sürecine eşlik eden nefret duygusu ve saldırganlıkla başa çıkma gerekliliği çocuk için yeterince zorlayıcı olmaktadır. Bu dönemde ortaya çıkan saldırganlığın anne tarafından yönetilememesi ve çözümlenmemiş anne-çocuk çatışmaları SM dahil olmak üzere kekemelik, enürezis gibi birçok semptoma neden olmaktadır. Yazarın belirttiği, çocuğun duygularını yönetemeyen bir anne ifadesi, annenin kapsayıcılık işlevindeki başarısızlığa denk gelmektedir. Bu çalışmada da SM'li çocukların annelerinin kapsayıcı işlevlerinin düşük olduğu tespit edilip çocuğun başa çıkamadığı duygulanımlarını SM ile ifade ettiği düşünülmektedir. Benzer şekilde; Pitlick (1994), altı yaşındaki SM'li bir çocuğun vaka çalışmasında, annenin depresif olduğunu ve çocuğuna karşı empati eksiliği gösterdiğini ifade etmiştir. Radford (1977), altı yaşında SM'li bir çocuğun psikanalitik tedavisinde annenin ruhsal kırılganlığının çocuk üzerindeki etkilerini belirtmiştir. Krolian (1988), SM'li çocukların annelerini ruhsal olarak olgunlaşmamış olarak tanımlamıştır. Atoynatan (1986), SM'li çocukların annelerinin depresif ve duygusal olarak olgunlaşmamış olduklarına dikkat çekmiştir. Yazarların, SM'li çocuğun annesinin ruhsallığına ilişkin görüşleri ile bu araştırmada tespit edilen annelerin kapsayıcılık işlevlerindeki başarısızlığı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Browne ve diğerleri (1963), SM'li on çocuğun vaka çalışması sonucunda, çocuklardaki semptomların bireysel bir psikopatolojiyi değil, ailesel bir psikopatolojiyi temsil ettiğini ifade etmiştir. Yazarlar, SM'li çocuğun anne ile sembiyotik bir bağ içerisinde olduğunu, annenin tatminsizlik dolu bir birliktelik içinde olduğu eşine karşı çocuğu bir silah gibi kullandığını belirtmiştir. Benzer şekilde Pustrom ve Speers (1964), SM'li üç çocuğun vaka çalışmasından hareketle, SM'yi aile çatışmasının uzlaşmacı bir semptomu olarak tanımlamaktadır. Yazarlar, evlilik uyumsuzluğunun annenin iç içe geçmiş anne-çocuk bağını tetiklediğini belirtmiştir. Wright (1968) ise bağımlılık ve ambivalans ile birlikte karakterize edilen anne-çocuk ilişkisinin köklerini annenin çok az tatmin olduğu evlilik ilişkisinden aldığını ifade etmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular, SM'li çocukların annelerinin KİÖ "eş ile ilişki" alt boyutundan kontrol grubu annelerine göre anlamlı düzeyde düşük puan aldıklarını göstermektedir. Bu bulgular, SM'li çocuğun annesinin

eşi ile ilişkisinin zayıflamasının çocuğu ile bağımlı bir ilişki geliştirmesine katkı sağladığını düşündürmüştür. Subak ve diğerleri (1982), annenin hayal kırıklığı yaratan evlilik ilişkisinden uzaklaşmak için çocuğu ile kurduğu yoğun bağımlılık ilişkisini kullandığını ve bunun SM'ye neden olduğunu belirtmiştir. Bunun yanısıra, elde edilen bu bulgular, SM'li çocukların ebeveyn ilişkilerini inceleyen birçok araştırma ile tutarlılık içindedir. Hayden (1980), SM'li çocukların ailelerinde %97 oranında boşanma veya ayrı yaşama olduğunu; Elizur ve Perednik (2003), SM'li çocukların ebeveynlerinin kontrol grubuna kıyasla yüksek düzeyde evlilik çatışması yaşadığını; Remschmidt ve diğerleri (2001), SM'li çocukların ebeveynlerinin yoğun evlilik problemleri olduğunu tespit etmiştir.

Araştırmada elde edilen diğer bir bulgu, SM'li çocukların annelerinin KİÖ "doyum odaklılık" puanlarının, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olmasıdır. Doyum odaklı bir annenin, SM'li çocuğun isteklerini doğrultusunda hareket eden, çocuğun isteklerini erteleyemeyen bir anne figürüne karşılık geldiği söylenebilir. Parker ve diğerleri (1960), SM'li çocukların ebeveynlerinin bazılarının fazla kontrol edici olduğunu, bazılarının ise çocuklarına sınır koyamadıklarını belirtmiştir. Wilkens (1985), SM'li çocukların, anneleri tarafından manipülatif olarak tanımlandığını, bununla birlikte annelerin de manipüle edilebilir bir yapıda olduklarını, çocuğuna istediği her şeyi vermeye ve onu şımartma eğilimi içinde olduklarını belirtmiştir. Bu araştırmada elde edilen, SM'li çocukların annelerinin –belki de çocuğun kendilerinden ayrışmasını sağlayacak olası bir çatışmayı engellemek için- doyum odaklı bir yaklaşım içinde olduğu bulgusunun yazarların ifadeleri ile tutarlı olduğu görülmektedir.

Parker ve diğerleri (1960), SM'li 27 çocuğun vaka kayıtlarını incelediği çalışmada, SM'li çocukların anneden gerçek bir ayrılık yaşamadığını ve anne ile iç içe geçmiş bir ilişkinin varlığını tespit etmiştir. Bu vakaların 4'ünde okula gitmekte isteksizlik olduğunu ve bunun annenin çocuğu okula bırakmak istememesinden kaynaklandığını ifade etmiştir. Yazar; annenin, çocuktan ayrılamadığını vurgulayarak, çocuğun normal, bağımsız benliğinin ortaya çıkmasına izin vermediğini belirtmiştir. Yazar'ın SM çocukların annelerine ilişkin tanımları ile bu araştırmada elde edilen bulguların tutarlı olduğu düşünülmektedir. Araştırmada elde edilen bulgular, SM'li çocukların annelerinin KİÖ "endişe ve ayrılığa hassasiyet" puanlarının kontrol grubu annelerinden anlamlı düzeyde

yüksek olduğunu göstermektedir. SM'li çocuğun annesinin endişe ve ayrılığa hassasiyetinin yüksek olması, anne-çocuk arasındaki yoğun bağımlı ilişkinin tetikleyicisi olarak yorumlanabilir. Ayrılığa hassas bir annenin, çocuğundan ayrılmayı reddettiği, çocuğunun diğerleriyle iletişim kurması için alan bırakmadığı ve bunun SM ile sonuçlandığı düşünülebilir. Elde edilen bu bulgular, SM'li çocukların ebeveyn özelliklerini inceleyen diğer araştırma ile tutarlılık içindedir; Remschmidt ve diğerleri (2001), SM'li çocukların annelerinde aşırı/sıkı bağlanma özellikleri olduğunu; Buzzella ve diğerleri (2011) ise SM'li çocukların annelerinin çocuklarını sıkı bir gözetim altında tutma zorunluluğu hissettiklerini tespit etmiştir.

Bu araştırmada elde edilen diğer bir bulgu ise SM'li çocukların depresif semptomları ile SM'li çocuğun annesinin kapsayıcılık işlevleri arasında anlamlı bir ilişki olmasıdır. Annenin kapsayıcılık işlevindeki başarısızlığa bağlı olarak SM'li çocukta depresif semptomların arttığı görülmektedir.

3.2.3 Annenin bağlanma biçimine ait bulguların tartışılması

Çocukluk ve ergenlik döneminde bağlanma figürleriyle kurulan ilişkinin içselleştirilmesiyle, bireyin yaşantısı boyunca kısmen değişmeden devam eden bağlanma örüntüleri (bağlanma modeli) oluşmaktadır. Birey; eş, çocuk veya yakın bağ kurulan diğer kişilerle mevcut bağlanma örüntüsünü devam ettirme ve bu bağlanma örüntüsünü diğerlerine asimile etme eğilimindedir. Bağlanma örüntüsü bir anlamda duygusal bağ kurma kapasitesine karşılık gelmektedir. Ebeveynlerinin rollerini yerine getirme biçimine atfedilebilecek olan, bağlanma kapasitesinin yetersizliği veya bu kapasitedeki bozulmalar; evlilik sorunları, çocuk ile ilişkide sorunlar ve nevrotik semptomlara neden olabilir (Bowlby, 1977). Bu araştırmada SM tanısı almış çocukların annelerinin bağlanma biçimleri incelenmiştir. Burada üzerinde durulan nokta, annenin bağlanma biçiminin çocuğu ile kurduğu ilişkide belirleyici olduğudur. Annenin bağlanma biçimdeki farklılaşmaların, çocuğun bağlanma davranışlarını etkilediği ve bir bakıma bunun SM ile sonuçlandığı düşünülmektedir. Elde edilen bulgular bu düşünceyi kanıtlar niteliktedir. Bu araştırmada, SM tanısı almış çocukların annelerinin "kaçıngan bağlanma" ve "kaygılı/ikircikli bağlanma" puanlarının, kontrol grubu annelerinin aynı alt boyutlardan aldıkları puanlardan yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar, SM tanısı almış

çocukların annelerinin kaçıngan bağlanma ve kaygılı/ikircikli bağlanma örüntüleri gösterdiği anlamına gelmektedir.

Bowlby (1977), güvensiz bağlanma örüntülerinin ortaya çıkmasına neden olan ebeveynlik davranışlarını açıklamıştır. Bu bağlanma örüntüleri döngüseldir, hem anne/ebeveyn bahsedilen ebeveyn davranışlarına maruz kalmıştır hem de çocuğu ile ilişkisinde bu davranışları ortaya koymaktadır.

Kaygılı bağlanma örüntüsüne sahip bireylerin, bazı ebeveyn-çocuk ilişkisi modelleri şu şekildedir: Bunlardan ilki, ebeveynin, ebeveyn-çocuk rollerini tersine çevirerek, çocuğundan bağlanma figürü gibi davranmasını beklediği durumdur. Diğeri ise ebeveynin, çocuğuna sevmemeye veya terk etmeye yönelik tehditlerinin olduğu durumdur. Ebeveynleri ile bu şekilde bir deneyimi olan bir çocuk, bağlanma figürünü kaybetmekten büyük endişe duyar ve bu durum çocuğun bağlanma davranışlarını sergileme eşiğini düşürerek, kaygı içinde yaşamasına neden olur. Söz konusu ebeveyn davranışları, çocukta öfke uyandırır aynı zamanda ebeveynin bu davranışları çocuğun öfkesini ifade etmesini engeller. Bunun sonucunda, yetişkin yaşamına kadar devam eden, genellikle ebeveynlerden uzakta daha zayıf birisine ifade edilen, kısmen bilinçdışı bir kırgınlık oluşmaktadır.

Kaygılı bağlanma örüntüsüyle benzer deneyimler sonucunda ortaya çıkmış ancak sonucu farklı olan bir bağlanma örüntüsünde ise birey, şartlar ne olursa olsun diğerlerinden destek almayı reddeder, her şeyi kendisi yapmak ister, bağlanma duygusunu ve davranışlarını engelleyerek sevgi ve ilgi kaynaklarından kaçar, diğerlerine güvenmeye korkar ve ilişkilerinde kaçınmacı bir pozisyondadır. Bu bağlanma örüntüsüne sahip bireyler, özellikle çocukluk döneminde bakım veren pozisyonunda bulunmuş olabilir. Böyle bir deneyim sonucunda ise tek sevgi ve ilgi bağının, kendisinin bakım verdiği durumlarda mümkün olduğuna dair bir inanç geliştirerek, kendini zorlayıcı bir bakım verme davranışına sürükleyebilir.

Bu bağlanma örüntüleri çocuk ile kurulan ilişkide, ebeveynin çocuğu bakım veren pozisyona getirmesiyle veya uygun olmasa bile çocuğa bakım vermeye ısrar etmesiyle kendini gösterebilir. Bir başka durumda ise ebeveyn çocuğunu, kendisinin ortadan kaldırmak istediği yönlerinin bir kopyası olarak algılar ve sonrasında onları çocuğunda

yok etmeye çalışır. Burada olan, ebeveynin kendi çocukluğunda maruz kaldığı ve mevcut sorunlarını geliştirmesine neden olan aynı disiplin yöntemlerini kullanmasıdır (Bowlby, 1977).

Araştırmada, yukarıda bahsedilen ebeveyn-çocuk ilişkilerinin, kaygılı/ikircikli bağlanma ve kaçıngan bağlanma puanları yüksek olan SM'li çocuk ve annesi arasında da görüldüğü düşünülebilir. Bowlby (1977), ebeveynlerin, çocukta güvenli bağlanma örüntülerinin oluşması için yerine getirilmesi gereken iki temel unsur olduğunu belirtmektedir. Bunlardan ilki güvenli bir temel sağlamak, diğeri ise keşif davranışını teşvik etmektir. Burada önemli olan, ebeveynin çocuğun güvenli bir temele olan ihtiyacına ne şekilde yanıt verdiğidir. Ebeveynin, çocuğun bağlanma davranışlarını sezgisel olarak anlaması ve çocuğun bu ihtiyacına içtenlikle yanıt vermesi gerekmektedir. Ebeveynin çocuğun bağlanma arzusuna saygı duymasının tamamlayıcısı, onun hem akranlarıyla hem de diğer yetişkinlerle olan ilişkilerini keşfetme ve genişletme arzusuna saygı duymasıdır. Bu bağlamda bakıldığında, annenin kaygılı/ikircikli ya da kaçıngan bağlanma biçimine sahip olması, çocuğun ihtiyacı olan güvenli temelini sağlayamadığı ve çocuğun keşif davranışlarının sekteye uğradığı anlamına gelebilir. SM'li çocuğun belirli ortamlarda konuşmaması bir bakıma keşif davranışlarını dondurması ve annenin yokluğunda işlevsiz hale gelmesi olarak yorumlanabilir. Araştırmada elde edilen diğer bir bulgu ise, SM'li çocuğun depresif semptomları ile annenin kaçıngan bağlanma biçiminin anlamlı düzeyde ilişkili olmasıdır. SM'li çocuğun annesinin kaçıngan bağlanma özellikleri ile çocuğun dürtüsellik-hiperaktivite, somatizasyon, nesnel gerçekliğe uyumsuzluk, kayıp-ayrılık endişesi ve sosyal uyum boyutlarının ilişkili olduğu görülmüştür. Bu bulgular, annenin bağlanma biçiminin çocuğun ruhsallığı üzerinde etkili olduğunu kanıtlar niteliktedir. Bununla birlikte annenin kaygılı/ikircikli bağlanması ile SM'li çocuğun depresif semptomları arasında ilişki görülmemektedir. Sonuç olarak bulgular, kaçınmacı bağlanma biçiminin çocuğun semptom geliştirmesinde daha etkili olduğunu düşündürmüştür.

3.2.4 Annenin mizaç özelliklerine ait bulguların tartışılması

Mizaç özellikleri, ortaya çıkmış bir psikopatolojiye karşılık gelmemekle birlikte, duygusal bozuklukların psikolojik ve biyolojik temelleri olarak görülmektedir. Bu araştırmadan elde edilen bulgular, SM tanısı almış çocukların annelerinin "depresif

mizaç" ve "anksiyöz mizaç" puanlarının, kontrol grubu annelerinin aynı alt boyutlardan aldıkları puanlardan yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca, SM'li çocuğun depresif semptomları ile annenin mizaç özelliklerinin ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Annenin söz konusu mizaç özelliklerinin ruh halini, davranışlarını ve çocuğu ile ilişkisini etkilediği, SM'nin ve depresif semptomların ortaya çıkmasında etkili bir değişken olduğu düşünülmektedir.

SM'nin ebeveyn psikopatolojisi ile ilgili olduğunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmaların, genellikle ebeveynlerde depresyon ve anksiyeteye ilişkin sonuçlar ortaya koyduğu görülmektedir. Andersson ve Thomsen (1998), SM'li çocukların ebeveynlerinin %59'unda sosyal ortamlarda konuşma güçlüğü ve utangaçlık; %35'inde genellikle depresyon olmakla birlikte psikopatoloji görüldüğünü belirtmiştir. Remschmidt ve diğerleri (2001), SM'li çocukların ebeveynlerinde yüksek oranda psikopatolojik semptomlar olduğunu belirtmektedir. SM'li çocukların annelerinin %60'ında kronik depresyon, dürtü kontrolü eksikliği, nevrotik bozukluklar ve kişilik bozuklukları görüldüğünü raporlamıştır. Kristensen ve Torgersen (2001), SM tanısı almış çocukların annelerini kontrol grubuyla karşılaştırdıklarında, SM'li çocukların annelerinde büyük oranda utangaçlık ve sosyal kaygı öyküsü, kaçınma ve şizotipal davranışlar olduğunu tespit etmiştir. Steinhausen ve diğerleri (2006), ICD-10 kriterlerine göre SM'li çocukların ailelerinin %39,4'ünde psikiyatrik bozukluk olduğunu, %60,6'sında geçmiş psikiyatrik bozukluk öyküsü olduğunu belirtmiştir ancak bu çalışma psikiyatrik bozuklukların içeriğine dair bilgi sunmamıştır. Bu araştırmaların sonuçlarının, daha önce ebeveyn psikopatolojisi veya semptomlarını inceleyen çalışmalarla tutarlı olduğu görülmektedir.

Chavira ve diğerleri (2007), SM'li çocukların aileleriyle DSM-IV Eksen I Bozuklukları kapsamında yaptıkları klinik görüşmeler sonucunda, ebeveynlerin sosyal kaygı oranlarının kontrol grubu ebeveynlerinin sosyal kaygı oranlarından yüksek olduğunu tespit etmiştir. Bu çalışmada anne ve baba tek bir grupta değerlendirildiğinde, kontrol grubuyla anlamlı bir fark tespit edilmiştir ancak anne ve babalar ayrı ayrı değerlendirildiğinde, anneler için istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır. Alyanak ve diğerleri (2013), SM'li çocukların annelerinin ve babalarının psikolojik belirtilerini ölçen tüm boyutlarda kontrol grubundan yüksek puan aldıklarını ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların sadece SM'li çocukların babaları için geçerli olduğunu

raporlamıştır. Bununla birlikte, yazarlar, SM'li çocuğun duygusal ve davranışlar sorunlarının annenin psikopatolojisi ile ilişkili olduğunu ancak babanın psikopatolojisi ile ilişkili olmadığını tespit etmiştir. Benzer şekilde bu araştırmadan elde edilen veriler, SM'li çocuğun annesinin mizaç özelliklerinin, SM'li çocuğun depresif semptomlarını değerlendiren tüm boyutlarla ilişkili olduğunu göstermektedir.

4. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmada, 3-7 yaş arasındaki SM'li çocukların annelerinin ve kontrol grubu annelerinin kapsayıcı işlev düzeyleri, bağlanma biçimleri ve mizaç özellikleri arasında fark olup olmadığı incelenmiştir. Bununla birlikte, SM'li çocuklar ve kontrol grubu çocukları depresif semptomları bakımından karşılaştırılmış ve SM'li çocukların depresif semptomları ile annenin kapsayıcı işlev düzeyi, bağlanma biçimi ve mizacı arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma, yaşları 3 ile 7 arasında değişen SM tanısı almış 30 çocuk ile 30 kontrol grubu çocuğu ve bu çocukların anneleri ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın veri toplama süreci, Covid-19 pandemi dönemine denk geldiği için kamu kurumlarında yer alan çocuk psikiyatri servislerinden veri toplanamamıştır. Bu nedenle, SM tanısı almış çocuklara İstanbul'daki özel psikolojik danışmanlık merkezleri aracılığı ile ulaşılmıştır. DSM-V tanı kriterlerine göre SM tanısı almış çocuklar araştırmaya dahil edilmiştir. SM tanısı almış çocukların anneleri ile yüz yüze görüşme gerçekleştirilerek araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelerden anket formlarını yanıtlandırmaları istenmiştir. Kontrol grubundaki katılımcılara ise iki farklı yol izlenerek ulaşılmıştır. İlk olarak, araştırmacının çevresinde araştırmanın kriterlerine uyduğu düşünülen çocuklar ve annelerine ulaşılmış ve bu annelere araştırma hakkında bilgi verilerek çevrelerindeki potansiyel katılımcılara ulaşmaları istenmiştir. İkinci yol olarak, sosyal medya aracılığı ile duyurular yapılmış potansiyel katılımcılara ulaşılmaya çalışılmıştır. Kontrol grubu oluşturulurken katılımcıların, karıştırıcı değişkenlerin etkisini azaltmak için sosyo-demeografik özellikler bakımından SM grubuna benzer yapıda olmalarına dikkat edilmiştir. Araştırmaya katılım kriterlerini karşılayan çocuklar ve aileleri belirlendikten sonra annelerden online olarak hazırlanmış Conners Öğretmen Değerlendirme Ölçeğini çocukların öğretmenlerine ulaştırmaları istenmiştir. Conners Öğretmen Değerlendirme Ölçeği sonucuna göre klinik belirti göstermeyen çocuklar kontrol grubuna dahil edilmiştir. Kontrol grubundaki çocukların annelerine araştırmada kullanılan anketler online olarak ulaştırılmıştır. Araştırmanın verileri annelerin, Sosyo-demografik Bilgi Formu, Çocuk Depresif Belirti Ölçeği (ÇDBÖ), Ebeveyn-Çocuk Kapsayıcı İşlev Ölçeği (KİÖ), Memphis Pisa Paris San Diego Mizaç Değerlendirme Ölçeği (TEMPS-A) ve Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği'ne (EBBÖ) verdikleri yanıtlar

doğrultusunda elde edilmiştir. EBBÖ "kaygılı/ikircikli bağlanma" ve TEMPS-A "hipertimik mizaç", "irritabl mizaç" alt boyutlarından elde edilen veriler normal dağılım sağlamadığı için bu alt boyutların analizinde Mann Whitney U testi; elde edilen diğer tüm veriler normal dağılım sağladığı için t-testi kullanılmıştır. Gruplara ait değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için normal dağılım gösteren alt boyutlarda Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılım göstermeyen alt boyutlarda Spearman Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Araştırmada annenin ruhsal süreçlerine dair bulgular; SM'li çocukların annelerinin kapsayıcı işlev düzeyleri, bağlanma biçimleri ve mizaç özellikleri bakımından kontrol grubu annelerinden farklılaştığını göstermektedir. Çocukların depresif semptomlarına dair bulgular; SM'li çocukların "sosyal uyum", "kayıp-ayrılık endişesi", "bilişsel süreçlerde bozulma", "somatizasyon" ve "yıkıcılık-saldırganlık" düzeylerinin, kontrol grubundan anlamlı biçimde yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. SM'li çocukların depresif semptomları ve annenin ruhsal süreçleri arasındaki ilişkilere dair bulgular; SM'li çocukların depresif semptomlarının annenin kapsayıcı işlev düzeyi, bağlanma biçimi ve mizaç özellikleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular SM'li çocuklar ve ebeveynlerini inceleyen çalışmalar, vaka analizlerinin ortaya koyduğu bilgiler ve psikanalitik literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Sonuç olarak, bu araştırma SM'li çocukların annelerinin ruhsal özelliklerini kapsayıcı işlev, mizaç ve bağlanma boyutunda inceleyen ilk araştırma olduğundan elde edilen bulguların alana katkı sağlayacağı, SM ile ilgili yapılacak gelecek araştırmalara yol göstereceği düşünülmektedir.

Araştırma bulguları doğrultusunda elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

SM'li çocukların "sosyal uyum", "kayıp-ayrılık endişesi", "bilişsel süreçlerde bozulma", "somatizasyon" ve "yıkıcılık-saldırganlık" düzeylerinin kontrol grubundan yüksek olduğu tespit edilmiştir.

SM'li çocukların annelerinin depresif ve anksiyöz mizaç türlerine sahip olduğu, kapsayıcılık işlevlerinin düşük olduğu ve kaçıngan bağlanma biçimine sahip olduğu tespit edilmiştir.

SM'li çocukların depresif semptomları ile annelerinin kapsayıcılık işlevi, mizaç özellikleri ve bağlanma biçiminin ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda ileride yapılacak çalışmalara yönelik önerilere aşağıda yer verilmiştir.

Literatürde ampirik verilere dayanmayan, vaka çalışmalarından elde edilen bilgiler bu bozukluğun aile dinamikleri ve ebeveynlerin psikopatolojisi ile yakından ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Bununla birlikte, ampirik çalışmalar, SM'li çocukta görülen semptomlar ve ebeveyn özellikleri ile ilgili tutarsız sonuçlar ortaya koymuştur. Bu araştırma, SM'yi psikanalitik kuram çerçevesinde açıklamaya çalışan görece büyük bir örneklem grubuyla yapılmış, spesifik olarak annenin ruhsal süreçlerini ve SM'li çocuğun depresif semptomlarını inceleyen ilk araştırmadır. Bu nedenle bu araştırmanın, bu alanda yapılacak çalışmalara yol göstereceği ve fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

İleride yapılacak benzer çalışmaların, annenin ruhsal süreçlerini objektif veri toplama araçlarına ek olarak projektif yöntemler ile değerlendirmesinin araştırmanın güvenilirliğini arttıracağı düşünülmektedir. Bununla birlikte, babanın ruhsal süreçleriyle ilgili yapılacak benzer bir çalışmanın SM'yi anlamak ve babalık işlevinin bozukluk üzerindeki etkisini görmek için faydalı olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmada SM'li çocuğun depresif semptomları ile annenin ruhsal süreçleri arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. İleride yapılacak benzer araştırmalarda SM'li çocuğun semptomları ile ebeveynlerin ruhsal süreçlerini arasındaki ilişkiyi resgresyon analizi ile incelemenin faydalı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Abraham, K. (1911). Notes on the psycho-analytical investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. *Selected Papers of Karl Abraham* (s. 137-156). içinde London: Hogarth Press.

Abraham, K. (1924). A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders. *Selected Papers of Karl Abraham* (s. 418-501). içinde Hogarth Press.

Afnan, S., ve Carr, A. (1989). Interdisciplinary treatment of a case of elective mutism. *British Journal of Occupational Therapy, 52*(2), 61-66. doi:https://doi.org/10.1177/030802268905200210

Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyonf infancy. *American Psychologist, 44*(4), 709-716. doi: https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709

Ainsworth, M. S., ve Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development, 41*(1), 49-67. doi:https://doi.org/10.2307/1127388

Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., ve Wall, S. N. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Akdeniz, F., Kesebir, S., Vahip, S., ve Gönül, A. S. (2004). Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı? *Türk Psikiyatri Dergisi, 15*(3), 183-190.

Akiskal, H. S., Hirschfeld, R. M., ve Yerevanian, B. I. (1983). The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry, 40*(7), 801-810. doi:10.1001/archpsyc.1983.01790060099013

Alyanak, B., Kılınçaslan, A., Harmancı, H. S., Demirkaya, S. K., Yurtbay, T., ve Vehid, H. E. (2013). Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and

behavioral problems in children with selective mutism. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 9-15. doi:https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.10.001

Ambrosino, S. V., ve Alessi, M. (1979). Elective mutism: Fixation and the double bind. *The American Journal Of Psychoanalysis, 39*(3), 251-256. doi:https://doi.org/10.1007/BF01253570

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (third edition).* Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition-revised.* Arlington, VA: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fourth edition).* Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fifth Edition).* Washington, DC.: American Psychiatric Association.

Andersson, C. B., ve Thomsen, P. H. (1998). Electively mute children: An analysis of 37 Danish cases. *Nordic Journal of Psychiatry, 52*(3), 231-238. doi: https://doi.org/10.1080/08039489850139157

Anstendig, K. (1998). Selective mutism: A review of the treatment literature by modality from 1980–1996. *Psychotherapy: Theory, research, practice, and training, 35*, 381-391. doi: https://doi.org/10.1037/h0087851

Anstendig, K. D. (1999). Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. *Journal of Anxiety Disorders, 13*(4), 417-434. doi:https://doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00012-2

Anthony, E. J. (1977). Nonverbal and verbal systems of communication: a study in complementarity. *Psychoanalytic Study of the Child, 32*, 307-325. doi: https://doi.org/10.1080/00797308.1977.11822343

Arlow, J. A. (1961). Silence and the theory of technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 6*, 44-55. doi:https://doi.org/10.1177/000306516100900103

Atoynatan, T. H. (1986). Elective mutism: involvement of the mother in the treatment of the child. *Child Psychiatry and Human Development, 17*(1), 15-27. doi:https://doi.org/10.1007/BF00707910

Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., ve Demirel, F. (2011). *Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri.* Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Bergman, R. L., Piacentini, J., ve McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(8), 938-946. Doi:https://doi.org/10.1097/00004583-200208000-00012

Bion, W. R. (1962). *Yaşayarak öğrenmek.* (ç. G. (Learning from Experience, Dü.) İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Black, B., ve Uhde, T. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*(6), 1090-1094. doi: https://doi.org/10.1097/00004583-199211000-00015

Black, B., ve Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*(7), 847-856. doi:https://doi.org/10.1097/00004583-199507000-00007

Blos, P. (1972). Silence: A clinical exploration. *The Psychoanalytic Quarterly, 41*(3), 348-363. Doi: https://doi.org/10.1080/21674086.1972.11926602

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Volume I: Attachment.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds I. aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *The British Journal of Psychiatry, 130*, 201-210. doi:https://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry, 52*(4), 664-678. doi:https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x

Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development.* New York: Basic Books.

Browne, E., Wilson, V., ve Laybourne, P. C. (1963). Diagnosis and treatment of elective mutism in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*(2), 605-617. doi:https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)62011-2

Buzzella, B. A., Ehrenreich-May, J., ve Pincus, D. (2011). Comorbidity and family factors associated with selective mutism. *Child Development Research, 2011*, 1-9.

Carbone, D., Schmidt, L. A., Cunningham, C. C., McHolm, A. E., Edison, S., Pierre, J. S., ve Boyle, M. H. (2010). Behavioral and socio-emotional functioning in children with selective mutism: A comparison with anxious and typically developing children across multiple informants. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*, 1057-1067. doi:https://doi.org/10.1007/s10802-010-9425-y

Carlson, J. S., Kratochwill, T. R., ve Johnston, H. (1994). Prevalence and treatment of selective mutism in clinical practice. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 4*(4), 281-291. doi:https://doi.org/10.1007/978-0-387-79061-9_968

Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., ve Stein, M. B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: All in the family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(11), 1464-1472. doi:https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318149366a

Chethik, M. (1973). The intensive treatment of an elective mute. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 12*(3), 482-498. doi:https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61258-9

Coşkun, K. Ş. (2011). Hızlı döngülü bipolar I hastalarının afektif mizaç özellikleri. *Kocatepe Tıp Dergisi, 12*(2), 86-94.

Cohan, S. L., Chavira, D. A., ve Stein, M. B. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(11), 1085-1097. doi:https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x

Cotter, A., Todd, M., ve Brestan-Knight, E. (2018). Parent–Child interaction therapy for children with selective mutism (PCIT-SM). *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy*, 113-128. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-319-97698-3_8

Crumley, F. (1990). The masquerade of mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 318-3019.

Cunningham, C. E., McHolm, A. E., ve Boyle, M. H. (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *European Child & Adolescent Psychiatry, 15*, 245-255. doi:https://doi.org/10.1007/s00787-006-0529-4

Cunningham, C. E., McHolm, A. E., Boyle, M., ve Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(8), 1363-1372. doi:https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00327.x

Dow, S. P., Sonies, B. C., Scheib, D., Moss, S. E., ve Leonard, H. L. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*(7), 836-846. doi:https://doi.org/10.1097/00004583-199507000-00006

Driessen, J., Blom, J. D., Muris, P., Blashfield, R., ve Molendijk, M. (2020). Anxiety in Children with Selective Mutism: A Meta-analysis. *Child Psychiatry & Human Development, 51*, 330-341. doi:https://doi.org/10.1007/s10578-019-00933-1

Dummit, E. S., Tancer, N. K., Asche, B., Martin, J., ve Fairbanks, J. A. (1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 653-660. doi:https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195135947.003.0015

Edison, S. C., Evans, M. A., McHolm, A. E., Cunningham, C. E., Nowakowski, M. E., Boyle, M., ve Schmidt, L. A. (2011). An investigation of control among parents of selectively mute, anxious, and non-anxious children. *Child Psychiatry & Human Development, 42*(3), 270-290. doi:https://doi.org/10.1007/s10578-010-0214-1

Elizur, Y., ve Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 1451-1459. doi:https://doi.org/10.1097/00004583-200312000-00012

Elson, A., Pearson, C., Jones, C. D., ve Schumacher, E. (1965). Follow-up study of childhood elective mutism. *Archives of General Psychiatry, 13*, 182-187. doi:10.1001/archpsyc.1965.01730020084010

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

Erol, E., Zabcı, N., ve Şimşek, Ö. F. (2020). Çocuk depresif belirti değerlendirme ölçeği geliştirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 21*(2), 14-20.

Ferenczi, S. (1916). *Sex in psycho-analysis : contributions to psycho-analysis.* Boston: R. G. Badger.

Fliess, R. (1949). Silence and verbalization: A supplement to the theory of the 'analytic rule'. *The International Journal of Psycho-Analysis, 30*(21-30).

Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carlson, J., ve Kratochwill, T. R. (1998). Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly, 13*(3), 192-227.

Freud, S. (1912). The dynamics of transference. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works*, 97-108.

Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works* (s. 237-258). içinde

Gürbüz, S., ve Şahin, F. (2016). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri.* Seçkin Yayıncılık.

Gensthaler, A., Khalaf, S., Ligges, M., Kaess, M., Freitag, C. M., ve Schwenck, C. (2016). Selective mutism and temperament: the silence and behavioral inhibition to the unfamiliar. *European Child and Adolescent Psychiatry, 25*(10), 1113-1120. doi:https://doi.org/10.1007/s00787-016-0835-4

George, D., ve Mallery, P. (2012). *IBM SPSS statistics 19 step by step.* Boston: Allynand Bacon.

Giddan, J. J., Ross, G. J., Sechler, L. L., ve Becker, B. R. (1997). Selective mutism in elementary school: multidisciplinary interventions. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 28*, 127-133. doi:https://doi.org/10.1044/0161-1461.2802.127

Goll, K. (1979). Role structure and subculture in families of elective mutists. *Family Process, 18*, 55-58. doi:https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1979.00055.x

Green, A. (1986). *On Private Madness.* London: The Hogarth Press Ltd.

Hayden, T. L. (1980). Classification of elective mutism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 19*, 118-133. doi:https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60657-9

Hazan, C., ve Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psycholog, 52*(3), 511-524. doi:https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511

Hesselman, S. (1983). Elective mutism in children 1877-1981. A literary summary. *Acta Paedopsychiatr: International Journal of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(6), 297-310.

Hooper, S. R., ve Linz, T. D. (1992). Elective mutism. S. R. Hooper, G. W. Hynd, & R. E. Mattison içinde, *Child psychopathology: Diagnostic criteria and clinical assessment* (s. 409-460). Hillsdale New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Jacobsen, T. (1995). Case study: Is selective mutism a manifestation of dissociative identity disorder? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*(7), 863-866. doi:https://doi.org/10.1097/00004583-199507000-00009

Karakaya, I., Şişmanlar, Ş. G., Öç, Ö. Y., Memik, N. Ç., Coşkun, A., Ağaoğlu, B., ve Yavuz, C. I. (2008). Selective mutism. A school-based cross-sectional study from Turkey. *European Child and Adolescent Psychiatry, 17,* 114-117. doi:https://doi.org/10.1007/s00787-007-0644-x

Kayaalp, L. (2-3 Aralık 1999). Çocuk ve ergende depresyon. Engin Eker (Ed), *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu,* (s. 59-61). İstanbul. Erişim Tarihi: 07.10.2022. http://nek.istanbul.edu.tr:4444/ekos/KITAP/2000-00310.pdf

Kesebir, S., Kökçü, F., ve Dereboy, F. (2012). Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *New/Yeni Symposium Journal, 50*(2), 99-104.

Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *International Journal Of Psychoanalysis, 16,* 145-174.

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *Journal of Psychoanalysis, 27,* 99-110.

Kolvin, I., ve Fundudis, T. (1981). Elective mute children: Psychological, development, and background factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 22*, 219-232. doi:https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1981.tb00548.x

Kopp, S., ve Gilberg, C. (1997). Selective mutism: A population- based study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 257-262. doi:https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01859.x

Kratochwill, T. (1981). *Selective mutism implications for research and treatment.* London: Psychology Press.

Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(2), 249-256. doi:10.1097/00004583-200002000-00026

Kristensen, H. (2001). Multiple informants' report of emotional and behavioural problems in a nation-wide sample of selective mute children and controls. *European Child & Adolescent Psychiatry, 10*, 135-142. doi:10.1007/s007870170037

Kristensen, H., ve Torgersen, S. (2001). MCMI-II personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism: A case-control study. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 648-652. doi:https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.648

Kristensen, H., ve Torgersen, S. (2002). A case-control study of EAS child and parental temperaments in selectively mute children with and without a co-morbid communication disorder. *Nordic Journal of Psychiatry, 56*(5), 347-353. doi:https://doi.org/10.1080/080394802760322114

Kristensen, H., Oerbeck, B., ve Manassis, K. (2019). Selective mutism. S. Compton, M. A. Villabo , & H. Kristensen, *Pediatric anxiety disorders* içinde (s. 225-250). London: Academic Press

Krolian, E. B. (1988). "Speech is silvern, but silence is golden": Day hospital treatment of two electively mute children. *Clinical Social Work Journal, 16*(4), 355-377.

Krysanski, V. L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 137*(1), 29-40. doi:https://doi.org/10.1080/00223980309600597

Kumpulainen, K., Rasanen, E., Raaska, H., ve Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child and Adolescent Psychiatry, 7*, 24-29. doi:https://doi.org/10.1007/s007870050041

Laybourne, P. C. (1979). Elective mutism. J. D. Noshpitz içinde, *In Basic Handbook of Child Psychiatry* (s. 475-481). New York: Basic Books.

Lesser-Katz, M. (1986). Stranger reaction and elective mutism in young children. *American Journal of Orthopsychiatry, 56*, 458-469. doi:https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1986.tb03477.x

Levy, K. (1958). Silence in the analytic session. *In International Journal of Psycho-Analysis, 39*, 50-58.

Lewis, M. (2002). *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook, 3rd edition.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

Main, M., Kaplan, N., ve Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, childhood, and adulthood: A Move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*(1/2), 66-104. doi:https://doi.org/10.2307/3333827

Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L., Fiksenbaum, L., ve Mclnnes, A. (2003). Characterizing selective mutism: Is it more than social anxiety? *Depression and Anxiety, 18*(3), 153-161. doi:https://doi.org/10.1002/da.10125

Manassis, K., Tannock, R., Garland, J., Minde, K., McInnes, A., ve Clark, S. (2007). The sounds of silence: Language, cognition, and anxiety in selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(9), 1187-1195. doi: 10.1097/CHI.0b013e318076b7ab

McInnes, A., Fung, D., Manassis, K., Fiksenbaum, L., ve Tannock, R. (2004). Narrative skills in children with selective mutism: An exploratory study. *American Journal of Speech-Language Pathology, 13*, 304-315. doi:https://doi.org/10.1044/1058-0360(2004/031)

Meijer, A. (1979). Elective mutism in children. *Israel Annals of Psychiatry & Related Disciplines, 17*(2), 93-100.

Melfsen, S., Walitza, S., ve Warnke, A. (2006). The extent of social anxiety in combination with mental disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry, 15*, 111-117. doi:https://doi.org/10.1007/s00787-006-0510-2

Meyers, S. V. (1984). Elective mutism in children: A family systems approach. *The American Journal of Family Therapy, 12*(4), 39-46. doi:https://doi.org/10.1080/01926188408250196

Milić, M. I. (2015). *The Nature of the Anxiety in Children with Selective Mutism.* NSW, Australia: Macquarie University.

Miller, R. (1979). Language acquisition. *Basic Handbook of Child Psychiatry, 1*, 127-143.

Monzo, M. P., Micotti, S., ve Rashid, S. (2015). The mutism of the mind: child and family therapists at work with children and families suffering with selective mutism. *Journal of Child Psychotherapy, 41*(1), 22-40. doi:https://doi.org/10.1080/0075417X.2015.1005385

Muris, P., ve Ollendick, T. H. (2015). Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychology Review, 18*(2), 151-169. doi:https://doi.org/10.1007/s10567-015-0181-y

Nowakowski, M. E., Tasker, S. L., Cunningham, C. E., McHolm, A. E., Edison, S., Pierre, J. S., vd. (2011). Joint attention in parent-child dyads involving children with selective mutism: A comparison between anxious and typically developing

children. *Child Psychiatry & Human Development, 42*(1), 78-92. doi:https://doi.org/10.1007/s10578-010-0208-z

Oerbeck, B., Stein, M. B., Wentzel-Larsen, T., Langsrud, Ø., ve Kristensen, H. (2014). A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism – defocused communication and behavioural techniques. *Child and Adolescent Mental Health, 19*(3), 192-198. doi:https://doi.org/10.1111/camh.12045

Özgörüş, Z. (2021). *Yetişkinlerde erken dönem uyum bozucu şemalar, mizaç ve yeme tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayın no: 692944). [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Aydın Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Parker, E. B., Olsen, T. F., ve Throckmorton, M. C. (1960). Social casework with elementary school children who do not talk in school. *Social Work, 5*, 64-70.

Pitlick, J. L. (1994). When there are no words from the patient: beginning work with a child who would not speak in analysis. *Child Analysis, 5*, 109-128.

Porjes, M. D. (1992). Intervention with the selectively mute child. *Psychology in the Schools, 29*, 367-376. doi:https://doi.org/10.1002/1520-6807(199210)29:4<367::AID-PITS2310290410>3.0.CO;2-0

Pustrom, E., ve Speers, R. W. (1964). Elective mutism in children. *Journalof theAmerican Academy of Child Psychiatry, 3*, 287-297. doi:https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61923-3

Radford, P. (1977). A Psychoanalytically-based therapy as the treatment of choice for a six-year-old elective mute. *Journal of Child Psychotherapy, 4*(3), 49-65. doi:https://doi.org/10.1080/00754177708254973

Reed, G. F. (1963). Elective mutism in children: A re-appraisal. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 4*, 99-107. doi:https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1963.tb02059.x

Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., ve Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 251*, 284-296. doi:https://doi.org/10.1007/PL00007547

Ruzicka, B. B., ve Sackin, H. D. (1974). Elective mutism: The impact of the patient's silent detachment upon the therapist. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 13*(3), 551-561.

Sönmez, B. A. (2011). Çocuk depresyonunun projektif testler ve WÇZÖ-R ile değerlendirilmesi. *Yayınlanmış doktora tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.

Sabbadini, A. (1991). Listening to silence. *British Journal of Psychotherapy, 7*(4), 406-415. doi:https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.1991.tb01145.x

Sayın, A., ve Aslan, S. (2005). Duygudurum bozuklukları ile huy, karakter ve kişilik ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 16*(4), 276-283.

Schwartz, R. H., Freedy, A. S., ve Sheridan, M. J. (2006). Selective mutism: Are primary care physicians missing the silence? *Clinical Pediatrics, 45*, 43-48. doi:https://doi.org/10.1177/000992280604500107

Scott, S., ve Beidel, D. C. (2011). Selective mutism: An update and suggestions for future research. *Current Psychiatry Reports, 13*, 251-257. doi:https://doi.org/10.1007/s11920-011-0201-7

Shafii, M. (1973). Silence in the service of the ego: psychoanalytic study of meditation. *International Journal of Psychoanalysis, 54*, 431-443.

Sharkey, L., ve McNicholas, F. (2008). 'More than 100 years of silence', elective mutism: A review of the literature. *European Child and Adolescent Psychiatry, 17*, 255-263. doi:https://doi.org/10.1007/s00787-007-0658-4

Sharp, W. G., Sherman, C., ve Gross, A. M. (2007). Selective mutism and anxiety: A review of the current conceptualization of the disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 568-579. doi:https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.07.002

Sharpe, E. F. (1940). Psycho-Physical problems revealed in language: An examination of metaphor. *International Journal of Psychoanalysis, 21*, 201-213.

Shreeve, D. F. (1991). Elective mutism: Origins in stranger anxiety and selective attention. *Bulletin of the Menninger Clinic, 55*, 491-504.

Stein, M. B., Yang, B.-Z., Chavira, D. A., Hitchcock, C. A., Sung, S. C., Shipon-Blum, E., ve Gelernter, J. (2011). A common genetic variant in the neurexin superfamily member CNTNAP2 is associated with increased risk for selective mutism and social anxiety-related traits. *Biological Psychiatry, 69*(9), 825-831. doi:https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.11.008

Steinhausen, H.-C., ve Juzi, C. (1996). Elective Mutism: An Analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 606-614. doi:https://doi.org/10.1097/00004583-199605000-00015

Steinhausen, H.-C., Wachter, M., Laimbock, K., ve Metzke, C. W. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(7), 751-756. doi:https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01560.x

Stone, B. P., Kratochwill, T. R., Sladezcek, I., ve Serlin, R. C. (2002). Treatment of selective mutism: Abest-evidence synthesis. *School Psychology Quarterly, 17*(2), 168-190. doi:https://doi.org/10.1521/scpq.17.2.168.20857

Subak, M. E., West, M., ve Carlin, M. (1982). Elective mutism: An expression of family psychopathology. *International Journal of Family Psychiatry, 3*(3), 332-344.

Tamar, M., ve Özbaran, B. (2004). Çocuk ve ergenlerde depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 7*(2), 84-92.

Vasilyeva, N. (2013). Significant factors in the development of elective mutism: A single case study of a 5 years-old girl. *British Journal of Psychotherapy, 29*(3), 373-388.

Vecchio, J. L., ve Kearney, C. A. (2005). Selective mutism in children: Comparison to youths with and without anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and*

Behavioral Assessment, 27, s. 31-37. doi:https://doi.org/10.1007/s10862-005-3263-1

Vecchio, J., ve Kearney, C. A. (2009). Treating youths with selective mutism with an alternating design of exposure-based practice and contingency management. *Behavior Therapy, 40*(4), 380-392. doi:https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.005

Viana, A. G., Beidel, D. C., ve Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review, 29*, 57-67. doi:https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.009

Watternick, J., ve Vedder, R. (1965). Einige faelle von thymogenem mutismus bei jungen kindern und seine behandlung. *Zeitschrift fur Kinderpsychiatrie, 45*, 368-369.

Weinberger, J. L. (1964). The silence triad: silence, masochism and depression. *The International Journal of Psycho-analysis, 45*, 304-311.

Weinstein, L. (2002). Language, transference, and the developmental context in child analysis. *The Psychoanalytic Study of the Child, 57*(1), 355-373. doi:https://doi.org/10.1080/00797308.2002.11800699

Weisman, A. D. (1955). Silence and psychotherapy. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes, 18*, 241-260. doi:https://doi.org/10.1080/00332747.1955.11023010

Wilkens, R. (1985). A comparison of elective mutism and emotional disorders in children. *British Journal of Psychiatry, 146*, 198-203. doi:https://doi.org/10.1192/bjp.146.2.198

Winnicott, D. W. (1956). Birincil annelik tasası. *Psikanaliz Yazıları 4, Dürtü* (A. Salgın, s. 101-107). içinde İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis, 41*, 585-595.

Wong, P. (2010). Selective mutism: A review of etiology, comorbidities, and treatment. *Psychiatry Edgemont, 7*(3), 23-31.

World Health Organization. (1990). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Edition.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2020). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Edition.* Geneva: World Health Organization.

Wright, H. L. (1968). A clinical study of children who refuse to talk in school. *Journal of the American Academy of Child, 7*, 603-617. doi:https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)62183-X

Yanof, J. A. (1996). Language, communication, and transference in child analysis: I. Selective mutism: The medium is the message. II. Is child analysis really analysis? *Journal of the American Psychoanalytic Association, 44*, 79-116. doi:https://doi.org/10.1177/000306519604400105

Yeganeh, R., Beidel, D. C., Turner, S. M., Pina, A. A., ve Silverman, W. K. (2003). Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: An investigation of childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(9), 1069-1075. doi:https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000070262.24125.23

Yeganeh, R., Beidel, D., ve Turner, S. M. (2006). Selective mutism: More than social anxiety? *Depression and Anxiety, 23*, 117-123. doi:https://doi.org/10.1002/da.20139

Young, B. J., Bunnell, B. E., ve Beidel, D. C. (2012). Evaluation of children with selective mutism and social phobia: A comparison of psychological and psychophysiological arousal. *Behavior Modification, 36*(4), 525-544. doi:https://doi.org/10.1177/0145445512443980

Zabcı, N. (2011). Seçici konuşmamazlık. *Yansıtma: Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi*(14), 51-61.

Zabcı, N. (2020). Çocukluk çağı depresyonu: Psikanalitik yaklaşım. *Psikanaliz Defterleri 5, Çocuk ve ergen Çalışmaları* (s. 133-147). içinde İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.

Zabcı, N., Erol, E., ve Şimşek, Ö. F. (2018). Ebeveyn çocuk kapsayıcı işlev ölçeği geliştirme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 8*(51), 190-212.

Zeligs, M. A. (1961). Its role in transference, countertransference and the psychoanalytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 9*(1), 7-43. doi: https://doi.org/10.1177/000306516100900102

EKLER

Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırma, Dr. Öğretim Üyesi Neslihan ZABCI danışmanlığında, T.C. Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Psikolog Buket İŞÇEN tarafından yüksek lisans tez çalışması kapsamında yapılmaktadır. Araştırmanın amacı, yaşları 3-7 arasında değişen Selektif Mutizm tanısı almış çocuklar ile herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip olmayan çocukların depresif semptomlarını değerlendirmek ve her iki grupta yer alan çocukların annelerinin psikolojik profillerini incelemektir.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına sahipsiniz. Araştırmanın amacına ulaşması için sizden istenen, size ilettiğimiz formlardaki sorulara eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları vermenizdir. Bu araştırma için toplanan veriler sadece bilimsel yayımlarda kullanılacak olup kişisel bilgilerinize (isim, soyad vb.) yer verilmeyecektir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir.

Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda bulunan, araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları bütünüyle anladım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmeme gerek olmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuz sonucu olmayacağını anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğim doğrultusunda, hiçbir baskı ve telkin altında kalmadan katılmayı kabul ediyorum.

İmza

Ek-2: Sosyo-Demografik Bilgi Formu

ÇOCUK HAKKINDA BİLGİLER

Doğum Tarihi:

Yaşı:

Cinsiyeti:

Kız Çocuk ☐ Erkek Çocuk ☐

Kardeş Sayısı:

Tek Çocuk ☐ 1 Kardeş ☐ 2 Kardeş ☐ 3 Kardeş ☐

Psikiyatrik Tanı:

ANNE HAKKINDA BİLGİLER

Yaşı:

Öğrenim Düzeyi:

Lise ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Lisansüstü ☐

Çalışma Durumu:

Çalışıyor ☐ Çalışmıyor ☐

Medeni Durumu:

Evli ☐ Boşanmış ☐

Ek-3: Çocuk Depresif Belirti Ölçeği (ÇDBÖ)

Aşağıda, çocuğunuzla ilgili bazı duygu ve davranışlara ilişkin ifadeler yer almaktadır. Çocuğunuzla genel durumunu göz önüne alarak, aşağıdaki derecelendirmeye göre ifadeleri cevaplayınız. 1----------2----------3----------4----------5 Hiçbir zaman Nadiren Ara sıra Sık sık Her zaman					
1. Ağlama krizleri geçirir.	1	2	3	4	5
8. Cilt sorunları yaşar, egzama, saç dökülmesi, kızarıklık gibi	1	2	3	4	5
21. Sosyal ortama (okul, park, kişiler…) ilgilidir, başkalarıyla iletişim kurar.	1	2	3	4	5
29. Hayal dünyasında yaşar.	1	2	3	4	5
53. İnsanların yüzüne bakamaz, onun için iletişim kurmak zordur.	1	2	3	4	5

Ek-4:Ebeveyn Çocuk Kapsayici İşlev Ölçeği (KİÖ)

Aşağıda, çocuğunuzla ilgili bazı duygu ve davranışlara ilişkin ifadeler yer almaktadır. Çocuğunuzla genel durumunu göz önüne alarak, aşağıdaki derecelendirmeye göre ifadeleri cevaplayınız. 1----------2----------3----------4----------5 Hiçbir zaman Nadiren Ara sıra Sık sık Her zaman					
1. Çocuğumdan ayrılmak benim için zordur.	1	2	3	4	5
4. Çocuğum ağladığında susması için ne istiyorsa yaparım.	1	2	3	4	5
26. Çocuğum olumsuz davranışlarda bulunduğunda ona beni üzdüğünü söylerim.	1	2	3	4	5
30. Eşimle aramda yakın bir bağ vardır.	1	2	3	4	5

Ek-5: Erişkin Bağlama Biçemi Ölçeği (EBBÖ)

Aşağıdaki ifadelerden size en yakın geleni Doğru (D) veya Yanlış (Y) olarak işaretleyin.

	Doğru	Yanlış
1. Kendimi rahat bırakıp başka insanlara bağlanmak zor gelir.		
7. Sıklıkla terk edilme kaygıları yaşamam.		
18. Sıklıkla birlikte olduğum kişi ile onun kendini rahat hissettiğinden daha yakın olmak isterim.		

Ek-6: Memphis Pisa Paris San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi(TEMPS-A)

Lütfen her cümleyi dikkatle okuduktan sonra yaşamınızın büyük bir bölümü için size uyup uymadığına karar verin. "Nasıl birisi olduğunuzu, çevrenizdeki insanların sizi nasıl anlattığını, çocukluğunuzda ve gençliğinizde nasıl birisi olduğunuzu, bu özelliklerin sizin huyunuzu suyunuzu anlatıp anlatmadığını" düşünerek: Eğer cümle size "kesinlikle uyuyorsa" (D) Doğru'yu daire içine alınız. Eğer cümle size "tam olarak uymuyorsa" ya da "yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa" (Y) Yanlış'ı daire içine alınız. Her cümleyi "Doğru" ya da "Yanlış" olarak cevaplayınız. Lütfen boş bırakmayınız. Bu cümlelerin herkes için geçerli doğru ya da yanlış cevabı yoktu. Size uyan cevabı işaretleyiniz.		
1. Üzgün, mutsuz bir insanım.	**D**	**Y**
27. Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gider gelirim.	**D**	**Y**
54. Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissederim.	**D**	**Y**
67. İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.	**D**	**Y**
99. Ani sesler beni kolayca irkiltir.	**D**	**Y**

Ek-7: T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ÖZGEÇMİŞ

Buket İŞÇEN

Eğitim

Derece	Yıl	Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı
Yüksek Lisans	2023	Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Programı
Lisans	2018	Maltepe Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Sosyoloji Bölümü (Onur Öğrencisi)
	2018	Maltepe Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Bölümü (Yüksek Onur Öğrencisi) / Çift Anadal Programı

Alınan Burs ve Ödüller

Yıl	Burs/Ödül
2014	%100 YÖK Eğitim Bursu