TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ENKOPREZİS TANISI ALAN ÇOCUKLARIN KOMORBİD PSİKOPATOLOJİLERİ, AİLE ÖZELLİKLERİ, ANNE-BABALARININ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE PSİKİYATRİK BELİRTİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Ömer Faruk AKÇA

ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayla AYSEV

Ankara 2009

TEŞEKKÜR

Mesleki eğitimimin en önemli süreçlerinden birisi olan uzmanlık eğitimimde çok değerli katkılarını esirgemeyen, bizlere kendimizi değerli hissettiren ve eğitimimizin her aşamasında yol gösteren değerli hocalarım Prof. Dr. Efser Kerimoğlu, Prof. Dr. Ayla Aysev, Prof. Dr. Melda Akçakın, Prof. Dr. Neşe Erol, Prof. Dr. Emine Kılıç, Prof. Dr. Runa Uslu, Doç. Dr. Birim Günay Kılıç'a, ayrı ayrı teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin ve eğitimimin tüm aşamalarında desteğini ve rehberliğini her zaman çok yakın olarak hissettiğim çok değerli tez danışmanım, aynı zamanda Anabilim Dalı başkanımız Prof. Dr. Ayla Aysev hocama ayrıca teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamda desteklerinden dolayı uzmanımız Dr. Kağan Gürkan'a, uzman psikolog İrem Öker Aycan'a, Dr. Ayhan Bilgiç'e,

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve asistanlarına,

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı asistanlarından, Dr. Reşat Duman ve Rahmi Duman'a,

Bu çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm çocuklara ve ailelerine,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm değerli çalışma arkadaşlarıma,

Eğitimime katkıda bulunan Psikiyatri Anabilim Dalı ve Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı öğretim üyelerine,

Tanıdığımdan beri hayatımın her aşamasında hep yanımda duran sevgili eşim Müzeyyen'e,

Hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen aileme,

teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR…….....ii
İÇİNDEKİLER……iii
GİRİŞ VE AMAÇ……1
GENEL BİLGİLER…….....4
YÖNTEM……...20
BULGULAR……..28
TARTIŞMA……....57
SONUÇ VE ÖNERİLER……74
ÖZET……76
SUMMARY……...78
KAYNAKLAR……...80
EKLER……..88

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Enkoprezis, çocukluk çağında sık karşılaşılan, hem çocuk hem de aile için büyük bir stres kaynağı olan, her iki tarafın da ruhsal durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilen bir bozukluktur. Bu bozukluktan bazı biyolojik ve gelişimsel mekanizmalar sorumlu olabileceği gibi, psikososyal ve ailesel faktörler de bozukluğun oluşumunda ve sürdürülmesinde etkili olabilmektedirler.

DSM IV'e göre (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) Enkoprezis, dört yaşından daha büyük çocuklar için üç aydan daha uzun bir süre boyunca ayda en az bir kez dışkısını (istemli ya da istemsiz) uygun olmayan yerlere yapma olarak tanımlanmıştır. Enkoprezis'in gelişme nedenlerini belirlemek amacı ile yapılan bazı çalışmalar anal tonus azalması ve rektum hacminin artması gibi fizyolojik mekanizmaların önemini vurgularken, bazı araştırmalar ise bozukluğun psikososyal ve ailesel faktörlerle ilişkisi üzerinde durmuştur (Mikkelsen 2002). Enkoprezis genellikle çocukların bir stres faktörüne maruz kalması sonucu oluşmakta (Butler 2008), bunu izleyen aşamada ise çocuk-ebeveyn ilişki bozulmaktadır. (Collis ve ark.2007). Bu durum, Enkoprezis'in oluşmasında psikososyal ve ailesel bazı faktörlerin, ne derece etkili olduğunu göstermektedir.

Çocuğun doğduğu andan itibaren etkileşime girdiği en önemli çevre ailesidir. Aile çocuğun ruhsal gelişimini ve davranışlarını biçimlendirerek yönlendirir. Psikososyal gelişim ailede doğumdan itibaren kurulan ilişkilerle başlar. Giderek çocuk, akranlarıyla ve diğer yetişkinlerle de iletişim kurar, içinde bulunduğu toplumun değerlerini, geleneklerini, sosyal tutumlarını benimseyip, kendi deneyimleriyle de birleştirerek nasıl davranacağını öğrenir.

Son dönemlerde Enkoprezis ile ilgili çalışmalarda daha çok fizyolojik mekanizmalar ve davranışçı yöntemler üzerine yoğunlaşılmıştır. Ancak psikososyal zorlayıcı faktörlerin ve aile ortamındaki olumsuzlukların sürdüğü olgularda sadece fizyolojik ve davranışçı yöntemlerle tedaviye yeterli yanıtın elde edilemeyeceği açıktır.

Aile desteği yetersiz olan ve psikososyal zorlukları bulunan çocukların psikiyatrik tedaviye yanıtları diğer çoçuklara göre daha kötü olmaktadır

(Culbert ve ark. 2007, Drossman 2000). Ayrıca bazı çalışmalar (Loening-Baucke 2002) Enkoprezis'e eşlik eden bozukların tedaviye yanıtı olumsuz etkilediğini bildirmektedir. Bu nedenle Enkoprezis ile ilgili araştırmalarda çocuğun ruhsal durumunun, Enkoprezis'e eşlik eden diğer bozuklukların, aile özelliklerinin ve çocuğun içinde yaşadığı ortamın da değerlendirilmesi gerekmektedir. Literatürde (Joinson ve ark.2008, Kayaalp ve Akçaoğlu 1995, Özdemir ve ark.2005, Lisboa ve ark.2008) bu konuda bazı çalışmalar yapılmış olmakla birlikte bu yöndeki çalışmaların hem az sayıda olduğu, hem de bazı sorulara yanıt veremediği görülmektedir. Bu araştırmaların daha çok anne-çocuk ilişkisine ve tuvalet eğitimi dönemine odaklandığı, babanın etkisi ve aile işlevlerini değerlendiren araştırma sayısının sınırlı olduğu, birçoğunda da kontrol grubu kullanılmadığı dikkati çekmektedir.

Bu araştırmada Enkoprezis tanısı olan çocukların eş psikiyatrik tanıları, anne ve babalarının kişilik özellikleri, psikiyatrik semptom şiddetleri ve aile özellikleri araştırılmıştır. Taranan literatürde hem çocukta psikiyatrik eş tanılar, hem de anne-baba ve ailenin özelliklerini bir arada değerlendiren, aynı zamanda kontrol grubu ile karşılaştıran başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

1.1 Amaç

Enkoprezis tanısı alan çocuklarda tanıya eşlik eden psikiyatrik bozuklukların belirlenmesi, anne-babaların kişilik özelliklerinin, taşıdıkları psikiyatrik belirtilerin ve aile işlevlerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçlar doğrultusunda aşağıdaki sayıltılar sınanacaktır:

1- Enkoprezisi olan çocuklar normal populasyondaki çocuklara göre daha fazla psikiyatrik tanı almaktadırlar.

2- Enkoprezisi olan çocukların anne-babalarında normal populasyondaki çocukların anne babalarına göre daha fazla psikiyatrik belirti bulunmaktadır.

3- Enkoprezisi olan çocukların aile işlevleri normal populasyondaki çocukların ailelerine göre daha fazla bozukluk göstermektedir.

4- Enkoprezisi olan çocukların anne-babalarının mizaç ve karakter özellikleri, normal populasyondaki çocukların anne babalarının mizaç ve karakter özellikleri ile farklılıklar göstermektedir.

2. GENEL BİLGİLER

Enkoprezis DSM IV TR'de uygun olmayan yerlere istemli yada istemsiz olarak yineleyici bir biçimde dışkı kaçırma olarak tanımlanmıştır. DSM'ye göre enkoprezis tanısı konulabilmesi için en az üç ay süre ile en az ayda bir kez olmak üzere dışkı kaçırmanın olması ya da dışkı kaçırmanın klinik açıdan belirgin bir sıkıntı doğurması veya toplumsal ve akademik alanlarda sorun oluşturması gerekmektedir. Çocuğun takvim veya zihinsel yaşının dört yaşından büyük olması ve bu durumun genel bir tıbbi duruma ya da kullanılan bir maddeye bağlı olmaması gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). ICD-10, DSM'den farklı olarak bozukluğun süresinin en az altı ay olması gerektiğini belirtmiştir (WHO 1992). DSM, enkoprezisin görülme biçimine göre konstipasyon ile birlikte taşma inkontinansı gözlenen (Retentive) ve konstipasyon ve taşma inkontinansı gözlenmeyen (Non-retentive) olan iki tipini tanımlamıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994). Ayrıca başlangıç zamanına göre primer ve sekonder olarak iki tip enkoprezis tanımlanmıştır. Hayatın başlangıcından itibaren tuvalet eğitimini tam olarak sağlayamayan, hayatının herhangi bir döneminde bir yıldan daha uzun bir süre boyunca kontinans sağlayamayan çocuklar primer enkoprezis, hayatının herhangi bir döneminde bir yıldan daha uzun bir süre boyunca kontinans sağlayan çocuklar ise sekonder enkoprezis olarak tanımlanmışlardır. Özellikle primer enkoprezisin büyük oranda konstipasyona bağlı olarak dışkının rektumda birikmesi ve taşması sonucu geliştiği ve taşma inkontinansı ile birlikte görülebileceği, sekonder enkoprezisin ise büyük oranda konstipasyon ve taşma inkontinansından bağımsız olarak geliştiği ileri sürülmüştür (Loening-Baucke 1995). Ayrıca primer enkoprezisin gelişme geriliği ile, sekonder enkoprezisin ise psikososyal güçlükler ve davranış problemleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Foreman ve Thambirajah 1996).

Enkoprezis olgularının %95'inin taşma inkontinansı ile birlikte görüldüğü bildirilmiştir (Loening-Baucke V 1995). Bazı yazarlar tarafından ise bu oran % 66 olarak belirtilmiştir (Granfikel 1990). Çeşitli nedenlerle konstipasyon gelişen çocuklarda defekasyon güçlüğü ve ağrılı dışkılama gelişebilir. Bu duruma bağlı olarak kolon ve rektum içerisinde uzun süre kalan

gayta sertleşir ve çocuk için bu gaytanın dışarı çıkarılması giderek zorlaşır. Zamanla biriken sert gaytanın etrefındaki yeni oluşan ve henüz sertleşmemiş yarı katı-sıvı kısmı aşırı dolmaya bağlı olarak küçük miktarlarda sık sık dışarı çıkarak çocuğun çamaşırında ufak lekeler şeklinde görülürler. Bu durum taşma inkontinansı olarak adlandırılmaktadır (Di Lorenzo ve Benninga 2004, Özen 2004).

Görüldüğü üzere taşma inkontinansı ile birlikte görülen enkoprezisin oluşumunda konstipasyonun payı büyüktür. Bebek ve çocuklarda Roma kriterlerine göre konstipasyon tanımı şunları içerir: 1- En az iki haftadır dışkılamaların çoğunda çakıl taşına benzer sert dışkı, 2- En az iki haftadır haftada iki ya da daha az sayıda ve sert dışkılama, 3- Yapısal, endokrinolojik veya metabolik bir hastalığın olmaması (Özen 2004).

Bazı yazarlar tarafından taşma inkontinansının belirlenmesinin tedavi yaklaşımını belirlemede önemli olduğu, tedavide başarının iyi bir değerlendirme ile enkoprezisin etyolojisinin belirlenmesine bağlı olduğu öne sürülmüştür (Murphy ve Carney 2004). Bazı yazarlar ise taşma inkontinansını ayırt etmenin zor olduğunu, taşma inkontinansı ile başvuran bir çocuğun daha sonra taşma inkontinansının olmayabileceğini, veya tersinin görülebileceğini, bu nedenle taşma inkontinansı ayırımının faydalı olmadığı görüşünü bildirmektedirler (Kuhn ve ark.1999, Taubman ve Buzby 1997). Ancak son yıllardaki ağırlıklı görüş, ayrıntılı bir değerlendirme ile hastalığın etyolojisinin araştırılması ve her hastaya farklı ve multidisipliner entegre bir tedavinin uygulanmasının tedaviye yanıtı artıracağı yönündedir (Culbert ve ark.2007).

2.1. EPİDEMİYOLOJİ

Çocuklarda enkoprezis sıklığının %1-3 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Levine 1975, Chaney 1995). Gelişen ülkelerde ise batılı ülkelere göre bozukluğun daha sık görüldüğü, sıklığın yaklaşık olarak %4 olduğu tahmin edilmektedir (Hackett 2001). Ülkemizde yapılan araştırmalarda da bu oran % 4 olarak saptanmıştır (Bulut ve Tekant 1991, Doğancı ve ark.2001). Erkeklerde kızlara göre üç kat daha sık görülmektedir. Dört yaşındaki çocukların %2.8'inde, 6 yaşındaki çocukların %1,9'unda, 10-11

yaşındaki çocukların %1,6'sında görülmektedir (Rutter ve ark.1970, Loening-Baucke 2002). 16 yaşından sonra ise çok nadirdir (Rex ve ark. 1992). Bu araştırmalar, yaş ilerledikçe enkoprezis sıklığının azaldığını göstermektedir. Bu durum enkoprezis olgularının bir bölümünün gelişimsel gecikmeye bağlı olarak ortaya çıkan bir durum olduğunu ve yaş ilerledikçe bozukluğun düzelme ihtimalinin arttığını göstermektedir. Enkoprezisle ilişkili bir durum olan konstipasyonun çocuklardaki sıklığı ise çeşitli araştırmalarda % 0,3-28 arasında saptanmıştır (Sonnenberg ve Koch 1989, Loening-Baucke 1993). Çocuklardaki konstipasyonların %95'i, herhangi bir nedenin saptanamadığı fonksiyonel konstipasyonlardır (Özen 2004).

2.2. ETYOLOJİ

Enkoprezis oluşumuna katkıda bulunan etmenler fizyolojik ve psikososyal olarak iki ana başlık altında incelenmiştir. Genetik yatkınlık, diyet, yaşam biçimi, bilişsel, duygusal, davranışsal ve birçok psikososyal nedenler enkoprezisin etyolojisinden sorumlu olabilmektedir. Bu nedenle enkoprezis tedavisinde, etyolojisindeki farklılıklar göz önüne alınarak, etyolojiye göre farklı yaklaşımların uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır (Culbert ve ark.2007).

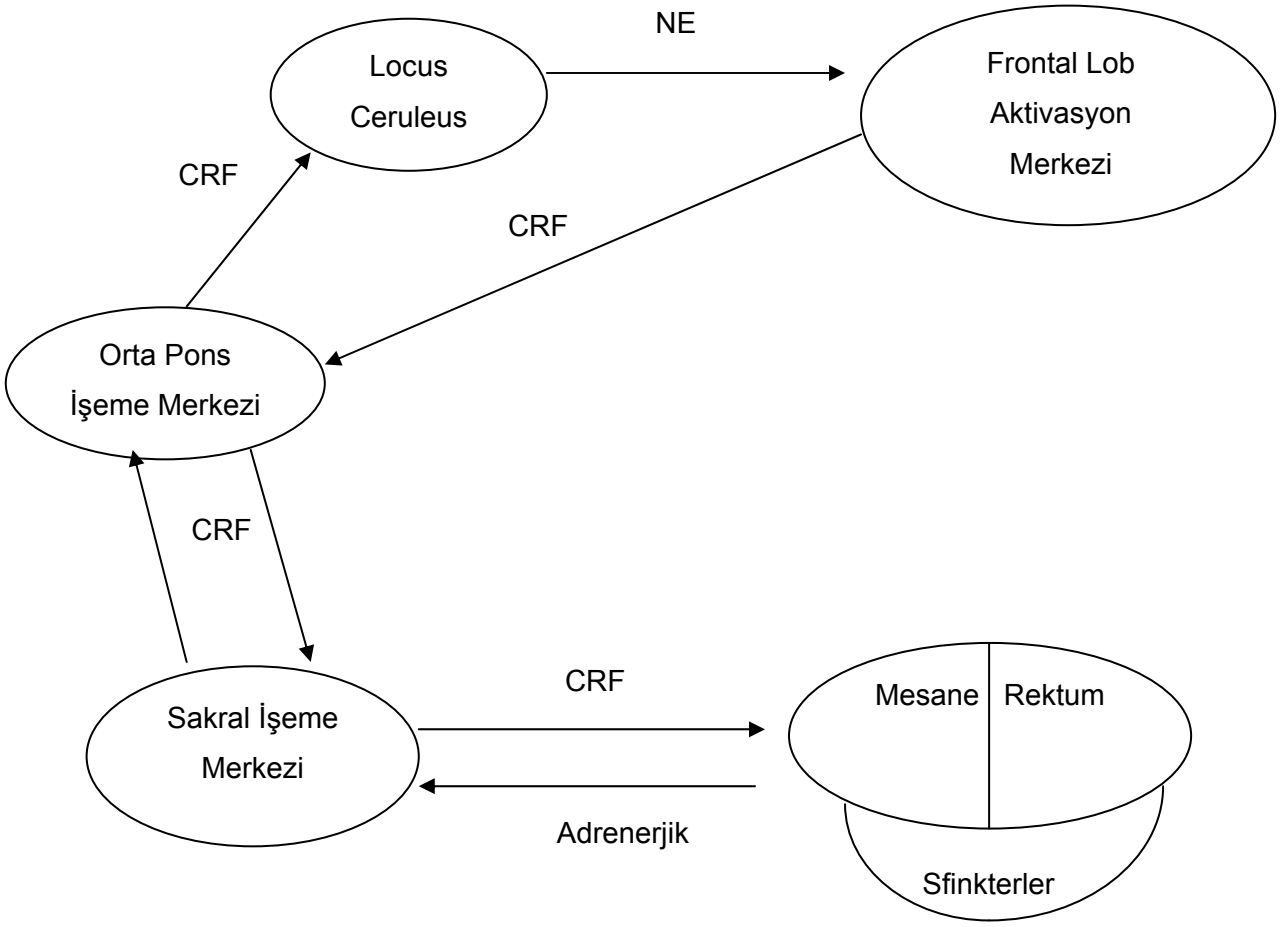
90'lı yıllardan önce daha çok psikososyal etmenler üzerinde durulurken son yıllarda araştırmaların enkoprezisin fizyopatolojisi üzerine yoğunlaştığı görülmektedir (Mikkelsen 2002).

2.2.1. Enkoprezisin fizyopatolojisi:

2.2.1.1. Dışkılamanın santral sinir sistemi tarafından kontrolü:

İdrar ve dışkı boşaltımının santral sinir sistemi tarafından nasıl kontrol edildiği tam olarak bilinmemektedir. Bugüne kadar yapılan araştırmalar sonucunda idrar ve dışkı boşaltımının esas olarak pons ve orta beyindeki periakuaduktal gri cevher nöronları tarafından düzenlendiği bulunmuştur. Santral sinir sisteminde strese tepki mekanizmasında rol oynayan Corticotropin releasing factor (CRF), orta beyinde kontinans fonksiyonunda rol oynayan bir nörotransmitterdir. CRF tarafından düzenlenen bu alt sistem,

locus ceruleusun mesane, anorektal ve pelvik tabandan gelen duyular tarafından uyarılmasında aktif rol almaktadır. Ponstan ve norepinefrin (NE) sisteminin önemli bir merkezi olan locus ceruleustan gelen projeksiyonlar frontal lob uyanıklık merkezleri ile birleşir. CRF ve NE ilginç olarak aynı zamanda anksiyetenin de düzenleyici nörotransmitterleridir ve bu durum mesane-rektal disfonksiyonlarının anksiyete ile ilişkisini anlamada yardımcı olmaktadır (Reiner 2008). İdrar ve dışkılama sistemlerinin santral sinir sistemi tarafından kontrolü şekil ’de ayrıntılı olarak gösterilmiştir (Reiner 2008).



Şekil 1: idrar ve dışkı boşaltım sistemlerinin santral sinir sistemi tarafından kontrolü

2.2.1.2. Dışkılamanın fizyolojisi:

Dışkılama hissi rektum içeriğinin anal kanalın üst kısmına dayanması sonucu oluşur. Dışkılama uygun ortam bulununcaya kadar eksternal anal sfinkter ve pelvik taban kaslarının kasılması ile ertelenir. Rektum 1-2 dakikada bir kasılır ve boşalıncaya kadar bu süre giderek kısalır. Uygun ortam bulunmazsa sempatik sistem aktive olur ve eksternal anal sfinkter kasılır, rektumun intrinsik kasları gevşer. Uygun ortam bulunduğu zaman ise parasempatik sistem aktive olur ve eksternal anal sfinkter gevşer, rektumun intrinsik kasları kasılır. Pelvik taban kaslarının da gevşemesiyle dışkı boşaltılır. Sensoriyal nöropatilerde ve rektumun sürekli dolu olduğu durumlarda (özellikle konstipasyon gibi dışkının sert olduğu durumlarda) dışkılama hissi azalır (Butler 2008, Wester ve Brubaker 1998)

2.2.1.3. Taşma inkontinansı gelişimi: Genetik yatkınlığı, konstipasyona yol açacak uygunsuz diyet ve yaşam biçimi olan çocuklarda veya psikososyal zorlayıcı olaylara maruz kalan çocuklarda barsak hareketlerinin yavaşlaması ve istemli (ya da istemsiz) dışkı tutma sonucu rektumdaki dışkı sertleşir ve defekasyon giderek zorlaşır. Ağrılı defekasyonun da eşlik edebildiği bu durumlarda çocuk her seferinde defekasyondan daha fazla çekinir ve tuvalet korkusu gelişmeye başlar. Rektumda biriken dışkı hacmine bağlı olarak rektum bir süre sonra genişler ve megarektum oluşur. Genişlemiş rektum gerilmeye ve peristaltizme karşı tepkisini kaybeder ve defekasyon refleksi kaybolmaya başlar. Çocuk böylelikle dışkılaması gereken durumlarda dışkılama hissini kaybeder. Bir süre sonra sert dışkı tabakasının etrafındaki daha yumuşak sıvı-yarı katı dışkı anüsten dışarı çıkmaya başlar. Böylece taşma inkontinansı şeklinde enkoprezis görülür (Özen 2004, Levine ve ark. 1983, Solomon 1996, McGrath ve ark.2000).

Bu mekanizmanın gelişiminden genetik yatkınlık, liften ve sıvıdan fakir diyetle beslenme, hareketsiz yaşam, istemli veya istemsiz dışkıyı tutma, stresli yaşam olayları (okula başlama, huzursuz ev ortamı, arkadaş ilişkilerinde zorluk, okul başarısızlığı, korkular anne-babanın boşanması, kardeş doğumu, hastaneye yatma, kaza, istismara maruz kalma vs.), tuvalet ortamının temiz olmamasına bağlı bazı yerlerde dışkısını tutma (ör: okulda

tuvalete gitmeme vs.), yaşamın erken yıllarında tuvalet eğitimi esnasında ruhsal travmalara maruz kalma, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu gibi faktörlerin sorumlu olabileceği düşünülmektedir (Culbert ve ark.2007, Morrow ve ark.1997, Özen 2004, Loening-Baucke 2002, White 1984, Claydon 1992). Ayrıca inek sütüne karşı duyarlılığı olan çocuklarda konstipasyon ve buna bağlı olarak Enkoprezis gelişebilmektedir (Iacono ve ark.1998).

2.2.2. Fizyolojik nedenler:

Bazı enkopretik çocuklarda anal manometri ve elektromyografi çalışmalarında defekasyon esnasında anal sfinkterde gevşeyememe, defekasyon harici zamanlarda ve anal sfinkterin istemli olarak sıkılması ile yeterli sfinkter basıncı elde edememe, defekasyon esnasında anal sfinkter ve pelvik taban kaslarında paradoksik kasılma gibi anormal defekasyon dinamikleri saptanmıştır (Sutphen ve ark. 1997, Sentovich ve ark. 1998, Gutierez ve ark. 2002). Bu dinamikler temelinde bu çocuklarda anal sfinkter ve pelvik taban kaslarının biyofeedback yöntemi ile eğitilmesinin bozukluğun tedavisinde faydalı olacağı düşünülerek tedavi bölümünde ayrıntılı olarak bahsedilecek olan biyofeedback yöntemi geliştirilmiştir (Culbert ve ark.2007).

Enkopretik çocukların barsak motilitesinde sorun olmasından yola çıkarak Stern ve arkadaşları (1995) plazmada gastrointestinal sistem enzimlerini araştırmışlar ve enkopretik çocuklarda post-prandial plazma pankreatik polipeptid yüksekliği ve motilin düşüklüğü saptamışlardır.

2.2.3. Psikososyal etmenler:

Enkoprezisin oluşumunda ve sürdürülmesinde psikososyal etmenlerin de etkili olduğu düşünülmektedir. Bir erişkin araştırmasında konstipasyonu olan erişkinlerde duygusal duruma göre rektal kan akımının değiştiği gösterilmiştir (Emmanuel ve ark.2002). Ayrıca kronik strese maruz kalanlarda sempatik sistem aktivasyonuna bağlı olarak barsak motilitesinde azalma ve konstipasyon bildirilmiştir (Devroede ve ark.1989).

2.2.3.1. Tuvalet eğitimi dönemindeki stresler:

Tuvalet eğitiminin verildiği dönemdeki streslerin de enkoprezis gelişiminde önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Tuvalet eğitimi verilirken anne-babanın sert, zorlayıcı ve ceza ağırlıklı tutumunun çocuğun tuvalet eğitimine olumsuz yansıyabileceği bildirilmiştir (Schmitt 2004). Ayrıca tuvalet eğitimi veren annenin kişiliğinin de çocuğun tuvalet eğitimi sürecini etkileyeceği düşünülmektedir (Taichert 1971). Tuvalet eğitimi döneminde anne depresyonu ve anksiyete bozukluğunun çocuğun tuvalet eğitimini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Anne depresyonu ve anksiyetesi sonucu annenin tahammülünün azalacağı, düşmancıl ,sinirli, irritabl ve huzursuz davranışların artacağı, çocuğun gereksinimlerine karşı duyarlılığının azalacağı ve çocuğa karşı sert disiplin uygulama olasılığının daha fazla olacağı düşünülerek çocuğun bu dönemde tuvalet eğitiminin olumsuz etkileneceği öne sürülmüştür. Aynı zamanda zor mizacı olan çocukların da tuvalet eğitiminde güçlüklerin görülebildiği bildirilmiştir (Joinson ve ark.2008).

Tuvalet eğitimi dönemindeki bu güçlükler, çocuğun zihninde tuvalet ve dışkılama konularında olumsuz hatıralar ve imgeler bırakacağı için çocukta tuvalet fobisi gelişerek enkoprezis oluşumuna yol açabilmektedir. Ayrıca çocuk anal kontrolü sağladıktan sonra bunu anne-babasına yönelik öfkesini dışavurma yöntemi olarak da kullanabilmektedir (Di Lorenzo ve Benninga 2004).

2.2.3.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu:

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda dikkat süresinin kısalığına ve seçici dikkatin yetersizliğine bağlı olarak çocuğun rektal gerilmeyi fark edemediği ve tuvalete gitmeyi geciktirdiği, tuvalete oturduğu zaman da dürtüselliği nedeni ile gaytasını tamamen boşaltacak kadar oturamadığı, bu nedenle de konstipasyon ve buna bağlı olarak Enkoprezis geliştiği öne sürülmüştür (Cox ve ark 2002). Bu mekanizmalar göz önünde bulundurularak DEHB'nun komorbiditeden farklı olarak etyolojik faktörler arasında sayılması gerektiği düşünülmüştür.

Ayrıca cinsel istismara uğramış çocuklarda ve gelişim geriliği olan çocuklarda Enkoprezis'in normal populasyona göre daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Morrow ve ark.1997, Brazelton ve ark 1999).

2.2.4. Aile ile ilişkili nedenler:

Enkoprezisin gelişimi ve sürdürülmesinde anne ve babanın tutumları ve kişilik özelliklerinin de etkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan aile araştırmalarında (Morrow ve ark.1997) enkopretik çocukların annelerinin müdahaleci, temiz, titiz, kuralcı, aşırı endişeli, babalarının ise zayıf veya aşırı iddiacı özellikleri olduğu bildirilmiştir. Çocuğun dışkısını tutamaması, bu tür özellikleri olan bir annede öfke ve sosyal olarak kabul edilemeyen bu olaya karşı korku doğurur. Ayrıca anne ebeveynlik otoritesinin ve çocuğun kontrolünün elinden çıkacağı korkusu ile daha fazla baskı yapmaya başlar. Çocuk ise inatla annesine yönelik öfkesini dışkısını uygunsuz yerlere yaparak dışavurmaya devam eder ve kendi barsağının kontrolünü kendisinin yapmak istediğini davranışlarıyla göstermeye çalışır. Anne ve çocuk arasındaki bu kontrol mücadelesi bir kısır döngü şeklinde sürer. Aile işlevleri düzgün olmayan bazı ailelerde bu durum ailenin devamı için işlev görür ve ailenin diğer fonksiyonları gündem dışında kalır. Böylece problemleri ikinci planda kalan bu aileler, sorunları ile yüzleşmemek için farkında olmadan bu semptomun devamını desteklerler (Taichert 1971). Yapılan bazı araştırmalarda konstipasyonu olan çocukların ailelerinde hostil ve agresif bir atmosferin hakim olduğu, çocukların zihninde agresif, cezalandırıcı anne-baba figürünün belirgin olduğu, annelerde disfori olduğu, anne-babaların kuralları daha sıkılaştırdıkları ve çocuklarda da isyan ve uyumsuzluk belirtilerinin geliştiği saptanmıştır (Lisboa ve ark.2008). Bütün bu bulgular, Enkoprezis'in oluşumunun ve sürdürülmesinin ailesel ve çevresel faktörlere oldukça bağlı olduğunu göstermektedir.

2.3. DEĞERLENDİRME

Enkopretik hasta değerlendirilirken bu çocuklarda idrar yolu enfeksiyonunun sık olduğu göz önünde bulundurularak idrar tahlili istenmelidir. Enkoprezis'i olan kız çocuklarının %33'ünde, erkek çocukların

ise %3'ünde idrar yolu enfeksiyonu saptanmıştır (Loening-Baucke 1997). Bazı yazarlar konstipasyon ve barsakta birikmiş feçesin saptanması için direk karın grafisi çekilmesini veya karın muayenesinin yapılmasını önermişlerdir (Levine 1982). Enkoprezisin tipinin değerlendirilmesi ve tedavinin planlanabilmesi için ayrıntılı hikaye alınması önemlidir:

- Enkoprezisi ortaya çıkarıcı faktörler (kardeş doğumu, okula başlama, anne-baba ayrılığı vs)
- Tuvalet eğitimi hikayesi
- Şimdiki tuvalet kullanım tarzı (kullandığı tuvalet, tuvalete gitme hakkındaki düşünceleri, anne-babanın tuvalet alışkanlıkları ve tuvalete bakışları vs)
- Önceki dışkı kaçırmalarının hikayesi
- Tuvalete erişim durumu (evde ve okulda tuvaletlerin temizliği vs)
- Tuvalet korkusunun değerlendirilmesi
- Dışkı kaçırma şiddeti (miktarı, sıklığı, tuvalete yaptığı miktar)
- Diyet alışkanlıkları
- Ailenin çocuğa davranış örüntüleri
- Ailenin baş etme becerilerinin değerlendirilmesi
- Dışkı kaçırmaları ile nasıl başaçıkıldığı (anne-babanın tepkileri, sorumluluk alma, inkar, çamaşırı saklama)
- Çocuğun problemi nasıl algıladığı.
- Tuvalete yaptığı dönemlerin araştırılması ve bu dönemdeki değişikliklerin saptanması.

Enkoprezis tipinin belirlenmesi ve sınıflandırma yapılabilmesi için Butler, (2008) bir değerlendirme tablosu geliştirmiştir:

	Barsak kontrolü kazanılmamış (Non-retentive Encopresis)	**Enkoprezis (Seconder non-retentive Encopresis)**	**Taşma inkontinansı ile birlikte konstipasyon (Retentive Encopresis)**
Tanımlama	Normal dışkının kaçırılması. Çocuk kaçırdığının farkında değildir, kontrol edemez.	Normal dışkının sosyal olarak uygun olmayan yerlere yapılması.	Dışkının taşma şeklinde az az sürekli kaçırılması.
Hikaye	Barsak kontrolü hiç kazanılmamıştır.	Barsak kontrolü sonradan kaybedilmiştir.	Konstipasyona bağlı tuvaletten kaçınma.
Cinsiyet		Genellikle erkekler.	
Dışkı şekli	Normal. Belirsiz aralıklarla kaçırılır.	Normal.	Sıvı veya yumuşak dışkı (nemli, ince ve şerit şeklinde).
Değerlendirme bulguları	Konstipasyon yok	Konstipasyon yok	İştahsızlık, fonksiyonel konstipasyon (haftada 3'ten az dışkılama), ağrılı dışkılama, barsak hareketleri azlığı, karın ağrısı.
Komorbidite	Nörolojik veya bilişsel bozulma olabilir (ör:serebral palsi, mental retardasyon).	Dışkının bulaşma şeklinde kaçırılması.	Enürezis noktürna Enürezis diürna.
Tedavi	Barsak eğitimi. Sosyal ortamın düzenlenmesi.	Stres nedenleri araştırılır.	Laksatif tedavi. Barsak eğitimi.

2.4. KOMORBİDİTE

Enkoprezisi olan çocuklarda başka sorunların da ortaya çıkması beklenen bir durumdur. Toplumsal olarak kabul görmeyen ve ayıplanan bu durumun çocukta ek psikopatolojilere yol açması muhtemeldir. Komorbidite çalışmaları da bu görüşü desteklemektedir. Enkoprezisin süreğen ve tekrarlayan bir bozukluk olması nedeniyle çocuk ve ailesi için stres yaratan

bir durum olduğu, sıklıkla tıbbi ve ruhsal belirtilerle birlikte olduğu bildirilmektedir (Rockney ve ark.1996). Ülkemizde yapılan bir araştırmada (Ünal ve Pehlivantürk 2004) enkoprezis tanısı alan çocukların en az %74'ünde psikiyatrik eştanı saptanmıştır. Primer enkoprezislerde, sekonderlere göre daha fazla eştanı olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik eştanılar arasında Enürezis (%20-55), Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (%7-35), Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (%30-37), Anksiyete Bozukluğu (%3-13), Mental Retardasyon (%5), Davranım Bozukluğu (%3-4,5), Kekeleme (%3), Depresyon (%1,5) sık olarak saptanmıştır (Ünal ve Pehlivantürk 2004, 2005, Loening-Baucke 2002, Özdemir ve ark 2005). Enkoprezis tipine göre yapılan değerlendirmelerde ise Primer Enkoprezis'in daha çok gelişim geriliği ve Enürezis ile, Sekonder Enkoprezis'in ise psikososyal sorunlar ve Davranım Bozukluğu ile birliktelik gösterdiği bildirilmiştir (Hulten ve ark 2005, Foreman ve Tahambirjah 1996). Enkopretik çocukların diğer özelliklerinin araştırıldığı çalışmalarda bu çocukların normal çocuklara göre; duygusal-davranışsal sorunlarının, içe çekilme davranışlarının, agresyonlarının, saldırgan ve yıkıcı davranışlara karışmış olma ihtimallerinin (saldırgan veya kurban olarak), okul sorunlarının ve okula devam etmemelerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu çocukların kendilik değerlerinin daha düşük, sosyal uyumlarının ve akran ilişkilerinin daha kötü olduğu, dikkat sürelerinin daha kısa, dikkat çelinebilirliklerinin daha fazla, engellenme eşiklerinin daha düşük olduğu, hiperaktivite ve koordinasyon güçlüğü gibi gelişimsel bozuklukların daha fazla olduğu bildirilmiştir. Okuma ve aritmetik yeteneklerinin daha bozuk olduğu, obsesyon ve kompulsiyonlarının, uyku ve iştah sorunlarının daha fazla olduğu, istismara uğramış olma ihtimallerinin ve masturbasyon oranlarının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bebeklikte mizaç özelliklerinin daha zor, gelişimlerinin daha geri (motor, iletişim ve sosyal alanlarda) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca organik patoloji açısından yapılan araştırmalarda bu çocuklarda daha fazla karın ağrısı ve idrar yolu enfeksiyonu saptanmıştır (Di Lorenzo ve Benninga 2004, Joinson ve ark.2008, Young ve ark.1995 Ünal ve Pehlivantürk 2004, Cox ve ark.2002, Joinson ve ark 2006, Morrow ve ark.1997, Silver 1996, Collis ve

ark.2007). Bazılarının ise aşırı uyumlu, tertipli ve iddiacı olmayan çocuklar olduğu bildirilmiştir (Morrow ve ark.1997).

Komorbid psikopatoloji saptanan durumlarda ise tedaviye yanıtın daha kötü olduğu, komorbiditenin tedavi edilmesi durumunda daha iyi yanıt alınabildiği bildirilmiştir (van Everdingen-Faasen ve ark.2008, Ünal ve Pehlivantürk 2004, 2005).

Ayırıcı tanıda cinsel istismar, ciddi perianal travma, İnflamatuar Barsak Hastalığı, Hipotiroidi, Hirschsprung Hastalığı, Spina Bifida Occulta, spinal kord travmaları ve kitleleri açısından hasta değerlendirilmelidir (Özen 2004, Di Lorenzo ve Benninga 2004).

2.5. TEDAVİ

Enkoprezisin tedavisinde aile ve çocukla kurulacak iyi bir terapotik ilişki çok önemlidir (Loening-Baucke 2002). Öncelikle aile ile çocuk arasında görülen inatlaşma ve güç mücadelesi ele alınmalı, aile ve çocuğa bunun çocuğun suçu olmadığı, dışkılama duyusunu kaybettiği için bu durumun görüldüğü anlatılmalıdır (Solomon 1996). Böylelikle çocuğun suçlanmasının azaltılması ve ailenin çocuğa yönelik “bilerek, bize inat yapıyor” düşüncesinin bertaraf edilmesi amaçlanır. Bu konuda sorumluluğun çocuğa ait olduğu vurgulanır ve çocuk, ailenin muhtemel öfke dolu yaklaşımlarından uzak tutulmaya çalışılır. Aile ve çocuk hastalığın kronik seyri hakkında bilgilendirilir ve beklentileri buna göre belirlemeleri sağlanır. Motivasyonel görüşmeler planlanır. Çocuğa ve aileye davranışçı ödevler verilir. Konstipasyon varsa buna yönelik ilaç tedavisi başlanabilir (Loening-Baucke 2002).

Konstipasyonla birlikte görülen Enkoprezis’in tedavisinde en önemli yaklaşımların davranışçı tedavi yöntemi ve laksatif tedavi olduğu kabul edilmektedir (Baker ve ark.1999). Laksatif tedavinin davranışçı yöntemlerle birlikte kullanımının tek başına davranışçı tedaviden daha üstün olduğu bildirilmiştir (Mikkelsen 2001).

2.5.1. Davranışçı tedavi:

Davranışçı tedavide çocuğun her gün özellikle öğünlerden sonra 3-4 defa tuvalete giderek 5 dakika oturması önerilir (Loening-Baucke 2002).

Böylece gastro-kolik refleksten de faydalanarak çocuğun zaman içinde kaybettiği defekasyon hissine tekrar sahip olması, barsakların boş tutularak konstipasyonun önlenmesi, tonusunu kaybetmiş ve genişlemiş rektumun tekrar eski tonusunu kazanması ve hacminin küçülmesi amaçlanır (Butler 2008). Aile, çocuk dışkısını tuvalete yaptığı zaman ödüllendirebilir, altına kaçırdığı zamanlarda ise görmezden gelmelidirler (Butler 2008). Ayrıca çocukla dışkılama hissini fark ettiği zaman geciktirmeden tuvalete gitmesi konusunda anlaşma yapılmalıdır (Di Lorenzo ve Benninga 2004). Tuvalet çocuk için korkulan ve iğrenilen bir yer olmaktan çıkarılmalı, cazip bir yer haline getirilmelidir (Butler 2008). Tuvalet alışkanlıklarının yerleşmesinden sonra (günde 1-2 defa dışkılama olması durumunda) tuvalet oturmaları seyreltilebilir (Loening-Baucke 2002). Bununla beraber çocuktan altına kaçırma, tuvalete yapma, ve tuvalete oturma için ayrı ayrı günlük tutması istenir. Günlüğü çocuğun kendisi doldurmalıdır. Böylece hem tedavi takibi, hem de çocuğun motivasyonu sağlanır (Loening-Baucke 2002). Ayrıca sorumluluğu çocuğa vermenin bir göstergesi olarak çocuk altına kaçırdığı zaman çamaşırını kendisi yıkaması, beceremiyorsa annesine yardım etmesi önerilir (Taichert 1971).

2.5.2. Laksatif tedavi:

Laksatif tedavi iki aşamalı bir süreç olarak önerilmektedir:

Boşaltım (Disimpaction) aşamasında hastanın barsaklarında birikmiş olan feçesin dışarı çıkarılması hedeflenir. Bu amaçla polietilenglikol, sıvı parafin, laktuloz/laktitol, bisakodil, ağır vakalar için fosfatlı lavman ve diğer lavmanlar kullanılabilir (Özen 2004).

İdame tedavisinde rektosigmoid bölgede dışkı birikimini önlemek hedeflenir. Bu amaçla polietilenglikol, laktuloz/laktitol, sena preparatı, bisakodil, metilseluloz, sıvı parafin kullanılabilir. Ayrıca idame tedavisinde lifli besinlerle ağırlıklı olarak beslenme ve bol sıvı alımı önerilmektedir (Özen 2004). İdame tedavi 6 ay süreyle uygulanır ve sonrasında laksatif ilaçların dozları azaltılarak kesilir. Erken kesilmesi durumunda rekurrens gözlenebilir (Loening-Baucke 2002).

Bazı kişilerde sütün konstipasyona yol açabileceği düşünülerek tedaviye yanıtsız vakalarda süt alımının yasaklanması önerilebilir (Özen 2004).

Davranışçı tedavi ve laksatif tedavinin birlikte uygulanmasıyla tedavi başarısının %88'lere ulaşabildiği bildirilmiştir (Özen 2004).

Konstipasyonla birliktelik göstermeyen olgularda tedavi yaklaşımı boşaltım ve idame laksatif tedavi haricinde konstipasyonla birliktelik gösteren olgularla aynıdır. Laksatif tedavinin bu olgularda tedaviye katkısının olmayacağını, hatta sonucu kötü etkilediğini bildiren yayınlar bulunmaktadır (Benninga ve ark. 2001).

2.5.3. Diğer ilaçlar:

Enkoprezisin tedavisinde imipramin, amitriptilin ve sisaprid'in faydalı olduğu sınırlı araştırmada bildirilmiştir. Ancak sisapridin ciddi yan etkileri nedeniyle kullanımı önerilmemektedir (Jenike ve ark.1987, Mikkelsen 2001). Davranışçı tedavi ve imipraminin karşılaştırıldığı bir araştırmada tedavi yanıtı açısından iki grup arasında fark bulunamamıştır (Özdemir ve ark.2005).

2.5.4. Psikoterapi:

Enkoprezise ek olarak başka psikopatolojilerin olduğu, çocuğun suçluluk, utanma duyguları yaşadığı olgularda ve aile içi dinamiklerin semptomun sürmesine yardım ettiği olgularda tedavide psikoterapinin uygulanabileceği bildirilmektedir. Bu amaçla aile terapisi, oyun terapisi ve bireysel psikoterapi uygulanabilmektedir. Ancak bu yöntemlerin diğer yöntemlere üstünlüğü gösterilememiştir (Mcginley ve ark.2001). Bunun yanı sıra çok yönlü tedavinin bir parçası olarak medikal tedavilerle birlikte davranışçı aile tedavisinin %43-75 oranlarında başarı sağladığı bildirilmiştir (Carr 2009). Beraberliğinde psikiyatrik bozuklukları olan olgularda ise komorbid bozukluğun tedaviye yanıtı olumsuz etkilediği, eşlik eden psikiyatrik bozukluğun tedavisinin sonucu olumlu etkileyeceği düşünülmektedir (Loening-Baucke 2002, van Everdingen-Faasen ve ark.2008).

2.5.6. Biyofeedback:

Enkopretik çocukların bir kısmının anal sfinkterlerinin ve pelvik taban kaslarının uygun çalışmadığı tezinden yola çıkarak bazı araştırmacılar basınç biyofeedback yöntemini geliştirmişlerdir. Bu yöntemle manometri ya da EMG kullanılarak işitsel, görsel ya da sözel geribildirim yapılarak çocuğa normal dışkılama şekli öğretilmeye çalışılır (Özen 2004, Tüzün ve ark.2004). Ancak bu yöntemin etkinliği ile ilgili çalışmalar çelişkili sonuçlar bildirmişlerdir ve uzun dönemde bu yöntemin etkili olmadığı bildirilmiştir (Culbert ve ark.2007).

2.5.7. Diğer tedavi yöntemleri:

Diğer tedavi yöntemleri arasında masaj tedavisi, probiyotikler, elektriksel sinir uyarımı, refleksoloji ve akupunktur gibi yöntemler bulunmaktadır ancak bunlar henüz yeterince araştırılmamış yöntemlerdir (Culbert ve ark.2007).

2.6. GİDİŞ VE PROGNOZ

Enkoprezis uzun süreli bir tedavi gerektirmektedir. Araştırmalarda tedavi sonrası %36-82 arasında değişen düzelme oranları bildirilmektedir (Sutphen ve ark.1995, Borowitz ve ark.2002). Ülkemizde yapılan bir çalışmada başvurudan sonraki altı yıl içerisinde enkopretik çocukların %83'ünde tamamen iyileşme, %12'sinde semptomlarda azalma bildirilmiştir. Tamamen iyileşenlerin ortalama 21 ayda düzeldikleri bildirilmiştir. Birinci, üçüncü ve beşinci yıllarda düzelme oranları sırası ile % 41, % 70 ve % 83 olarak bildirilmiştir (Ünal ve Pehlivantürk 2005).

Araştırmalarda Primer Enkoprezis, davranış sorunları, anne-babanın negativistik tutumları, semptomların başlangıcından tedaviye başlamaya kadar geçen sürenin uzunluğu olumsuz prognostik faktörler olarak bildirilmiştir (Rockney ve ark.1996, Taitz ve ark.1986, Taubman ve Buzby 1997). Yüksek okul başarısı, anne-babanın eğitim düzeyinin yüksek olması zeka düzeyinin yüksek olması iyi prognostik sonuçlar olarak bildirimiştir. Enkoprezisle birlikte konstipasyon olması ise bazı araştırmalarda iyi, bazılarında ise kötü prognostik faktör olarak bildirilmiştir (Ünal ve Pehlivantürk 2005).

16 yaş sonrası enkoprezisin çok nadir olduğu bildirilmektedir (Rex ve ark.1992). Konstipasyonla birliktelik gösteren tipte tedavi sonrası olguların % 50-60'ında rekürrens bildiren çalışmalar mevcuttur (Özen 2004).

Sonuç olarak Enkoprezis, etyolojisinde çoğu zaman fizyolojik ve psikososyal nedenlerin birlikte yer aldığı kronik seyirli bir bozukluktur. Bu bozukluk sıklıkla başka ruhsal bozukluklarla birlikte seyreder ve çocuğun kendisinde ve ailesinde önemli sorunlarla birliktelik gösterir. Enkoprezis'in gelişiminde ve sürdürülmesinde anne ve babanın tutumları önemlidir ve tedavide göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak anne -babanın ve ailenin hangi özelliklerinin hastalığın etyolojisi ve sürdürümünde önemli olduğu fazla araştırılmamıştır ve daha geniş araştırmalara gereksinim bulunmaktadır. Bu çalışmada bu amaca yönelik verilerin elde edilmesi amaçlanmaktadır.

3. YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM :

3.1.1. Katılım ölçütleri:

Araştırma grubu Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı'na nisan 2008-temmuz 2009 tarihleri arasında ardışık başvuran, 6-11 yaş arası, DSM IV ölçütlerine göre Enkoprezis tanısı konmuş olan 50 çocuk arasından araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya katılma ölçütlerine uyan 30 çocuk ve anne babalarından oluşmuştur. Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran, 6-11 yaşlarında, kronik hastalığı olmayan ve tedavi ile tam düzelebilecek rahatsızlığı (ör: kırma kusuru, kojonktivit gibi) nedeniyle başvuran hastalar ve anne-babaları kontrol grubunu oluşturmuşlardır. Göz Anabilim Dalı, bu yaş grubu için çok sayıda hastanın başvurduğu, aynı zamanda kronik hastalığı olmayan çocukların başvurma ihtimalinin daha fazla olduğu düşünülerek kontrol grubunun bu bölüme başvuran hastalardan seçilmesine karar verilmiştir. Araştırma ve kontrol gruplarının her birinde 30'ar çocuk ve bunların anne-babaları bulunmaktadır.

Araştırma grubu ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, anne ve baba eğitim düzeyleri, anne yaşı ve ailelerin ortalama gelir düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamışken, baba yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,04$). Annelerin mesleklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamışken ($p=0,32$), babaların meslekleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,03$).

Katılımcıların anne-babalarına araştırma hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş ve anne babalardan kendilerinin ve çocuklarının gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair imzalı onay formu alınmıştır.

Araştırma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi etik komitesi tarafından değerlendirilmiş ve etik açıdan herhangi bir sakınca olmadığı düşünülerek onay verilmiştir.

3.1.2. Dışlama ölçütleri:

Araştırma ve kontrol gruplarında aşağıdaki özellikler dışlama ölçütü olarak belirlenmiştir:

1- Nörolojik herhangi bir hastalığının olması (epilepsi, serebral palsi vs)

2- Kronik bir hastalığının olması (Diabetes Mellitus, Astım vs)

3- Yaygın gelişimsel bozukluk

4- Psikotik bozukluk

5- Mental retardasyon (IQ<85)

6- Organik nedenlere bağlı Enkoprezis (spinal kord hasarı, spina bifida vs)

7- Ailesinin yanında yaşamama

8- Tek ebeveynli ya da boşanmış aile çocuğu olma

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI:

3.2.1. Sosyodemografik veri formu (Ek I):

Hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemek için çalışmayı yürütenler tarafından geliştirilen sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Bu formda hastanın yaşı, sınıfı, okul başarısı, anne-baba yaşları, meslekleri, eğitim düzeyleri, çocuğun doğum öyküsü, kardeş sayısı, dışkı kaçırma sıklığı, tıbbi hastalık öyküsü, ailenin ortalama aylık geliri ile ilgili bilgiler toplanmıştır.

3.2.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Kiddie-SADS Lifetime Version) (ÇDŞG-ŞY):

Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Kiddie-SADS Lifetime Version) çocuk ve ergenlerin DSM III ve DSM IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacı ile geliştirilmiş olan yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir. Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiştir ve Gökler ve arkadaşları (2004) tarafından Türkçeye

çevirilmiştir. Geçerlik ve güvenirlik çalışması yine Gökler ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır. ÇDŞG-ŞY şu temel tanıları içerir: Major Depresyoni Distimi, Mani, Hipomani, Siklotimi, Bipolar Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluk, Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Kısa Psikotik Bozukluk, Panik Bozukluk, Agorafobi, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Spesifik Fobi, Sosyal Fobi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Karşı Gelme Bozukluğu, Enürezis, Enkoprezis, Anoreksiya Nervoza, Bulimiya, Geçici Tik Bozuklukları, Tourette Bozukluğu, Kronik Motor ya da Vokal Tik Bozukluğu, Alkol Kötüye Kullanımı, Madde Kötüye Kullanımı, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Uyum Bozukluğu.

ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Anne-baba ve çocuğun kendisi ile yapılan görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında uyumsuzluk var ise klinisyen kendi klinik yargısını kullanır. Hem içinde bulunduğu zaman, hem de geçmiş zamanla ilgili değerlendirme yapılarak şimdiki ve geçmişteki tanılar saptanır.

Araştırmaya katılan çocuklara ÇDŞG-ŞY uygulanarak çocuklarda DSM IV (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) tanı ölçütlerine göre şimdiki psikiyatrik tanıları belirlenmiştir.

3.2.3. Aile Değerlendirme Ölçeği (Family Assesment Scale) (ADÖ) (Ek II):

ADÖ Amerika Birleşik Devletleri'nde Brown Üniversitesi ve Butlar Hastanesi tarafından geliştirilmiş olan, ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğini veya getiremediğini belirleyen bir ölçü aracıdır. ADÖ ailenin işlevlerini yerine getirip getirmediği konusunda genel bir değerlendirme yapmak ve sorun alanların ortaya çıkartmak amacıyla oluşturulmuştur. ADÖ, daha önce geliştirilmiş olan McMaster Aile İşlevleri Modeli'nin (McMaster Model of Family Functioning) klinik olarak aileler üzerinde uygulanmasıyla elde edilmiştir. geçerlik ve güvenirlik çalışması Bulut tarafından 1990 yılında yapılmıştır.

ADÖ yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlardan altı tanesi McMaster aile işlevler Modeli'nde ele alınan alt ölçeklerdir. Yedinci alt ölçek ise ADÖ'ne eklenmiş olup, ailenin sağlıklı olup olmadığını genel olarak değerlendirmektedir. Yedi alt ölçek şunlardan oluşmaktadır: Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi Gösterme, Davranış Kontrolü ve Genel Fonksiyonlar.

ADÖ 60 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde aile yaşantısına ilişkin olumlu veya olumsuz ifadelerin yer aldığı bir cümleden oluşmaktadır. Maddelerin bazıları sağlıklı işlevleri, bazıları da sağlıksız işlevleri tanımlamaktadır. Her madde için cevap seçenekleri dört sınıfta toplanmıştır (aynen katılıyorum, büyük ölçüde katılıyorum, biraz katılıyorum, hiç katılmıyorum).

ADÖ 12 yaş üzeri her aile bireyine uygulanabilir. Aile üyesinin son iki ayı dikkate alarak uygun seçenekleri işaretlemesi istenir (Bulut 1990).

3.2.4. Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character İnventory) (MKE) (Ek IV):

Cloninger, kişiliğin iki temel bileşeni olarak mizaç ile karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal bir psikobiyolojik kişilik modeli geliştirmiş ve tanımlamıştır (Cloninger 1987, Cloninger ve ark.1994). Cloninger'in kişilik kuramı psikometrik kişilik çalışmaları, ikizler ve ailelerde yapılan uzunlamasına gelişimsel çalışmalar, nörofarmakolojik ve nörodavranışsal öğrenme çalışmalarından elde edilen bilgilerin sentezi üzerine kurulmuştur. Bu kuramda Yenilik Arayışı (NS), Zarardan Kaçınma (HA), Ödül Bağımlılığı (RD) ve Sebat Etme (P) olmak üzere dört boyutlu bir mizaç tanımlanır. Bu mizaç özellikleri algıya dayalı huylar ve becerilerde bireysel farklılıkları yansıtır ve genetik olarak homojen ve birbirinden bağımsız olarak kalıtımsaldır. Yenilik Arayışı (NS); davranışsal aktivasyon sistemi ile bağlantılıdır ve yeni bir uyarana yanıtta keşfedici bir etkinliğe doğru kalıtsal bir yatkınlık, dürtüsel karar verme, ödül ipuçlarına yaklaşımda aşırıya kaçma, çabucak öfkelenme ile engellenmeden aktif kaçınmayı içerir. Zarardan Kaçınma (HA), davranışsal inhibisyon sistemi ile ilişkilidir ve davranışın önlenmesi ya da durdurulmasına dair kalıtsal bir eğilimdir.

Kendisini gelecek sorunlara ilişkin karamsar bir endişelilik hali, belirsizlik korkusu, yabancılardan çekinme ve çabuk yorulma gibi pasif kaçınma davranışları ile kendisini gösterir. Ödül Bağımlılığı (RD), davranışsal sürdürme sistemi ile ilişkilidir ve duygusallık, sosyal bağlanma, başkalarının onayına bağımlılık ile kendisini gösteren kalıtsal bir eğilimdir. Sebat Etme (P) ise, engellenme ve yorgunluğa karşın sebat etmeye olan kalıtsal eğilimdir. Sebat eden bireyler insanı engelleyen ödül yokluğu durumlarıyla karşılaştıklarında bu davranışın sönmesine karşı direnç sergilerler (Cloninger 1987, Köse 2003).

Cloninger'in modeli ayrıca Kendini yönetme (SD), İşbirliği Yapma (C) ile Kendini aşma (ST) olmak üzere üç boyutlu bir karakter tanımı içerir. İnsanın yaşı ilerledikçe bu karakter bileşenleri benlik kavramları ile uğraşma ya da erişkinlikle gelen kişisel veya sosyal etkinliliğin getirdikleriyle olgunlaşır. Karakter bileşenlerinin mizaç bileşenlerinden farklı olarak daha çok kültürel olarak kalıtıldıklarına inanılır. Kendini Yönetme (SD), kişinin kendi tercihleri konusunda sorumluluğunu kabul etmesi, bireysel açıdan anlamlı amaçların belirlenmesi ve sorunları çözmede beceri ve güvenin gelişimi ile kendini kabullenmeden oluşur. Kendini yöneten birey otonom bir bireydir, sorumludur, amaçları vardır, beceriklidir, kabul edicidir ve görev duygusu olan bir bireydir. İşbirliği Yapma (C) sosyal kabul, empati, yararlılık, sevecenlik ve erdemli-vicdanlı olmaktan oluşur. İşbirliği yapan insanlar hoşgörülü, empati yeteneği olan, yararlı, sevecen ve erdemlidirler. Kendini Aşma (ST) kendilik kaybı, kişiler ötesi özdeşim ve manevi kabulden oluşur. Kendini aşan bireyler yaratıcı, bencil olmayan, inançlı, manevi duyguları olan, idealist bireylerdir (Cloninger 1987, köse 2003).

Cloninger'in (1987) kişilik modeli davranış görünümleri ile nörotransmitterler arasında bağlantı kurma olanağı da verir. Yenilik Arayışı (davranışsal aktivasyon) ile dopamin, Zarardan Kaçınma (davranışsal inhibisyon) ile seratonin ve Ödül Bağımlılığı (davranışı sürdürme) ile norepinefrin, Sebat Etme (davranışta ısrar etme) ile glutamaterjik aktivite arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Köse 2003, Peirson ve ark1999).

Cloninger'in kişilik kuramını temel alarak geliştirdiği Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory; TCI), 240 maddeden

oluşan “Doğru” ya da “Yanlış” şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. MKE içerik olarak 15 yaş ve üstü bireyler için uygulama alanına sahiptir. MKE’nin Türkçeye kazandırılma işlemi 2001 yılında Samet Köse ve Kemal Sayar tarafından gerçekleştirilmiş ve geçerlik-güvenirlik çalışması Köse ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır. MKE 7 üst-sıra (higher order) ölçekten oluşmaktadır. Mizaç boyutunda Yenilik Arayışı (Novelty Seeking)(NS) 4 alt ölçeğe, Zarardan Kaçınma (Harm Avoidance)(HA) 4 alt ölçeğe, Ödül Bağımlılığı (Reward Dependence)(RD) 4 alt ölçeğe ayrılmıştır. Mizaç boyutunda Sebat Etme (Persistance)(P) alt ölçeğe ayrılmayan tek üst sıra ölçektir. Karakter boyutunda Kendini Yönetme (Self Directedness)(SD) 5 alt ölçeğe, İşbirliği Yapma (Cooperativeness)(C) 5 alt ölçeğe, Kendini Aşma (Self Transcendence)(ST) 3 alt ölçeğe ayrılmıştır. Üst sıra ölçek puanları alt sıra ölçeklerin puanlarının toplamından oluşmaktadır. Örneğin, Toplam Yenilik Arayışı (NS) puanı = NS1 + NS2 + NS3 + NS4 şeklinde hesaplanır. Mizaç boyutu 12 alt-sıra (lower-order) alt ölçekten oluşmaktadır. Yenilik Arayışı (NS), NS1 (Keşfetmekten heyecan duyma), NS2 (Dürtüsellik), NS3 (Savurganlık) ve NS4 (Düzensizlik) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Zarardan Kaçınma (HA), HA1 (Beklenti endişesi), HA2 (Belirsizlik korkusu), HA3 (Yabancılardan çekinme) ve HA4 (Çabuk yorulma ve dermansızlık) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Ödül Bağımlılığı (RD), RD1 (Duygusallık), RD3 (Bağlanma) ve RD4 (Bağımlılık) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Sebat Etme (P) alt ölçeği olmayan tek mizaç ölçeğidir. Karakter boyutu 13 alt-sıra (lower-order) alt ölçekten oluşmaktadır. Kendini yönetme (SD), SD1 (Sorumluluk alma), SD2 (Amaçlılık), SD3 (Beceriklilik), SD4 (Kendini kabullenme) ve SD5 (Uyumlu ikincil huylar) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. İşbirliği Yapma (C), C1 (Sosyal onaylama), C2 (Empati duyma), C3 (Yardımseverlik), C4 (Acıma) ve C5 (Erdemlilik-vicdanlılık) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Kendini aşma (ST), ST1 (Kendilik kaybı), ST2 (Kişiler ötesi özdeşim) ve ST3 (Manevi kabullenme) alt ölçeklerinden oluşmaktadır.

Çalışmamızda MKE kullanılarak anne ve babaların mizaç ve karakter özellikleri açısından araştırma grubu ve kontrol grubu arasındaki farklılıklar değerlendirilmiştir.

3.2.5. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (Symptom Checklist) (SCL-90-R) (Ek III):

SCL-90-R, 90 maddelik bir özbildirim envanteridir ve 1977'de Derogatis tarafından geliştirilmiştir. SCL-90-R bir çok hastalıkta kullanılabilecek oldukça uygun bir envanterdir. Hastaların iddialarının doğrulunu test edip onaylamada, hastanın ilerleyişini görmede ve klinik araştırmalarda kullanabilir. Psikiyatrik belirtileri ölçen, 90 sorudan oluşan bu kağıt kalem testinin 10 alt testi vardır: Somatizasyon (kardiyovasküler, gastrointestinal, solunum ve diğer sistemlerle ilgili sorunları yansıtır), Obsesif Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Öfke ve Düşmanlık, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce, Psikotizm ve ek maddeler (uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk). Her bir madde için işaretlemek üzere beş yargı bulunmaktadır (hiç katılmıyorum, biraz katılıyorum, orta derecede katılıyorum, çok katılıyorum, aynen katılıyorum). Alt ölçek puanları, sözkonusu olan bozukluk ile ilgili belirtilerin şiddetini gösterir. En düşük puan 0, en yüksek puan 4'tür. 1 puanın üstü bozukluğun olabileceğini gösterir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması 1991 yılında İhsan Dağ tarafından yapılmıştır.

Çalışmamızda SCL-90 R kullanılarak anne-babaların psikiyatrik belirtileri ve bu belirtilerin şiddeti değerlendirilmiştir.

3.3. İŞLEM:

Araştırmaya katılan tüm çocuklara çocuk psikiyatrisi asistanı bir hekim tarafından fizik ve nörolojik muayene yapılmıştır. Fizik ve nörolojik muayene sonucu organik etyoloji düşündüren bulgular saptanan hastalar pediatri bölümüne konsulte edilmiş ve organik etyolojiye bağlı Enkoprezis saptanan hastalar araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Aynı zamanda tüm çocuklara gönüllü bir uzman psikolog tarafından WISC-R zeka testi uygulanmış ve IQ<85 olanlar çalışmaya alınmamıştır. Daha sonra çocuklara Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) uygulanarak DSM IV'e göre psikiyatrik tanıları belirlenmiştir. Anne ve babalara ise Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) ve

Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) uygulanmıştır. ADÖ ile çocukların ailelerinin işlevleri, SCL-90-R ile anne-babaların psikiyatrik belirtileri ve şiddeti, MKE ile de anne-babaların mizaç ve karakter özellikleri araştırılmıştır.

3.3.1. İstatistiksel Değerlendirme:

İstatistiksel değerlendirme SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 11,5 paket programı ile yapılmıştır. Çocukların aldıkları tanı sayısı, tanı türü, anne-babaların Aile Değerlendirme Ölçeği, SCL 90 ve Mizaç Karakter Envanteri değerleri açısından hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı fark olup olmadığı araştırılmıştır. Çocukların aldıkları tanı sayılarının karşılaştırılması ve anne-babalara verilen ölçeklerin puanlarının karşılaştırılması için t testi kullanılmıştır. Çocukların aldıkları tanı türlerinin oranlarının karşılaştırılması için ki-kare veya Fischer's exact test kullanılmıştır. İstatistiksel hesaplamalar esnasında $p<0,05$ değerler anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik veriler:

Araştırmaya, araştırma ve kontrol grubu için 30'ar çocuk olmak üzere toplam 60 denek, anne-babaları ile birlikte katılmışlardır. Hasta grubunda 25 erkek (%83,3) ve 5 kız (%16,7), kontrol grubunda ise 22 erkek (%73,3) ve 8 kız (%26,7) denek bulunmaktadır. Yapılan ki kare testinde iki grup arasında cinsiyet açısından anlamlı faklılık saptanmamıştır (p=0,34). Tablo 1 de gruplardaki kız ve erkek denek sayıları verilmiştir.

Tablo 1. Gruplardaki kız/erkek oranları*

		Grup		Toplam
		Hasta	Kontrol	
Cinsiyet	Erkek	25	22	47
	Kız	5	8	13
Toplam		30	30	60

*Araştırma ve kontrol grubu cinsiyet açısından benzemektedir (X^2= 0,88, p=0,34)

Tablo 2'de iki grubun yaş ortalamaları ve standart sapmaları verilmektedir. T testi ile yapılan analizde iki grup arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,09).

Tablo 2. Gruplardaki çocukların yaş ortalamaları (yıl olarak)*

	Grup	N	Ortalama	SS
Yaş	Hasta	30	8,8	1,6
	Kontrol	30	8,0	1,8
	Toplam	60	8,4	1,7

*Araştırma ve kontrol grubu çocukların yaşları açısından benzemektedir (*t*=1,70, p=0,09) SS: Standart sapma

Annelerin ve babaların yaş ortalamaları ve standart sapma değerleri tablo 3'te verilmiştir. Annelerin yaş ortalamaları arasında t testi ile anlamlı bir fark bulunmamışken (p=0,46), babaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,04).

Tablo 3. Anne ve babaların yaş ortalamaları*

		N	Ortalama	SS
Anne yaşı	Hasta	30	35,6	6,5
	Kontrol	30	34,4	5,7
	Toplam	60	35,0	6,1
Baba yaşı	Hasta	30	40,8	6,6
	Kontrol	30	37,4	6,1
	Toplam	60	39,1	6,5

*Araştırma ve kontrol grubu annelerin yaşları açısından benzemektedir (*t*=0,73, p=0,46).

Araştırma grubunda babaların yaş ortalaması kontrol grubundan küçüktür (*t*=2,10, p=0,04).

SS: Standart sapma

Annelerin eğitim düzeyleri tablo 4'de verilmiştir. Annelerin eğitim süreleri t testi ile (yıl olarak) karşılaştırıldığında, hasta grubu ile kontrol grubu arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p=0,18).

Tablo 4. Annelerin eğitim düzeyleri dağılımı*

Hasta			Kontrol			Toplam		
	Sayı	%		Sayı	%		Sayı	%
İlkokul	15	50,0	İlkokul	20	66,7	İlkokul	35	58,3
Ortaokul	2	6,7	Ortaokul	3	10,0	Ortaokul	5	8,3
Lise	11	36,7	Lise	5	16,7	Lise	16	26,7
Üniversite	1	3,3	Üniversite	1	3,3	Üniversite	2	3,3
Yüksek lisans	1	3,3	Yüksek lisans	1	3,3	Yüksek lisans	2	3,3
Toplam	30	100,0	Toplam	30	100,0	Toplam	60	100,0

*Araştırma ve kontrol grubundaki annelerin eğitim süreleri benzemektedir (*t*=1,35, p=0,18)

Babaların eğitim düzeyleri tablo 5'te verilmiştir. Babaların eğitim süreleri (yıl olarak) t testi ile karşılaştırıldığında, hasta grubu ile kontrol grubu arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p=0,69).

Tablo 5. Babaların eğitim düzeyleri dağılımı*

Hasta			Kontrol			Toplam		
	Sayı	%		Sayı	%		Sayı	%
İlkokul	10	33,3	İlkokul	11	36,7	İlkokul	21	35,0
Ortaokul	6	20,0	Ortaokul	2	6,7	Ortaokul	8	13,3
Lise	11	36,7	Lise	14	46,7	Lise	25	41,7
Üniversite	2	6,7	Üniversite	0	0,0	Üniversite	2	3,3
Yüksek lisans	1	3,3	Yüksek lisans	3	10,0	Yüksek lisans	4	6,7
Toplam	30	100,0	Toplam	30	100,0	Toplam	60	100,0

*Araştırma ve kontrol grubundaki babaların eğitim süreleri benzemektedir (*t*=-0,39, p=0,69)

Annelerin ve babaların meslek grubuna göre dağılımları tablo 6 ve 7'de verilmiştir. Ki kare testi ile annelerin ve babaların meslekleri karşılaştırılmıştır. Hasta ve kontrol grubu arasında annelerin meslekleri açısından istatistiksel

bir fark saptanmazken (p=0,32), babaların meslekleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,03).

Tablo 6. Annelerin meslek grubuna göre dağılımları

Hasta			Kontrol			Toplam		
	Sayı	%		Sayı	%		Sayı	%
Memur	3	10,0	Memur	2	6,7	Memur	5	8,3
Serbest	2	6,7	Serbest			Serbest	2	3,3
Özel sektör	1	3,3	Özel sektör			Özel sektör	1	1,7
Ev hanımı	23	76,7	Ev hanımı	28	93,3	Ev hanımı	51	85,0
Emekli	1	3,3	Emekli			Emekli	1	1,7
Toplam	30	100,0	Toplam	30	100,0	Toplam	60	100,0

*Araştırma ve kontrol grubundaki annelerin meslekleri benzemektedir (X^2 = 4,69, p=0,32)

Tablo 7. Babaların meslek grubuna göre dağılımı*

Hasta			Kontrol			Toplam		
	Sayı	%		Sayı	%		Sayı	%
Memur	6	20,0	Memur	1	3,3	Memur	7	11,7
İşçi	5	16,7	İşçi	12	40,0	İşçi	17	28,3
Serbest	7	23,3	Serbest	11	36,7	Serbest	18	30,0
Özel sektör	10	33,3	Özel sektör	6	20,0	Özel sektör	16	26,7
Emekli	2	6,7	Emekli			Emekli	2	3,3
Toplam	30	100,0	Toplam	30	100,0	Toplam	60	100,0

*Araştırma ve kontrol grubundaki babaların meslekleri farklıdır (X^2 =10,49, p=0,03).

Ailelerin aylık ortalama gelirleri tablo 8'de verilmiştir. Hasta ve kontrol gruplarının aylık ortalama gelirleri arasındaki fark t testi ile analiz edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,29).

Tablo 8. Ailelerin ortalama aylık gelirleri*

	Grup	N	Ortalama	SS
Aile ortalama aylık geliri	Hasta	30	1230,0	646,1
	Kontrol	30	1023,1	703,2

*Araştırma ve kontrol grubundaki ailelerin aylık gelirleri benzemektedir (*t*=1,06, p=0,29)
SS: Standart sapma

Çocukların ders başarıları (en son aldığı karne notlarının ortalaması) açısından iki grup arasında fark olup olmadığı t testi ile analiz edilmiş ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0,03). Tablo 9'da çocukların ders başarı durumları verilmiştir.

Tablo 9. Ders başarı ortalamaları*

	Grup	N	Ortalama	SS
Okul başarısı	Hasta	30	4,2	0,92
	Kontrol	30	4,6	0,62

*Araştırma grubundaki çocukların ders başarıları kontrol grubundaki çocuklardan düşüktür (*t*=-2,21, p=0,03).
SS: Standart sapma

Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ile ilgili veriler:

Deneklere ÇDŞG-ŞY uygulanarak eşlik eden psikiyatrik bozuklukları belirlenmiştir. Hasta grubundaki çocuklarda Enkoprezis tanıları primer ve sekonder olarak sınıflandırılmıştır. Tablo 10'da primer ve sekonder enkoprezis oranları verilmiştir.

Tablo 10. Enkoprezis tanılarının hastalığın tipine göre sınıflandırılması

Enkoprezis tipi	Sayı	%
Primer	5	16,7
Sekonder	25	83,3
Toplam	30	100,0

Tablo 11'de ek psikiyatrik bozuklukların sıklığı, tablo 12'de ise deneklerin aldıkları ek psikiyatrik bozukluk sayıları görülmektedir. Hasta ve kontrol grubunda deneklerin aldıkları ek psikiyatrik tanı sayılarının ortalamaları t testi ile karşılaştırılmış ve hasta grubunda psikiyatrik bozukluk sayısının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak oldukça anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.00). Ayrıca tanılar tek tek karşılaştırıldığında hasta grubun kontrol grubuna göre birçok tanıyı daha yüksek oranda karşıladıkları, bunlar arasında Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğunun ve Enürezis Diürna'nın istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olduğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda iki grup arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen araştırma grubunda DEHB tanısı alanların sayısının (11 kişi) kontrol grubuna göre (5 kişi) oldukça fazla olduğu belirlenmiştir. Hasta grubunda en az bir tanı alma oranı %76 olarak saptanırken bu oran kontrol grubunda %63 olarak bulunmuştur.

Tablo 11. Ek psikiyatrik tanı sayıları*

	Grup	N	Ortalama	SS
Ek tanı sayısı	Hasta	30	3,10	1,7
	Kontrol	30	0,96	1,0

*Hasta grubundaki çocukların aldıkları tanı sayıları kontrol grubundaki çocuklardan fazladır (*t*=5,85, **p=0,00**).

SS: Standart sapma

Tablo 12. Depresyon görülme sıklığı (kişi sayısı)*

Grup	Depresyon var	Depresyon yok	Toplam
Hasta	7 (%23,3)	23 (%76,7)	30 (%100)
Kontrol	2 (%6,7)	28 (%93,3)	30 (%100)
Toplam	9 (%15,0)	51 (%85,0)	60 (%100)

*Araştırma grubu ve kontrol grubunda Depresyon tanısı alanların sayısı farklı değildir (p=0,14, Fisher testine göre).

Tablo 13. Anksiyete bozuklukları görülme sıklığı (kişi sayısı)*

Grup	Anksiyete var	Anksiyete yok	Toplam
Hasta	12 (%40,0)	18 (%60,0)	30 (%100)
Kontrol	10 (%33,3)	20 (%66,7)	30 (%100)
Toplam	22 (%36,7)	38 (%63,3)	60 (%100)

*Araştırma grubu ve kontrol grubunda Anksiyete bozukluğu tanısı alanların sayısı farklı değildir(X^2 = 0,28, p=0,59).

Tablo 14. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) görülme sıklığı (kişi sayısı)*

Grup	DEHB var	DEHB yok	Toplam
Hasta	11 (%36,7)	19 (%63,3)	30 (%100)
Kontrol	5 (%16,7)	25 (%83,3)	30 (%100)
Toplam	16 (%26,7)	44 (%73,3)	60 (%100)

*Araştırma grubu ve kontrol grubunda DEHB tanısı alanların sayısı farklı değildir(X^2=3.06, p=0,08,).

Tablo 15. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) görülme sıklığı (kişi sayısı)*

Grup	KOKGB var	KOKGB yok	Toplam
Hasta	12 (%40,0)	18 (%60,0)	30 (%100)
Kontrol	1 (%3,3)	29 (%96,7)	30 (%100)
Toplam	13 (%21,7)	47 (%77,3)	60 (%100)

*Araştırma grubunda KOKGB tanısı alanların sayısı kontrol grubundan fazladır (X^2 =11,88, **p=0,00**).

Tablo 16. Enürezis Nokturna (EN) görülme sıklığı (kişi sayısı)*

Grup	EN var	EN yok	Toplam
Hasta	5 (%16,7)	25 (%83,3)	30 (%100)
Kontrol	6 (%20,0)	24 (% 80,0)	30 (%100)
Toplam	11 (%18,3)	49 (%81,7)	60 (%100)

*Araştırma grubu ve kontrol grubunda EN tanısı alanların sayısı farklı değildir (X^2=0,11, p=0,73).

Tablo 17. Enürezis Diürna (ED) görülme sıklığı (kişi sayısı)*

Grup	ED var	ED yok	Toplam
Hasta	7 (%23,3)	23 (%76,7)	30 (%100)
Kontrol	1 (%3,3)	29 (%96,7)	30 (%100)
Toplam	8 (13,3)	52 (%86,7)	60 (%100)

*Araştırma grubunda ED tanısı alanların sayısı kontrol grubunda ED tanısı alanlardan fazladır (**p=0,05**, Fisher testine göre).

4.2. Aile Değerlendirme Ölçeği ile elde edilen veriler:

Anne ve babalara uygulanan aile değerlendirme ölçeğinin alt ölçek değerleri t testi ile karşılaştırılmıştır. Aile içinde problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel aile fonksiyonlarının değerlendirildiği bu ölçek alt puanlarının hepsinin hasta ve kontrol grubunda farklı olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Tablo 18 ve 19'da anne ve babalara uygulanan Aile Değerlendirme Ölçeği alt ölçek puanlarının ortalama değerleri verilmiştir. (Aile Değerlendirme Ölçeği için en küçük değer 1, en yüksek değer ise 4'dür. Puanın yüksek olması işlevin bozuk olduğunu gösterir.)

Tablo 18. Anne Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) alt ölçek puanları*

Alt ölçek	Grup	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Problem çözme	Hasta	2,73	0,85	2,87	**0,00**
	Kontrol	2,12	0,79		
İletişim	Hasta	2,61	0,85	2,53	**0,01**
	Kontrol	2,06	0,82		
Roller	Hasta	2,64	0,56	2,66	**0,01**
	Kontrol	2,22	0,65		
Duygusal tepki verebilme	Hasta	2,61	0,97	2,64	**0,01**
	Kontrol	2,00	0,80		
Gereken ilgiyi gösterebilme	Hasta	2,59	0,51	3,13	**0,00**
	Kontrol	2,14	0,59		
Davranış kontrolü	Hasta	2,65	0,67	3,26	**0,00**
	Kontrol	2,08	0,68		
Genel aile fonksiyonları	Hasta	2,67	0,84	2,93	**0,00**
	Kontrol	2,04	0,82		

*Araştırma grubunda annelerin ADÖ alt ölçekleri puanlarının hepsi kontrol grubunun puanlarından yüksektir. SS: Standart sapma

Tablo 19. Baba Aile Değerlendirme Ölçeği alt ölçek puanları*

	Grup	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Problem çözme	Hasta	2,76	0,78	3,30	**0,00**
	Kontrol	2,12	0,69		
İletişim	Hasta	2,68	0,78	2,52	**0,01**
	Kontrol	2,16	0,80		
Roller	Hasta	2,74	0,70	2,79	**0,00**
	Kontrol	2,28	0,56		
Duygusal tepki verebilme	Hasta	2,72	0,78	3,01	**0,00**
	Kontrol	2,09	0,82		
Gereken ilgiyi gösterebilme	Hasta	2,73	0,60	3,16	**0,00**
	Kontrol	2,25	0,59		
Davranış kontrolü	Hasta	2,70	0,72	2,99	**0,00**
	Kontrol	2,13	0,75		
Genel aile fonksiyonları	Hasta	2,77	0,83	2,99	**0,00**
	Kontrol	2,11	0,86		

*Araştırma grubunda babaların ADÖ alt ölçekleri puanlarının hepsi kontrol grubunun puanlarından yüksektir.

SS: Standart sapma

4.3. SCL 90-R ile elde edilen veriler:

Anne ve babalara uygulanan SCL-90-R ölçeği ile anne ve babalardaki psikiyatrik belirtiler ve bu belirtilerin şiddeti değerlendirilmiştir. SCL-90-R ile somatik belirtiler (bazı sık görülen bedensel hastalıklara ait belirtiler), obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm belirtileri, kişiler arası duyarlılık, öfke ve diğer belirtiler (uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk) taranmaktadır. Hasta ve kontrol grubunda anne ve babaların SCL-90-R puanları t testi ile karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda SCL-90-R alt ölçeklerinin çoğunda hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Annelerde paranoid düşünce alt ölçeğinde anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,05). Babalarda ise tüm alt ölçekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Tablo 20 ve 21'de anne ve babaların SCL-90-R alt ölçekleri puanlarının ortalama değerleri verilmiştir.

Tablo 20. Anne SCL-90-R alt ölçek puanları*

	Grup	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Somatik belirtiler	Hasta	1,15	0,83	0,24	0,80
	Kontrol	1,10	0,72		
Obsesif-kompulsif belirtiler	Hasta	1,37	0,92	1,70	0,09
	Kontrol	1,02	0,62		
Kişilerarası duyarlılık	Hasta	1,21	0,88	1,71	0,09
	Kontrol	0,89	0,50		
Depresyon belirtileri	Hasta	1,20	0,88	1,18	0,24
	Kontrol	0,97	0,55		
Anksiyete belirtileri	Hasta	1,08	0,88	1,39	0,16
	Kontrol	0,79	0,67		
Öfke ve düşmanlık	Hasta	0,98	0,79	1,50	0,13
	Kontrol	0,70	0,65		
Fobik kaçınma belirtileri	Hasta	0,73	0,77	0,91	0,36
	Kontrol	0,57	0,56		
Paranoid düşünce belirtileri	Hasta	1,39	0,96	1,96	**0,05**
	Kontrol	0,96	0,68		
Psikotik düşünce belirtileri	Hasta	0,65	0,77	0,90	0,36
	Kontrol	0,51	0,37		
Ek belirtiler	Hasta	1,17	0,87	1,50	0,13
	Kontrol	0,87	0,65		
Genel toplam	Hasta	1,09	0,78	1,40	0,16
	Kontrol	0,86	0,49		

*Araştırma grubunda annelerin SCL-90-R alt ölçeklerinden paranoid düşünce belirtileri kontrol grubundan yüksektir (**p=0,05**), diğer alt ölçek puanları açısından araştırma ve kontrol grubu arasında fark yoktur. SS: Standart sapma

Tablo 21. Baba SCL-90-R alt ölçek puanları*

	Grup	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Somatik belirtiler	Hasta	0,85	0,72	0,48	0,62
	Kontrol	0,76	0,69		
Obsesif-kompulsif belirtiler	Hasta	0,90	0,59	-0,12	0,89
	Kontrol	0,93	0,70		
Kişilerarası duyarlılık	Hasta	0,82	0,62	-0,46	0,64
	Kontrol	0,89	0,60		
Depresyon belirtileri	Hasta	0,76	0,60	0,10	0,91
	Kontrol	0,75	0,56		
Anksiyete belirtileri	Hasta	0,57	0,54	0,50	0,96
	Kontrol	0,56	0,60		
Öfke ve düşmanlık	Hasta	0,86	0,91	-0,20	0,83
	Kontrol	0,91	0,88		
Fobik kaçınma belirtileri	Hasta	0,32	0,37	-0,94	0,34
	Kontrol	0,46	0,66		
Paranoid düşünce belirtileri	Hasta	1,00	0,88	-1,09	0,27
	Kontrol	1,24	0,77		
Psikotik düşünce belirtileri	Hasta	0,50	0,51	-0,61	0,54
	Kontrol	0,59	0,58		
Ek belirtiler	Hasta	0,79	0,63	-0,01	0,98
	Kontrol	0,80	0,72		
Genel toplam	Hasta	0,74	0,54	-0,22	0,82
	Kontrol	0,77	0,58		

*Babaların SCL-90-R alt ölçek puanlarının hiçbirisi araştırma ve kontrol grubunda farklı değildir. SS: Standart sapma

Araştırma ve kontrol grubu, anne ve babaların SCL-90-R puanları açısından karşılaştırıldıklarında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Ancak araştırma grubu ve kontrol grubu ayrı ayrı değerlendirilerek anne SCL-90-R puanları ile baba SCL-90-R puanları t testi ile karşılaştırıldığında araştırma grubunda anne SCL-90-R puanlarının çoğunun baba SCL-90-R puanlarına göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Tablo 22'de araştırma grubu için, tablo 23'te kontrol grubu için anne ve babaların SCL-90-R alt ölçek puanlarının ortalama değerleri verilmektedir.

Tablo 22. Araştırma grubunda anne ve baba SCL-90-R alt ölçekleri ortalama değerleri*

	Anne-Baba	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Somatik belirtiler	Anne	1,15	0,83	1,51	0,13
	Baba	0,85	0,72		
Obsesif-kompulsif belirtiler	Anne	1,37	0,92	2,30	**0,02**
	Baba	0,90	0,59		
Kişilerarası duyarlılık	Anne	1,21	0,88	1,95	**0,05**
	Baba	0,82	0,62		
Depresyon belirtileri	Anne	1,20	0,88	2,23	**0,02**
	Baba	0,76	0,60		
Anksiyete belirtileri	Anne	1,08	0,88	2,66	**0,01**
	Baba	0,57	0,54		
Öfke ve düşmanlık	Anne	0,98	0,79	0,53	0,59
	Baba	0,86	0,91		
Fobik kaçınma belirtileri	Anne	0,73	0,77	2,57	**0,01**
	Baba	0,32	0,37		
Paranoid düşünce belirtileri	Anne	1,39	0,96	1,60	0,11
	Baba	1,00	0,88		
Psikotik düşünce belirtileri	Anne	0,65	0,77	0,87	0,38
	Baba	0,50	0,51		
Ek belirtiler	Anne	1,17	0,87	1,91	0,06
	Baba	0,79	0,63		
Genel toplam	Anne	1,09	0,78	2,06	**0,04**
	Baba	0,74	0,54		

*Araştırma grubunda SCL-90-R alt ölçeklerinden obsesif-kompulsif belirtiler, kişilerarası duyarlılık, depresyon belirtileri, anksiyete belirtileri, fobik kaçınma belirtileri alt ölçekleri ve genel toplam puanları annelerde babalardan yüksektir. SS: Standart sapma

Tablo 23. Kontrol grubunda anne ve baba SCL-90-R alt ölçekleri ortalama değerleri*

	Anne-Baba	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Somatik belirtiler	Anne	1,10	0,72	1,87	0,06
	Baba	0,76	0,69		
Obsesif-kompulsif belirtiler	Anne	1,02	0,62	0,55	0,58
	Baba	0,93	0,70		
Kişilerarası duyarlılık	Anne	0,89	0,50	-0,04	0,96
	Baba	0,89	0,60		
Depresyon belirtileri	Anne	0,97	0,55	1,56	0,12
	Baba	0,75	0,56		
Anksiyete belirtileri	Anne	0,79	0,67	1,39	0,16
	Baba	0,56	0,60		
Öfke ve düşmanlık	Anne	0,70	0,65	-1,06	0,29
	Baba	0,91	0,88		
Fobik kaçınma belirtileri	Anne	0,57	0,56	0,70	0,48
	Baba	0,46	0,66		
Paranoid düşünce belirtileri	Anne	0,96	0,68	-1,46	0,14
	Baba	1,24	0,77		
Psikotik düşünce belirtileri	Anne	0,51	0,37	-0,64	0,52
	Baba	0,59	0,58		
Ek belirtiler	Anne	0,87	0,65	0,42	0,67
	Baba	0,80	0,72		
Genel toplam	Anne	0,86	0,49	0,62	0,53
	Baba	0,77	0,58		

*Kontrol grubunda anne ve babaların SCL-90-R alt ölçeklerinin hiçbirisi farklı bulunmamıştır.
SS: Standart sapma

4.4. Mizaç Karakter Envanteri ile elde edilen veriler:

Anne ve babalara Mizaç Karakter Envanteri uygulanarak kişilik özellikleri belirlenmeye çalışılmıştır. MKE'de yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma, üst sıra ölçeklerdir ve bunların her birine ait alt sıra ölçekler bulunmaktadır. Araştırma ve kontrol gruplarında anne ve babaların MKE üst sıra ölçek puanları ve alt sıra ölçek puanları karşılaştırılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda annelerde işbirliği yapma üst sıra ölçeğinin (p=0,01) ve bu üst sıra ölçeğe bağlı acıma alt sıra ölçeğinin (p=0,01) araştırma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük olduğu sonucu elde edilmiştir.

Babaların MKE'leri karşılaştırıldığında ise yenilik arayışı üst sıra ölçeğine bağlı dürtüsellik alt sıra ölçeğinin araştırma grubunda kontrollerden anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,03). Zarardan kaçınma üst sıra ölçeğine bağlı yabancılardan çekinme alt sıra ölçeği araştırma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek olarak bulunmuştur (p=0.00). İşbirliği yapma üst sıra ölçeği (p=0,03) ve buna bağlı olan empati duyma alt sıra ölçeği (p=0,00) araştırma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük olarak saptanmıştır. Kendini aşma üst sıra ölçeği (p=0,01) ve buna bağlı olan kişiler ötesi özdeşim alt sıra ölçeği (p=0.00) araştırma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Diğer üst ve alt sıra ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. 24. ve 37. Tablolar arasında anne ve babaların MKE alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalama değerleri verilmiştir.

Tablo 24. Anne MKE yenilik arayışı (novelty seeking) üst sıra ölçeğine bağlı alt sıra ölçekler puan ortalamaları*

	Grup	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Keşfetmekten heyecan duyma	Hasta	5,10	1,95	-1,39	0,16
	Kontrol	5,83	2,11		
Dürtüsellik	Hasta	3,63	1,71	0,80	0,42
	Kontrol	3,26	1,83		
Savurganlık	Hasta	2,86	1,38	-1,55	0,12
	Kontrol	3,46	1,59		
Düzensizlik	Hasta	2,86	1,47	0,87	0,38
	Kontrol	2,56	1,16		
Yenilik arayışı toplam puan	Hasta	14,46	4,11	-0,62	0,53
	Kontrol	15,13	4,20		

*Anne MKE yenilik arayışı üst sıra ölçeği ve buna bağlı alt sıra ölçeklerin puanlarında araştırma ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

SS: Standart sapma

Tablo 25. Anne MKE zarardan kaçınma (harm avoidance) üst sıra ölçeğine bağlı alt sıra ölçekler puan ortalamaları*

	Grup	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Beklenti endişesi	Hasta	6,70	2,08	1,82	0,07
	Kontrol	5,73	2,01		
Belirsizlik korkusu	Hasta	5,23	1,65	0,15	0,87
	Kontrol	5,16	1,62		
Yabancılardan çekinme	Hasta	4,00	2,08	0,56	0,57
	Kontrol	3,70	2,00		
Çabuk yorulma ve dermansızlık	Hasta	3,93	1,98	0,51	0,61
	Kontrol	3,66	2,05		
Zarardan kaçınma toplam puan	Hasta	19,86	5,38	1,13	0,26
	Kontrol	18,26	5,52		

*Anne MKE zarardan kaçınma üst sıra ölçeği ve buna bağlı alt sıra ölçeklerin puanlarında araştırma ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

SS: Standart sapma

Tablo 26. Anne MKE ödül bağımlılığı (reward dependence) üst sıra ölçeğine bağlı alt sıra ölçekler puan ortalamaları*

	Grup	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Duygusallık	Hasta	7,90	1,44	0,16	0,87
	Kontrol	7,83	1,70		
Bağlanma	Hasta	4,60	1,79	0,36	0,71
	Kontrol	4,43	1,77		
Bağımlılık	Hasta	2,23	1,22	-0,96	0,34
	Kontrol	2,53	1,19		
Ödül bağımlılığı toplam puanı	Hasta	14,73	2,66	-0,08	0,92
	Kontrol	14,80	3,10		

*Anne MKE ödül bağımlılığı üst sıra ölçeği ve buna bağlı alt sıra ölçeklerin puanlarında araştırma ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.
SS: Standart sapma

Tablo 27. Anne MKE sebat etme (persistance) üst sıra ölçeği puan ortalamaları*

	Grup	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Sebat etme	Hasta	5,20	2,34	-0,72	0,47
	Kontrol	5,56	1,50		

*Anne MKE sebat etme üst sıra ölçeği puanlarında araştırma ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.
SS: Standart sapma

Tablo 28. Anne MKE kendi kendini yönetme (self directedness) üst sıra ölçeğine bağlı alt sıra ölçekler puan ortalamaları*

	Grup	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Sorumluluk alma	Hasta	3,93	1,74	-1,46	0,14
	Kontrol	4,60	1,77		
Amaçlılık	Hasta	5,60	1,58	-1,35	0,18
	Kontrol	6,13	1,45		
Beceriklilik	Hasta	3,00	1,38	0,19	0,84
	Kontrol	2,93	1,20		
Kendini kabullenme	Hasta	5,66	2,02	-1,86	0,06
	Kontrol	6,76	2,52		
Uyumlu ikincil huylar	Hasta	8,30	1,70	0,26	0,78
	Kontrol	8,16	2,11		
Kendi kendini yönetme toplam puanı	Hasta	26,50	5,67	-1,42	0,15
	Kontrol	28,60	5,67		

*Anne MKE kendi kendini yönetme üst sıra ölçeği ve buna bağlı alt sıra ölçeklerin puanlarında araştırma ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

SS: Standart sapma

Tablo 29. Anne MKE işbirliği yapma (cooperativeness) üst sıra ölçeğine bağlı alt sıra ölçekler puan ortalamaları*

	Grup	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Sosyal onaylama	Hasta	6,16	1,51	-0,44	0,65
	Kontrol	6,33	1,39		
Empati duyma	Hasta	3,83	1,11	-1,09	0,27
	Kontrol	4,16	1,23		
Yardımseverlik	Hasta	5,06	1,31	-1,59	0,11
	Kontrol	5,56	1,10		
Acıma	Hasta	7,40	1,92	-2,43	**0,01**
	Kontrol	8,46	1,43		
Erdemlilik-vicdanlılık	Hasta	7,06	1,01	-1,00	0,31
	Kontrol	7,40	1,49		
İşbirliği yapma toplam puanı	Hasta	29,53	4,23	-2,45	**0,01**
	Kontrol	31,93	3,28		

*Anne MKE işbirliği yapma üst sıra ölçeği ve buna bağlı acıma alt sıra ölçeği araştırma grubunda kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur.

SS: Standart sapma

Tablo 30. Anne MKE kendi kendini aşma (self transcendence) üst sıra ölçeğine bağlı alt sıra ölçekler puan ortalamaları*

	Grup	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Kendilik kaybı	Hasta	6,16	4,11	0,30	0,76
	Kontrol	5,90	2,53		
Kişiler ötesi özdeşim	Hasta	5,20	2,18	-1,11	0,27
	Kontrol	5,83	2,21		
Manevi kabullenme	Hasta	7,03	2,60	0,38	0,70
	Kontrol	6,80	2,05		
Kendi kendini aşma toplam puanı	Hasta	18,40	7,22	-0,08	0,93
	Kontrol	18,53	5,40		

*Anne MKE kendi kendini aşma üst sıra ölçeği ve buna bağlı alt sıra ölçeklerin puanlarında araştırma ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

SS: Standart sapma

Tablo 31. Baba MKE yenilik arayışı (novelty seeking) üst sıra ölçeğine bağlı alt sıra ölçekler puan ortalamaları*

	Grup	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Keşfetmekten heyecan duyma	Hasta	5,23	1,95	-1,25	0,21
	Kontrol	5,80	1,49		
Dürtüsellik	Hasta	3,90	1,72	2,14	**0,03**
	Kontrol	2,93	1,76		
Savurganlık	Hasta	3,56	2,28	1,08	0,28
	Kontrol	3,00	1,72		
Düzensizlik	Hasta	3,60	1,75	1,72	0,09
	Kontrol	2,90	1,37		
Yenilik arayışı toplam puan	Hasta	16,30	5,70	1,36	0,17
	Kontrol	14,63	3,52		

*Baba MKE yenilik arayışı üst sıra ölçeğine bağlı dürtüsellik alt sıra ölçeği puanları araştırma grubunda kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur.

SS: Standart sapma

Tablo 32. Baba MKE zarardan kaçınma (harm avoidance) üst sıra ölçeğine bağlı alt sıra ölçekler puan ortalamaları*

	Grup	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Beklenti endişesi	Hasta	5,50	1,99	-0,12	0,90
	Kontrol	5,56	2,16		
Belirsizlik korkusu	Hasta	4,66	1,62	0,80	0,42
	Kontrol	4,36	1,24		
Yabancılardan çekinme	Hasta	4,26	2,50	3,25	**0,00**
	Kontrol	2,36	1,99		
Çabuk yorulma ve dermansızlık	Hasta	3,40	2,17	0,55	0,58
	Kontrol	3,10	2,00		
Zarardan kaçınma toplam puan	Hasta	17,83	6,14	1,60	0,11
	Kontrol	15,40	5,56		

*Baba MKE zarardan kaçınma üst sıra ölçeğine bağlı yabancılardan çekinme alt sıra ölçeği puanları araştırma grubunda kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur.

SS: Standart sapma

Tablo 33. Baba MKE ödül bağımlılığı (reward dependence) üst sıra ölçeğine bağlı alt sıra ölçekler puan ortalamaları*

	Grup	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Duygusallık	Hasta	7,10	2,27	-0,39	0,69
	Kontrol	7,30	1,62		
Bağlanma	Hasta	4,10	1,66	0,77	0,44
	Kontrol	3,76	1,65		
Bağımlılık	Hasta	2,63	1,42	0,56	0,57
	Kontrol	2,43	1,33		
Ödül bağımlılığı toplam puanı	Hasta	13,83	3,62	0,39	0,69
	Kontrol	13,50	2,86		

*Baba MKE ödül bağımlılığı üst sıra ölçeği ve buna bağlı alt sıra ölçeklerin puanlarında araştırma ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.SS: Standart sapma

Tablo 34. Baba MKE sebat etme (persistance) üst sıra ölçeği puan ortalamaları*

	Grup	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Sebat etme	Hasta	5,40	1,77	-1,16	0,24
	Kontrol	5,90	1,53		

*Baba MKE sebat etme üst sıra ölçek puanlarında araştırma ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

SS: Standart sapma

Tablo 35. Baba MKE kendi kendini yönetme (self directedness) üst sıra ölçeğine bağlı alt sıra ölçekler puan ortalamaları*

	Grup	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Sorumluluk alma	Hasta	4,63	1,97	-0,35	0,72
	Kontrol	4,80	1,62		
Amaçlılık	Hasta	5,70	1,46	-0,43	0,66
	Kontrol	5,86	1,47		
Beceriklilik	Hasta	2,83	1,51	-0,95	0,34
	Kontrol	3,13	,81		
Kendini kabullenme	Hasta	5,80	2,31	-0,69	0,49
	Kontrol	6,23	2,52		
Uyumlu ikincil huylar	Hasta	8,20	2,32	0,47	0,63
	Kontrol	7,93	1,98		
Kendi kendini yönetme toplam puanı	Hasta	27,16	6,99	-0,50	0,61
	Kontrol	27,96	5,28		

*Baba MKE kendi kendini yönetme üst sıra ölçeği ve buna bağlı alt sıra ölçeklerin puanlarında araştırma ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

SS: Standart sapma

Tablo 36. Baba MKE işbirliği yapma (cooperativeness) üst sıra ölçeğine bağlı alt sıra ölçekler puan ortalamaları*

	Grup	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Sosyal onaylama	Hasta	5,70	2,24	-1,08	0,28
	Kontrol	6,23	1,50		
Empati duyma	Hasta	3,30	1,05	-2,77	**0,00**
	Kontrol	4,66	2,48		
Yardımseverlik	Hasta	4,70	1,26	-1,29	0,20
	Kontrol	5,10	1,12		
Acıma	Hasta	7,03	3,32	-0,72	0,47
	Kontrol	7,56	2,25		
Erdemlilik-vicdanlılık	Hasta	6,60	1,77	-1,65	0,10
	Kontrol	7,30	1,48		
İşbirliği yapma toplam puanı	Hasta	27,33	7,59	-2,17	**0,03**
	Kontrol	30,86	4,64		

*Baba MKE işbirliği yapma üst sıra ölçeği ve buna bağlı empati duyma alt sıra ölçeği puanları araştırma grubunda kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur.

SS: Standart sapma

Tablo 37. Baba MKE kendi kendini aşma (self transcendence) üst sıra ölçeğine bağlı alt sıra ölçekler puan ortalamaları*

	Grup	Ortalama	SS	T testi	
				t	p
Kendilik kaybı	Hasta	5,46	2,51	-1,48	0,14
	Kontrol	6,43	2,54		
Kişiler ötesi özdeşim	Hasta	5,10	1,86	-3,07	**0,00**
	Kontrol	6,46	1,56		
Manevi kabullenme	Hasta	7,23	2,50	-1,55	0,12
	Kontrol	8,13	1,96		
Kendi kendini aşma toplam puanı	Hasta	17,80	5,01	-2,60	**0,01**
	Kontrol	21,03	4,56		

*Baba MKE kendi kendini aşma üst sıra ölçeği ve buna bağlı kişiler ötesi özdeşim alt sıra ölçeği puanları araştırma grubunda kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur.
SS: Standart sapma

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada Enkoprezis tanısı olan çocukların eş psikiyatrik tanıları, anne ve babalarının kişilik özellikleri, psikiyatrik semptom şiddetleri ve aile özellikleri araştırılmıştır. Taranan literatürde hem çocukta psikiyatrik ek tanılar, hem de anne-baba ve ailenin özelliklerini bir arada değerlendiren, aynı zamanda kontrol grubu ile karşılaştıran başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu özellikleri açısından bu çalışmanın önemli olduğu düşünülmektedir.

Literatürde Enkoprezis'i olan çocukların öğrenme güçlüğü yaşadığı, normal çocuklara göre okula devam etmeme oranlarının daha yüksek olduğu ve okul performanslarının daha kötü olduğu belirlenmiştir (van der Wal 2005, Morrow ve ark.1997, Cox ve ark.2002). Bu çalışmadaki çocuklar, okul başarıları (en son karne not ortalaması) açısından karşılaştırıldığında araştırma grubunun ders başarısının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu belirlenmiştir. Mental Retardasyon'u olan çocukların çalışma kapsamı dışında bırakıldığı düşünülürse bu bulgunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Ders başarısının düşüklüğü, Enkoprezis'e eşlik eden davranış problemleri ve DEHB, KOKGB gibi yıkıcı davranış bozuklukları nedeni ile olabileceği gibi hastalığa eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklara (Depresyon, Anksiyete Bozuklukları, düşük kendilik değeri vs) bağlı olarak da gelişebilir. Ayrıca Enkoprezis'in kendisi sosyal olarak kabul görmeyen bir durum olduğu için hastanın sosyal baskıdan çekinerek okula devam etmemesine ve buna bağlı olarak da ders başarısının düşmesine neden olabilir.

5.1. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY):

Araştırma grubu ile kontrol grubu aldıkları ek tanı sayılarının ortalamaları açısından karşılaştırıldığında araştırma grubunda ortalama ek tanı sayısı 3,10 kontrol grubunda ise 0,96 olarak bulunmuştur ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,00). En az bir tanı alma oranlarına bakıldığında ise araştırma grubunda %76, kontrol grubunda

%63'tür. En az bir tanı alma oranları arasında önemli bir farklılık gözlenmezken, alınan toplam tanı sayılarının ortalamaları açısından değerlendirildiğinde araştırma grubunun çok daha fazla ek tanı aldığı gözlenmektedir. Bu durum Enkoprezis'i olan çocuklarda birden fazla ek tanı görülebileceğini göstermektedir. Literatürde (Ünal ve Pehlivantürk 2004,2005, van Everdingen-Faasen ve ark.2008) Enkoprezis ile birlikte başka psikiyatrik bozuklukların sık görüldüğü ve en az bir ek tanı görülme oranının %74-95 arasında olduğu bildirilmektedir. Bu araştırmada elde edilen veriler literatürde bildirilen bu bilgiler ile uyumludur.

Çocukların aldıkları tanılar değerlendirildiğinde ise araştırma grubunda kontrol grubuna göre Depresyon, Anksiyete bozuklukları, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) ve Enürezis Diürna tanılarını alanlar kontrol grubundan daha fazla olarak saptanmıştır. Bunlar arasından KOKGB ($p=0,00$) ve Enürezis Diürna ($p=0,05$) tanılarını alma oranları iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.

Literatürde (Ünal ve Pehlivantürk 2004,2005, Cox ve ark.2002, Di Lorenzo ve Benninga 2004, Young ve ark.1995, Hulten ve ark 2005, Cox ve.ark 2002, Joinson ve ark.2006) Enkoprezis'i olan çocuklarda beraberinde birçok ruhsal sorunun da görülebileceği bildirilmiştir. Bunlar arasında Enürezis, KOKGB, DEHB, Anksiyete bozuklukları, Depresyon, düşük kendilik değeri ve artmış öfke, duygusal ve davranışsal sorunlar, düşük sosyal uyum, Yıkıcı Davranış Bozuklukları, (DEHB, KOKGB, Davranım Bozukluğu) Mental Retardasyon, dikkat ve aktivite problemleri, obsesyon ve kompulsiyonlar, karşı gelme davranışları, antisosyal aktiviteler sayılmaktadır. Araştırmalarda Enkoprezis'e eşlik eden bozukluklar arasında Enürezis, DEHB ve KOKGB en sık bozukluklar olarak bildirilmektedir. Bu araştırmada da KOKGB ve Enürezis Diürna istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde araştırma grubunda kontrol grubundan fazla bulunmuştur. DEHB'nda ise araştırma ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen araştırma grubunda (11 kişi) kontrol grubuna göre (5 kişi) oldukça fazla olarak bulunmuştur. Araştırma grubunda 11 hastada DEHB (%36), 10 hastada Enürezis (%33), 12 hastada KOKGB (%40) belirlenmiştir.

Örneklemin küçüklüğüne rağmen bu oranlar literatürde belirtilenlerle uyuşmaktadır (Ünal ve Pehlivantürk 2005, Özdemir ve ark.2005) ve normal populasyonda beklenen oranlara göre oldukça yüksektir. Normal populasyona göre değerlendirildiğinde Depresyon (n=7,%23) ve Anksiyete Bozuklukları da (n=12, %40) oldukça yüksek olarak belirlenmiştir. Normal populasyonda okul çağı çocuklarda Depresyon sıklığının % 3'den az olduğu, Anksiyete Bozukluklarının ise % 10'dan az olduğu bildirilmektedir (Emiroğlu ve Baykara 2008, Ağaoğlu 2008).

Bu bozuklukların Enkoprezis'in sonucu mu yoksa nedeni mi olduğu konusu tartışmalıdır. DEHB olan çocuklarda dikkat süresinin kısalığına bağlı olarak çocuğun rektal gerilmeyi fark edemediği ve tuvalete gitmeyi geciktirdiği, tuvalete oturduğu zaman da dürtüselliği nedeni ile gaytasını tamamen boşaltacak kadar oturamadığı, bu nedenle konstipasyon ve buna bağlı olarak Enkoprezis geliştiği, ayrıca yapmakta olduğu faaliyetten ayrılamaması sonucu farkında olmadan kaka kaçırması nedeniyle de Enkoprezis'in gelişebileceği öne sürülmüştür (Cox ve ark 2002). Bu nedenle daha çok DEHB'nin kendisinin Enkoprezis'e yol açabileceği bildirilmektedir. Diğer taraftan stresli yaşam olaylarına maruz kalan çocuklarda hem DEHB (Şenol 2008) belirtileri, hem de Enkoprezis (Butler 2008) belirtileri şiddetlenebilir. Bu nedenle stresli yaşam olayları hem DEHB, hem de Enkoprezis için ortak şiddetlendirici ve sürdürücü etmen olabilmektedir.

Konstipasyonla birlikte seyreden taşma inkontinansında gayta rektumda birikir ve sertleşir. Dışarıya çıkarılamayan ve bol miktarda rektumda biriken gayta, rektumun genişlemesine neden olur ve megarektum oluşur. Büyüyen rektum mesaneye baskı yapar ve mesane hacmini daraltır. Böylece Enkoprezis yanında Enürezis de gelişebilir (Di Lorenzo ve Benninga 2004). Enürezis ve Enkoprezis birlikte seyreden iki ayrı durum olabileceği gibi bu fizyolojik mekanizmada anlatıldığı gibi Enürezis, Enkoprezis'e bağlı olarak da gelişebilmektedir.

KOKGB'nun etyolojisinde gelişimsel ve biyolojik faktörlerin etkili olabileceği, ancak daha çok ailesel ve çevresel etmenlerin önemli olduğu düşünülmektedir. Zayıf aile ilgisi, aile içi anlaşmazlıklar, aile içi şiddet, aile uyumsuzluğu, çocuk istismarı, ailede psikiyatrik bozuklukları da içeren birçok

ailesel etkenin karşıt olma davranışı ile ilgili olduğu bildirilmektedir (Ercan 2008, Loeber ve ark.2000). Bu veri göz önünde bulundurulduğunda, KOKGB'nun aile içindeki bir strese tepki olarak ortaya çıktığı sonucu elde edilmektedir. Bu nedenle Enkoprezis-KOKGB ilişkisi neden-sonuç ilişkisinden daha çok aynı etyolojiyi paylaşan bozukluklar olarak değerlendirilmelidir. Enkoprezis de KOKGB gibi aile içi streslere ve anne-babanın çocuğa karşı yanlış tutumlarına tepki olarak ortaya konulan (istemli ya da istemsiz) bir davranış olarak düşünülebilir. Literatürde (Di Lorenzo ve Benninga 2004), okul çağı dönemindeki Enkoprezis, bilinçdışı öfke tarafından tetiklenen dürtüsel bir davranış olarak ortaya çıkan duygusal bozukluk olarak tanımlanmıştır. Bu tanım ile birleştirildiğinde Enkoprezis-öfke-aile ilişkisi daha iyi anlaşılmaktadır. Bu araştırmada elde edilen veriler de Enkoprezis'in oluşumunda ve sürdürülmesinde aile içi ortamın ve anne-baba tutumlarının önemli olduğunu göstermektedir.

Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları'nın sosyal olarak kabulü zor bir durum olan Enkoprezis sonucunda çocuğun bu durumdan kaygı duyarak ya da bu durum nedeniyle içe kapanarak tepki vermesi sonucu geliştiği öne sürülebilir. Ya da aynı stresli yaşam olayları hem Enkoprezis'e, hem de Depresyon/Anksiyete Bozuklukları'na neden olabilir.

5.2. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Aile işlevlerinin değerlendirilmesi amacı ile araştırmaya katılan çocukların anne ve babalarına Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) uygulanmıştır. Araştırma ve kontrol grubunun anne ve babalarına uygulanan ADÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucu hem anne hem de babaların ADÖ alt ölçek puanlarının hepsinin araştırma grubunda kontrol grubundan fazla olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Alt ölçekler problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel aile fonksiyonlarından oluşmaktadır.

Epstein ve arkadaşları (1983), sorunlarını bir araya gelerek çözebilen, birbirine duygusal olarak bağlı ve özgürlüklerini önlemeyecek şekilde ilgili, herkesin kendinden beklenen rolü etkin bir biçimde yerine getirebildiği,

birbirlerinin davranışlarını aşırıya kaçmayacak şekilde kontrol edebilen ve aralarında açık, rahat ve dolaysız bir iletişim bulunan aileleri, işlevlerini yerine getirebilen, sağlıklı aileler olarak tanımlamaktadırlar. Bu yazarlara göre ifade edilen her işlev aile sisteminin bir parçasını oluşturmaktadır ve tüm bu işlevler birbiri ile bağlantılıdır. Aynı zamanda herhangi bir işlevde meydana gelebilecek bir bozulma diğerlerini de etkileyecektir. Ailede en önemli işlev iletişimdir, bu nedenle ADÖ'nde iletişim işlevinin bozulması durumunda diğer işlevlerin de etkilenmesi beklenir (Bulut 1990). Bu araştırmada ADÖ alt ölçeklerinin hepsinin araştırma grubunda kontrol grubuna göre yüksek olarak bulunmasının nedeni ailelerde genel bir fonksiyon bozukluğu olabileceği gibi, özellikle iletişim gibi bazı işlevlerin bozulması ile diğer işlevlerin de etkilenerek bozulması olabilir.

Anne ve babalara uygulanan ADÖ'nden elde edilen verilere göre Enkoprezis'i olan çocukların ailelerinde problem çözme becerilerinin kontrol grubuna göre daha yetersiz olduğu görülmektedir. Bu bulgu, araştırma grubundaki ailelerin herhangi bir stres döneminde bu durumla baş etmede yetersiz kaldığını ve aile içerisinde muhtemel bir karmaşa ortamının oluşacağını düşündürmektedir. Bu karmaşa ve düzensizlik ortamı çocuklar için de olumsuz bir etki oluşturabilir ve Enkoprezis gelişmesine ve sürdürülmesine katkıda bulunabilir. Enkoprezis ile ilgili yapılan araştırmalarda enkopretik çocukların ailelerinin duygu ve düşüncelerini ifade etme ve organizasyon becerilerinin kontrol grubu ailelerine göre daha yetersiz olduğu (Cox ve ark.2002), kaotik aile özellikleri olan çocukların tedavilerinde ek desteklerin gerekli olduğu bildirilmiştir (Stark ve ark.1997).

Bu çalışmada, Enkoprezis'i olan çocukların ailelerinde sözel iletişim becerilerinin daha bozuk olduğu, söylenmek istenenin doğrudan ifade edilemediği sonucuna ulaşılmıştır. İletişim becerilerinin bozuk olduğu aile ortamında çocukların kendilerinden bekleneni tam olarak anlayamayacağı, kendi iletişim becerilerinin de bozuk olması nedeni ile isteklerini tam ifade edemeyecekleri ve anlaşılamayacakları düşünülmüştür. Bu durum da çocuk için bir stres kaynağı olabilir ve Enkoprezis'in sürmesinde etkisi olabilir. Daha öncede belirtildiği gibi yapılan diğer çalışmalarda da (Cox ve ark.2002)

enkopretik çocukların ailelerinde ifade etme yeteneğinin iyi olmadığı saptanmıştır.

Enkopretik çocukların ailelerinde, rol dağılımının kontrol grubuna göre daha belirsiz olduğu saptanmıştır. Rol dağılımının belirli olmadığı ailelerde diğer konularda olduğu gibi çocukların yetiştirilmesinde de rol dağılımının düzensiz olması beklenir. Bunun sonucunda çocuklara uygulanması gereken tutarlı, sürekli tutumlar ve sınırlar konusunda sorun yaşanabilir. Bu durum çocukların engellenmeye tahammülünün azalmasına yol açabilir ve küçük engellenmeler çocukta büyük streslere yol açarak Enkoprezis gelişimine neden olabilir. Daha önce yapılan bir araştırmada (Lisboa ve ark.2008) konstipasyon ile birlikte Enkoprezis'i olan çocukların engellenme toleransının düşük olduğu bildirilmiştir.

Enkoprezis'i olan ailelerde uygun duygusal tepki verebilme becerisinin kontrol grubuna göre daha zayıf olduğu belirlenmiştir. Bu durum ailenin bireylerinin duygularının anlaşılmasında güçlükler oluşturur ve duygularını uygun ifade edemeyen aile bireyleri birbirlerini anlamakta güçlük çekebilirler. Bu anlaşılmama ortamı da çocuk için stres kaynağı olabilir. Daha önceki çalışmalarda da enkopretik çocukların ailelerinin duygu ve düşünce ifadesinde sınırlılıklar bildirilmiştir (Cox ve ark.2002). Ayrıca duygusal tepkilerin düzenlenememesi aşırı duygusal tepkileri de içerebilir. Gereğinden fazla öfke ve düşmanlık duyguları çocuğun da öfke tepkisi vermesine neden olabilir ve öfke tepkisinin belirtisi olarak Enkoprezis görülebilir. Daha önce de belirtildiği gibi Enkoprezis, bilinçdışı öfke tarafından tetiklenen dürtüsel bir davranış olarak tanımlanmıştır (Di Lorenzo ve Benninga 2004). Ayrıca konstipasyon ve taşma inkontinansının olduğu çocukların aile ortamlarını inceleyen bir araştırmada (Lisboa ve ark.2008) aile ortamının gergin ve öfke yüklü olduğu, çocukların anne-baba figürleri olarak öfkeli figürler tanımladığı bildirilmiştir.

Enkoprezis'i olan çocukların ailelerinde gereken ilgiyi gösterme alt ölçeğinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Gereken ilgiyi gösterme alt ölçeğinin açıklamasında, aile içerisinde bireylerin birbirlerine orta derecede ilgi göstermesinin sağlıklı olduğu, aşırı ilgi ve birbirinin işine aşırı karışma, ya da yetersiz ilginin sağlıksız aile bir özelliği

olduğu bildirilmiştir (Bulut 1990). Önceki araştırmalarda (Vernon ve ark.2003, Özen 2004) Enkoprezis'i olan çocukların ailelerinde çocuğa otonomi sağlanamaması, ya da tam bir otonomi olması Enkoprezis'i artırıcı neden olarak belirtilmiştir. Ayrıca baba otoritesinin olmadığı ailelerde bu duruma bağlı olarak çocuk ile anne arasında simbiyotik bir ilişki geliştiği ve babanın ilgisizliğine ek olarak annenin aşırı ilgilenmesinin Enkoprezis'i artırıcı etken olabileceği saptanmıştır. Anne özelliklerinin araştırıldığı bir başka araştırmada da (Taichert 1971, Anthony 1957) enkopretik çocukların annelerinin zorlayıcı, sert, titiz veya fazla müsamahakar, yumuşak huylu, temizliğe önem vermeyen anneler oldukları belirlenmiştir. Bu özellikler bu araştırmadan elde edilen enkopretik çocukların ailelerinde yetersiz ya da aşırı ilgi bulunması ile uyumludur. Daha önceki bir araştırmada da benzer şekilde Enkoprezis'i olan çocukların annelerine ADÖ uygulanmış ve gereken ilgiyi gösterme alt ölçek ortalama puanının 2'den fazla olduğu bulunmuştur. Diğer alt ölçek puanlarının ise 2'den daha düşük olduğu bildirilmiştir. Sözkonusu araştırmada ADÖ alt ölçeklerinden 2 puan ve üstü alan aile işlevlerinin bozuk olduğu varsayılmıştır. (Özdemir ve ark.2005). Ayrıca yazında Enkoprezis'i olan çocukların aile özellikleri arasında barsak fonksiyonları konusunda aşırı endişeli ve dalıcı anne, zayıf ya da kendine aşırı güvenen baba özellikleri bildirilmiştir (Morrow ve ark.1996). Bütün bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda bu çocukların ailelerinde aşırı ya da yetersiz ilginin bulunduğu, bu durumun da Enkoprezis'e katkıda bulunabileceği düşünülmüştür.

Enkoprezis'i olan çocukların ailelerinde davranış kontrolü kontrol grubuna göre daha düzensiz olarak belirlenmiştir. Davranış kontrolü ailenin üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin biçimi olarak tanımlanmıştır (Bulut 1990). Ailedeki disiplin ortamı, kuralların kontrolü ve birlikte hareket edebilmeyi değerlendirmektedir (Bulut 1990). Disiplinsiz ve kuralların belli olmadığı ortamda yetişen çocuklarda sınır problemlerinin görülmesi muhtemeldir. Yine gereğinden fazla disiplin ortamında çocukta öfke tepkisi ve buna bağlı olarak Enkoprezis gelişimi görülebilir (Bu ilişki daha önce ayrıntılı olarak tartışılmıştır). Bu nedenle ailede davranış kontrolünün düzensiz olmasının Enkoprezis'e katkıda bulunabileceği düşünülmüştür.

Son olarak beklenildiği üzere genel aile işlevleri araştırma grubunda kontrol grubuna göre daha bozuktur. Bu sonuçlar aile ortamının Enkoprezis gelişiminde ve sürmesinde son derece etkili olabildiğini düşündürmektedir. Ancak diğer taraftan aile işlevlerindeki bozulma hastalığın gelişiminde etkili olabileceği gibi, belirtinin kendisi de aile içi dinamikleri etkileyerek aile işlevlerinin bozulmasına yol açabilir. Bu neden-sonuç ilişkisi ayırımını yapmak kolay olmayabilir. Yazında Enkoprezis sonucu anne-babanın ümitsizlik, çaresizlik, engellenme yaşadığı ve buna bağlı olarak çocuklarından duygusal olarak uzaklaştığı bildirilmektedir (Collis ve ark.2007, White 1984).

Aile dinamikleri açısından ele alındığında, enkopretik çocuğun semptomları ve anne-baba ile çatışması ailede homeostazisi sağlayan mekanizma haline gelebilir. Enkoprezis'in düzelmesi durumunda aile kendi çözülmemiş sorunları ile yüz yüze kalacağı için belirtilerin sürmesi aileyi sorunlarla yüzleşmekten koruyan bir işlev olarak fonksiyon gösterebilir (Taichert 1971).

5.3. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R):

Anne ve babalara uygulanan SCL-90-R ölçeği ile anne ve babalardaki psikiyatrik belirtiler ve şiddetleri değerlendirilmiş ve araştırma grubu ile kontrol grubu arasında fark olup olmadığına bakılmıştır. Sonuç olarak babaların psikiyatrik belirtileri arasında önemli bir fark saptanmazken, araştırma grubunda annelerinin psikiyatrik belirtilerinin hepsinin kontrol grubundan daha yüksek olma eğiliminde olduğu, ancak sadece paranoid düşünceler alt ölçeğinde bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,05$). Bu bulgulara göre Enkoprezis'i olan çocukların annelerinin paranoid düşünce alt ölçeği dışında anne ve babalarında kontrol grubu anne ve babalarına göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla psikopatolojileri bulunmamaktadır. Bu durum bu araştırmanın hipotezleri arasında bulunan Enkoprezis'in kendisinin anne-babada psikopatolojiye yol açabileceği, ya da anne-babanın psikopatolojilerinin Enkoprezis'e yol açabileceği hipotezini desteklememektedir. Çalışmanın sonuçlarına göre Enkoprezis gelişimi anne-babanın psikopatolojilerinden

daha çok ev içerisindeki olumsuz ortam ve anne-babanın kişilik özellikleri ile daha ilişkili gibi görünmektedir.

Araştırma grubu ve kontrol grubunda ayrı ayrı annelerin ve babaların SCL-90-R alt ölçekleri karşılaştırılmıştır. Kontrol grubunda anne ve babaların psikiyatrik belirti şiddetleri anlamlı farklılık göstermezken, araştırma grubunda annelerin tüm alt ölçek puanları babalara göre daha yüksek olarak bulunmuştur ve obsesif kompulsif belirtiler (p=0,02), kişilerarası duyarlılık (p=0,05), depresyon (p=0,02), anksiyete (p=0,01), fobik kaçınma belirtileri (p=0,01) ve genel toplam (p=0,04) alt ölçeklerinde bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulguların sadece erişkin psikopatolojilerinin kadınlarda daha sık görülmesi ile açıklanması mümkün görünmemektedir. Bu bulgu enkopretik çocukların aile ortamlarındaki huzursuz ve kaotik ortamdan annelerin babalara göre daha çok etkilendiği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca anneler çocuklarla daha çok vakit geçirir ve onların öz bakımları ile daha çok anne ilgilidir. Bu nedenle de annelerin babalara göre daha çok etkilenmesi beklenmektedir.

5.4. Mizaç Karakter Envanteri

Araştırma ve kontrol grubunda anne ve babalara Mizaç Karakter Envanteri uygulanarak kişilik özellikleri belirlenmeye çalışılmış ve araştırma grubu ile kontrol grubu mizaç ve karakter özellikleri bakımından karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda annelerde işbirliği yapma üst sıra ölçeğinin (p=0,01) ve bu üst sıra ölçeğe bağlı acıma alt sıra ölçeğinin (p=0,01) araştırma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük olduğu sonucu elde edilmiştir. Yüksek işbirliği yapan kişiler empati kurabilen, toleranslı, şefkatli, destekleyici, nazik, ilkeli kişiler olarak tanımlanmışlardır. Bu kişiler başkalarına yardım etmekten hoşlanırlar ve mümkün olduğunca işbirliği yapmaya çalışırlar. Kendilerininki kadar başkalarının tercih ve isteklerini de anlar ve saygı duyarlar. Bu kapasite, takım çalışmalarında ve sosyal gruplarda ahenk sağlamak için önemlidir ancak yalnız yaşayanlar için gerekli değildir. Tersine işbirliği skoru düşük olanlar toleranslı olmayan, eleştirici, yardımsever değil, intikamcı ve fırsatçı kişiler olarak tanımlanmışlardır. Bu kişiler öncelikle kendi menfaatlerini düşünürler.

Başkalarının duyguları ve haklarını önemsemezler. Sosyal bir grubun lideri olurlarsa zorba ve şiddet yanlısı olurlar (Cloninger ve ark. 1993, Cloninger ve ark. 1994). Bu çalışmada işbirliği yapma üst sıra ölçeğinden elde edilen verilere göre enkopretik çocukların anneleri kontrol grubuna göre daha eleştirici, intikamcı, toleranslı olmayan kişilik özelliklerine sahiptirler.

İşbirliği yapma üst sıra ölçeğine bağlı acıma alt sıra ölçeği için acıma skoru yüksek olanlar, şefkatli, bağışlayıcı, yardımsever, hayırsever insanlar olarak tanımlanırken, tersine acıma alt sıra ölçeğinde acıma skoru düşük olanlar intikamcı kişiler olarak tanımlanırlar. İntikamcılıkları açık ya da gizli olabilir. Gizli intikamcı olanlar pasif-agresif davranışlar gösterirler, kin tutarlar, inatçı olurlar ve intikam için zaman kollarlar (Cloninger ve ark. 1993, Cloninger ve ark. 1994). Bu çalışmada Acıma alt sıra ölçeğinden elde edilen verilere göre Enkoprezis'i olan çocukların annelerinin kontrol grubu annelerine göre daha intikamcı, pasif-agresif tutum içinde olan, kin tutan kişilik özelliklerine sahip oldukları belirlenmiştir. Enkopretik çocukların annelerinde saptanan bu özellikler, bunların kontrol grubu annelerine göre daha acımasız, toleranssız ve işbirliği yapmayan anneler olduklarını göstermektedir. Annelerin bu özelliklerinin çocukların anneleri ile aynı duygu ve düşünceleri paylaşamamalarına ve bunun sonucu olarak öfke ve stres yaşamalarına neden olabilir. Çocuklar bu duygularını enkopretik belirtilerle açığa vurabilirler.

Babaların MKE üst sıra ve alt sıra ölçeklerinin karşılaştırılması sonucu araştırma grubunda yenilik arama üst sıra ölçeğine bağlı dürtüsellik alt sıra ölçeğinin daha yüksek olduğu, yani enkopretik çocukların babalarının daha dürtüsel, kontrol grubunun babalarının ise daha düşünerek hareket eden bireyler oldukları saptanmıştır ($p=0,03$). Dürtüsellik alt sıra ölçeğinden yüksek puan alanlar heyecanlı, çabuk etkilenen, huysuz, yeterli bilgi edinmeden çabucak karar veren, dürtülerini kontrol etmekte güçlük yaşayan kişiler olarak tanımlanmışlardır. Tipik olarak bu kişiler anlık içgüdüleri ve içgüdüsel sezgileri ile hareket ederler. Bundan dolayı beklenmedik durum ya da bilgiler ortaya çıktığında karar ve görüşlerini sık sık değiştirmek zorunda kalırlar. Dikkatleri çabuk dağılır ve dikkat süreleri kısadır. Tersine dürtüsellik puanı düşük olanlar "düşünceli" olarak tanımlanırlar. Nadiren tahmin ve önsezilerle

hareket ederler. Bir karar verirken ya da bir görüş oluştururken analitik olma eğilimindedirler ve detaylı bilgi gereksinimleri olur. Nadiren kuralları çiğnerler. Dikkatleri çabuk çelinebilir değildir ve uzun süre odaklanabilirler (Cloninger 1987, Cloninger ve ark.1994). Enkopretik çocukların babalarının dürtüsel olması, sık karar değiştirmelerine, bu da çocuğun babasını anlamakta güçlük çekmesine neden olabilir. Bu anlaşılmamaya bağlı olarak çocuk stres yaşayabilir ve Enkoprezis geliştirebilir. Ayrıca dürtüselliğin genetik özellikleri de göz önünde bulundurulursa çocuğun da dürtüsel olması daha önce anlatılan dürtüsellik-Enkoprezis ilişkisinin gerçekleşmesine neden olabilir.

Araştırma grubunda babalarda zarardan kaçınma üst sıra ölçeğine bağlı yabancılardan çekinme alt sıra ölçeği kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,00). Bu durum enkopretik çocukların babalarının kontrol grubundaki çocukların babalarına göre yabancılardan daha fazla çekindiklerini göstermektedir. Bu alt sıra ölçekten yüksek puan alanlar sosyal durumlarda kendine güvenmeyen ve utangaç kişiler olarak tanımlanırlar. Kendilerin güvenleri olmadığı için yabancılarla karşılaşmaktan kaçınırlar. Tanımadıkları insanlarla iletişime geçme konusunda isteksizdirler. Düşük puan alanlar ise cesur, cüretkar, sempatik insanlar olarak tanımlanırlar. Başka insanlarla konuşma ve sosyal aktivitelerde tereddüt yaşamazlar. Yabancılarla konuşurken utangaç değildirler (Cloninger 1987, Cloninger ve ark.1994). Enkopretik çocukların babalarındaki bu özellik babanın güvensiz, iletişim zorlukları yaşayan birey olduğunu göstermektedir. Çocuğun da babayı model alarak aynı özellikleri öğrenme yoluyla kazandığı düşünülürse, çocuğun da sosyal ortamlarda güçlükler yaşaması, bu güçlüklere bağlı yaşadığı streslerin Enkoprezis gelişimine katkıda bulunması mümkün olabilir.

İşbirliği üst sıra ölçeğine bağlı empati duyma alt sıra ölçeğinden elde edilen sonuçlara göre kontrol grubundaki babaların araştırma grubundaki babalara göre empati duyma puanları daha yüksek, tersine, araştırma grubundaki babalarda ise empati yapma puanın daha düşük, yani sosyal ilgisizliğin daha fazla olduğu görülmektedir (p=0,00). Empati yapma puanı yüksek olan bireyler kendini başkasının yerine koyabilen kişiler olarak tanımlanmışlardır. Bu kişiler başka insanların duygularını önemserler ve uyum sağlamaya çalışırlar. Diğer insanlara saygılı ve değer veren tarzda

muamele ederler ve kendi yargılarını bir kenara bırakabilirler. Böylece başkalarının ne yaşadıklarını anlayabilirler. Tersine, düşük puan alanlar ise duyarsız, hissiz olarak tanımlanmışlardır. Başkalarının duyguları konusunda ilgisiz görünürler. Başkalarının acı çekmek, sıkıntı çekmek gibi duygularına iştirak edemezler, en azından başkalarının amaç ve değerlerine saygı duyma konusunda isteksizdirler (Cloninger ve ark.1993, Cloninger ve ark.1994). Enkopretik çocukların babalarının duyarsız olması çocuğun kendini ifade etme ve anlaşılma güçlüğü yaşamasına neden olabilir. Anlaşılmadığını hisseden çocuk anlaşılmamanın neden olduğu strese bağlı olarak Enkoprezis geliştirebilir. Ayrıca anlaşılmamak çocukta öfkeye neden olacaktır. Bu öfkenin dışavurumu Enkoprezis şeklinde görülebilir.

İşbirliği yapma üst sıra ölçeği puanlarına göre ise enkopretik çocukların annelerinde olduğu gibi babalarında da işbirliği yapma puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir (p=0,03). İşbirliği yapma üst sıra ölçeği ile ilgili ayrıntılı bilgi yukarıda verilmiştir.

Kendi kendini aşma üst sıra ölçeği puanları karşılaştırıldığında, enkopretik çocukların babalarında daha düşük, kontrol grubundaki çocukların babalarında daha yüksek olarak belirlenmiştir (p=0,01). Bu ölçekten yüksek puan alan bireyler alçakgönüllü, kanaatkar, sabırlı, yaratıcı, mütevazi, kendi çıkarını düşünmeyen, ruhani özellikleri olan kişiler olarak tanımlanmışlardır. Doğu toplumlarında aydın ve bilgin kişiler olarak tanımlanırlarken, batı toplumlarında ise bazı özellikleri tecrübesizlik olarak değerlendirilir. Bu kişiler olaylar kendi kontrolleri dışında geliştiğinde rahatsızlık duymazlar, belirsizliğe katlanabilirler. Düşük puan alanlar ise kibirli, sabırsız, hoşgörülü olmayan, yaratıcı olmayan, sanata değer vermeyen, kendini beğenmiş, maddeci, sahip oldukları ile tatmin olamayan kişiler olarak tanımlanmışlardır. Her şeyi kendi kontrolleri altında tutmak için çaba sarfederler, belirsizliğe ve sürprizlere katlanamazlar. Batı toplumlarında bu kişilerin mantıklı, bilimsel ve materyalistik özellikleri kabul görebilir (Cloninger ve ark.1993, Cloninger ve ark.1994).

Kendini aşma üst sıra ölçeğine bağlı kişiler ötesi özdeşim alt sıra ölçeği araştırma grubundaki çocukların babalarında kontrol grubundaki çocukların babalarına göre daha düşük olarak bulunmuştur (p=0,00). Bu alt ölçekten

yüksek puan alanlar, dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için fedakârlıklar yapan, doğa ve evren arasında güçlü bağlantıların olduğunu düşünen bireyler olarak tanımlanmışlardır. Düşük puan alanlar ise bireysel olma eğiliminde olan, nadiren, sadece nesnel bir fayda sağladıkları durumlarda dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için fedakârlıklar yapan kişiler olarak tanımlanmışlardır (Cloninger ve ark.1993, Cloninger ve ark.1994). Enkopretik çocukların babalarının kontrol grubuna göre daha sabırsız, hoşgörülü olmayan, kendi çıkarını düşünen, fedakârlıklar yapmayan, bireysel yaşayan kişiler olmaları çocuklarını anlayamayan, onlarla iyi iletişim kuramayan, çocuklarının önceliklerini kendi önceliklerinin önüne koyamayan kişiler olduklarını göstermektedir. Anlaşılamayan çocukta ise stres ve öfke görülebilir ve bunlar enkopretik belirti şeklinde dışa vurulabilir.

MKE'nden elde edilen veriler genel olarak değerlendirildiğinde enkopretik çocukların annelerinin işbirliği yapma puanları düşük (eleştirici, toleranssız, intikamcı, başkalarının duygularını önemsemeyen), acıma puanları düşük- intikamcılık puanları yüksek (pasif-agresif tutum içinde olan, kin tutan) olarak saptanmıştır. Babalarında ise dürtüsellik puanları yüksek-iyice düşünme puanları düşük (heyecanlı, huysuz, çabuk karar veren), yabancılardan çekinme puanları yüksek (sosyal ortamlardan çekinen), empati puanları düşük-sosyal ilgisizlik puanları yüksek (duyarsız, hissiz), işbirliği yapma puanları düşük (eleştirici, toleranssız, intikamcı, başkalarının duygularını önemsemeyen), kendi kendini aşma puanları düşük (kibirli, hoşgörüsüz, kendini beğenen, maddeci olan, sahip oldukları ile tatmin olamayan, her şeyi kontrol altında tutmak isteyen), kişiler ötesi özdeşim puanları düşük-kendi kendine ayrışma puanları yüksek (bireysel olan, fedakarlıktan kaçınan) olarak saptanmıştır. Araştırma grubunda annelerin ve babaların ortak olarak işbirliği yapma üst sıra ölçeğinden kontrol grubuna göre daha düşük puan aldıkları, babaların kişilik özelliklerinin annelerin kişilik özelliklerine göre kontrol grubundan daha fazla ölçekte olumsuz yönde farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir.

Enkopretik çocukların anne ve babalarının kişilik özelliklerinin değerlendirildiği araştırma sayısının oldukça sınırlı olduğu gözlenmektedir. Kayaalp ve Akçaoğlu (1995) araştırmalarında enkopretik çocukların

annelerinin çocuklarına karşı aşırı müdahaleci, mesafe koyucu ve çocuğu aşağılayıcı tutum içerisinde olduklarını bildirmişlerdir. Anthony (1957), enkopretik çocuklarının annelerini iki gruba ayırmıştır; bir grubu sıkı ve temiz, diğer grubu ise müsamahakâr ve dağınık anne olarak belirlemiştir. Bir başka araştırmada ise dalıcı ve aşırı endişeli anne özellikleri bildirilmiştir (Morrow ve ark.1996). Bu bildirimler bu araştırmada elde edilen verilere benzemektedir. Bizim araştırmamızda da eleştirici, toleranssız, intikamcı ve empatiden yoksun anne özellikleri belirlenmiştir. Ayrıca enkopretik çocukların annelerinin, çocuklarının belirtileri nedeniyle öfke, çaresizlik, suçluluk hissettikleri (Taichert 1971), kuralları sıkılaştırdıkları ve bunun sonucunda da çocuklarda kurallara uymama ve isyankârlığın arttığı (Lisboa ve ark.2005) öne sürülmüştür. Bu çalışmalarda bu belirtilerin enkopretik semptomlara bağlı olarak ortaya çıktığı öne sürülmektedir. Ancak bu araştırmada intikamcılık ve kin tutma gibi öfke ile ilişkili özelliklerin çocuğun belirtilerine ikincil değil annelerin kişilik özellikleri olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre kişilik özellikleri açısından yatkın olan annelerin Enkoprezis'in ortaya çıkması ile öfke içeren davranışlarda bulunmasının daha muhtemel olduğu ve bunun da semptomların sürmesinde etkili olduğu düşünülmüştür.

Babalarda ise annelere göre daha fazla kişilik alanında kontrol grubuna göre olumsuz yönde farklılık belirlenmiştir. Bu durum Enkoprezis için anne özelliklerinin yanında çok az araştırılmış olan baba özelliklerinin de ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Kayaalp ve Akçaoğlu (1995) araştırmalarında bu duruma vurgu yapmışlardır ve Enkoprezis'in anne-çocuk ilişkisinden çok baba-çocuk ilişkisi ile ilgili olduğunu bildirmişlerdir. Araştırmalarında enkopretik çocukların babalarını ilgisiz, kayıtsız, otoriteyi anne ve babaanneye devretmiş olanlar ve aşırı otoriter ve şiddete başvuran olanlar olarak iki gruba ayrılmışlardır. Ayrıca bir grup çocukta da babaların çocuklardan uzakta yaşadığını ya da ölmüş olduğunu bildirmişlerdir. Diğer bir çalışmada da aile tutumlarının çocuğa otonomi kazandıramayacak ya da çocuğa tam bir otonomi verme yönünde dengesiz olmasının, baba otoritesinin olmamasının da Enkoprezis'e neden olabileceği öne sürülmüştür (Vernon ve ark.2003). Bu araştırmada da enkopretik çocukların babalarında empatik olamama, duyarsızlık, işbirliği yapmama, başkalarının duygularını

önemsememe, maddecilik, bireysellik, fedakarlıktan kaçınma gibi ilgisizlik göstergesi olabilecek kişilik özellikleri saptanmıştır. Bu özellikler bu babaların aileleri ve çocukları ile yeterince ilgilenmediklerini, evde baba otoritesi ile ilgili olarak yetersizliklerin olabileceğini düşündürmektedir. Aynı zamanda dürtüsellik, eleştiricilik, toleranssızlık, hoşgörüsüzlük, her şeyi kontrol altında tutmak isteme gibi aşırı kontrolcülük göstergesi olan özellikler de enkopretik çocukların babalarında yüksek olarak belirlenmiştir. Bu durum Kayaalp ve Akçaoğlu'nun (1995) araştırmalarında belirttikleri iki türlü baba bilgisini desteklemektedir. Babaların bir bölümü ilgisiz, otorite boşluğuna yol açan babalar, diğer bir bölümü ise aşırı kontrolcü, aşırı otoriter babalar olabilir. Ayrıca bu araştırmada Aile Değerlendirme Ölçeği'nin yeterli ilgiyi gösterebilme alt ölçeğinden elde edilen sonuca göre enkopretik çocukların aile bireylerinin birbirlerine kontrol grubuna göre daha uygunsuz (aşırı ya da yetersiz) ilgi gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bu bilgi de MKE'nden elde edilen verileri desteklemektedir. Diğer bazı yazarlar da Enkoprezis'i olan çocukların annelerinin nörotik, babalarının ise çocuklarına uzak (Bemporad ve Hallowell 1987), zayıf ya da kendine aşırı güvenen (Morrow ve ark.1996) babalar olduklarını öne sürmüşlerdir. Bu bilgiler bu araştırmadan elde edilen verilerle uyuşmaktadır.

Araştırma ve kontrol grubu babalarının MKE ölçeğine göre karşılaştırılması sonucu araştırma grubundaki çocukların babalarının kontrol grubundaki çocukların babalarına göre sosyal ortamlardan daha fazla çekindikleri ve sosyal kaygılarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Literatürde buna benzer bir bilgiye rastlanmamıştır. Ayrıca bu araştırmanın bir parçası olarak babalara uygulanan SCL-90-R ölçeğinin kişilerarası duyarlılık alt ölçeğinde önemli bir farklılık saptanmamıştır. SCL-90-R ile son zamanlardaki çekinme belirtileri sorgulanırken MKE'de kişilik özelliklerinin sorgulanması bu durumun nedeni olabilir. Ayrıca bu ölçekler özbildirim ölçekler olduğu için tüm özbildirim ölçeklerde olduğu gibi verilerin güvenilirliği bazen sorgulanabilmektedir. Ancak verilerin güvenilir olduğu varsayılacak olursa sosyal ortamda istediği başarıyı elde edemeyen babaların bu alandaki sıkıntılarını ailelerine yansıtabilecekleri ve aile bireylerine daha fazla baskı uygulayabilecekleri şeklinde bir yorum yapılabilir.

Bu araştırmadan elde edilen verilerin hepsi bir arada değerlendirildiğinde Enkoprezis'i olan çocukların aile yapılarının beklendiği şekilde sağlıklı işlev gören aileler olmadığı görülmektedir. Bu çocukların annelerinin normal çocukların annelerine göre daha eleştirici, toleranssız, acıma duygusu daha az olan, daha uzak anneler oldukları, babalarının ise yine normal çocukların babalarına göre daha eleştirici, daha çok müdahale eden, daha otoriter, aynı zamanda daha az empati kurabilen, daha ilgisiz, uzak babalar oldukları görülmektedir. Bu ebeveyn kişilik özellikleri temelinde ailede kaotik bir ortam oluştuğu, aile işlevlerinin bozuk olduğu, bunun sonucunda da çocukta Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu ve Enkoprezis gibi reaktif tepkilerin geliştiği, annelerin de bu ortamdan ruhsal olarak olumsuz etkilendiği, ancak ilgisiz ve uzak kişilik yapısında olma ihtimali yüksek olan babaların bu ortamdan çok etkilenmedikleri, bireysel, sorumluluktan kaçınan ve fedakârlıktan uzak bir yaşamı tercih ettikleri varsayılabilir. Ayrıca babaların kişilik özelliklerinden dürtüselliklerinin belirgin olduğu anlaşılmaktadır. MKE'ndeki dürtüsellik alt sıra ölçeğinin ayrıntıları incelendiğinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri ile benzer özellikler olduğu görülmektedir. Aşırı otoriter, müdahaleci olan babaların aslıda DEHB olan erişkinler olabileceği, bu duruma bağlı olarak dürtülerini kontrol etmekte güçlük yaşadıkları, DEHB ailenin çocukları olarak bu çocukların da DEHB olabilecekleri ve bu durumun da Enkoprezis (Cox ve ark 2002) ve KOKGB (Reewes ve ark.1987) riskini artırdığı varsayılabilir. Bu araştırmada da DEHB ve KOKGB'nun enkopretik grupta kontrol grubuna göre yüksek olarak bulunması bu varsayımı desteklemektedir.

5.5. Çalışmanın kısıtlılıkları: Araştırma grubu için alınan enkopretik çocuklarda Primer , Sekonder Enkoprezis ayırımı yapılmamıştır. Ancak her ne kadar literatürde etyolojilerinin farklı olabileceği öne sürülse de (Foreman ve Thambirajah 1996), aile ortamının hastalığın sürdürülmesinde her iki grup için de önemli olduğu düşünülerek ve primer-sekonder ayırımı yapılmamıştır. Ayrıca literatürde Primer Enkoprezis'in daha çok gelişim geriliği ile, Sekonder Enkoprezis'in ise daha çok psikososyal problemlerle birlikte görüldüğü bildirilmektedir (Foreman ve Thambirajah 1996). Bu araştırmada Mental

Retardasyon dışlama kriteri olduğu için Primer Enkoprezis'i olan çocukların da daha çok psikososyal zorluklardan etkileniyor olabileceği düşünülmüştür.

Araştırma grubunda taşma inkontinansı olan ve olmayan çocuklar ayrı ayrı değerlendirilmemiştir. Ancak bazı araştırmacılar tarafından da belirtildiği üzere çoğunlukla klinik uygulamada taşma inkontinansının ayırımını yapmak güç olmaktadır ve birçok olguda Enkoprezis aynı hastada değişik dönemlerde taşma inkontinansı ile birlikte veya taşma inkontinansı olmadan seyretmektedir. Ayrıca taşma inkontinansı olan ve olmayan tiplerin ikisinde de başlatıcı veya sürdürücü etmenler olarak psikososyal güçlükler görülebilmektedir. Bu nedenle taşma inkontinansı olan tip ve olmayan tip ayırımı yapılmamıştır. Gelecekte yapılacak daha geniş örneklemli çalışmalarda primer-sekonder, taşma inkontinansı olan-olmayan ayrımı yapılarak Enkoprezis tiplerinin etyolojileri daha ayrıntılı olarak araştırılması sonucu daha sağlıklı sonuçlara varılabilir.

Örneklem sayısının azlığı araştırmanın kısıtlılıklarından birisidir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda daha geniş örneklemli çalışmalar etyoloji için daha ayrıntılı bilgiler elde edilmesinde yardımcı olacaktır.

Anne ve babalara verilen ölçeklerin özbildirim ölçekler olması tüm özbildirim ölçeklerle yapılan çalışmalar gibi verilerin güvenilirliği konusunda sorgulamalara neden olabilmektedir. Yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış görüşmelerle yapılacak çalışmalarda veriler daha güvenilir olacaktır ve daha aydınlatıcı sonuçlar elde edilecektir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Enkoprezisin etyolojisi halen tam olarak açıklanamamış olmakla birlikte fizyolojik ve psikososyal birçok nedenin etyolojide rol oynayabileceği düşünülmektedir. Son yıllarda fizyolojik nedenlerle ilgili birçok araştırma yapımış olmasına karşın psikososyal nedenlerle ilgili araştırmaların son derece sınırlı olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada Enkoprezis'in psikososyal nedenleri arasında yer alan aile ve anne-baba özellikleri araştırılmıştır. Ayrıca enkopretik çocuklarda eşlik eden psikopatolojiler değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda enkopretik çocuklarda eşlik eden psikopatolojilerin oldukça fazla olduğu, aile işlevlerinin bozuk olduğu, anne ve babalarında ise çocuğun enkopretik semptomlarını alevlendirebilecek kişilik özellikleri belirlenmiştir. Bu araştırmanın bilindiği kadarıyla anne ve babaların kişilik özellikleri, psikopatolojileri, aile işlevleri ve çocuklarda eş psikiyatrik bozuklukların birlikte araştırıldığı ve aynı zamanda kontrol grubu içeren ilk araştırma olması nedeniyle önemli bir boşluğu doldurabileceği düşünülmektedir. Ancak yine de araştırmanın örneklem sayısının az olması, özbildirim ölçeklerine dayalı olması gibi sınırlılıkları bulunmaktadır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, enkopretik çocukların ailelerinde ve anne-babalarında da önemli sorunlar olabileceğini, çocuklarda beraberliğinde başka tanıların da görülebileceğini göstermektedir. Bu nedenle enkopretik bir hasta değerlendirilirken sadece Enkoprezis semptomuna yönelmek yerine ek psikiyatrik tanılarının da araştırılması ve tedavi edilmesi gerekmektedir. Ayrıca tek başına çocuğun semptomuna yönelmek ve buna yönelik tedavi vermek yeterli olmayacaktır. Aile dinamikleri ve anne-babanın tutumlarının da değerlendirilip anne ve babanın bireysel terapileri ve aile terapisini de kapsayan bir tedavi planı uygulamasının daha başarılı sonuçlar vereceği bu araştırmadan elde edilen verilere dayanarak öne sürülebilir.

Bu konuda ileride yapılacak araştırmalarda etyolojilerinin farklı olma olasılığı bulunan primer-sekonder, ya da taşma inkontinansı ile giden-gitmeyen Enkoprezis tiplerinin daha geniş örneklemlerde ayrı ayrı

değerlendirilmesi Enkoprezis tedavisinde daha kapsamlı yaklaşımların tespit edilmesine katkıda bulunacaktır.

7. ÖZET:

ENKOPREZİS TANISI ALAN ÇOCUKLARIN KOMORBİD PSİKOPATOLOJİLERİ, AİLE ÖZELLİKLERİ, ANNE-BABALARININ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE PSİKİYATRİK BELİRTİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Giriş ve amaç: Bu araştırmada DSM IV TR'ye göre Enkoprezis tanısı konulmuş çocuklarda ek psikopatolojiler, anne ve babaların psikopatolojileri, kişilik özellikleri ve aile işlevlerinin araştırılması hedeflenmiştir.

Yöntem: Araştırma grubu olarak Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı polikliniğine başvuran hastalardan Enkoprezis tanısı alan 30 hasta ve ailesi, kontrol grubu olarak da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine tedavi ile tamamen düzelebilecek hastalıklar nedeniyle başvuran, Enkoprezis'i olmayan 30 çocuk ve ailesi alınmıştır. Hasta ve kontrol grubundaki çocuklara Kiddie-SADS uygulanarak DSM IV tanı kriterlerine göre psikiyatrik tanıları belirlenmiştir. Anne ve babalarına ise Mizaç ve Karakter Envanteri, SCL-90-R ve Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır.

Sonuçlar: Çocuklara Uygulanan Kiddie-SADS'e göre araştırma grubunda toplam ek tanı sayısı, Enürezis Diürna ve Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu tanısını alan çocuk sayısı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla bulunmuştur. Aile Değerlendirme Ölçeği'nden elde edilen verilere göre hem anne, hem babalara uygulanan ölçekler sonucunda araştırma grubu ailelerinin Aile Değerlendirme Ölçeği'nin tüm alt ölçek puanlarının (problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel aile fonksiyonları) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek olduğu, yani aile işlevlerinin araştırma grubunda kontrol grubuna göre daha kötü olduğu bulunmuştur. Anne ve babalara uygulanan SCL-90-R ölçeğinden elde edilen verilere göre araştırma grubu annelerinde paranoid düşünceler alt ölçeğinin araştırma grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun dışında diğer alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Mizaç ve Karakter

Envanteri'nden elde edilen verilere göre annelerde işbirliği yapma ve acıma alt ölçeklerinin araştırma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük olduğu sonucu elde edilmiştir. Babalarda ise dürtüsellik yabancılardan çekinme, ölçeklerinin araştırma grubunda kontrollerden anlamlı şekilde daha yüksek olduğu, işbirliği yapma, empati duyma, kendini aşma ve kişiler ötesi özdeşim ölçeklerinin araştırma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük olduğu belirlenmiştir.

Tartışma: Bu araştırmanın bulguları ile Enkoprezis'in eş psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülme ihtimalinin yüksek olduğu, aile dinamikleri ve anne-babanın özelliklerinin enkopretik semptomların gelişiminde ve sürdürülmesinde önemli olduğunu göstermektedir. Enkopretik çocuk değerlendirilirken aile özellikleri de dikkatle ele alınmalı, tedavi yöntemi belirlenirken aile ve anne-babaların özellikleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

8. SUMMARY:

COMORBİD PSYCHİATRİC DİSORDERS, PARENTAL PSYCHİATRİC AND TEMPERAMENTAL FEATURES AND FAMİLY FUNCTİONİNG OF CHİLDREN WİTH ENCOPRESİS

Introduction: In this study, we aimed to investigate the frequency of comorbid psychiatric disorders according to DSM IV TR criteria in children with Encopresis. Type and severity of parental psychiatric symptoms, temperamental features, and family functioning in families of these children were also explored.

Method: Sixty children, 30 of them with Encopresis and 30 as control subjects, were included in the study. The clinical group was consisted of the children with Encopresis and their families who consecutively referred to Ankara University, School of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry. The control group was selected from the children and their families who referred to Ankara University, School of Medicine, Department of Ophthalmology. Sixty children and their families participated into the study (30 as clinical group and 30 as control group). Kiddie-SADS was applied to all of the participants and their psychiatric diagnoses were determined according to DSM IV criteria. Family Assessment Scale, Temperament and Character Inventory and Symptom Check List (SCL-90-R) were applied to the mothers and fathers of the children. Statistical analysis was performed by SPSS (Statistical Package for Social Sciences) program.

Results: Total number of comorbid psychiatric disorders (p=0,00), the number of children diagnosed as Enuresis Diurna (p=0,05) and Oppositional Defiant Disorder (p=0,00**)** are found to be significantly higher in the clinical group compared to the control group. All of the subscale scores of Family Assessment Scale [problem solving (mothers: p=0,00, fathers: p=0,00), communication (mothers: p=0,01, fathers: p=0,01), roles (mothers: p=0,01, fathers: p=0,00), affective responsiveness (mothers: p=0,01, fathers: p=0,00), affective involvement (mothers: p=0,00, fathers: p=0,00), behavior control (mothers: p=0,00, fathers: p=0,00), general functions (mothers: p=0,00, fathers: p=0,00)] were significantly lower in the parents of children

with Encopresis. Paranoid ideas subscale scores (p=0,05) of the mothers in the clinical group were significantly higher than of the control group according to SCL-90-R. Other subscale scores of SCL-90-R of mothers and of the fathers did not differ. Cooperativeness (p=0,01) and compassionate (p=0,01) subscale scores in the mothers were significantly lower in the clinical group compared to the control group as measured by the Temperament and Character Inventory Scale. In the fathers, impulsiveness (p=0,03) and shyness (p=0,00) subscale scores were found to be significantly higher, cooperativeness (p=0,03), empathy (p=0,00), self transcendence (p=0,01) and transpersonel identification (p=0,00) subscale scores were found to be significantly lower in the clinical group.

Conclusion: The results of this study indicate that the frequency of psychiatric comorbidity in Encopresis is high and the family dynamics and features of parents are important in emerging and maintenance of encopretic symptoms. In the assessment of encopretic children, family features must be evaluated carefully and these features must be considered in treatment.

9. KAYNAKLAR

1. Ağaoğlu B. Depresif bozukluklar. (2008) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı (Çetin F.,Ç., Coşkun A., İşeri E., Miral S., Motavallı N., Pehlivantürk B., Türkbay T., Uslu R., Ünal F.) s:373-383 Hekimler Yayın Birliği: Ankara.
2. Anthony E.J. An experimental approach to the psychopathology of childhood: encopresis. Br J Med Psychol 1957;30:146-175.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) DSM-IV Mental bozuklukların tanımsal ve sayımsal el kitabı. Dördüncü baskı, (çeviri editörü Köroğlu E) s:65-66 Hekimler yayın birliği, Ankara.
4. Baker S.S., Liptak G.S., Colletti R.B., Croffie J.M., Di Lorenzo C., Ector W., Nurko S. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999;29:612-626.
5. Bemporad J.R., Hallowell E., (1987) Advances in the treatmrnt of disorders of elimination. İn Basic handbook of child psychiatry,(ed.Noshpitz I.D., Call J.D., Cohen R.L.) Vol 5. Basic Books: New York, pp 479-483.
6. Benninga M.A., Taminiau J.A. Diagnosis and treatment efficacy of functional non-retentive fecal soiling in childhood. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001;32 Suppl 1:S42-43.
7. Borowitz S.M., Cox D.J., Sutphen J.L., Kovatchev B. Treatment of childhood encopresis: a randomized trial comparing three treatment protocols. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002;34:378-384.
8. Brazelton T.B., Christophersen E.R., Frauman A.C., Gorski P.A., Poole J.M., Stadtler A.C., Wright C.L. Instruction, timeliness, and medical influences affecting toilet training. Pediatrics 1999;103:1353-1358.
9. Bulut I. (1990). Aile değerlendirme ölçeği el kitabı. Özgüzeliş Matbaası: Ankara.
10. Bulut M., Tekant G. Encopretic children: experience with fifty cases. Turk J Pediatr 1991;33:167-172.

11. Butler, R.J. (2008). Wetting and soiling. In: Rutter's Child and Adolescent Psychiatry Fifth edition. (ed. Rutter. M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., Thapar, A.) pp:922-929. Blackwell publishing: Massachusetts.
12. Carr A.The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child focused problems. Journal of Family Therapy 2009;31:3–45.
13. Chaney C.A. A collaborative protocol for encopresis management in school-aged children. J Sch Health 1995;65:360-364.
14. Clayden, G. The child who soils. Current Paediatrics 2001;11:130–134.
15. Claydon, G. S. Management of chronic constipation. Archives of Disease in Childhood 1992;67:340-344
16. Cloninger C.R. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. Arch Gen Psychiatry 1987;44:573-588.
17. Cloninger C.R., Svrakic D.M., Przybeck T.R. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 1993;50:975-990.
18. Cloninger C.R., Przybeck T.R., Svrakic D.M., Wetzel R.D. (1994) The Temperament and Caracter Inventory (TCI): A guide to its development and use. Center for Psychobiology of Personality Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine.
19. Collis, D., R., Norton, L., N., Wallis, M., C. Childhood constipation in children: an innovative community-based parent education group program. Australian occupational therapy journal. 2007;54:307-309.
20. Cox D.J., Morris J.B., Jr., Borowitz S.M., Sutphen J.L. Psychological differences between children with and without chronic encopresis. J Pediatr Psychol 2002;27:585-591.
21. Culbert, T.P., Banez, G.A. Integrative Approaches to Childhood Constipation and Encopresis. Pediatr Clin N Am 2007;54:927–947
22. Dağ İ. Belirti tarama listesi (SCL 90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenirliği ve geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1991;2:5-12
23. Devroede G., Girard G., Bouchoucha M., Roy T., Black R., Camerlain M., Pinard G., Schang J.C., Arhan P. Idiopathic constipation by colonic

dysfunction. Relationship with personality and anxiety. Dig Dis Sci 1989;34:1428-1433.

24. Di Lorenzo C., Benninga M.A. Pathophysiology of pediatric fecal incontinence. Gastroenterology 2004;126:S33-40.
25. Doğancı T, Acun C, Yaşar Z. Kronik kabızlığı olan 71 vakanın değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2001;44:226-230.
26. Drossman D. The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. In: Drossman D, Corazziari N, Talley W, editors. Rome II: The functional gastrointestinal disorders, Lawrence KS: Allen pres;2000 p: 1-29.
27. Emiroğlu Nİ, Baykara B. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluğu, Özgül Fobi, Sosyal Fobi. (2008) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı (Çetin F.,Ç., Coşkun A., İşeri E., Miral S., Motavallı N., Pehlivantürk B., Türkbay T., Uslu R., Ünal F.) s:320-330 Hekimler Yayın Birliği: Ankara.
28. Emmanuel A.V., Mason H.J., Kamm M.A. Relationship between psychological state and level of activity of extrinsic gut innervation in patients with a functional gut disorder. Gut 2002;49:209–211.
29. Epstein N.B., Bolwin L.M., Bishop D.S. The Mcmaster Family Assesment Device. Journal of Marital and Family Therapy 1983;9:171-180
30. Ercan E.,S. (2008) Karşıt Olma, Karşı Gelme Bozukluğu. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı (Çetin F.,Ç., Coşkun A., İşeri E., Miral S., Motavallı N., Pehlivantürk B., Türkbay T., Uslu R., Ünal F.) s:316-320 Hekimler Yayın Birliği: Ankara.
31. Foreman D.M., Thambirajah M.S. Conduct disorder, enuresis and specific developmental delays in two types of encopresis: a case-note study of 63 boys. Eur Child Adolesc Psychiatry 1996;5:33-37.
32. Garfinkel B.D. (1990). The elimination disorders. In Psychiatric Disorders in Children and Adolescents (ed. Garfinkel B.D., Carlson G.A., Weller E.B.), pp. 325-336. Saunders Company: Philadelphia
33. Gökler B., Ünal F., Pehlivantürk B., Kültür E.Ç., Akdemir D., Taner Y. Okul çağı çocuklar için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme

çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi: 2004;11:109-116

34. Gutierrez C., Marco A., Nogales A., Tebar R. Total and segmental colonic transit time and anorectal manometry in children with chronic idiopathic constipation. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002;35:31-38.
35. Hackett R., Hackett L., Bhakta P., Gowers S. Enuresis and encopresis in a south Indian population of children. Child Care Health Dev 2001;27:35-46.
36. Hulten I., Jonsson J., Jonsson C.O. Mental and somatic health in a non-clinical sample 10 years after a diagnosis of encopresis. Eur Child Adolesc Psychiatry 2005;14:438-445.
37. Iacono G., Cavataio F., Montalto G., Florena A., Tumminello M., Soresi M., Notarbartolo A., Carroccio A. Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children. N Engl J Med 1998;339:1100-1104.
38. Jenike M.A., Vitagliano H.L., Rabinowitz J., Goff D.C., Baer L. Bowel obsessions responsive to tricyclic antidepressants in four patients. Am J Psychiatry 1987;144:1347-1348.
39. Joinson C., Heron J., Butler U., von Gontard A. Psychological differences between children with and without soiling problems. Pediatrics 2006;117:1575-1584.
40. Joinson C., Heron J., von Gontard A., Butler U., Golding J., Emond A. Early childhood risk factors associated with daytime wetting and soiling in school-age children. J Pediatr Psychol 2008;33:739-750.
41. Kaufman J., Birmaher B., Brent D., Rao U., Flynn C., Moreci P., Williamson D., Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36:980-988.
42. Kayaalp M.L., Akçaoğlu F. Enkoprezi'de anne-baba çocuk etkileşimleri ve babalık işlevi. NöroPsikiyatri Arşivi 1995;32:151-156.
43. Köse S. A Psychobiological Model Of Temperament And Character: TCI. Yeni Symposium 2003;41:86-97.

44. Köse S., Sayar K., Ak I., Aydın N., Kalelioğlu Ü., Kırpınar I., Reeves R.,A., Przybeck T., R., Cloninger C., R. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, Güvenirliği ve Faktör Yapısı.Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2004;14:107-131.
45. Kuhn, B. R., Marcus, B. A., Pitner, S. L. Treatment guidelines for primary nonretentive encopresis and stool toileting refusal. American Family Physician 1999;59:2171– 2186.
46. Levine M.D. Encopresis: its potentiation, evaluation, and alleviation. Pediatr Clin North Am 1982;29:315-330.
47. Levine M.D. Children with encopresis: a descriptive analysis. Pediatrics 1975; 56:412-416
48. Levine M.D. (1983) Encopresis in Developmental/Behavioral Pediatrics. Levine M.D., Carey W.B., Crocker A.C., Gross R.T. pp: 586-594. WBSaunders: Philedelphia
49. Lisboa, V.,C.,A., Felizola, M.,C.,M., Martins, L.,A., N., Tahan S., Neto, U., F., de Morais, M., B. Aggressiveness and hostility in the family environment and chronic constipation in children. Dig Dis Sci. 2008;53:2458–2463.
50. Loeber R., Burke J.D., Lahey B.B., Winters A., Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:1468-1484.
51. Loening-Baucke V. Biofeedback treatment for chronic constipation and encopresis in childhood: long-term outcome. Pediatrics 1995;96:105-110.
52. Loening-Baucke V. Constipation in early childhood: patient characteristics, treatment, and longterm follow up. Gut 1993;34:1400-1404.
53. Loening-Baucke V. Encopresis. Curr Opin Pediatr 2002;14:570-575.
54. Loening-Baucke V. Urinary incontinence and urinary tract infection and their resolution with treatment of chronic constipation of childhood. Pediatrics 1997;100:228-232.
55. McGinley M., Management of encopresis and parents' role. Nursing Times 2001;97:55

56. McGrath M.L., Mellon M.W., Murphy L. Empirically supported treatments in pediatric psychology: constipation and encopresis. J Pediatr Psychol 2000;25:225-254; discussion 255-226.
57. Mikkelsen E.J. Enuresis and encopresis: ten years of progress. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:1146-1158.
58. Mikkelsen E.,J. (2002). Modern Approaches to Enuresis and Encopresis. İn: Child and Adolescent Psychiatry (ed: Lewis M.) pp: 700-710
59. Morrow J., Yeager C.A., Lewis D.O. Encopresis and sexual abuse in a sample of boys in residential treatment. Child Abuse Negl 1997;21:11-18.
60. Murphy, S., Carney, T. The Classification of Soiling and Encopresis and a Possible Treatment Protocol. Child and Adolescent Mental Health 2004;9:125–129
61. Özdemir, D.,F., İşeri, E., Gökçe, E., Demiroğulları, B., Koçkar, A.,İ., Bağbancı, B., Dalgıç, B. Enkoprezisi olan çocukların tedavisinde davranışçı terapi ve ilaç tedavisinin etkinliklerinin karşılaştırılması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2005;12: 121-129
62. Özen H. Çocuklarda kabızlık ve dışkı kaçırma. Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35:135-142
63. Peirson A.R., HeUchert J.W., Thomala L., Berk M.,Plein H., Cloninger C.R. Relation between seratonin and the Temperament and Character İnventory. Psychiatry Research 1999;89:29-37.
64. Reewes J.C., Werry J.S., Elkind G.S., Zametkin A.. Attention Deficit, Conduct, oppositional and anxiety disorders in children:II. Clinical Characteristics. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1987;26:144-155.
65. Reiner W.G. Pharmacotherapy in the management of voiding and storage disorders, including enuresis and encopresis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008;47:491-498.
66. Rex D.K., Fitzgerald J.F., Goulet R.J. Chronic constipation with encopresis persisting beyond 15 years of age. Dis Colon Rectum 1992;35:242-244.

67. Rockney R.M., McQuade W.H., Days A.L., Linn H.E., Alario A.J. Encopresis treatment outcome: long-term follow-up of 45 cases. J Dev Behav Pediatr 1996;17:380-385.
68. Rutter M, Tizard J, Whitmore K. (1970) Education, Health and Behavior. Psychological and Medical Study of Childhood Development. pp: 219-220 Wiley: New York
69. Schmitt, B. D. (2004). Toilet training problems: Underachievers, refusers, and stool holders. Contemporary Pediatrics 2004;21:71–82.
70. Sentovich S.M., Kaufman S.S., Cali R.L., Falk P.M., Blatchford G.J., Antonson D.L., Thorson A.G., Christensen M.A. Pudendal nerve function in normal and encopretic children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1998;26:70-72.
71. Silver, E. Family therapy and soiling. Journal of Family Therapy. 1996;18:415-432
72. Solomon R. Encopresis. Pediatrics Update 1996;4:123-126
73. Sonnenberg A., Koch T.R. Epidemiology of constipation in the United States. Dis Colon Rectum 1989;32:1-8.
74. Stark L.J., Opipari L.C., Donaldson D.L., Danovsky M.B., Rasile D.A., DelSanto A.F. Evaluation of a standard protocol for retentive encopresis: a replication. J Pediatr Psychol 1997;22:619-633.
75. Stern H.P., Stroh S.E., Fiedorek S.C., Kelleher K., Mellon M.W., Pope S.K., Rayford P.L. Increased plasma levels of pancreatic polypeptide and decreased plasma levels of motilin in encopretic children. Pediatrics 1995;96:111-117.
76. Sutphen J., Borowitz S., Ling W., Cox D.J., Kovatchev B. Anorectal manometric examination in encopretic-constipated children. Dis Colon Rectum 1997;40:1051-1055.
77. Sutphen J.L., Borowitz S.M., Hutchison R.L., Cox D.J. Long-term follow-up of medically treated childhood constipation. Clin Pediatr (Phila) 1995;34:576-580.
78. Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. (2008) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı (Çetin F.,Ç., Coşkun A., İşeri E., Miral S.,

Motavallı N., Pehlivantürk B., Türkbay T., Uslu R., Ünal F.) s:293-312 Hekimler Yayın Birliği: Ankara.

79. Taichert L.C. Childhood encopresis: a neurodevelopmental-family approach to management. Calif Med 1971;115:11-18.
80. Taitz L.S., Wales J.K., Urwin O.M., Molnar D. Factors associated with outcome in management of defecation disorders. Arch Dis Child 1986;61:472-477.
81. Taubman B., Buzby M. Overflow encopresis and stool toileting refusal during toilet training: a prospective study on the effect of therapeutic efficacy. J Pediatr 1997;131:768-771.
82. Tüzün Ç., Tıkız C., Ünlü Z., Kasırga E. Standart tedavilere dirençli enkoprezisli çocuklarda davranış düzenleme programı ve basınç biofeedback yönteminin etkinliği. Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 2005;51:103-107.
83. Unal F., Pehlivanturk B. Comorbid psychiatric disorders in 201 cases of encopresis. Turk J Pediatr 2004;46:350-353.
84. Unal F., Pehlivanturk B. Encopresis: long-term clinical outcome of 67 cases. Turk J Pediatr 2005;47:53-57.
85. van der Wal M.F., Benninga M.A., Hirasing R.A. The prevalence of encopresis in a multicultural population. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005;40:345-348.
86. van Everdingen-Faasen E.Q., Gerritsen B.J., Mulder P.G., Fliers E.A., Groeneweg M. Psychosocial co-morbidity affects treatment outcome in children with fecal incontinence. Eur J Pediatr 2008;167:985-989.
87. Vernon S., Lundblad B., Hellstrom A.L. Children's experiences of school toilets present a risk to their physical and psychological health. Child Care Health Dev 2003;29:47-53.
88. Wester C., Brubaker L. Normal pelvic floor physiology. Obstet Gynecol Clin North Am 1998;25:707-722, v.
89. White, M. Psuedo-encopresis: from avalanche to victory, from vicious to virtuous cycles. Family Systems Medicine, 1984;2:150-160

90. World Health Organisation (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: B. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO, Genova.
91. Young M.H., Brennen L.C., Baker R.D., Baker S.S. Functional encopresis: symptom reduction and behavioral improvement. J Dev Behav Pediatr 1995;16:226-232.

10. EKLER:

EK I: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Çocuğunuzun:

Adı-soyadı:

Doğum tarihi (gün/ay/yıl):

Cinsiyeti:

Okulu ve sınıfı:

Kardeş sayısı (kendisi ile beraber):

Kendisinden önceki çocuk sayısı:

Okul başarısı: zayıf ( ) geçer ( ) orta ( ) iyi ( ) pekiyi ( )

Ne kadar sıklıkla dışkı kaçırıyor?:

Çocuğun annesinin:

Yaşı:_____ Eğitim düzeyi:_____ Mesleği:_____

Çocuğun babasının:

Yaşı:_____ Eğitim düzeyi:_____ Mesleği:_____

Ailenin ortalama aylık geliri:

EK II: AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.				
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.				
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenini bilir.				
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.				
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.				
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.				
7. Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.				
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.				
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.				

(Stok No. 707/1) D.M. 3.2000 — 1.000

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
10. Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.				
11. Evde dertlerimizi, üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.				
12. Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.				
13. Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğinizde sizi dinlerler.				
14. Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissetiğini anlamak pek kolay değildir.				
15. Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.				
16. Ailemiz üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.				
17. Evde herkes, başına buyruktur.				
18. Bizim evde herkes, söylemek istediklerin üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.				

(Stok No. 707/2) D.M. 3.2000 — 1.000

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
19. Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.				
20 Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.				
21. Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.				
22. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.				
23. Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.				
24. Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.				
25. Bizim ailede herkes kendini düşünür.				
26. Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebilirz.				
27. Evimizde banyo ve tuvalet (yüznumara) bir türlü temiz durmaz.				

(Stok No. 707/3) D.M. 3.2000 — 1.000

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
28. Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.				
29. Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.				
30. Ailemizde, herbirimizin belirli görev sorumlulukları vardır.				
31. Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinmeyiz.				
32. Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.				
33. Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.				
34. Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.				
35. Evde genellikle söylediklerimizle söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.				
36. Aile içinde birbirimize hosgörülü davranırız.				

(Stok No. 707/4) D.M. 3.2000 — 1.000

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
37. Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksak ilgi gösteririz.				
38. Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.				
39. Ailemizde sevgi, şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.				
40. Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.				
41. Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.				
42. Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterirler.				
43. Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.				
44. Ailemizde hiçbir kural yoktur.				
45. Evde birinden birşey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.				

(Stok No. 707/5) D.M. 3.2000 — 1.000

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
46. Aile içinde, herhangi bir sorun (Problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.				
47. Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.				
48. Bizim evde aklınıza gelen herşey olabilir.				
49. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirinize ifade edebilirz.				
50. Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.				
51. Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.				
52. Sinirlenince birbirimize küseriz.				
53. Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.				
54. Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.				

(Stok No. 707/6) D.M. 3.2000 — 1.000

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
55. Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (Yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı, aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.				
56. Aile içinde birbirimize güveniriz.				
57. Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabilirz.				
58. İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.				
59. Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız birşey yaptığında ona bunu açıkca söyleriz.				
60. Problemlerimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.				

(Stok No. 707/7) D.M. 3.2000 — 1.000

EK III: RUHSAL BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SCL-90-R)

SCL-90-R

Adı, Soyadı: _ _ __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Cinsiyeti: K E (daire içine alınız)

Doğum tarihi: _ _ _ _ /_ _ _ _/_ _ _ _ _ _ _ Yaşı: _ _ _ _ Medeni Durumu: _ _ _ _ _ _ _

Gün Ay Yıl

Meslek: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Bugünün Tarihi : _ _ _ _ /_ _ _ _/ _ _ _ _ _ _ _

Gün Ay Yıl

Aşağıda zaman zaman herkeste rastlanabilecek problem ve şikâyetlerden oluşan bir liste bulacaksınız. Her soruyu dikkatle okuyunuz. Sözü geçen problem ve şikâyetlerin son bir hafta içinde sizi ne ölçüde rahatsız ettiğini göz önünde tutarak size göre en doğru bir sayıyı yuvarlak içine alınız. Eğer yanlış bir cevap verdiğinizi düşünürseniz ilkini karalayarak doğru cevabı (X) işareti ile belirtiniz. Hiçbir soruyu atlamayınız. Başlangıç örneğini okuyunuz, anlamadığınız olursa danışınız.

ÖRNEK: Sırt ağrısı Hayır, hiç : (0) Fazla : (3)
Biraz : (1) Çok fazla : (4)
Orta derecede : (2)

SON BİR HAFTA İÇİNDE AŞAĞIDAKİ SORUN VE YAKINMALAR SİZİ NE DERECEDE ETKİLEDİ?

		HAYIR, HİÇ (0)	BİRAZ (1)	ORTA DERECE (2)	FAZLA (3)	ÇOK FAZLA (4)
1	Baş ağrıları	0	1	2	3	4
2	Sinirlilik veya içinizin titrediği hissi	0	1	2	3	4
3	Kafanızdan atamadığınız, tekrarlayan, hoşa gitmeyen düşünce ve sözcükler	0	1	2	3	4
4	Baygınlık hissi veya baş dönmesi	0	1	2	3	4
5	Cinsel ilgi, istek ya da hazda azalma	0	1	2	3	4
6	Başkalarını eleştirmeye yatkınlık	0	1	2	3	4
7	Herhangi birinin düşüncelerini yönetebileceğiniz hissi	0	1	2	3	4
8	Zorluk ve sıkıntılarınızın çoğundan başkalarının sorumlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
9	Hafıza zayıflığı, hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
10	Sakarlık, dikkatsizlik veya ihmallerin sizi rahatsız etmesi	0	1	2	3	4

11	Kolayca sinirlenme veya huzursuz olma	0	1	2	3	4
12	Kalp veya göğüs üzerinde ağrı	0	1	2	3	4
13	Cadde veya açık alanlarda korku duyma	0	1	2	3	4
14	Enerji, güç azalması, hareket ve düşüncede yavaşlama	0	1	2	3	4
15	Yaşamınıza kendi elinizle son verme düşüncesi	0	1	2	3	4
16	Başkalarının duymadığı sesler işitme	0	1	2	3	4
17	Titreme	0	1	2	3	4
18	İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği duygusu	0	1	2	3	4
19	İştahsızlık	0	1	2	3	4
20	Ağlamaya yatkınlık	0	1	2	3	4
21	Karşı cinsle ilişkilerde çekingenlik, çaresizlik	0	1	2	3	4
22	Tuzağa düşürülme, kapana kıstırılma duygusu	0	1	2	3	4
23	Nedensiz ani korkular	0	1	2	3	4
24	Kontrol edemeyeceğiniz öfke nöbetleri ve duygusal patlamalar	0	1	2	3	4
25	Yalnız olarak evden çıkmaktan korku duyma	0	1	2	3	4
26	Bazı konularda kendini suçlama eğilimi	0	1	2	3	4
27	Bel ağrıları	0	1	2	3	4
28	Herhangi bir başlamada ya da sürdürmede zorlanma hissi	0	1	2	3	4
29	Yalnızlık hissi	0	1	2	3	4
30	Hüzün, iç sıkıntısı	0	1	2	3	4
31	Gereğinden çok tasalanma ve endişelenme	0	1	2	3	4
32	Hiçbir şeye ilgi duymama	0	1	2	3	4
33	Ürkeklik, korku duyma	0	1	2	3	4
34	Duygularınızın kolayca incinebilmesi, alınganlık	0	1	2	3	4
35	Özel ve gizli düşüncelerinizin başkaları tarafından bilindiği hissi	0	1	2	3	4
36	Başkalarının sizi anlamadığı ve size ilgisiz olduğu duygusu	0	1	2	3	4
37	Başkalarının size dostça davranmadığı, sizden hoşlanmadığı duygusu	0	1	2	3	4
38	Doğru ve eksiksiz olmasını garantilemek için her şeyi çok yavaş yapma gereksinimi	0	1	2	3	4
39	Kalbinizin çok hızlı atması veya çarpması	0	1	2	3	4
40	Midede nahoş duygular ya da bulantı	0	1	2	3	4
41	Başkaları karşısında aşağılık duygusu	0	1	2	3	4
42	Kas ağrısı ve sızılar	0	1	2	3	4
43	Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
44	Uykuya dalmakta güçlük çekme	0	1	2	3	4
45	Yaptığınız işleri tekrar tekrar kontrol etme zorunluluğu hissetme	0	1	2	3	4
46	Karar vermede güçlük çekme	0	1	2	3	4
47	Otobüs, minibüs, tren, dolmuşla yolculuk etmekten korkma	0	1	2	3	4
48	Nefes almada güçlük çekme	0	1	2	3	4

49	Nöbetler şeklinde ateş basması veya her tarafınızın buz kesmesi	0	1	2	3	4
50	Sizi korkuttuğu için belirli yerler, nesneler, olaylar ve davranışlardan uzak durma	0	1	2	3	4
51	Zihinde boşluk duygusu	0	1	2	3	4
52	Bedeninizin çeşitli yerlerinde hissizlik, uyuşma veya karıncalanma	0	1	2	3	4
53	Boğazınızda bir yumru tıkandığı hissi	0	1	2	3	4
54	Gelecekle ilgili ümitsizlik	0	1	2	3	4
55	Dikkatinizi toplamada güçlük çekme	0	1	2	3	4
56	Bedeninizin bazı kısımlarında güçsüzlük	0	1	2	3	4
57	Gerginlik veya tedirginlik hissi	0	1	2	3	4
58	Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	0	1	2	3	4
59	Ölüm veya ölmekle ilgili düşünceler	0	1	2	3	4
60	Aşırı yemek yeme	0	1	2	3	4
61	Başkaları size bakarken ve hakkınızda konuşurken huzursuzluk veya rahatsızlık duyma	0	1	2	3	4
62	Aklınıza size ait olmayan düşüncelerin gelmesi	0	1	2	3	4
63	Birisine zarar ve acı verme, dövme, yaralama isteğini zorlayıcı biçimde duyma	0	1	2	3	4
64	Sabahları erken uyanma	0	1	2	3	4
65	Dokunma, sayma, yıkama gibi davranışları zorunluluk hissederek tekrarlama	0	1	2	3	4
66	Huzursuz, rahatsız uyku veya uykunun bölünmesi	0	1	2	3	4
67	Bir şeyleri kırmak veya parçalamak için dayanılmaz istek duyma	0	1	2	3	4
68	Başkalarının paylaşmadığı düşünce, görüş ve inançlarının olması	0	1	2	3	4
69	Başkaları ile beraberken konuşma ve davranışlarınıza dikkat etme zorunluluğu hissetme	0	1	2	3	4
70	Sinema ve alışverişte olduğu gibi kalabalıktan huzursuzluk duyma ve kaçınma	0	1	2	3	4
71	Her şeyin çok zor ve yorucu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
72	Dehşet ve paniğe kapılma nöbetleri	0	1	2	3	4
73	Topluluk içinde yiyip içmekten huzursuz olma	0	1	2	3	4
74	Sık sık tartışmalara girme ya da iddialaşma	0	1	2	3	4
75	Yalnız kaldığınızda sinirlilik veya huzursuzluk hissi	0	1	2	3	4
76	Başarılarınızın başkaları tarafından yeterince takdir edilmediği hissi	0	1	2	3	4
77	İnsanlarla birlikteyken bile yalnızlık duyma	0	1	2	3	4
78	Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk hissi	0	1	2	3	4
79	Değersizlik duygusu	0	1	2	3	4
80	Başınıza kötü bir şey geleceği hissi	0	1	2	3	4
81	Yüksek sesle bağırma veya bir şeyler fırlatma ihtiyacı hissetme	0	1	2	3	4
82	Topluluk içinde bayılmaktan korkma	0	1	2	3	4
83	Eğer fırsat verirseniz insanların sizi kullanacağı duygusu	0	1	2	3	4
84	Cinsellikle ilgili oldukça rahatsız edici hayal, düşünce ve duygularınızın olması	0	1	2	3	4
85	Suç ve günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	0	1	2	3	4
86	Dehşet veya korku uyandıran düşünce ve hayaller	0	1	2	3	4

87	Bedeninizde ciddi bir bozukluk olduğu düşüncesi	0	1	2	3	4
88	Başka birine karşı gerçek bir yakınlık duymama hissi	0	1	2	3	4
89	Suçluluk duygusu	0	1	2	3	4
90	Aklınızda herhangi bir bozukluk olduğu düşüncesi	0	1	2	3	4

EK IV: MİZAÇ VE KARAKTER ENVANTERİ

		DOĞRU	YANLIŞ
1.	Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.	D	Y
2.	Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.	D	Y
3.	Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiirden derinden etkilenirim.	D	Y
4.	Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.	D	Y
5.	Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6.	Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7.	Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8.	Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9.	Çoğu kez yaşamımın, pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10.	Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta, yardımcı olmak isterim.	D	Y
11.	Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.	D	Y
12.	Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
13.	İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.	D	Y
14.	İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15.	Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.	D	Y
16.	Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam.	D	Y
17.	Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.	D	Y
18.	Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım.	D	Y
19.	Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.	D	Y
20.	Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.	D	Y
21.	Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.	D	Y
22.	Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.	D	Y
23.	Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez "dalgın" olarak adlandırılırım.	D	Y
24.	Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim.	D	Y
25.	Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.	D	Y
26.	Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
27.	Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.	D	Y
28.	Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.	D	Y
29.	Bir iş yaparken "yeni ve geliştirilmiş" yollardan çok, eski "denenmiş ve doğru" yolları tercih ederim.	D	Y

30.	Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.	D	Y
31.	Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32.	Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33.	Düşmanlarımın acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.	D	Y
34.	Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35.	Dikkatim coğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.	D	Y
36.	Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırdı.	D	Y
37.	Genellikle o kadar kararlıyımdır ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.	D	Y
38.	Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan bir çok şeye hayran olurum.	D	Y
39.	Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40.	Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.	D	Y
41.	Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.	D	Y
42.	Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y
43.	Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44.	Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45.	Gevşemekteyken, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.	D	Y
46.	Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam.	D	Y
47.	Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.	D	Y
48.	Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49.	Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.	D	Y
50.	Ticarette başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51.	Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52.	Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.	D	Y
53.	Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54.	Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.	D	Y
55.	Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y
56.	Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren, bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57.	Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58.	Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
59.	Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60.	Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61.	Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y

62.	Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63.	Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64.	Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65.	Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y
66.	Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.	D	Y
67.	Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım.	D	Y
68.	Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69.	Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.	D	Y
70.	Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.	D	Y
71.	Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.	D	Y
72.	Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz.	D	Y
73.	İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74.	Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75.	Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.	D	Y
76.	Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
77.	Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim.	D	Y
78.	Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79.	Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80.	Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.	D	Y
81.	Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.	D	Y
82.	Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.	D	Y
83.	Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84.	Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duyusu hissederim.	D	Y
85.	Çoğu zaman "Süperman" gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86.	Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y
87.	Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88.	Dinsel yaşantılar, yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89.	Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90.	Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.	D	Y

91.	Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.	D	Y
92.	Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.	D	Y
93.	Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin bunları çiğneyemeyeceğini bilirim.	D	Y
94.	Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.	D	Y
95.	Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim.	D	Y
96.	Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.	D	Y
97.	Bazen yaşamımın, herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.	D	Y
98.	Bana adice davranan birisine, genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.	D	Y
99.	Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım.	D	Y
100.	Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.	D	Y
101.	Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.	D	Y
102.	Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.	D	Y
103.	Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.	D	Y
104.	Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem.	D	Y
105.	Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.	D	Y
106.	Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gereğine bakamam.	D	Y
107.	Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.	D	Y
108.	Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.	D	Y
109.	Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.	D	Y
110.	Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.	D	Y
111.	Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.	D	Y
112.	Utandırılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk atlatırım.	D	Y
113.	Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.	D	Y
114.	İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.	D	Y
115.	İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.	D	Y
116.	Duygu-dışı algılamanın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117.	Candan ve yakın arkadaşlarımın çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y
118.	Uzun zaman pek başarılı olmasam bile, çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119.	Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.	D	Y

120. Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y
121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122. Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124. Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.	D	Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.	D	Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y
131. Başkaları, benden istediklerini yapmayacağım için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim.	D	Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır.	D	Y
134. Başkaları benden daha çoğunu beklese bile, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135. İyi alışkanlıklar benim için "ikinci mizaç" olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden, çoğu zaman rahatsızlık duymam.	D	Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böylece onları gerçekten anlayabilirim.	D	Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.	D	Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.	D	Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142. Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.	D	Y
143. Özel düşüncelerimden nadiren sözettiğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146. Düşmanlarımın acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.	D	Y
148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149. Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile, yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y

150.	Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151.	Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.	D	Y
152.	Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki, bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153.	Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar.	D	Y
154.	Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155.	Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156.	Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157.	Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir.	D	Y
158.	Çoğu kez arkadaşlarımın arzularına boyun eğerim.	D	Y
159.	Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160.	Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.	D	Y
161.	Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162.	Alışkanlıklarımın çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.	D	Y
163.	Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.	D	Y
164.	Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165.	Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166.	Düşündüğümden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y
167.	Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y
168.	Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım.	D	Y
169.	Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
170.	Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y
171.	İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y
172.	Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.	D	Y
173.	Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.	D	Y
174.	Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175.	Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım.	D	Y
176.	Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177.	Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178.	Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179.	Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180.	Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.	D	Y

181.	Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.	D	Y
182.	Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.	D	Y
183.	Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.	D	Y
184.	Çoğu ayartıcı durumda, kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak, çok sayıda uygulama yapmam gerekir.	D	Y
185.	Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.	D	Y
186.	Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir.	D	Y
187.	Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.	D	Y
188.	Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır.	D	Y
189.	Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.	D	Y
190.	Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum.	D	Y
191.	İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.	D	Y
192.	Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım.	D	Y
193.	Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.	D	Y
194.	Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.	D	Y
195.	İçinde, ansızın varolan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu edindiğim, epeyce coşkulu anlarım oldu.	D	Y
196.	İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.	D	Y
197.	Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür.	D	Y
198.	Sorunlarım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.	D	Y
199.	Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.	D	Y
200.	Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
201.	Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla "açılmamayı" tercih ederim.	D	Y
202.	Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle "meşgul" kalabilirim.	D	Y
203.	Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.	D	Y
204.	Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam.	D	Y
205.	Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.	D	Y
206.	Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir.	D	Y
207.	Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.	D	Y
208.	Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.	D	Y
209.	Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.	D	Y
210.	İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.	D	Y

211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye gore daha geriyimdir.	D	Y
212. Bir başkasının duygularını incitmemek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.	D	Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215. Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.	D	Y
216. Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
218. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220. Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaları üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.	D	Y
222. Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım.	D	Y
225. Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.	D	Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim.	D	Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam.	D	Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233. Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234. Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235. Sahtekar olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.	D	Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.	D	Y
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, herşeyi okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238. Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.	D	Y
239. Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y