



**T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI**

**ERGENLERDE ALGILANAN DUYGU DIŞAVURUMUNUN BENLİK  
SAYGISI VE DUYGUSAL DAVRANIŞSAL SORUNLARLA İLİŞKİSİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Şafak ERAY**

**UZMANLIK TEZİ**

**BURSA-2015**



**T.C.**  
**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**  
**ANABİLİM DALI**

**ERGENLERDE ALGILANAN DUYGU DIŞAVURUMUNUN BENLİK**  
**SAYGISI VE DUYGUSAL DAVRANIŞSAL SORUNLARLA İLİŞKİSİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Şafak ERAY**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Doç. Dr. Ayşe Pınar VURAL**

**BURSA-2015**

## İÇİNDEKİLER

Özet.....	ii
İngilizce Özet.....	iii
Giriş.....	1
Gereç ve Yöntem.....	18
Bulgular.....	22
Tartışma ve Sonuç.....	35
Kaynaklar.....	48
Ekler.....	60
Teşekkür.....	67
Özgeçmiş.....	68

## ÖZET

Duygu Dışavurumu (DD), kökenlerini, aile içindeki duygusal iklimin psikiyatrik bozukluklarda prognostik bir faktör olup olamayacağına dair çalışmadan alan, ampirik olarak türetilmiş bir kavramdır. Bizim çalışmamızın amaçlarından biri klinik olmayan örnekleme, yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik değişkenler ile DD düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Diğer bir amacı ise hasta olmayan popülasyondaki ergenlerin algıladıkları DD ile yaşadıkları duygusal, davranışsal sorunlar, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), akran ilişkileri ve sosyal beceriler ve benlik saygısı ile ilişkisini araştırmaktır.

Çalışmanın araştırma grubunu, 2014-2015 öğretim yılında Kocaeli-Gebze ilçesi ortaöğretim kurumlarında eğitimine devam etmekte olan lise öğrencileri oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, Bilgi Toplama Formu, Güçler Güçlükler Anketi-Ergen Formu, Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği (KDDÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Ergenlerde algılanan DD, ve alt maddeleri olan Duygusal Destek Yokluğu (DDY), müdahalecilik ve sinirlilik ile duygusal sorunlar ( $p<0,001$ ), davranışsal sorunlar ( $p<0,001$ ), DEHB ( $p<0,001$ ), akran ilişkilerindeki sorunlar ( $p<0,001$ ) arasında olumlu yönde ileri derecede ilişki bulunmuştur. Sosyal beceriler arasında ise olumsuz yönde ileri derecede ilişki gözlenmiştir ( $p<0,001$ ). Ayrıca içe atım ( $p<0,001$ ) ve dışavurum ( $p<0,001$ ) problemleri ile algılanan DD arasındaki yüksek derecede ilişki izlenmiştir. KDDÖ ve RBÖ arasında ise anlamlı ilişki gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

Koruyucu ruh sağlığı ve psikopatolojilerin tanı ve tedavisinde DD kavramının önemi göz önüne alındığında, DD kavramının klinik olmayan örneklemedeki yerinin hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde yön gösterici olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmada Türk toplumunda klinik olmayan örnekleme DD ile psikopatolojiyi araştıran ilk çalışma olma özelliği taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Ergenlik, duygu dışavurumu, psikopatoloji, benlik saygısı.

## SUMMARY

### **Association Between Perceived Expressed Emotion And Emotional-Behavioral Problems And Self-Esteem in Adolescents**

Expressed emotion (EE) is an empirically derived definition, which originates from the study regarding the emotional climate inside the family. EE is defined as a prognostic factor in psychiatric disorders. One purpose of our study is to assess the association between sociodemographic variables such as age and sex, and expressed emotion, in non-clinical samples. Another purpose is to investigate the association between perceived EE and emotional and behavioral problems which they suffer from, attention deficit and hyperactivity (ADHD), peer relationship problems, prosocial behaviour and self-esteem in non-clinical adolescents.

The research group was composed of high school students who continue studying in 2014-2015 study term at the secondary education institutions in Gebze/Kocaeli. Data was collected with using Data Collection Form, Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)-Adolescent Form, Level of EE Scale (LEES) and Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS).

A positive significant association between expressed emotion perceived in adolescents, and its subtitles Lack of Emotional Support, intrusiveness and irritability; and emotional problems ( $p < 0,001$ ), behavioral problems ( $p < 0,001$ ), ADHD ( $p < 0,001$ ), peer relationship problems ( $p < 0,001$ ). Among prosocial behaviours, a negatively significant association was seen ( $p < 0,001$ ). Also a high association between internalization ( $p < 0,001$ ) and externalization ( $p < 0,001$ ) problems, and perceived EE. There was no significant association between LEES and RSS ( $p > 0,05$ ).

Given the importance of EE in diagnoses and treatments of preventive mental health and psychopathologies, it was suggested that expressed emotion in non-clinical samples could be replaced with preventing the

disorders and guiding the treatment of disorders. This study is characterized by investigating the EE and psychopathology in non-clinical samples in the Turkish society first.

**Keywords:** Adolescence, expressed emotion, psychopathology, self-esteem.

## GİRİŞ

Ergenliği tanımlamak her dönemde zor olmuştur. Hekimler, psikologlar, antropologlar, filozoflar, ana babalar ve hatta ergenlerin kendileri ergenliği tanımlamayı çok uzun zamandan beri denemektedirler. Kelime anlamıyla "Büyüme", "Yetişkinliğe Erişme" anlamına gelen "adolescence" yani ergenlik aynı zamanda başkalaşım (metamorphose) ve dönüşümü (mutation) de içerir. Modern ergenlik psikolojisinin babası olan G. Stanley Hall ergenliği "fırtına ve stres" dönemi olarak tanımlamıştır (1). Ergenlik sürecini beş evreye ayıran Peter Blos'a göre: "Psikoseksüel gelişimin dört evresinin sonuncusu" iken Sieg'a göre ise, "İnsanda, bireyin yetişkine özgü ayrıcalıklarının kendisine verilmediğini hissettiği zaman başlayan ve yetişkinin tüm gücü ve toplumsal konumu toplum tarafından bireye verildiği zaman sona eren gelişim dönemidir." (2,3). Schulz ise ergenliği, genç yetişkine, değişik yetişkinlik rollerini vatandaşlık sorumluluğunun sonuçlarına katılmak zorunda kalmadan denemesine izin verildiğinde yaşanan normatif bunalım olarak tanımlamıştır (4).

Fransız Psikanalisti Françoise Dolto; "Doğum fetüs halinden yenidoğan haline geçişin olduğu bir dönüşümdür. Ergenlik de aynı şekilde çocukluktan erişkinliğe geçilen bir dönüşüm dönemidir." diyerek ergenlikte oluşan dönüşümü yaşamın ilk dönemlerindeki dönüşüme benzetmiş ve ergenlerin de tıpkı yaşamın ilk döneminde yaşama alışmaya çalışan yenidoğan bebekler gibi kırılgan ve dayanıksız olduklarını belirtmiştir. "Yengeçler kabuk değiştirdikleri dönemde zayıf ve savunmasızdırlar. Öyleyse ergenlik bireyin oldukça zayıf ve duyarlı olduğu bir süreçtir." diyerek onları kabuk değiştiren yengeçlere benzetir (5).

Genellikle kabul edildiği gibi ergenlik erken ergenlik aşamasında puberteye bağlı bedensel değişikliklerle başlayan ve adolesanın gerçekçi bir şekilde kişiliğini bulmasına kadar süren çok boyutlu gelişimsel sorunların yaşandığı ve çözümlendiği bir dönemdir. Bu gelişimsel sorunlar duygusal alanda bir karmaşaya, düşünce ve davranışlarda anlaşılması güç

değişmelere yol açar. Dürtülerdeki kabarma ve şiddetlenme ego üzerinde bozucu bir etkiye neden olur. Dolayısıyla pek çok yazar tarafından "fırtına ve stresler" dönemi olarak tanımlanan dönem bu özellikleriyle kendisi bir kriz özelliği taşır (6).

## **Tarihçe**

Ergenlikle ilgili ilk tıbbi kaynaklar milattan önce dördüncü yüzyıla dayanmaktadır. Aristoteles erişkin dönem öncesinde geçirilmesi gereken üç dönem tanımlamıştır: Bebeklik, çocukluk ve genç erişkinlik. Ergenliğe ait ilk tanımları gördüğümüz Eski Yunan'da Aristoteles gençlerin değişkenliğinden söz eder ve gençleri; mantıksız, dürtüsel, tutkularına yenilen ve eleştiri kabul edemeyen birey olarak tanımlar. Sokrates ise gençlerle ilgili şunları söyler: "Şimdiki çocuklar lüksü seviyorlar, kötü davranışları var ve otoriteyi küçümsüyorlar. Büyüklerine saygı göstermiyor ve eğitimin yerine aşktan bahsetmeyi tercih ediyorlar. Çocuklar şimdilerde evlerinin hizmetkârı değil, haydutları oldular". Ergenliğin tarihini araştıran Philips Aries, 1300'lü ve 1400'lü yıllarda ilkokul çağındaki erkek çocukların okula kılıç kuşanarak gittiğini belirtmektedir (7). Bu cümleler bize ergenliğin temel özelliklerinin çağlar ve kültürler boyunca büyük ölçüde değişmeden devam ettiğini göstermektedir.

Ancak daha sonra çocukluk ve ergenlik kavramları üzerinde daha az düşünülür olmuş ve 20.yüzyılın ikinci yarısına kadar çocuk ve ergen erişkinin bir minyatürü olarak görülmüştür ve okula gitme süresi 3-5 yıla sınırlanarak çok erken yaşta çalışmaya başlayan ergenin erişkin gibi davranması beklenmiştir. Batı kültürünün çoğunda, okula gidenler ve gitmeyenler için, yedi yaş yetişkinlik dönemi yaşı olarak görülmüştür (8).

18. yüzyıla gelindiğinde artık yavaş yavaş çocuğun erişkinden farklı olduğu görüşü gelişmeye başlamış, 12 yaşına kadar çocukların doğal çocukluk süreçlerini yaşamaları gerektiği vurgulanmıştır (9). Dönemin filozoflarından Jean Jaques Rousseau ergenliği şiddetli bir rüzgâra benzeterek "bütün kabağan dalgaların en üste ulaştığı, yüksek tutkunun



kargaşalı değişimin çağırđıđı dümenden elinizi ayırmayın yoksa her şey kaybolur” diyerek anne babaları uyarmıştır (10).

Akademik bir dizin olarak ergenliğe ait ilk yazılar 20. yy başlarında yayınlanmıştır. 1904 yılında Granville Stanley Hall tarafından yazılan “Ergenlik Psikolojisi ve Fizyoloji, Antropoloji, Sosyoloji, Cinsellik, Suç, Din ve Eğitimle İlişkisi” isimli kitapta Hall’a göre doğumdan yetişkinliğe kadar aştığımız her evrede, filogenetik evriminde insanlığın geçtiği bir dönemin imgesine ya da yeniden üretilmesine denk düşmektedir (1). Hall’ın yazılarında, evrim kuramı yazar Charles Darwin’den etkilendiği gözlenmektedir. Ona göre bebeklik insanların evrimindeki ilkel olduğu zamana denk gelirken ergenlik ise türümüzün uygarlığa ulaştığı evrimsel döneme denk gelmektedir (10).

Ergenliğe ait psikanalitik yaklaşımları incelediğimizde ise üç kuramcı ön plana çıkar. Birincisi olan Sigmund Freud’a göre; ergenlik döneminde libidinal dürtülerin şiddetinin artışı söz konusudur. Bu dürtü artışı genci, erken çocukluk döneminde temel olarak anne veya babasına yönelmiş cinsel arzularına geri götürür ve ergen acilen ensest tabusuna yönelik savunmalar geliştirme ihtiyacı duyar (11). İkincisi Anna Freud; 1958’de ergenlik karmaşası diye adlandırdığı bir olgudan söz eder ve ergende erken çocukluk dönemine ait olan ve ebeveyne karşı cinsel temalar içeren yönelimlerin zayıflamasının yarattığı sıkıntıdan söz eder (12). Üçüncü kuramcı olan Peter Blos’un kuramında ise ergenlik ikincil bireyselleşme ve ödipal dönemin yeniden yaşandığı ve çatışmaların çözümlendiği dönemdir (13).

Günümüzde geleneksel yaşam biçimlerini halen sürdüren çeşitli toplumlarda ergenliğe geçişle ilgili ritüeller halen devam etmektedir. Kültürel ve yöresel özelliklere bağlı bu durum değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin bir köy ergeninin erişkin olarak kabul edilme yaşı kendisinden oldukça uzun süreli bir öğrenim hayatı beklenen bir kent ergenine göre çok daha erken olacaktır. Ergenliğin başlangıcı eş bulmaya dolayısıyla üremeye doğru atılan ilk adım olarak görülür. Dolayısıyla askere gidip gelen yirmili yaşlardaki bir köy ergeni artık erişkin olarak kabul edilirken, aynı yaşlardaki bir kent ergeni yükseköğreniminin henüz başındadır ve öğrenci konumunu koruyan bu

gençler “geç ergenler” olgusunu ortaya çıkarmıştır (14). Bu toplumsal farklılıklar ergenliğin psikososyal işlevleri ve içeriğini de oldukça değiştirmektedir.

Son yirmi yılda sinirbilim alanındaki gelişmelere paralel olarak ergenliğin biyolojik yönden incelenmesi ve psikolojik yaklaşımların dahil edilmesi ön plana çıkmıştır. Özellikle Peterson’un ergenliğe bütüncül bakışa katkıları belirgindir (15).

## **Ergenlik Dönemleri**

Ergenlik dönemi birçok kuramda üç alt döneme ayrılmıştır. Evrelere göre ergenlik dönemi ve özellikleri şu şekilde özetlenmiştir (16):

1. Erken ergenlik (12–14 yaş)
2. Orta ergenlik (14–17 yaş)
3. Geç ergenlik (17–19 yaş)

## **Erken Ergenlik (12–14 yaş)**

Yaklaşık olarak 12–14 yaşlarına rastlayan bu dönemde vücuttaki psikolojik, hormonal ve yapısal değişiklikler güncel konuyu oluşturur. Vücut kılınımındaki artma, memelerdeki değişim, genital bölge ve vücut düzenindeki değişimler, menstrüasyon ve seminal akıntı gençlerin ergenlik yolu üzerindeki en önemli kilometre taşlarıdır. Bu hormonal değişim beyni de doğrudan etkileyerek duygu davranış ve bilişsel işlevlerde değişimlere neden olur (16).

Genç ergen, anne babası ile daha çok çatışmaya girer ve sınırları test eder. Kimlik ve ait olma konuları gündemdedir. Zaman algısında değişiklik olur, kişi kendisini daha sıkılmış hisseder ve beklemekte güçlük yaşanır. Anne babasından çok arkadaş ilişkileri öne çıkar, odada yalnız kalmayı, müzik dinlemeyi tercih eder. Sözel ifade yeteneğine karşın kendini daha çok eylemlerle ifade eder. Çalışma yeteneği artar, sıklıkla şimdi ve yakın gelecekle ilgilidir. Ebeveynlere zaman zaman kabalık gösterebilir,

onların mükemmel olmadıklarını anlar, ebeveynler dışında da sevecek kişiler arar. Yakın arkadaşlıklar önem kazanır, arkadaş grupları ilgi ve giyimi etkiler, aynı cinsiyetten arkadaş ve grup aktiviteleri tercih edilir. Cinsel gelişimde kızlar erkeklerin önündedir. Kişisel gizlilik ve bedenle denemeler (mastürbasyon) de başlar. Normal olma kaygıları vardır. Sigara, alkol ve diğer maddeleri deneyebilirler (17).

Psikodinamik açıdan bakıldığında 6-12 yaşlarında gizlilik döneminde bastırılmış olan dürtülerin yeniden açığa çıkması bu dönemin temel dinamiğidir. Hemcins ebeveyni ile özdeşim kurularak girilen latans döneminden bu özdeşimin yeniden sorgulanmaya başlanması ile çıkılır (17).

### **Orta Ergenlik (14-17 yaş)**

Genç değişime yavaş yavaş alışmaya başlamıştır. Entelektüel uğraşlar artar, cinsel ve saldırgan dürtülerini yaratıcı alanlara dönüştürebilirler. İdealler geliştirip rol modelleri seçer ve amaç belirleme yeteneğinde artış olur. Kendilik algısında zayıflık ile gerçek dışı yüksek beklentiler arasında gidip gelme olabilir. Bağımsızlık mücadelesini ebeveynlerin engellediğinden yakınabilir. Bedenle ve görünümle ilgili aşırı uğraşları olabilir, bedenine yabancılaşma hissedebilir. Ebeveynleri küçümseme eğilimi ve onlardan uzaklaşma çabaları doğaldır. Ebeveynlerden ruhsal olarak ayrılma sonucunda üzüntü dönemleri yaşayabilir. Karşı cins arkadaşlık ve grup ilişkilerine yönelme vardır. Grup kimliğinin önemi artar. Arkadaşlık ilişkileri erken ergenliğe göre daha yüzeysel ve güvensiz olabilir. Günlük tutmayı da içeren iç yaşantılarını inceleme gereksinimi vardır. Aşk ve tutku hisleri, cinsel çekicilikle ilgili kaygılar, sık değişen ilişkiler vardır. Eşcinsellik korkuları ve karşı cinse yönelme vardır (16,17).

Psikodinamik açıdan bakıldığında erken ergenlik döneminin başlamasıyla anne babadan geri çekilen duygusal yönelim orta ergenlik döneminde karşı cinse yönelimin sorunsuz yaşanabilmesi için erken çocukluk dönemi yaşantılarının ve 6-12 yaşlarındaki gizlilik dönemine geçişteki

hemcins ebeveynle uygun özdeşimin kritik bir öneme sahip olduğu öngörülür (16).

### **Geç Ergenlik (17-19 yaş)**

Daha sağlam kimlik yapısı, doyumunu erteleyebilme, emosyonelstabilite gelişir. Duygularını sözel olarak anlatabilme ve mizah yeteneğinde artma vardır. Kapsamlı düşünebilme yeteneği gelişir ve kalıcı ilgiler başlar. İç görü gelişimi artar, kişisel saygınlık ve kendine güvene önem verir. Başkalarına ve geleceğe duyduğu ilgi artar ve yaşamdaki rolünü düşünmeye başlar. Sosyal kurum ve kültürel gelenekleri kabul etme eğilimi olur. Ciddi ilişkilerle ilgili kaygıları olur. Cinsel kimliğini netleştirir. Tutku ve aşk duygularını geliştirir (17).

Psikodinamik açıdan bakıldığında geç ergenlik evresi bir bütünleşme, somutlaşmış ve tutarlık kazanmış bir yapı haline geçme zamanıdır. Ego işlevleri ergenlik öncesi ruhsal bilinç dışı çatışmalardan uzaklaşmış özgün ve tutarlı hale gelmeye başlamıştır. Kendilik ve nesne tasarımları görece sabit bir yapı kazanır (16).

Bu evreler ergenin hangi yaşta hangi gelişimsel sorunla uğraştığı hakkında bilgi verir. Her evrede tanımlanan gelişimsel özellikler farklı olduğu halde bireysel özellikler, kültürel değerler ve sosyal çevreye bağlı olarak bu evreler arasında sıklıkla örtüşme vardır (17).

### **Ergenlikte Aile İlişkileri**

Ergenlik döneminde akranla ilişkilerin önemi artsa da anne ve baba etkileşiminin niceliği ve niteliği de önemini korur. Ergenin ailesi ile duygusal ve fiziksel uzaklaşma nedeniyle çatışmalı bir ortam yaşanacağı ön yargısına rağmen çoğunlukla ebeveyn ve ergen arasında olumlu ve yakın bir etkileşim gözlenir (10). Offer ve Schonert Reichl ergenlerin büyük bir çoğunluğunun ebeveynleri ile sağlam, kalıcı, güvenilir ve süreğen ilişkiler gösterdiğini ve

bunun ailenin gence yol gösterici, ögüt verici ve destekleyici tutumları ile desteklendiğini belirtmektedir (17).

Ergen ailelerinde çatışma aile yaşantısının endemik bir özelliği olarak belirtilir (12,18). Ebeveyn ve ergen arasında yaşanan çatışmalar daha çok ergenliğin başında artmaktadır. Bunlar daha çok ev kuraları, genel bakım, kişisel bakım, oda temizliği, arkadaşlar, diyet konularında iken sonraki dönemde flört etme ve sokağa çıkma yasağı şeklinde olmaktadır. Montemayor ve Hanson ergenlerin ebeveynleri ile ayda yaklaşık yirmi defa ya da 2-3 gün aralarla sürtüşme yaşadıklarını bildirilmiştir (19). Meta-analitik çalışmalar ise ergenlik çatışmalarının erken ergenlikten sonra azalmaya başladığı çatışmanın getirdiği olumsuz duygulanımın orta ergenlik döneminde pik yaptığını belirtmektedir (20). Goede ve ark.'ın ergenlerin gelişimsel dönemleriyle algılanan aile ilişkilerini inceledikleri bir çalışmada ebeveyn-ergen çatışmalarının orta ergenlik boyunca aralıklı olarak artarken, ilerleyen dönemlerde aile ilişkilerinin daha eşitlikçi hale geldiğini belirtmiştir. Özellikle erken ergenlikte destekleyici olan ebeveynlerin ergenler tarafından güçlü olarak algılandığını zamanla ebeveynin algılanan gücünün azaldığını söylemişlerdir (21).

Ergenlik ilerledikçe gençler kişisel hijyenlerine, diyetlerine, uyku düzenlerine ve mümkün oldukça okul ödevlerine daha fazla dikkat etmektedirler. Özellikle erken ergenlik döneminde abur cubur atıştırma, öğün atlama, uygunsuz giyinme, telefon veya internette fazlaca vakit geçirme gibi konular ebeveynle sürtüşmelere neden olabilmektedir (22). Ebeveyne bağımlılık daha az kabul edilebilir oldukça, ergenler yaşlılarıyla arkadaşlık, gizlilik, destekleme, ögüt verme amaçlı daha sık vakit geçirmektedirler. Csikszentmihalyi'ye göre ergenler uyanık kaldıkları vaktin üçte birini yaşlıları ile konuşarak geçirmektedirken %8'den az oranda erişkin biri ile sohbet etmektedirler (18). Ergenlikte arkadaşlığın gizlilik, destekleyici olma ve iletişimci özellikleri önem kazanmaktadır. Karşı cinsle duygusal niteliği olmayan arkadaşça ilişkiler geç ergenlik döneminde oluşurken, erken ergenlik döneminde aynı cinsle yakın ilişkiler kurulabilmektedir. Yaşla birlikte

uyum ve kontrol ihtiyacı azalmakta, arkadaşlık ilişkilerinde daha fazla tolerans geliştirilmektedir (18).

Son yıllarda ergenliğin çatışmalı bir dönem olması gerektiği görüşü azalmış ve Türkiye'de 2004 yılında yayınlanan Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu tarafından desteklenen ve Türkiye Bilimler Akademisi tarafından yürütülen bir çalışmanın sonuçlarının yer aldığı, "Ergen ve Ruhsal Sorunları-Durum Saptama Çalışması" raporlarında bildirildiğine göre, ergenlerin sadece üçte biri bu dönemi fırtınalı olarak geçirdiğini tanımlamıştır. Erkeklerin %60'ı kızların ise %61'i ailesi ile birlikte olmanın kendilerine huzur verdiğini belirtmiştir. Ergenlerin %29,9'u ders çalışma konusunda, %25,1'i gezdiği yerler konusunda, %29,3'ü eve geliş gidiş saatleri, %11,5'i ise giyimi konusunda sorun yaşadıklarını ifade etmiştir (23).

Ergenlik dönemi problemlerinin hasarsız veya az hasarlı atlatılmasını sağlayacak olan en temel birim ailedir. Aile ortamı, problemlerin ortaya çıkmasında ve/veya çözülmesinde birincil öneme sahiptir. Özellikle aile ortamı içinde ebeveynlerin bozuk fonksiyon göstermesi, psikopatoloji durumları, depresyon, madde kullanımı gibi psikiyatrik problemleri, şiddet veya istismar gibi davranışlarda bulunmaları ergen problemlerinin tetikleyicisi olabilmektedir (24).

### **Ergenlerde Benlik Saygısı**

En geniş anlamıyla benlik saygısı, kişinin kendi gururlu, değerli, gayretli, etkin ve başarılı hissetmesidir. Karmaşık olarak kendini yargılama ve değerlendirme sonucu ortaya çıkan bir histir. Kişinin kendini değerlendirmesiyle vardığı kendiliğini kabullenmesi sonucunda ortaya çıkan beğenmedir (25-27).

Benlik saygısının gelişmesinde üç ana kaynak bulunmaktadır:

1. Başkalarının saygısı
2. Yeterlik
3. Kişinin bu iki kaynağı kendisi için değerlendirmesi (kendilik) (25,28)

Başkalarının saygısı, olumlu duygusal etkileşimi, kişide kendini sevmeyi (self love) geliştirir. Bu sayede duygusal kendilik ve egemenlik oluşur. Neyin değerli ve sevilebilir olduğu fikrini ortaya koyarak bilişsel kendilik ve egemenliği sağlar. Başkalarının fikir ve yaklaşımları, duyguları kendiliğin iç ruhsal yapısının parçası haline gelir (25-27).

Bireyler değerli oldukları ya da olmadıkları fikrini diğer insanların kendilerine yönelik davranışlarından, kendileri hakkındaki düşüncelerinden öğrenmektedirler (29). Benlik saygısı her insanın en çok değer verdiği kişilerin yani anne-babasının kendisine verdiği değere çok sıkı bağlıdır. Benlik saygısının gelişimi ailede başlar, çocuk sosyalleştikçe okul hayatına girmesiyle hızlanır. Çocuğun kendi akranları ile karşılaştırmalar yapması ve başkaları tarafından yapılması da benlik saygısının gelişimi için önemli yer tutmaktadır. Anne-babanın ittiği, değersiz bulduğu, önemsemediği bir çocuğun kendisine saygı göstermesi beklenemez (26). Benlik saygısının kişinin psikolojik işlevselliğinin çok önemli bir yürütücüsü olduğu (30) yaşamındaki depresyon, anksiyete, motivasyon ve genel memnuniyet-doyum ile çok yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (31,32). Yüksek benlik saygısının, ebeveynlerle olumlu ilişkiler içinde olma, bireyin kendi yaşamında kontrolü olduğu duygusu, risk almaya istekli olma gibi faktörlerle ilişkili olduğu görülmektedir. Yüksek benlik saygısı, ailedeki aitlik algısıyla ilişkisi vardır. Ayrıca yüksek benlik saygısı, okullarda akademik başarı ile içsel kontrol, yüksek ailevi kabul ve olumlu kendini çekici bulma duygusu ile ilişkili bulunmuştur (31,32). Düşük benlik saygısı ise, düşük akademik performans, ebeveyn ve öğretmenlerin akademik başarı için çocuk ve gençlere baskı yapması, aile içinde yaşanan güçlükler, kaygı, depresyon, yalnızlık ve mutsuzluk gibi faktörlerle düşük yaşam tatmini, yalnızlık, depresyon, anksiyete, alınganlık ve sinirlilikle ilişkilidir (31,32). Benlik saygısının baş etme stratejisinin önemli bir değişkeni olduğunu, yüksek benlik saygısına sahip ergenlerin düşük benlik saygısına sahip olanlara göre sorunlarla daha iyi baş ettiklerini göstermektedir (33).

## Ergenlik ve Psikopatoloji

Ergenlik döneminde kimlik oluşum süreciyle birlikte bilişsel gelişimin hızlanması, dürtüsel gereksinimlerde ve duygu yoğunluğunda artma, preödüpal ve ödüpal çatışmaların yeniden alevlenmesi, meslek seçimi, karşı cinsle kurulan ilişkiler, anne babadan ayrılma-bireyselleşme sürecinin yaşantılanması gibi nedenlerle ergenler bu döneme özgül zorluklar ve çatışmalar yaşamaktadır. Dolayısıyla ergenlik döneminde normal gelişimsel özellikler ile patolojik durumların birbirinden ayrılması zor olabilmektedir (34). Tüm bu zorluklar, ergenleri ruhsal bozukluk açısından daha riskli bir duruma getirir.

Ruh sağlığı bozukluklarının, ergenlerde en fazla görülen sağlık sorunu olduğu bildirilmiştir (35). Ergenlik döneminde sıklıkla görülen ruhsal sorunlar anksiyete bozuklukları, davranım bozuklukları,duygu durum bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımınıdır (36). Ülkemizde bir il merkezinde yapılan çalışmada psikiyatrik belirtiler açısından psikiyatrik yakınma ile başvuran ergenleri normallerden ayıran belirtilerin depresyon ve kaygı düzeyleri olduğu bulunmuştur (37). Bu dönemde sıklıkla görülen ruhsal bozuklukların prevalanslarına bakılınca; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) %5,9-7,1 (38,39), davranım bozukluğu %1-9, karşı olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) %1-16 (40,41), majör depresyon %8 (42,43), anksiyete bozukluğu %10,3-12,2 (44) oranlarında dağılmaktadır. Yapılandırılmış psikiyatrik görüşmelerin kullanıldığı çalışmalarda, ergenlerde ruhsal bozuklukların genel sıklığının %8-57 arasında değiştiğini görülmektedir (45).

Tanılarına göre duygusal davranışsal sorunlar ergenliğin çeşitli dönemlerinde kendini daha belirgin olarak gösterebilir. Anksiyete bozuklukları genelde çocukluk ya da erken ergenlikte başlarken duygu durum bozuklukları geç ergenlik veya erişkinlikte başlar (46). Erken ergenlikte depresyon ve anksiyete ile karakterize içe atım ve emosyonel bozukluklar açısından her iki cinsiyet arası fark belirginleşmeye başlar (47). Psikotik bozukluklar erkeklerde daha sık olmakla birlikte puberte sonrasında iki cinsiyette de artış gözlenmektedir. Özellikle prefrontal bölge gelişimi ve myelinizasyon sürecinin



tamamlanması ile duygu, dürtü ve bilişsel işlevlerin koordinasyonu sağlanır. Bu miyelinizasyon süreci ve düzenleyici işlevlerden sorumlu beyin bölgelerinin gelişimi ancak erken erişkinlikte tamamlanabilmektedir. Bu durum ergenlik dönemindeki karmaşanın bir nedeni olabilir (48). Puberte, antenatal dönemdeki altta yatan nörogelişimsel bozucuğa bağlı patolojik beyin gelişimini uyarabilir (49). Sonraki yaşlarda şizofrenide kızların sayısı gonadal steroidlerin etkisiyle erkeklere göre daha artmış düzeye ulaşmaktadır (50). Ergenlerde majör depresyon %4-8 sıklıkta görülmektedir (51). Klinik görünümünde erişkin dönemde görülen aksine irritabilite, somatik şikayetler ve geri çekilme ile kendini gösterebilir (42). Majör depresyona sıklıkla eşlik eden tanılar %30-80 oranında anksiyete bozukluğu, %10-80 oranında yıkıcı davranım bozukluğu, %20-30 oranında madde kötüye kullanım bozukluklarıdır. Distimik bozukluk %1,6-8 oranında, bipolar bozukluk ise %1 oranında tahmin edilmektedir. Ergenlerdeki majör depresyonun %20'den fazlası bipolar bozukluğa ilerlemektedir. Bipolar bozukluğu olan ergenlere %30 oranında DEHB, %18 oranında yıkıcı davranım bozukluğu, %12 oranında anksiyete bozukluğu eşlik etmektedir. Erişkin bipolar bozukluğu olan hastaların yaklaşık 1/15'i ilk epizotlarını 15-19 yaşları arasında majör depresyon olarak geçirdiklerini belirtmektedirler (42,51,52). Anksiyete belirtilerinde artış olmadan önce depresyon ergenlik döneminde dramatik olarak artmaktadır (53). Ergenlik döneminde ciddiyetle ele alınması gereken bir diğer durum DEHB'dir. DEHB'nin temel özellikleri; ilerleyici, yoğun ve ciddi düzeyde dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellekle karakterizedir (54). Çocukluk döneminde başlayan DEHB ergenlik döneminde de devam etmekte ve tedavisiz kalmış veya yetersiz tedavi edilmiş olgularda tabloya davranım bozukluğu eklenmekte, ailenin yanı sıra okul ve daha geniş toplum için de ciddi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bunun yanı sıra dikkat eksikliği okul başarısızlığına yol açmakta ve ergenlerin öğrenimine ket vurabilmektedir (55).

Normal gelişimsel süreçlerin yarattığı zorluklar dışında, ergenlik döneminde, çocuklukta görülen psikopatolojilerin büyük bir çoğunluğunun da devam ettiği bilinmektedir (56). 1268 çocuğun anne baba, öğretmen ve

kendilerinin doldurdıkları ölçeklerle 8, 12 ve 15 yaşlarında değerlendirildikleri bir çalışmada, 8 yaşındaki psikiyatrik belirtilerin şiddetinin 15 yaşındaki psikiyatrik belirtileri yordadığı görülmüştür (56) . 800 çocuğun 3 ve 12 yaşlarında değerlendirildiği bir başka çalışmada, 3 yaşındaki içe atım davranışlarının kızlarda daha sonraki içe atım davranışlarını yordadığı, agresif ve yıkıcı davranışların hem kızlarda hem de erkeklerde daha sonraki dışa atım ve içe vurum davranışlarını yordadığı, agresif davranışların ve içe çekilmenin süreklilik gösterdiği bulunmuştur (57). McGee ve ark.'ın çalışmasında ise 11 yaşında görülen psikiyatrik rahatsızlıkların %40'ının 15 yaşında da sürdüğü, buna karşılık 15 yaşında görülen ruhsal rahatsızlıkların %80'inin 11 yaşında hiç belirti göstermediği bildirilmiştir (58).

### **Ergenlikte Algılanan Duygu Dışavurumu**

Duygu Dışavurumu (DD), kökenlerini, aile içindeki duygusal iklimin psikiyatrik bozukluklarda prognostik bir faktör olup olamayacağına dair çalışmadan alan, ampirik olarak türetilmiş bir kavramdır (59). DD, akrabaların, düşmanlık, eleştiri ve aşırı duygusal koruyuculuk/kollayıcılığı da içeren iletişim tarzları ile karakterize olan evdeki çevresel stresin, kullanılmakta olan bir ölçüsüdür (60) .

Tarihsel olarak DD kavramı, Brown ve ark.'ın 1950'lerde Londra'da başlatmış oldukları bir seri çalışmaya dayanır (61). Bu çalışmada, taburculuk sonrası ailesinin yanında yaşayan şizofreni hastalarının, bir kurumda yaşayanlara göre kötü bir gidiş gösterdikleri saptanmıştır. Benzer çalışmayı Brown ve ark. bir yıl izlem sonrası nüks oranlarını tespit etmek şeklinde yapmışlar ve ailesinin yanında yaşayan hastaların nüks oranlarının bir kurumda yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (62). Bu çalışmalarla, hasta yakınlarından hastaya yönelen duyguların önemli olduğu bildirilmiştir (63). Hastalık seyrini etkilediği düşünülen aile faktörlerinin önemli bir kısmı, DD kavramı içinde incelenmektedir (64). DD, genel olarak aile tutumlarının bir ölçüsü olup; hasta hakkında aile üyeleri tarafından yapılan

eleştirelilik, düşmancıl tutumlar, aşırı müdahalecilik ve duygusal aşırı ilginin düzeyini yansıtır. Yani DD, hastanın değil, aile üyelerinin bir özelliğidir (65).

Yüksek DD, hastaya karşı yüksek şiddette “eleştirelilik”, “düşmancıl oluş”, “aşırı müdahalecilik” ya da “duygusal aşırı ilgiyi” kapsar (66). Ruhsal hastalığı olan bir bireyi bulunan ailelerde “rol”, “davranış kontrolü” ve “problem çözme” işlevlerinde bozulmalar olduğu saptanmıştır. Yüksek DD de aile işlevlerinde bozulma ile ilişkili görünmektedir (67).

Asarnow ergenlerin ailelerine hala bağımlı olduğunu ve bu nedenle, özellikle de sağlıklı bir aile ortamının olumsuz etkilerine karşı savunmasız olduğunu önermektedir (59). Çocuk ve ergenlerin "yüksek ebeveyn DD'sinin zararlı etkilerine erişkinlere göre daha duyarlı" olabileceği ileri sürülmüştür (68). Yetişkin ve çocuk yazını arasındaki tutarlılık ile birlikte, DD ve çocuk ergen sağlığı konusundaki araştırmalara, artan bir ilgi göze çarpmaktadır (69).

DD, hem klinik hem de klinik olmayan popülasyonlarda olduğu ve davranış sorunlarının ve stresle başa çıkmanın şekillenmesinde etkili olduğu yazında bildirilmiştir (70,71). DD yapısı ile ilgili anlam ve genelleştirilebilirlik anlayışımızı, daha da rafineleştirmek için sağlıklı kontrollerin ailelerinde ve diğer popülasyonlarda, DD çalışmalarına ihtiyaç olduğu bildirilmektedir (72).

## **DD Değerlendirilmesi**

DD ile ilgili çalışmalar 1950-1960'lı yıllarda Londra'da Medical Research Council's Social Psychiatry Unit'de yapılan bir dizi çalışmalar sonucunda geliştirilmiştir ve yüksek DD olan ailelerde daha fazla relaps olduğu anlaşılmıştır (73).

İlerleyen dönemlerde ailelerdeki bu ilişkiyi değerlendirilebilecek ölçekler yapılmak istenmiştir (74). DD geleneksel olarak Camberwell Aile Görüşmesi (CFI: "Camberwell Family Interview") (75); veya alternatif olarak Beş Dakikalık Konuşma Örneği (FMSS: "Five Minute Speech Sample") (76) ile değerlendirilir. DD kavramı hastanın hayatında önemli yeri olan yakınının düşmancıl tutumlarını, eleştireliliğini ve aşırı koruyucu kollayıcılığını,

müdahaleciliğini inceler. Ancak CFI ile değerlendirme yöntemi ortalama 3 saat sürmekte ve değerlendirme için zaman kısıtlılıkları yaratmaktadır. Bu nedenle çalışmalarda alternatif yöntemler kullanılmak istenmiştir. Gift ve ark. (77) ile Magana ve ark. (76) beş dakikalık görüşme formunu kullanırken; Parker ve ark. (78) ile Baker ve ark. (79) şizofren hastalarda öz bildirim formunu tercih etmiştir. Kısa yöntemler umut verici olsa da bazı sakıncaları gözlenmiştir. Beş dakikalık görüşme formunda hasta yakının katılımı gereklidir. Ayrıca puanlama sistemi değerlendirme gerektirir ve öznel sonuçlar içerebilir. Öz bildirim ölçekleri ise hastadan alınan bilgiye dayalı olduğu için yakınlarından alınamayan değerli bilgileri de içermekle birlikte, DD özgül yapısını koruyamamıştır.

CFI, DD'nin kıstas ölçüsü olarak kabul edilse de, Kavanagh DD'nin bu tek kullanım şekline dayanmaması gerektiğini belirtmektedir (66). DD algılamalarını değerlendirmek için bir dizi alternatif ölçüm geliştirilmiştir (80).

DD için alternatif ölçüm sağlamaya yönelik ilk girişimlerden birinde DD düzeyi (DDD) ölçeğinin yaratıcıları, hem DD'nin teorik çerçevesini yansıtacak hem de duygusal dışavurumu yüksek ya da düşük olabilen akrabalar arasındaki ayrımı sağlayacak olan, dört tane duygusal, bilişsel ve davranışsal özellik belirlemişlerdir (81). Bunlar;

1- Yüksek düzeyde müdahaleci oldukları (bir şey istediklerinde sürekli tekrarlayan istenmeyen söylemlerde, tavsiyelerde bulunma, sıklıkla eleştirel yorumlarda bulunma)

2- Hastalığı ile ilgili konularda yüksek duygusal tepki verme (öfke, ani tepki ya da her ikisini de içeren hastayı rahatsız eden tepkiler gösterme)

3- Hastanın hastalığına karşı olumsuz bir tutum sergileme (gerçekten hasta olduğuna dair şüphe etme, sık suçlamak ya da onu durumdan sorumlu tutarak hastayı rahatsız edecek tutum sergileme)

4- Düşük tolerans gösterme ve yüksek beklenti içinde olma (hastalık ile ilgi henüz ikna olmadıkları için sosyal beklentiler oldukça yükselir) (81).

DDD ölçeği, DD ve şizofreni prognozu arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmalarda (81-83), depresif poliklinik hastaları üzerine bir çalışmada (84) ve hemşirelerin DDD'sini azaltmak için tasarlanmış bir programda (85)

kullanılmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar, daha önce CFI kullanılan çok sayıdaki çalışmada bildirilen bulgulara paraleldir (82).

Gerlsma ve ark. 345 katılımcı ile DDD' nin Hollanda versiyonunun bir faktör analizini yürütmüştür (86). Faktör analizi, ölçeği 33 maddeye ve Duygusal Destek Yokluğu, Müdahalecilik ve Sinirlilik olarak belirlenen üç faktöre indirmiştir. Startup İngiltere'de 75 gönüllü ile bu kısaltılmış ölçeğin doğrulayıcı bir faktör analizini yapmış ve Gerlsma tarafından bildirilen faktör yapısıyla aynı sonuca ulaşmıştır (87). Hale ve ark. kısaltılmış DDD anketinin teorik dört faktör yapısının, Hollandalı ergenlerden oluşan bir örnek üzerinde de geçerli olduğunu bulmuş ve aynı zamanda, DDD ölçeklerinin öz bildirim yapıları depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (88).

Nelis ve ark. da DDD ölçeğinin, algılanan DD'nin bir ölçüsü olarak uygunluğunu, 661 ergenden oluşan bir örnekte incelenmiş ve ergenlerde kullanılabilecek bir ölçek olarak değerlendirmiştir (89). Ülkemizde de bu ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması 1010 ergen üzerinde yapılmıştır (90).

### **Ergenlerde DD ile Psikopatoloji Arasındaki İlişkisi**

Diatez stres modeli gelişimsel psikopatolojide de yatkınlık ve olumsuz yaşam olayları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir modeldir. Tek başına yatkınlık ya da stres bir psikopatoloji için yeterli olmazken bu birleşim bozukluğun ortaya çıkmasına neden olabilir. Çalışmalarda da bireysel özelliklerin tek başına hastalık oluşturmakta yetersiz kalırken olumsuz yaşam olaylarının bunu tetiklediği düşünülmüştür. Yapılan çalışmalarda da genetik ve biyolojik risklerin etkisi olsa da aile içi psikososyal faktörlerin etkinliğini göstermiştir (91).

Aile ve sosyal çevre faktörlerinin majör psikiyatrik bozuklukların seyrini etkilediği ya da en azından yordadığı kabul gören bir yaklaşımdır (71). Hastalık seyrini etkilediği düşünülen aile faktörlerinin önemli bir kısmı, DD kavramı içinde incelenmektedir (64). DD, bir dizi psikolojik ve fiziksel bozuklukta, relapsın önemli ve güçlü bir yordayıcısı olabileceği de

gösterilmiştir. DD, çocuk ve ergen psikopatolojisinde kötü prognoz ile de ilişkilendirilmiştir (60,92).

Stubbe ve ark., yüksek DD'lu anneleri olan çocuklarda herhangi bir tanı olasılığının, düşük DD'li anneleri olan çocuklara göre beş kat daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (92). Fristad, Gavazzi, Centolella ve Soldano yüksek DD çocuk ve ergenlerde, depresyon başlangıcı ve seyri ile bağlantılı olabileceğini öne sürmektedir (93).

Hibbs ve Hamburger, OKB semptomları gösteren 49 çocuğun annelerinin %76'sında, babalarının %46'sında yüksek DD bulunduğunu, bu oranların psikiyatrik bozukluğu olmayan kontrol grubu çocukların ailelerinden daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (70). OKB'de tedavi sonuçları üzerine DD etkisini inceleyen bir çalışmada, DD parametresi olan "düşmancıl oluş"un, anksiyete bozukluklarında olumsuz tedavi sonucunun ve tedavinin yarım bırakılmasının en önemli belirleyicisi olduğu bildirilmiştir (94).

Jacobson ve ark. yüksek DD'yi çocuklardaki dezorganize bağlanma örüntüleriyle ilişkili bulmuştur (95).

Caspi ve ark. 565 monozigot ikiz çift ve anneleriyle yaptıkları çalışmada, annenin DD'si ile çocuklardaki antisosyal davranışların ilişki gösterdiğini bildirmişlerdir (96). Anneden daha fazla olumsuzluk ve daha az sıcaklık algılayan ikizlerin daha fazla antisosyal davranışa sahip olduğu belirlenmiştir.

Le Grange ve ark., 18 anoreksia nervozalı ergenin ailesindeki DD düzeylerinin tedavideki prognostik değerini ve tedavinin seyrine etkisini araştırmışlar ve anoreksik ergenlerin ailelerinde DD puanlarının, diğer klinik problemlere sahip ergenlerin ailelerine kıyasla daha düşük olduğunu bulmalarına rağmen, eleştiri boyutunun hastalığın gidişatında belirleyici olduğunu bildirmişlerdir. Bunun yanı sıra, ailelerinde yüksek seviyede eleştiri olan ergenlerin tedaviye yanıtlarının, olmayanlara göre daha zayıf olduğu bulunmuştur (97).

Schwartz, Dover, Beardslee, Lavori ve Keller ergenlerle yaptıkları çalışmada, anneye ait yüksek DD seviyelerinin depresif bozukluk, madde kötüye kullanımı ve davranış bozukluğu için risk artışının belirleyicisi

olduğunu bildirmişlerdir (98). McCleary ve Sanford'un majör depresif bozukluk tanısı alan ergenlerle yapmış oldukları çalışmada, ebeveynlerdeki yüksek DDD ile ergenlerin sosyal işlevselliği arasında güçlü bir ilişki sergilediği gösterilmiştir (99).

Araştırmalarda, annedeki yüksek DD ile çocukluktaki depresyon ve distimik bozukluk arasında güçlü bir ilişki olmasının yanı sıra, depresyon grubu içinde, yüksek düzeydeki eleştirel boyut, eşlik eden yıkıcı davranış bozukluklarının varlığı ile de ilişkili bulunmuştur (93).

Bizim çalışmamızın amaçlarından biri klinik olmayan örnekleme, yaş, cinsiyet sosyoekonomik durum, ailede ve kendinde kronik hastalık bulunup bulunmaması gibi sosyodemografik değişkenler ile DDD arasındaki ilişkiyi incelemektir. Diğer bir amacı ise hasta olmayan popülasyondaki ergenlerin algıladıkları DD ile yaşadıkları duygusal, davranışsal sorunlar, DEHB, akran ilişkileri ve sosyal beceriler ile ilişkisini araştırmaktır. Değerlendirme aracı olarak ergenin kendisinin cevap verdiği likert bir ölçek kullanılması çalışmayı diğer araştırmalardan ayıran en önemli özelliktir. Araştırmanın sonuçları özellikle koruyucu sağlık hizmetleri açısından düşündüğümüzde aile eğitimlerinin ve bütüncül yaklaşımların yeri ve önemini ortaya koyması beklenmektedir. Ayrıca çalışmamız DD ile psikopatolojiyi ülkemizde inceleyen ilk çalışma özelliği de taşımaktadır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve bunlarla ilgili olarak yapılmış olan geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, verilerin toplanması ve verilerin analizinde kullanılan istatistiksel tekniklerle ilgili açıklamalara yer verilmiştir.

### 1. Örneklem

Kesitsel bir alan araştırması olan bu tez çalışmasının araştırma grubunu, 2014-2015 öğretim yılında Kocaeli-Gebze ilçesi ortaöğretim kurumlarında eğitimine devam etmekte olan 500 lise öğrencisi oluşturmuştur. %5 hata payı ile  $N=14.500$  olmak üzere  $\alpha=0.05$  anlamlılık düzeyi için gerekli olan örneklem büyüklüğü  $n=375$  olarak bulunmuştur. Bu nedenle çalışmaya 500 kişi alınmasına karar verilmiştir. Çalışmaya katılım gönüllük esasına dayandığından çalışmaya katılmayı kabul etmeyen öğrenciler çalışma dışında bırakılmıştır. Araştırmaya alınacak farklı sosyoekonomik düzeye sahip olduğu bilinen bölgelerden üç farklı lise rastgele olarak belirlenmiş ve bu liselerin birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıflarından araştırmanın yapıldığı günlerde sınıflarda bulunan gönüllü öğrenciler çalışmaya alınmıştır. Araştırmaya katılacak olan tüm olgulara ve ailelerine araştırmanın yöntemi ve amacı anlatılarak onam alınmıştır. Araştırmanın veri toplama aşamasına geçmeden önce Kocaeli İl Milli Eğitim Müdürlüğünden ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 14 Ekim 2014 tarihli 2014-19/12 onay numaralı yasal izin ve onay alınmıştır. Araştırmanın verileri, çalışmacılar tarafından geliştirilen Bilgi Toplama Formu ve ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan Kısaltılmış Duygu Dışavurumu Ölçeği (KDDÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ve Güçler Güçlükler Anketi Ergen Formu (GGA-EF) kullanılarak toplanmıştır. Bilgi toplama aşamasında araştırmacı sınıflarda bulunarak ölçekleri açıklamış ve ölçekleri doldurma süresince sorulan sorulara yanıt vermiştir.



## **2. Kullanılan Gereçler**

### **2.1. Bilgi Toplama Formu (BTF)**

Bilgi Formu, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. BTF’de öğrencilerin yaşı, cinsiyeti, anne ve babanın eğitimi, anne ve babanın mesleği, kardeş sayısı, kaçınıcı kardeş olduğu, algılanan gelir düzeyi, algılanan ekonomik durum, algılanan sağlık düzeyi kendisinin ve ailedeki diğer bireylerin sağlık durumları sorgulanmıştır. Gelir düzeyi 2014 yılı ağıklanan resmi ağlık ve yoksulluk sınırı baz alınarak belirlenmiştir.

### **2.2. Güçler ve Güçlükler Anketi-Ergen Formu (Strength and Difficulties Questionnaire-SDQ):**

Araştırmada kullanılan ölçek formu Güvenir ve ark. tarafından Türkçe’ye uyarlanan GGA’dır (100). GGA İngiliz psikiyatrist Robert Goodman tarafından çocuk ve ergenlerde davranışsal ve duygusal sorunları taramak için 1997 yılında geliştirilmiştir (101).

GGA bazıları olumlu, bazıları ise olumsuz duygu ve davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içerir. Bu sorular hem uygun tanısal ölçütler, hem de faktör analizi sonuçlarına göre her biri beş soru içeren beş alt boyutta toplanmıştır bunlar; DEHB, Davranış Sorunları, Duygusal Sorunlar, Akran Sorunları ve Sosyal Davranışlar alt boyutlarıdır. Ölçekte kesme noktaları toplam güçlük puanında 6-19 puan, duygusal sorunlar puanında 6, davranış sorunları puanında 4, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik puanında 6, akran sorunları puanında 4-5, sosyal davranışlar puanında 5 puandır.

GGA’nın 1997 yılından beri 40’tan fazla ülkede çevirisi yapılmış, geçerlik ve güvenilirliği araştırılmıştır. İngiltere’de Goodman R. (101) ve Almanya’da Becker ve ark. (102) ölçeğin iç tutarlılık değerlendirmelerinde Cronbach Alfa katsayısı 0,82, ülkemizde Güvenir ve ark.’ın çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı 0,73 olarak belirlenmiştir (100). Bizim çalışmamızda bu örneklem için Cronbach Alfa katsayısı 0,729 bulunmuştur.

### **2.3. Ergenlerde Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği (KDDÖ):**

Nelis ve ark. tarafından geliştirilen ölçek, Vural ve ark. tarafından 2012 yılında Türkçeye uyarlanmıştır (89,90). Ölçek son üç ay içinde, katılımcının

hayatındaki en etkili kişinin algılanan duygu dışavurumunu ölçen 33 maddeden oluşmaktadır. KDDD ölçeğinin üç alt ölçeği duygusal destek yokluğu, sinirlilik ve müdahaleciliktir. Yüksek skorlar, yüksek düzeyde duygu dışavurumuna işaret eder. Nelis ve ark.'ın çalışmasında cronbach alfa katsayıları DDY, Sinirlilik ve Müdahalecilik alt ölçekleri için sırasıyla 0,88, 0,82 ve 0,70 olarak bildirilmiştir (89). Vural ve ark.'ın yaptığı çalışmada ölçek güvenilirliği incelendiğinde, Cronbach Alfa katsayısı 0,90 bulunmuştur (90). Ölçek ergenin kendisi tarafından okunarak doldurulur. “(1) doğru değil” ile “(4) doğru” uçlarına sahip, 4 birimli likert tipi derecelendirme ölçeği üzerinden yanıtlanır. Bizim çalışmamızda bu örneklem için Cronbach Alfa katsayısı 0,914 bulunmuştur.

#### **2.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)**

Ölçek, Rosenberg tarafından özellikle ergen yaş grubunda benlik saygısını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (32). On iki alt testi olan ölçeğin, benlik saygısı alt testi 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte çoktan seçmeli ‘çok doğru’, ‘doğru’, ‘yanlış’ ve ‘çok yanlış’ şeklinde seçenekleri olan, olumlu ve olumsuz anlam taşıyan maddeler yer almaktadır. “Benlik Saygısı” alt testinde 0–1 puan alanların “yüksek”; 2–4 puan alanların “orta” ve 5–6 puan alanların “düşük” benlik saygısına sahip oldukları kabul edilir. Ölçeğin ülkemizdeki gençlerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çuhadaroğlu tarafından yapılmış ve geçerlilik katsayısı 0,71, güvenilirlik katsayısı 0,75 olarak bulunmuştur (103).

### **3. Verilerin Analizi**

Verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Shapiro-Wilk testi ile test edilmiştir. Normal dağılıma uymayan veriler ikiden fazla grup olduğunda Kruskal-Wallis testi, iki grup olduğunda ise Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Sürekli veriler ortanca (minimum-maksimum) ile verilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare, Fisher'in Kesin Ki-kare ve Fisher-Freeman-Halton testleri kullanılmış olup bu veriler n ve yüzde değerleri ile verilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkilerin

incelenmesinde Spearman korelasyon katsayısı katsayısı kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $\alpha=0,05$  olarak alınmıştır. Tüm analizler IBM SPSS Statistical 21 programı kullanılmıştır.

## BULGULAR

### 1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan 500 ergenden oluşan örnekleimde ortanca yaş 16 (min. 15-max. 17) olarak değerlendirildi. Ergenlerin %60,6'sı (n=303) kız, %39,4'si (n=197) erkektir. Ergenlerin %94,2'si (n=471) anne ve baba ile birlikte yaşıyordu, %25,4'si (n=127) alt, %65,2'si (n=326) orta, %9,4'si (n=47) yüksek gelir düzeyine sahiptir. Araştırmaya katılan ergenlerin sosyodemografik verileri Tablo-1'de verilmiştir.

**Tablo-1: Sosyodemografik veriler**

<b>Cinsiyet</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Erkek (%39,4, n=197)</li><li>• Kadın (%60,6, n=303)</li></ul>	<b>Anne baba birlikte mi?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Evet (%94,2, n=471)</li><li>• Hayır (%5,8 n=29)</li></ul>
<b>Aylık ortalama gelir düzeyi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1000 tl ve altı (%25,4, n=127)</li><li>• 1000-3300 tl (%65,2, n=326)</li><li>• 3300 tl üzeri (%9,4, n=47)</li></ul>	<b>Kardeş Sayısı</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 (%7, n=35)</li><li>• 2 (%32,8, n=164)</li><li>• 3 (%32, n=160)</li><li>• 4 (%16,2, n=81)</li><li>• 5 ve üzeri (%11,6, n=58)</li></ul>
<b>Annenin eğitimi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Okuryazar değil (%9,8, n=49)</li><li>• İlkokul mezunu (%58,4, n=292)</li><li>• Ortaokul mezunu (%18, n=90)</li><li>• Lise mezunu (%11,8 n=59)</li><li>• Üniversite mezunu (%2, n=10)</li></ul>	<b>Babanın eğitimi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Okuryazar değil (%2,8, n=14)</li><li>• İlkokul mezunu (%42,8, n=214)</li><li>• Ortaokul mezunu (%21,4, n=107)</li><li>• Lise mezunu (%26,6, n=133)</li><li>• Üniversite mezunu (%6,4, n=32)</li></ul>
<b>Anne İş durumu</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ev hanımı (%78,2, n=391)</li><li>• Düzenli çalışıyor (%21,8, n=109)</li></ul>	<b>Baba iş durumu</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Çalışmıyor (%13,4, n=67)</li><li>• Düzenli çalışıyor (%86,6, n=433)</li></ul>
<b>Ailede Kronik Hastalık</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Yok (%78,4, n=392)</li><li>• Var (%21,6, n=108)</li></ul>	<b>Ailede Ruhsal Hastalık</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Yok (%96,8, n=484)</li><li>• Var (%3,2, n=16)</li></ul>
<b>Kendisinde Kronik Hastalık</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Yok (%91,8, n=459)</li><li>• Var (%8,2, n=41)</li></ul>	<b>Kendisinde Ruhsal Hastalık</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Yok (%98,2, n=491)</li><li>• Var (%1,8, n=9)</li></ul>

## 2. Kullanılan Ölçeklerin (GGA ve KDDÖ) Sosyodemografik Değişkenler ile İlişkisi

### 2.1. Cinsiyet:

Cinsiyetlere göre GGA ile değerlendirildiğinde duygusal problemler ( $p=0,001$ ) açısından; kızlarda anlamlı olarak fazla sorun olduğu gözlenirken, sosyal beceriler ( $p<0,001$ ) açısından; erkeklerde anlamlı olarak fazla sorun olduğu gözlenmiştir. GGA toplam puanı ( $p=0,361$ ) davranış problemleri ( $p=0,076$ ), DEHB ( $p=0,381$ ), akran problemleri ( $p=0,175$ ) açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Cinsiyetler açısından duygusal davranışsal sorunlar Tablo-2' de belirtilmiştir.

Çalışmamızda cinsiyet açısından gençlerin algılanan DD değerlendirildiğinde kızlarda erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek DD algılandığı görülmüştür ( $p=0,007$ ). Alt ölçekler değerlendirildiğinde sinirlilik açısından iki cinsiyet arasında anlamlı fark var iken ( $p<0,001$ ), müdahalecilik ( $p=0,720$ ) ve DDY ( $p=0,066$ ) açısından anlamlı fark izlenmemiştir. KDDÖ, GGA puanları cinsiyet açısından karşılaştırıldığında bulgular (ortanca, min., max. ve p değerleri) Tablo-2'de belirtilmiştir.

**Tablo-2:** Güçler Güçlükler Anketi ve Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği'nin cinsiyet açısından karşılaştırılması

	Kız	Erkek	Toplam	P
G1	3(0-10)	3(0-8)	3(0-10)	0,001
G2	2(0-10)	3(0-8)	2(0-10)	0,076
G3	4(0-10)	4(0-9)	4(0-10)	0,381
G4	3(0-9)	3(0-8)	3(0-9)	0,175
G5	9(0-10)	8(0-10)	8(0-10)	<0,001
GT	14(2-30)	13(3-31)	13(2-31)	0,361
D1	29(15-57)	31(15-60)	30(15-60)	0,066
D2	13(6-24)	14(6-24)	6(13-24)	0,720
D3	15(11-44)	13(6-24)	11(16-44)	<0,001
DT	57(32-120)	66(38-120)	61(32-120)	0,007

Veriler ortanca (minimum-maksimum) olarak verilmiştir. G1: Duygusal Problemler G2: Davranışsal Problemler G3: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite G4: Akran ilişkileri G5: Sosyal davranış GT: GGA toplamı D1: DDY D2: Müdahalecilik D3: Sinirlilik DT: DD Toplam

## 2.2. Yaş:

Yaş ile KDDÖ ilişkisi değerlendirildiğinde; algılanan müdahalecilik puanı arasında sınırdan anlamlı korelasyon olduğu ( $r=0,088$ ;  $p=0,050$ ), bulunmuştur. KDDÖ ( $p=0,337$ ) ve alt ölçekleri olan DDY ( $p=0,314$ ) ve sinirlilik ( $p=0,973$ ) ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

GGA toplam puanı ( $p=0,065$ ), duygusal sorunlar ( $p=0,422$ ); davranışsal sorunlar ( $p=0,220$ ); DEHB ( $p=0,365$ ); akran problemleri

( $p=0,071$ ); sosyal problemler ( $p=0,820$ ) ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

### **2.3. Anne Eğitim Durumu:**

Anne ve baba eğitime göre örneklem değerlendirildiğinde hiç okula gitmemiş ve ilkokul mezunu (1), ortaokul mezunu (2) ve lise ve üstü okullardan mezun (3) olanlar olarak üç gruba ayrılmıştır.

KDDÖ ile değerlendirildiğinde anne eğitim düzeyi kategorileri arasında KDDÖ toplam puanı ( $p=0,050$ ) açısından sınırdan anlamlı fark bulunmuştur. Diğer alt ölçek puanları açısından eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. [DDY ( $p=0,327$ ), müdahalecilik ( $p=0,527$ ), sinirlilik ( $p=0,053$ )].

KDDÖ ölçek puanları için gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında hiç okula gitmemiş ve ilkokul mezunu annelerin [64(32-120)], ortaokul mezunlarına [56(34-95)] göre daha yüksek duygu dışavurumu olduğu bulunmuştur ( $p=0,014$ ). Diğer gruplar arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır (KDDÖ1-3:  $p=0,385$ ; 2-3:  $p=0,459$ ).

GGA ile yapılan değerlendirmede anne eğitim düzeyi grupları arasında akran problemleri açısından anlamlı fark ( $p=0,043$ ) bulunmuştur. Bu farklılığın alt gruplarına bakıldığında akran problemleri açısından hiç okula gitmemiş ve ilkokul mezunu annelerin çocukları ile [3(0-9)], lise ve üstü eğitimi [4(0-7)] ( $p=0,013$ ) olan annelerin çocukları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Diğer gruplar arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır (1-2:  $p=0,866$ ; 2-3:  $p=0,052$ ). Diğer alt ölçek puanları açısından anne eğitim düzeyi kategorileri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. [GGA toplam puanı ( $p=0,134$ ); duygusal sorunlar ( $p=0,338$ ); davranışsal sorunlar ( $p=0,069$ ); DEHB ( $p=0,534$ ); sosyal davranışlar ( $p=0,996$ )].

### **2.4. Baba Eğitim Durumu:**

Baba eğitime göre örneklem GGA ve KDDÖ ile değerlendirildiğinde ölçek puanları ile baba eğitimi grupları arasında anlamlı fark saptanamamıştır [GGA ( $p=0,719$ ); duygusal sorunlar ( $p=0,997$ ), davranışsal sorunlar ( $p=0,283$ ), DEHB ( $p=0,996$ ); akran problemleri ( $p=0,591$ ), sosyal davranışlar ( $p=0,584$ )].



### **2.5. Anne Çalışma Durumu:**

Annenin çalışma durumu değerlendirildiğinde çalışmayan annelerin çocuklarında [17(11-44)], çalışan annelerin çocuklarına oranla [15(11-44)] algılanan sinirliliğin anlamlı olarak fazla olduğu bulunmuştur ( $p=0,037$ ) . Diğer alt ölçek puanları açısından annesi çalışan ve çalışmayan ergenler arasında anlamlı fark bulunmamıştır [GGA ( $p=0,737$ ), duygusal sorunlar ( $p=0,385$ ), davranışsal sorunlar ( $p=0,884$ ); DEHB ( $p=0,825$ ); akran problemleri ( $p=0,551$ ); sosyal davranışlar ( $p=0,683$ ); KDDÖ ( $p=0,116$ ); DDY ( $p=0,164$ ); müdahalecilik ( $p=0,635$ )].

### **2.6. Baba Çalışma Durumu:**

Babanın çalışma durumu değerlendirildiğinde ise babası çalışan ve çalışmayan ergenler arasında ölçek puanları bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır. [GGA( $p=0,689$ ); duygusal sorunlar ( $p=0,790$ ); davranışsal sorunlar ( $p=0,522$ ); DEHB ( $p=0,354$ ); akran problemleri ( $p=0,585$ ); sosyal davranışlar ( $p=0,645$ ); KDDÖ ( $p=0,761$ ); DDY ( $p=0,951$ ); sinirlilik ( $p=0,867$ ); müdahalecilik ( $p=0,217$ )].

### **2.7. Gelir Düzeyi:**

Gelir düzeyine göre örneklem değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunmamıştır. [GGA ( $p=0,294$ ), duygusal sorunlar ( $p=0,124$ ), davranışsal sorunlar ( $p=0,546$ ), DEHB ( $p=0,091$ ); akran problemleri ( $p=0,620$ ); sosyal davranışlar ( $p=0,092$ ); KDDÖ ( $p=0,761$ ); DDY ( $p=0,573$ ); sinirlilik ( $p=0,757$ ); müdahalecilik ( $p=0,364$ )].

### **2.8. Kardeş Sayısı:**

Kardeş sayısı açısından örneklem değerlendirildiğinde; kardeş sayısı arttıkça müdahaleliliğin anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur ( $r=-0,106$ ,  $p=0,018$ ). Diğer ölçekler ile kardeş sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır [(GGA ( $p=0,881$ ); duygusal sorunlar ( $p=0,304$ ); davranışsal sorunlar ( $p=0,302$ ); DEHB ( $p=0,568$ ); akran problemleri ( $p=0,340$ ); sosyal davranışlar ( $p=0,069$ ); KDDÖ ( $p=0,656$ ); DDY ( $p=0,068$ ); sinirlilik ( $p=0,642$ )].

## 2.9. Ailede Kronik Hastalık Bulunması

Ailede kronik hastalık bulunan ve bulunmayan ergenler arasında duygusal problemler, hiperaktivite ve genel güçlük puanları bakımından anlamlı fark gösterilmiştir (Tablo 3).

**Tablo-3:** Ailede kronik hastalık bulunanlar ve bulunmayanların Güçler Güçlükler Anketi ve Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği puanları bakımından karşılaştırılması

Ailede kronik hastalık	G1	G2	G3	G4	G5	GT	D1	D2	D3	DT	
var	Ort	3	2	4	3	8	14	30	14	17	14
	Min.	0	0	0	0	0	3	15	6	11	3
	Mak.	10	10	9	9	10	30	57	24	44	30
yok	Ort.	4	3	5	3	8	13	30,5	13	15	13
	Min.	0	0	1	0	1	2	15	6	11	2
	Mak.	10	8	10	8	10	31	60	24	44	31
<b>p değeri</b>	0,044	0,426	0,045	0,949	0,776	0,060	0,75	0,259	0,416	0,060	

D1: DDY D2: Müdahalecilik D3: Sinirlilik DT: DD Toplam G1: Duygusal Problemler G2: Davranışsal Problemler G3: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite G4: Akran ilişkileri G5: Sosyal davranış GT: GGA toplamı Min: Minimum Mak. : Maksimum Ort: Ortanca.

## 2.10. Ailede Ruhsal Hastalık Bulunması:

Ailede ruhsal hastalık bulunan ve bulunmayan ergenler arasında müdahalecilik, genel güçlük ve duygusal problem puanları bakımından anlamlı fark Tablo-4'de gösterilmiştir.

**Tablo-4:** Ailede ruhsal hastalık bulunanlar ve bulunmayanların Güçler Güçlükler Anketi ve Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği puanları bakımından karşılaştırılması

Ailede Ruhsal Hastalık		G1	G2	G3	G4	G5	GT	D1	D2	D3	DT
var	Ort.	3	2	4	3	8	16,5	30	13	16	16.5
	Min.	0	0	0	0	0	6	15	6	11	6
	Mak.	10	10	9	9	10	24	60	24	44	24
yok	Ort.	6	2	5	3	8	13	28,5	15,5	20,5	13
	Min.	0	0	2	1	4	2	15	12	11	2
	Mak.	10	5	10	8	10	31	56	24	44	31
p değeri		0,016	0,292	0,109	0,341	0,927	0,047	0,854	0,005	0,142	0,047

D1: DDY D2: Müdahalecilik D3: Sinirlilik DT: DD Toplam G1: Duygusal Problemler G2: Davranışsal Problemler G3: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite G4: Akran ilişkileri G5: Sosyal davranış GT: GGA toplamı Min: Minimum Mak. : Maksimum Ort: Ortanca.

### 2.11. Kendinde Kronik Hastalık Bulunması:

Kendinde kronik hastalık bulunan ve bulunmayan ergenler arasında duygusal problemler, davranış problemleri, DEHB ve GGA puanları arasında anlamlı fark gösterilmiştir (Tablo-5).

**Tablo-5:** Kendinde kronik hastalık bulunanlar ve bulunmayanların Güçler Güçlükler Anketi ve Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği puanları bakımından karşılaştırılması

Kendinde kronik hastalık		G1	G2	G3	G4	G5	GT	D1	D2	D3	DT
var	Ort.	3	2	4	3	8	17	30	14	16	17
	Min.	0	0	0	0	0	5	15	6	11	5
	Mak.	10	10	10	8	10	26	57	24	44	26
yok	Ort.	4	3	5	4	8	13	31,5	13	16,5	13
	Min.	0	1	1	1	1	2	15	7	11	2
	Mak.	10	6	8	9	10	31	60	24	43	31
p değeri		0,004	0,044	0,026	0,145	0,891	0,003	0,058	0,585	0,823	0,003

D1: DDY D2: Müdahalecilik D3: Sinirlilik DT: DD Toplam G1: Duygusal Problemler G2: Davranışsal Problemler G3: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite G4: Akran ilişkileri G5: Sosyal davranış GT: GGA toplamı Min: Minimum Mak.: Maksimum Ort: Ortanca.

### 2.12. Kendinde Ruhsal Hastalık Bulunması:

Kendinde ruhsal hastalık varlığı ile duysal davranışsal sorunlar kişi sayısının az olması ve kendi beyanına dayalı olması nedeniyle hata riskinin daha yüksek olacağı göz önüne alınarak karşılaştırma yapılmamıştır.

### 3. Örneklemin GGA ile Değerlendirilmesi

Örnekleme GGA ile değerlendirildiğinde kızların %15,89'u (n=48), erkeklerin %16,84'inin (n=33) patolojik düzeyde duygusal davranışsal sorunlar yaşadığı bulunmuştur. Çalışmamıza katılan ergenlerin %16,27'sinin (n=81) [kızlarda %15,89 (n=48); erkeklerde %16,84 (n=33)] patolojik düzeyde duygusal davranışsal sorunlar yaşadığı %79,12'sinin (n=394) [kızlarda %80,13 (n=242); erkeklerde %77,55 (n=52)], sınır düzeyde duygusal davranışsal sorunlar yaşadığı %4,62'sinin (n=23) [kızlarda %3,97 (n=12); erkeklerde %5,61 (n=11)] normal düzeyde olduğu gözlenmiştir. Alt ölçeklere göre değerlendirdiğimizde çalışmaya katılan ergenlerin %10,2'si (n=51) [kızlarda %13,5 (n=41); erkeklerde %5,1 (n=10)] patolojik düzeyde duygusal problemlerinin olduğu, %8'i (n=40) [kızlarda %8,9 (n=27); erkeklerde %6,6 (n=13)] sınırdaki duygusal problemler yaşadığı görülmüştür. Davranışsal problemler değerlendirildiğinde gençlerin %18'nin (n=90) [kızlarda %15,2 (n=46); erkeklerde %22,3 (n=44)], patolojik düzeyde sorunlar yaşadığı, %10,8'inin (n=54) [kızlarda %10,2 (n=31); erkeklerde %11,7 (n=23)] ise sınırdaki davranışsal sorunlar yaşadığı bildirilmiştir. DEHB açısından değerlendirildiğinde %14,6 (n=73) [kızlarda %14,9 (n=45); erkeklerde %14,2 (n=29)], gencin patolojik düzeyde sorunlar yaşadığı, %12,4'nün (n=62) [kızlarda %12,2 (n=37); erkeklerde %12,8 (n=25)], ise sınırdaki sorunlar yaşadığı anlaşılmıştır. Çalışmaya katılan ergenlerin %9'u (n=45) [kızlarda %6 (n=18); erkeklerde %13,7 (n=27)], akran ilişkilerinin patolojik olduğunu bildirilirken, %34,7'si (n=173) [kızlarda %36,8 (n=111); erkeklerde %31,5 (n=62)], akran ilişkilerinde sınırdaki sorunlar yaşadığını bildirmiştir. Sosyal davranış becerilerini değerlendirdiğimizde ise %8,8'inin (n=44) [kızlarda %8,6 (n=26); erkeklerde %9,1 (n=18)], bu alanda ciddi sorunlar yaşarken,

%8,2'sinin (n=41) [kızlarda %5,9 (n=18); erkeklerde %11,7 (n=23)], ise bu alanda sınırdaki sorunlarla karşılaştığı anlaşılmıştır.

Cinsiyetlere göre GGA değerlendirildiğinde; patolojikler ve diğerleri (normal+sınır) karşılaştırıldığında ise duygusal problemlerin (p=0,004) ve davranış problemlerinin (p=0,040), kızlarda anlamlı oranda daha fazla olduğu gözlenirken, akran problemleri açısından (p=0,003) erkeklerde anlamlı oranda daha fazla sorun belirtilmiştir. DEHB (p=0,861) ve sosyal beceriler (p=0,958) açısından fark saptanmamıştır (Tablo-6).

**Tablo-6:** Örneklemin kız ve erkeklerde Güçler ve Güçlükler Anketi ile değerlendirilmesi

	G1	G2	G3	G4	G5	GT
<b>Normal+Sınır</b>	%86.5	%84.8	%85.1	%94	%91.4	%84.11
<b>Kız</b>	n=262	n=257	n=258	n=285	n=277	n=264
<b>Normal+Sınır</b>	%94.9	%77.7	%85.8	%86.3	%91.9	%83.2
<b>Erkek</b>	n=187	n=153	n=168	n=170	n=179	n=164
<b>Patolojik</b>	%13.5	%15.2	%14.9	%6	%8.6	%15.89
<b>Kız</b>	n=41	n=46	n=45	n=18	n=26	n=48
<b>Patolojik</b>	%5.1	%22.3	%14.2	%13.7	%9.1	%16.84
<b>Erkek</b>	n=10	n=44	n=29	n=27	n=18	n=33
<b>Patolojik diğer grupların karşılaştırılması</b>	p=0,004	p=0,040	p=0,861	p=0,003	p=0,958	p=0,781

G1: Duygusal Problemler G2: Davranışsal Problemler G3: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite G4: Akran ilişkileri G5: Sosyal davranış GT: GGA toplamı

#### 4. Örneklemin algılanan DD ile GGA ile ilişkisi

##### 4.1. KDDÖ ile GGA ilişkisi

Ergenlerde KDDÖ puanı arttıkça duygusal, davranışsal sorunlarında, DEHB belirtilerinde, akran problemlerinde artış gözlenirken sosyal davranış

becerilerinde azalma olduğu gözlenmiştir (Tablo-7). Ergenlerin algılanan duygu dışavurumunun duygusal davranışsal problemler ile ilişkisi Tablo-7’de verilmiştir.

**Tablo-7:** Algılanan duygu dışavurumunun duygusal davranışsal problemler ile ilişkisi

	G1	G2	G3	G4	G5	DV	İA	GT
<b>DT</b>	r=0,290 p<0,001	r=0,304 p<0,001	r=0,320 p<0,001	r=0,253 p<0,001	r=-0,299 p<0,001	r=0,417 P=0,001	r=0,380 p=0,001	r=0,417 p<0,001
<b>D1</b>	r=0,244 p<0,001	r=0,269 p<0,001	r=0,268 p<0,001	r=0,193 p<0,001	r=-0,293 p<0,001	r=0,351 p<0,001	r=0,319 p<0,001	r=0,351 p<0,001
<b>D2</b>	r=0,174 p<0,001	r=0,146 p=0,001	r=0,212 p<0,001	r=0,128 p=0,004	r=-0,091 p=0,041	r=0,240 p<0,001	r=0,224 P<0,001	r=0,240 p<0,001
<b>D3</b>	r=0,251 p<0,001	r=0,236 p<0,001	r=0,235 p<0,001	r=0,202 P<0,001	r=-0,241 p<0,001	r=0,331 p<0,001	r=0,291 p<0,001	r=0,331 p<0,001

D1: DDY D2: Müdahalecilik D3: Sinirlilik DT: DD Toplam G1: Duygusal Problemler G2: Davranışsal Problemler G3: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite G4: Akran ilişkileri G5: Sosyal davranış GT: GGA toplamı DV: Dışavurum sorunları İA: İçer atım sorunları

#### 4.2. Cinsiyetlere Göre KDDÖ ile GGA İlişkisi:

Kızlarda ve erkeklerde ayrı ayrı algılanan DD ile duygusal davranışsal sorunlar değerlendirildiğinde anlamlılık düzeyleri ve korelasyon kat sayıları Tablo-8’de verilmiştir.

**Tablo-8:** Cinsiyetlere göre algılanan duygu dışavurumunun duygusal davranışsal problemler ile ilişkisi

	G1	G2	G3	G4	G5	DV	İA	GT
<b>D1</b>	r=0,218	r=0,244	r=0,266	r=0,160	r=-0,223	r=0,300	r=0,232	r=0,317
<b>K</b>	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,005	p<0,001	p=0,001	p=0,001	p<0,001
<b>D1</b>	r=0,327	r=0,308	r=0,276	r=0,236	r=-0,369	r=0,351	r=0,347	r=0,413
<b>E</b>	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
<b>D2</b>	r=0,174	r=0,199	r=0,236	r=0,126	p=0,124	r=0,329	r=0,220	r=0,273
<b>K</b>	p=0,002	p=0,001	p<0,001	p=0,028		p<0,001	p<0,001	p<0,001
<b>D2</b>	r=0,184	p=0,595	r=0,165	p=0,084	p=0,387	r=0,182	r=0,169	r=0,174
<b>E</b>	p=0,009		p=0,021			p=0,010	p=0,018	p=0,015
<b>D3</b>	r=0,230	r=0,290	r=0,262	r=0,138	r=-0,219	r=0,265	r=0,181	r=0,327
<b>K</b>	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,017	p<0,001	p<0,001	p=0,002	p<0,001
<b>D3</b>	r=0,368	r=0,140	r=0,227	r=0,282	r=-0,217	r=0,248	r=0,379	r=0,365
<b>E</b>	p<0,001	p<0,001	p=0,001	p=0,002	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
<b>DT</b>	r=0,270	r=0,323	r=0,323	r=0,197	r=-0,224	r=0,286	r=0,385	r=0,396
<b>K</b>	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
<b>DT</b>	r=0,392	r=0,262	r=0,320	r=0,306	r=-0,357	r=0,371	r=0,416	r=0,458
<b>E</b>	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001

D1: DDY D2: Müdahalecilik D3: Sinirlilik DT: DD Toplam E: Erkek K: Kız G1: Duygusal Problemler G2: Davranışsal Problemler G3: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite G4: Akran ilişkileri G5: Sosyal davranış GT: GGA toplamı DV: Dışavurum sorunları İA: İçe atım sorunları

## 5. KDDÖ ile RBÖ Arasındaki İlişki

Ergenlerde RBÖ ile KDDÖ ( $r=0,079$ ;  $p=0,80$ ) arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Alt ölçekleri incelediğimizde ise RBÖ ve DDY ( $r=0,069$ ;  $p=0,124$ ), sinirlilik ( $r=0,053$ ;  $p=0,242$ ) arasında anlamlı ilişki gözlenmezken müdahalecilik ile RBÖ arasında sınırlı anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,090$ ;  $p=0,045$ ).



## TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamızda Gebze ilçesindeki 500 ergenin bazı sosyodemografik özellikleri, algılanan DDD ve duygusal davranışsal sorunları ve birbirleri ile ilişkileri, BTF, GGA ve KDDÖ ile değerlendirilmiştir. Yüksek DD olan ailelerde duygusal davranışsal sorunların daha fazla olabileceği hipotezi ise GGA ile KDDÖ'leri karşılaştırılarak incelenmiştir.

Tartışmamızda öncelikle her bir sosyodemografik veri ile GGA ve KDDÖ puanları arasındaki ilişki ayrı ayrı tartışılacaktır. Ardından GGA'ne göre değerlendirilen örneklemin psikopatoloji oranları yazınla karşılaştırılacaktır. Klinik olmayan örnekleme DD ile psikopatoloji arasındaki ilişki karşılaştırılırken KDDÖ ve GGA puanlarına göre alt ölçekler ile birlikte değerlendirilecektir.

Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde yazında Hollanda, Finlandiya, ve İngiltere'de GGA ile on bir yaş ve üstü olguların kendi verilerine dayanarak yapılan çalışmalarda, duygulanım belirtileri ve sosyal davranışlar alt grup puanları kızlarda anlamlı düzeyde yüksek olarak bildirilmiştir (104-107). Ülkemizde de ergenlerin kendi verilerine dayanarak yapılan bir çalışmada sosyal davranışlar ve duygulanım belirtileri alt grup puanları kızlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (108). Bizim örnekleminiz de cinsiyetlere göre GGA ile değerlendirildiğinde; yazın ile uyumlu olarak duygusal problemler ve sosyal davranışlar alt puanları kızlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. GGA toplam puanı davranış problemleri, DEHB, akran problemleri açısından yazınla uyumlu olarak cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır (108).

Yazında DD ile cinsiyet arasındaki ilişki ile ilgili farklı görüşler vardır. Hibbs ve ark.'ın yaptığı çalışmada ise cinsiyet ile DD arasında ilişki bulunmadığını söylemiştir (70). Ülkemizde KDDD ölçek geçerlilik güvenilirlik çalışmasının yapıldığı yazında KDDÖ puanı bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir (90). Hirshfeld ve ark.'ın yapmış oldukları çalışmada, kız cinsiyette anneye ait eleştirel DD'nin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (109). Çalışmamızda da kızlarda

erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek DD algılandığı görülmüştür. Daha önce yapılan çalışmada kız öğrencilerin DDY ve sinirlilik alt ölçek puanlarının daha düşük; erkek ergenlerin ise müdahalecilik alt ölçek puanının daha düşük olduğu belirtilmiştir (90). Ancak bizim çalışmamızda alt ölçekler değerlendirildiğinde kızlarda sinirlilik puanları daha yüksekken, müdahalecilik ve DDY açısından anlamlı fark izlenmemiştir. Bu farklılığın, ölçeğin uygulandığı toplumunun kız ve erkek çocuklara yönelik tutum farklılıkları ile ilişkilendirilebilir. KDDD ölçeği bakımından cinsiyete göre fark bulunması ise DDY ve müdahalecilik alt ölçeklerinde fark bulunmazken sinirlilik alt ölçeğinin kızlarda yüksek olmasından dolayı ölçek genelinde toplamsal puanda bu farklılığın dengelenmesine bağlanabilir.

Yazında yaşın artması ile birlikte duygulanım belirtileri alt grup puanının, sosyal davranışlar alt grup puanının anlamlı oranda yükseldiği, DEHB belirtileri alt grup puanının anlamlı oranda azaldığı bildirilmiştir (105,107,110,111). Ancak yazında yaş aralıkları göz önüne alındığında GGA'nın alt grup puanlarının 4-11 yaş arası ve 11 yaş üstü olgularda farklı olduğu görülmüştür (108). Bizim çalışmamızda yaş açısından anlamlı fark bulunmaması yaş aralığının dar olması ile açıklanabilir.

Yaş ile KDDÖ ilişkisi değerlendirildiğinde; Hibs ve ark.'ın yaptığı çalışmada yaş ile DD arasında ilişki kurulamamıştır (70). Çalışmamızda da algılanan DDY ve sinirlilik arasında fark gösterilememiştir, algılanan müdahalecilik puanı ve yaş arasında sınırdan anlamlı ilişki bulunmuştur. Müdahalecilik puanlarındaki sınırdan anlamlılık, bireyselleşme sürecindeki ergenin kendisine olan tutumları ve kuralları daha fazla müdahalecilik lehine algılayabileceği ile yorumlanabilir.

Anne eğitim düzeyi açısından GGA puanları değerlendirildiğinde; akran ilişkileri açısından hiç okula gitmemiş ve ilkokul mezunu annelerin çocukları, lise ve üstü eğitimi olan annelerin çocuklarından daha düşük puanlar aldığı bulunmuştur. Ancak ülkemizde yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmalarında GGA ergen formu akran ilişkileri alt grubu cronbach alfa değeri güvenilir değil olarak bulunmuştur ( $\alpha=0,279$ ) (112). Goodman tarafından yapılan orijinal ölçekte de Cronbach Alfa değeri oldukça küçüktür

( $\alpha=0,41$ ) (101). Yazında da ergenlerin davranım ve akran sorunlarının kısmen farkında oldukları (ya da ancak bir kısmını bildirebildikleri) için birden fazla kişinin (anne baba, öğretmen gibi) bilgisine başvurmak büyük önem taşıdığı vurgulanmaktadır (107). Bu bilgiler ışığında akran ilişkileri açısından yapılacak yorumlamaların hatalı olabileceği düşünölmüştür. GGA diğer alt ölçekleri ile anne eğitim düzeyi arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır.

Anne eğitimini açısından KDDÖ değerlendirildiğinde; hiç okula gitmemiş ve ilkokul mezunu annelerin çocuklarının, ortaokul mezunu annelerin çocuklarına göre daha yüksek KDDÖ toplam puanına sahip olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte lise ve üstü okullardan mezun olan annelerin çocuklarının ortaokul mezunu, ilkokul mezunu ve hiç okula gitmemiş annelerin çocukları arasında KDDÖ puanları arasında fark olmaması bu sınırdan anlamlılığın örneklemin özelliklerinden kaynaklanabileceği ve hata payı içerebileceğini düşündürmüştür. KDDÖ alt ölçekleri açısından ise fark saptanmamıştır.

Annenin çalışma durumu açısından değerlendirildiğinde çalışmayan annelerin çocuklarında çalışan annelerin çocuklarına oranla algılanan sinirliliğın anlamlı olarak fazla olduğu bulunmuştur. İlgili yazında birçok araştırmada annenin çalışmasının çocukları üzerinde olumlu etkileri olduğunu vurgulamaktadır (113). Çalışan annelerin ergenlik dönemindeki kızlarının, çalışmayanlarınkine göre bağımsız, otonom ve aktif olmaları; çalışan annelerin çocuklarının annelerini en çok hayran oldukları kişi olarak göstermeleri (114) ve anneleri çalışan üniversite öğrencilerinin “en çok benzedikleri ve onun gibi olmak istedikleri kişi” olarak annelerini göstermeleri (115) onlarla iyi ilişkiler içinde olduklarını göstermektedir. Tezcan ve ark.’ın yaptığı çalışmada da çalışan annelerin, çocuklarıyla çatışmasının çalışmayanlara göre daha az olduğunu belirtmekte ve neden olarak da çalışanların disiplin üzerinde fazla durmadıkları ve fazla kuralcı olmadıklarını göstermektedir (116). Woods ve ark. ise tam zamanlı çalışan annelerin çocuklarının en uyumlu çocuklar olduğunu belirtmektedir (117). Algılanan sinirliliğın fazla olması çalışan annenin duygu durumu ile de ilgili olabileceği

düşünülmüştür. Ancak çalışmamızda bu yönde bir inceleme yapılmamıştır. Diğer ölçek puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Gelir düzeyi açısından örneklem değerlendirildiğinde; düşük sosyoekonomik düzey ile duygu durum bozukluklarının ilişkili olduğu daha önceki çalışmalarda bildirilse de bizim çalışmamızda gelir düzeyi ve GGA arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (118,119). Bu duruma gelir bilgisinin ergenin kendisinden alınması nedeniyle yüksek hata payı içerebileceği neden olmuş olabilir.

Gelir düzeyi açısından KDDÖ değerlendirildiğinde ise; bizim çalışmada gelir düzeyi ile KDDÖ anlamlı fark bulunmamıştır. Bu bilgi Hibbs ve ark. sosyoekonomik durum ile DD arasında ilişki kurulamamıştır bilgisini desteklemektedir (70). Ancak yazında gelir düzeyi ile ilgili çelişen bilgiler de yer almaktadır. Birçok araştırma alt gelir grubu çocuklarının üst-orta gelir grubu çocuklarına göre ana-babalarını daha az destekleyici ve daha çok cezalandırıcı olarak algıladıklarını göstermektedir (120-123). Vural ve ark.'ın yaptığı geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçek bütününde, gerekse alt ölçek olarak DDY'de, düşük düzeydeki sosyoekonomik grupta ölçek puanı, orta ve yüksek sosyoekonomik durumlara göre anlamlı ölçüde daha yüksek düzeyde bulunmuştur (90). Sosyoekonomik durum ile ilgili bu farklılığın çalışmalarda gelir bilgisinin ergenlerin beyanı ile olması nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Yapılan araştırmalar, çocuk sayısı arttıkça, ailelerin çocukları için, daha az destekleyici ve daha katı bir çevre oluşturduğunu göstermektedir (124,125). Bizim çalışmamızda kardeş sayısı açısından örneklem değerlendirildiğinde; kardeş sayısı arttıkça müdahaleciliğin anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur bu durumun ergenlik dönemindeki gençlerin kendileri üzerindeki ilginin azaldığı şeklinde de yorumlanabilir. Diğer ölçek puanları ile anlamlı ilişki kurulamamıştır.

Aile de kronik hastalık varlığı ile ilgili yazın incelendiğinde ebeveynlerde kronik hastalığın olması durumunda çocuğun işlevselliğinin olumsuz etkilendiğini ebeveyn çocuk arasındaki ilişkinin bozulduğunu, daha fazla marital sorunların olduğu ve aile içindeki çocuklar da dahil diğer üyelerin

bu durumdan olumsuz etkilendiğini bildirmiştir (126,127). Steele ve ark.'ın yaptığı çalışmada annenin kronik hastalığında daha yüksek oranda olmakla birlikte hem annede hem babada kronik hastalık varlığı içe atım problemlerini arttırdığı belirtilmiştir (128). Bizim çalışmamızda da yazın ile uyumlu olarak ailesinde kronik hastalık bulunan ergenlerde duygusal problemler, DEHB ve genel güçlük puanları daha yüksek bulunmuştur.

Ailede ruhsal hastalık varlığında ergenlerde daha fazla psikopatoloji saptandığını çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Türkleş ve ark.'ın yaptığı bir çalışmada ailenizde “psikiyatriste gitme ihtiyacı duyan oldu mu?” sorusuna “evet” yanıtını veren öğrencilerin depresyon puan ortalamaları yüksek bulunmuş (119), yine Ünal ve ark. çalışmasında depresyon tanısı konulmuş hastaların aile öyküsünde psikiyatrik hastalık oranı daha yüksek olarak bildirilmiştir (129). Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında ise herhangi bir psikiyatrik tanı nedeniyle takipte olan ergenlerin annelerinin ruhsal belirti düzeyleri tanı almayanlarınkine göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (130). Bir çok çalışmada annesinde depresyon olan gençlerde daha yüksek oranda psikopatolojiye rastlandığı bildirilmiştir (131-133). Cumming ve Davies'in yaptığı bir çalışmada maternal depresyonu olan ebeveynlerin çocuklarında 2-5 kat psikiyatrik hastalık görülmüşken; Downey ve Coyne'nun yaptığı çalışmada depresyonu olan ebeveynlerin çocuklarının depresyonu olmayan ebeveynlerine çocuklarına oranla üç kat daha fazla depresyona girdiği anlaşılmıştır (134,135). Çalışmamızda da yazın ile uyumlu olarak ailede ruhsal hastalığı olanlarda duygusal problemler anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Bu durumu iki şekilde yorumlayabiliriz; bunlardan ilki; ergenlerin psikiyatrik tanı alması nedeniyle ailenin etkilenmesi ve ruhsal belirti düzeylerinde artış görülmesi, ikincisi ise psikiyatrik belirtilere sahip ebeveynlerin çocuklarında ruhsal sorunların daha fazla görülebileceği şeklindedir.

Ailedeki ruhsal hastalık ile DD arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar incelendiğinde, Hirshfield ve ark.'ın yaptığı çalışmada yaşamının herhangi bir döneminde anksiyete bozukluğu yaşayan annelerin daha yüksek eleştirelilik ve DD gösterdiklerini bildirilmiştir (109). Tompson ve ark.'ın yaptığı çalışmada

da duygudurum bozukluğu olan depresif bireylerin çocuklarına karşı daha eleştirel müdahaleci ve negatif tutumlara dolayısıyla yüksek DD 'ye neden olduğu bildirilmiştir (131). Bunun bir nedeni de depresif bireylerin kendisi dış dünya ve gelecek hakkında negatif yanlılığın olması olarak yorumlanabilir (136). Çalışmamızda da yazın ile uyumlu olarak ailede ruhsal hastalığı bulunan ergenlerin müdahalecilik ve toplam KDDÖ puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Kendinde kronik hastalık bulunan ve bulunmayan ergenler arasında duygusal problemler, davranış problemleri, DEHB ve GGA puanları arasında bizim çalışmamızda da yazın ile uyumlu olarak anlamlı fark gösterilmiştir (137). Boekaerts ve Röder'in yaptığı çalışmada da kronik hastalığı olan çocukların daha fazla davranış problemleri ile özellikle depresyon ve sosyal çekinme gibi içe atım problemleri sergiledikleri, çocukların uyum düzeylerinin ise kronik hastalıklarının türüne göre değiştiği bildirilmiştir (138). Özmen ve ark.'ın yaptığı bir çalışmada ise herhangi bir sağlık sorunu olan ergenlerin diğerlerinden daha fazla ruhsal sorunları oluşunu belirtmiştir (139). Bizim çalışmamızın bulguları da yazını destekler niteliktedir.

DD sadece ruhsal hastalıklarda değil fiziksel hastalıklarda da mevcuttur. DD'nin sadece psikolojik değil fiziksel bozuklukta da, depresmenin önemli ve güçlü bir yordayıcısı olabileceği gösterilmiştir (71,140). Çalışmamızda da yazın ile uyumlu olarak kendisinde kronik bir hastalık bulunan ergenlerin DDY ve toplam KDDÖ puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (71,141). Bunun bir nedeni kronik hastalığı bulunan ailelerin ruhsal yapısı olabileceği gibi, diğer açıdan da yüksek DD olan ailelerde kronik hastalıklarda depresmenin daha fazla olabileceğidir.

Örnekleminizin psikopatoloji oranları GGA ile değerlendirilmiştir. GGA'nin tercih edilmesinin bir nedeni GGA'da yer alan maddelerin, çocukluk çağı psikopatolojilerini sınıflandırmada kullanılan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -DSM-IV) (142), ve Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Disease - ICD-10) (143) temelinde seçilmiş, olumlu kalıpta cümleleri de içeren 25 sorudan oluşmasıdır. Ülkemizde yapılan

GGA geçerlilik güvenilirlik çalışması sonuçlarına göre tüm olguların %75'inde bir psikiyatrik tanı öngörülmüştür (112). Herhangi bir psikiyatrik bozukluğun öngörüldüğü grubun %50,3'ünde DEHB ya da belirtilerinin, %48,1'inde duygu durum bozukluğu ya da belirtilerinin, %50,5'inde ise davranım bozukluğu ya da belirtilerinin olduğu yordanmıştır (112). Ülkemizde lise öğrencilerinde GGA kullanılarak yapılan bir çalışmada katılan ergenlerin %9,8'inin patolojik düzeyde duygusal davranışsal sorunlar yaşadığı %15,1'inin sınır düzeyde duygusal davranışsal sorunlar yaşadığı, %19,3'ü patolojik düzeyde duygusal problemlerinin olduğu, %6,5'i sınırdaki duygusal problemler yaşadığı görülmüştür. Davranışsal problemler açısından %4,3'nin patolojik düzeyde sorunlar yaşadığı, %8,6'sının ise sınırdaki davranışsal sorunlar yaşadığı bildirilmiştir. DEHB açısından değerlendirildiğinde %3,4 gencin patolojik sınırlarda olduğu, %7,6'sının ise sınırdaki sorunlar yaşadığı izlenmiştir. Öğrencilerin %10,2'si akran ilişkilerinin patolojik olduğunu bildirilirken, %56,5'i akran ilişkilerinde sınırdaki sorunlar yaşadığını bildirmiştir. Sosyal davranış becerilerini değerlendirildiğinde ise %1,6'sinin bu alanda ciddi sorunlar yaşarken %5,4'inin ise bu alanda sınırdaki sorunlarla karşılaştığı anlaşılmıştır (108). Çalışmamızda ise ergenlerin %16,27'sinin patolojik düzeyde duygusal davranışsal sorunlar yaşadığı %79,12'sinin sınır düzeyde duygusal davranışsal sorunlar yaşadığı, %4,62'sinin normal sınırlarda olduğu gözlenmiştir. Alt ölçeklere göre değerlendirildiğinde ise çalışmaya katılan ergenlerin %10,2'sinin patolojik düzeyde duygusal problemlerinin olduğu, %8'inin sınırdaki duygusal problemler yaşadığı görülmüştür. Davranışsal problemler değerlendirildiğinde gençlerin %18'nin patolojik düzeyde sorunlar yaşadığı, %10,8'inin ise sınırdaki davranışsal sorunlar yaşadığı bildirilmiştir. DEHB açısından değerlendirildiğinde %14,6 gencin patolojik sınırlarda olduğu, %12,4'nün ise sınırdaki sorunlar yaşadığı anlaşılmıştır. Çalışmaya katılan ergenlerin %9'u akran ilişkilerinin patolojik olduğunu bildirilirken, %34,7'si akran ilişkilerinde sınırdaki sorunlar yaşadığını bildirmiştir. Sosyal davranış becerilerini değerlendirdiğimizde ise %8,8'inin bu alanda ciddi sorunlar yaşarken %34,7'sinin ise bu alanda sınırdaki sorunlarla karşılaştığı anlaşılmıştır.

Ergenlikte arkadaş ilişkileri önem kazansa da aile ergenler için hala en önemli güven kaynağı olmaya devam etmektedir. Bu nedenle uygun aile ilişkileri ergenin ruh sağlığı için önemlidir. Ülkemizde yapılan çalışmada da ailesel sorunları olan ergenlerin daha fazla ruhsal problemle karşılaştığını belirtmişlerdir. Daştan ve ark.'ın çalışmada da aile ilişkileri kötü olanlarda daha fazla GGA puanları almışlardır (108). Yazında diğer çalışmalarda da aile ilişkilerinin ruhsal bozukluklar için önemli bir yordayıcı olduğunu söylemektedir(108,144-146). Ailedeki duygusal iklimin de en önemli göstergelerinden biri olan DD yazında dikkat çekmektedir.

Çocuk ve ergenlerde DD ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen yazın incelendiğinde; yüksek DD, dışa vurum (60,70,131,147-149) ve içe atım problemleri (147,150-152), obsesif kompulsif bozukluk (70) ve antisosyal davranışlar (96) ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca DD kavramı yazında prognostik bir faktör olarak da incelenmiş, Asarnow ve ark.'ı depresyon nedeniyle hospitalize edilen çocukların bir yıllık izlemlerinde yüksek DD olan ailelerde daha kötü prognoz ile ilişkili olduğunu gözlemlemişlerdir (153). Çalışmamamızın bulgularını değerlendirdiğimizde ise ergenlerde algılanan DD, ve alt maddeleri olan DDY, müdahalecilik ve sinirlilik ile duygusal sorunlar, davranışsal sorunlar, DEHB, akran ilişkilerindeki sorunlar arasında olumlu yönde ileri derecede ilişki bulunmuştur. DD, ve alt maddeleri olan DDY, müdahalecilik ve sinirlilik ile sosyal beceriler arasında ise olumsuz yönde ileri derece de ilişki gözlenmiştir. Bu bulgular ışığında DD yüksek ebeveynlerin çocuklarında daha yüksek oranda psikopatoloji beklenirken; bu ergenlerin sosyal becerilerin zayıf, arkadaş ilişkilerini daha olumsuz olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca içe atım ve dışa vurum problemleri ile algılanan DD arasındaki yüksek derecede ilişki de yazın ile uyumludur. Cinsiyet açısından kız ve erkeklerde DD'un psikopatoloji nasıl yordadığına baktığımızda ise her iki cinsiyette de ileri derecede korelasyon gözlemlenmiştir. Bu da cinsiyetten bağımsız olarak DD ile psikopatoloji arasındaki ilişki destekler niteliktedir.

Bununla birlikte bazı yazarlar değişik DD alt kategorilerinin farklı hastalıklar için risk oluşturabileceğini öngörmekte idi. Yazın incelendiğinde



eleştirel tutum ile içe atım problemleri ve depresyon arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar oldukça fazla iken (60,66,96,147,154-158) aşırı koruyucu kollayıcı tutum ile içe atım sorunlarının ilişki olmadığını bildiren çalışmalar vardır (60,147). Hastings ve ark.'ın yaptığı çalışmada ise annenin eleştirelliği ile DEHB olan çocuklarda KOKGB ve davranım problemleri arasında güçlü bir ilişki bildirirken (159), Caspi ve Baker çalışmalarında eleştirel tutum ile dışa vurum problemlerinin ilişkili olduğunu ama aşırı koruyucu kollayıcı tutum ile dışavurum problemlerinin ilişkili olmadığını bildirmiştir (96,150). Yapılan çalışmalarda annelerin eleştirel tutumu ile dışavurum problemleri, duygu düzenleme bozuklukları ile pozitif korelasyon gösterirken aşırı koruyucu kollayıcı tutum ile negatif korelasyon gösterilmiştir (151,160). Hirshfield ve Stubbe ise aşırı koruyucu kollayıcı tutum ile anksiyete belirtileri arasında ilişki olduğunu bildirmiştir (92,109). Bu bulgular nedeniyle aşırı koruyucu kollayıcı tutum ve eleştirel tutum ayrı incelenmeye başlanmıştır.

Ayrıca erişkin ile çocuk yazını arasında değişiklikler vardır. Bu çalışmalar aşırı koruyucu kollayıcı tutumun psikososyal sonuçlarının erişkinden farklı olabileceğini göstermiştir. Aşırı koruyucu kollayıcı tutum gelişimsel olarak erişkin ve çocuklarda farklı etki edebileceğidir. Erişkinler için daha çok müdahalecilik olarak algılanan aşırı koruyucu kollayıcı tutum (161) çocuklar için normal (149,162) ve hatta erken ve orta çocukluk dönemlerinde koruyuculuk, sıcaklık ve duygusal yatırım olarak algılanabilmektedir (163). Vostanis ve ark.'ın yaptığı çalışmada da aşırı koruyucu kollayıcı tutum için yetişkinlerin aksine annelerin genç ve çocuklara karşı eğitim sırasında uygun tutumlar olabileceğini söylemiş ve aşırı koruyucu kollayıcı tutum kriterlerini yeniden ayarlamak gerektiğini önermiştir (164). Ebeveynlerin aşırı koruyucu kollayıcı tutum ve sıcaklığının çocuğun sağlık durumu ile ilgili olabileceğini ve DD içinde yer alması gerektiği de önerilmiştir (164). Bu da bize DD ile ilgili çalışmalarda çocuk ve ergenlerin gelişimsel farklılığı da göz önüne alınması gerektirdiğini düşündürmektedir. Çalışmamızda KDDÖ toplam puanı ile birlikte, DDY, sinirlilik ve müdahalecilik alt ölçekleri ayrı ayrı değerlendirildiğinde de bulunan güçlü ilişki kullanılan KDDÖ'nin gelişimsel

farklılık gösteren ergenlerin ihtiyaçlarını ve algılarını değerlendirmede etkin olduğunu gösterir niteliktedir.

Çalışmamızın bir diğer özelliği de klinik olmayan örnekleme yapılmasıdır. Klinik olmayan popülasyonda DD çalışmaları ise oldukça sınırlıdır (147). Stubbe ve ark. ise toplum genelinde annelerin DD ile psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkiyi araştırmıştır (92). Yüksek DD'si olan annelerin çocuklarında beş kat daha fazla psikiyatrik hastalık gözlemlenirken, DEHB, davranım bozukluğu ve ayrılık anksiyetesi göz önüne alındığında bu oranın sekiz kata arttığı bildirilmiştir (92). Lue ve ark. tarafından Taiwan da 1599 klinik olmayan ergen popülasyonunda yapılan bir çalışmada DD ve aşırı eleştirel ailesel tutumun depresyon ve dolaylı olarak da antisosyal davranışlarla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (165). Schwartz ve ark. duygudurum bozukluğu olan ebeveynler ve toplum örnekleme ile yaptıkları bir çalışmada ebeveynde ki psikopatolojiden bağımsız olarak yüksek DD ile çocuklardaki depresif bozukluk, madde bağımlılığı ya da davranım bozukluğu riskinde üç kat artış olduğunu bildirmişlerdir (98). Çocuklarda CFI ile yapılan iki çalışmada davranım bozukluğu ve duygu durum bozukluğu olan çocuklarla toplum örneklemini karşılaştırmıştır (164,166). Davranım bozukluğu olan çocukların annelerinde eleştirel tutumların depresif ve normal çocukların annelerinden daha fazla olduğunu ifade etmiştir. Her iki klinik grubun annelerinin de sağlıklı çocuklardan daha az sıcaklık gösterdiği anlaşılmıştır ancak davranım bozukluğu olan grupta hissedilen sıcaklığın en az olduğunu bildirmişlerdir (164). Buradaki önemli bir nokta klinik olmayan örnekleme de yüksek DD ile Çocuk Davranış Kontrol Listesi puanları arasında korelasyon olduğunu göstermiş olmasıdır. Bizim çalışmamızda da klinik olmayan popülasyonda yazın ile uyumlu olarak ergenlerin algılanan DD ile duygusal, davranışsal sorunlar, DEHB belirtileri, akran problemleri arasında güçlü korelasyon gösterilmiştir.

Yazında tartışılan diğer bir konu da DD'nin zor davranışlar ile başa çıkmak zorunda kalınması durumunda strese tepki olarak mı doğduğu, yoksa doğrudan kişinin tüm davranışlara karşı kişilik özelliği mi olduğudur (167). Vostanis ve ark.'ın toplum örnekleminde yaptıkları DD ile duygusal sorunlar

davranış problemleri arası ilişkiyi inceleyen çalışmadan sonra bu patoloji saptanan bir gruba ayaktan tedavi verilmiş ve dokuz ay sonra bu iki klinik grubu tekrar değerlendirmiş ve tedavi sonrası DDD de değişiklik bildirmişlerdir (166). Böylece DD'na yönelik spesifik müdahale olmaksızın bu düzeylerin, çocuğun kliniğinin değişmesi ile değişebileceği bildirilmiştir. Bununla birlikte Hooley ve ark.'ın yaptıkları çalışmada DD'un zaman içerisinde devamlılık gösterirken Miklowitz ve ark. çeşitli müdahalelerle DD'un azaltılabileceği düzenlenebileceği belirtilmiştir (168,169). Klinik olmayan örneklerde DD incelenmesi DD'nın kökeni ile ilgili bu soruda bizi aydınlayabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle klinik olmayan popülasyondaki DD çalışmalarının önemi büyüktür.

Bu çalışmamızın amaçlarından biride koruyucu hekimlik amacıyla, hastalıkların önlenmesinde katkı sağlanabilmesidir. Burkhouse ve ark.'ın daha önce depresyon öyküsü olmayan yüz çocukta yaptığı yirmi aylık gözlem çalışmasında, annenin depresyonun çocukluk çağı depresyonunun başlangıcı arasında ilişki kurulamamışken, eleştirel tutumun çocuklarda depresif nöbetin başlamasında annenin ruh sağlığından bağımsız bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (170). Silk ve ark.'ın yaptığı çalışmalarda yüksek DD'un çocukların ileri dönemdeki başlayabilecek depresif epizodları için bir yordayıcı olduğu bildirilmiştir (171). Bu bilgiler göz önüne alındığında sadece var olan psikopatoljinin saptanmasında değil, hastalıkların önlenmesi amacıyla da toplumdaki DD düzeyi çalışmaları önemlidir.

DD yordayıcı önemi ortaya konmuş olsa da yapı olarak hala şüpheli yönleri vardır; bunlardan biri bu kavramın araştırmalar amacıyla teorik değil ampirik olarak türetilmiş olmasıdır. Çocukluklarda ruhsal bozuklukların başlaması ve seyirinde aile ortamının rolünü anlamada DD ile ilgili metodolojiler bize yardımcı olacaktır. Hooley ve ark., DD'nin ilişkisel sorunları çift yönlü olarak yansıttığını vurgulamıştır (172). Çocuk ve ergen yazını incelediğinde ebeveynler ile yapılan görüşmelerle değerlendiren az sayıda CFI (164,166,173), ile ve daha sık olarak FMSS ile yapılan çalışmalar (59,60,69,94,148) vardır. DD ebeveyn ve çocuk arasında ikili bir ilişkinin göstergesi olarak yorumlanmasına rağmen yazında ki çalışmalarda DD

değerlendirmesi bir ebeveynin çocuğa karşı ifade ettiği duygularını değerlendirilerek puanlanmaktadır. Çocuğun kendi bildirimine dayanmamaktadır. Bu durumda ortaya çıkan diğer bir tartışma da DD'nin nasıl ölçülmesi gerektiği olmuştur. Goldstein ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının arasındaki etkileşim karşılaştırıldığında; iki düşük DD olan ebeveyn, iki yüksek DD ebeveyn ve bir düşük - bir yüksek DD olan ebeveyn vardı. Her iki yüksek DD olan çocukların aile ortamı sürekli yüksek DD olduğu anlaşılırken bir ebeveynin düşük DD sahip olması ortamı modere edebildiği belirtildi (174). Dolayısıyla ebeveynlerden birinin DD'ü ergenin algıladığı duygu durumu her zaman en iyi şekilde yansıtmayabilir. Bu ölçeklerin sorgulanan yanlarından biri bir çocuğa karşı yüksek DD olan ebeveyn diğerine karşı olmayabildiği olduğudur. Uzun süreli şizofreni hastaları ile çalışan personelin bazı hastalar açısından yüksek DD gösterdikleri, bazıları açısından düşük DD gösterdikleri bildirilmiştir (175). Bu nedenle DD değerlendirirken, kişinin kendi bildirimine dayalı bilgilerin önemi büyüktür.

Yazında DD'nin sosyokültürel farklılıklar gösterdiği bildirilmiştir. Latinler İngilizlere göre daha yüksek DD-eleştirel tutum gösterdiği (161), Africalı Amerika'lılarda DD şizofreninin relapsı için prediktör olmadığı söylenmiştir (176). Bu çalışmada Türk toplumunda ergenlerde algılan DD ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olma özelliği de taşımaktadır.

Çalışmamızda ebeveynlerin psikopatolojilerinin incelenmemesi ve psikopatoloji değerlendirilmelerinin yapılandırılmış görüşmeler ile yapılmamış olması ise çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

Çalışmamızda; ergenlere özel olarak geliştirilen, ergenlerin öz bildirimine dayalı ve ailesindeki en etkili kişiyi düşünerek cevapladığı DDY, müdahalecilik ve sinirliliğin ayrı ayrı değerlendirildiği bir ölçek kullanılması bu çalışmanın güçlü yanlarından. Ayrıca Türk toplumunda ve klinik olmayan örnekleme DD ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi araştıran ilk çalışma olma özelliği de taşımaktadır.

Koruyucu ruh sağlığı ve psikopatolojilerin tanı ve tedavisinde DD kavramının önemi göz önüne alındığında, DD kavramının klinik olmayan

örneklerdeki yerinin ileri çalışmalarıyla, daha iyi anlaşılması hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde yeni bir ışık olacağı söylenebilir.

## KAYNAKLAR

1. Hall GS. Adolescence. 2 vol. New York: Appleton. 1904.
2. Blos P. On adolescence: A psychoanalytic interpretation: Simon and Schuster; 1966.
3. Sieg A. Why adolescence occurs. Adolescence. 1971;6(23):337-48.
4. Schultz DA. The Changing Family. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1972.
5. Dolto F. La cause des adolescents Paris. Robert Laffont. 1988.
6. Parman T. Ergenlik ve Psikanaliz. Klinik Psikiyatri Dergisi. 1998;1(2):73-82.
7. Ariès P. Centuries of Childhood (1962). Trans Robert Baldick London: Pimlico. 1996.
8. Landis PH. Adolescence and youth: the process of maturing: McGraw-Hill Book Company; 1952.
9. Santrock JW, Yussen SR. Children and adolescents: A developmental perspective: WCB/McGraw-Hill; 1984.
10. L S. Ergenlik. Ankara: İmge Kitabevi; 2007. 489-99.
11. Freud S. Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria Coll. Papers. 1905;3:13-146.
12. Freud A. Adolescence. The Psychoanalytic Study of the Child. 1958;13:255-78.
13. Blos P. The second individuation process of adolescence. The psychoanalytic study of the child. 1967;22:162.
14. Adams JF. Ergenliği anlamak. Çeviren: Bekir Onur Ankara: İmge Kitabevi. 1995.
15. Brooks-Gunn J, Petersen AC, Eichorn D. The study of maturational timing effects in adolescence. Journal of youth and adolescence. 1985;14(3):149-61.
16. Karabekiroğlu K. Anne Babalar için Ergen Ruh Sağlığı Rehberi. İstanbul: Say Yayınları 2009.
17. Offer D, Schonert-Reichl KA. Debunking the myths of adolescence: Findings from recent research. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1992;31(6):1003-14.
18. Csikszentmihalyi M, Larson R, Prescott S. The ecology of adolescent activity and experience. Journal of youth and adolescence. 1977;6(3):281-94.
19. Montemayor R, Hanson E. A naturalistic view of conflict between adolescents and their parents and siblings. Journal of Early Adolescence. 1985;5(1):23-30.
20. Laursen B, Coy KC, Collins WA. Reconsidering Changes in Parent-Child Conflict across Adolescence: A Meta-Analysis. Child development. 1998;69(3):817-32.
21. De Goede IH, Branje SJ, Meeus WH. Developmental changes in adolescents' perceptions of relationships with their parents. Journal of youth and adolescence. 2009;38(1):75-88.

22. Martin A, Volkmar FR, Lewis M. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
23. Çuhadaroğlu F, Canat S, Kılıç E, et al. Ergen ve ruhsal sorunları durum saptama çalışması. Türkiye Bilimler Akademisi Raporları. 2004;1.
24. Berman AL, Jobes DA, Silverman MM. Adolescent suicide: Assessment and intervention 2nd Edition. American Psychological Association; 2006.
25. Kohut H. The analysis of the self, New York, International Universities Press; 1971.
26. Yörükoğlu A. Gençlik çağı: Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunları: Özgür Yayın; 1996.
27. Jersild A. Gençlik Psikolojisi (N. Özgür çevirisi). İstanbul, Eko Matbaası. 1963.
28. Cotton N. A developmental model of self-esteem regulation. New York, Direction in Psychiatry Yol. 1989;5(198):5.
29. Harter S. Causes, correlates, and the functional role of global self-worth: A life-span perspective. In: Sternberg, Robert J. (eds); Kolligian, John, Jr. (eds), Competence Considered. New Haven, CT, US: Yale University Press, 15th edition. 1990. 67-97.
30. Crocker J, Major B. Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. Psychological review. 1989;96(4):608-30.
31. Harter S. Processes underlying the construction, maintenance, and enhancement of the self-concept in children. Psychological perspectives on the self. 1986;3: 137-81.
32. Rosenberg M. Self-concept from middle childhood through adolescence. In j. Suls, & AG Greenwald. Psychological perspectives on the self. 1986;3: 107-36.
33. Dumont M, Provost MA. Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. Journal of youth and adolescence. 1999;28(3): 343-63.
34. Erikson EH. Childhood and Society.(Revised Edition.): Harmondsworth; 1965.
35. Moon L, Meyer P, Grau J. Australia's young people: their health and wellbeing. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare. 1999.
36. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. Archives of general psychiatry. 2012;69(4):372-80.
37. Çuhadaroğlu F. Üniversite gençlerinde psikiyatrik semptom dağılımı . XXII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları. R. S, editor. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 1986.
38. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. Neurotherapeutics. 2012;9(3):490-9.
39. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic

- review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*. 2014;43(2):434-42.
40. Canino G, Polanczyk G, Bauermeister JJ, Rohde LA, Frick PJ. Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2010;45(7):695-704.
  41. Hamilton SS, Armando J. Oppositional defiant disorder. *American family physician*. 2008;78(7):861-6.
  42. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(11):1427-39.
  43. Birmaher B, Brent D, Issues AWGoQ. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46(11):1503-26.
  44. Silverman WK, Field AP. *Anxiety disorders in children and adolescents*: Cambridge University Press; 2011.
  45. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*. 2007;369(9569):1302-13.
  46. Wittchen HU, Kessler R, Pfister H, Höfler M, Lieb R. Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000;102(s406):14-23.
  47. Hayward C, Sanborn K. Puberty and the emergence of gender differences in psychopathology. *Journal of Adolescent Health*. 2002;30(4):49-58.
  48. Kılıç EZ. Ergenlik Dönemindeki Fırtına ve Stres Beyindeki Değişikliklerle İlişkili Olabilir mi? *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci*. 2007;3(3):69-75.
  49. Weinberger DR. Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 1987;44(7):660-9.
  50. Maurer K, Riecher R A. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 1993;162(1):80-6.
  51. Birmaher B, Brent D. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(10):63-83.
  52. McClellan J, Kowatch R, Findling RL. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46(1):107-25.
  53. Roza SJ, Hofstra MB, van der Ende J, Verhulst FC. Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: a 14-year follow-up during childhood,



- adolescence, and young adulthood. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(12):2116-21.
54. Schweitzer JB, Cummins TK, Kant CA. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Medical Clinics of North America*. 2001;85(3):757-77.
  55. Ercan E, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Istanbul, Gendas, Yayınevi. 1999.
  56. Kumpulainen K, Räsänen E. Children involved in bullying at elementary school age: their psychiatric symptoms and deviance in adolescence: an epidemiological sample. *Child Abuse & Neglect*. 2000;24(12):1567-77.
  57. Pihlakoski L, Sourander A, Aromaa M, Rautava P, Helenius H, Sillanpää M. The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2006;15(7):409-17.
  58. McGee R, Feehan M, Williams S, Anderson J. DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1992;31(1):50-9.
  59. Asarnow JR. Psychosocial intervention strategies for the depressed child. W.B. Saunders, Philadelphia: Child and adolescent clinics in North America: Mood disorders; 1992. 257–83.
  60. Asarnow JR, Tompson M, Woo S, Cantwell DP. Is expressed emotion a specific risk factor for depression or a nonspecific correlate of psychopathology? *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2001;29(6):573-83.
  61. Brown GW, Monck E, Carstairs GM, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive & Social Medicine*. 1962;16(2):55-68.
  62. Brown GW, Birley J, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *The British Journal of Psychiatry*. 1972; 121(562): 241-25.
  63. Berksun O, Soykan Ç, Soykan A. Dışavurulan duygulanım ölçeği: Ölçek uyarlama üzerine bir pilot çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1993;29:10-5.
  64. Berksun O. Sizofrenide aile faktörü: expressed emotion (EE) ölçek geliştirme ve uyarlama denemesi.(Family factor in schizophrenia: developing and adapting an expressed emotion scale.) Ankara University. Unpublished PhD Thesis, Turkey. 1992.
  65. Kocabıyık A, Özer D, Girgin V, Atış Y, Beştepe E, Alpay N. Bipolar Bozuklukta Duygudışavurumu ile Ailelerin Sosyodemografik Verileri Arasındaki İlişkiler. *Düşünen Adam Dergisi* 2002;160(5):601-20
  66. Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *The British journal of psychiatry*. 1992;15(2):77-84.
  67. Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C, ve ark. Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışı vurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001;2(1):5-14.
  68. Weintraub P, Wamboldt MZ. Expressed emotion in child psychiatry: a risk factor for psychopathology and treatment resistance? *Current Opinion in Psychiatry*. 1996;9(4):241-6.

69. Wamboldt MZ, Wamboldt FS. Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: selected research findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(10):1212-9.
70. Hibbs ED, Hamburger SD, Lenane M, et al. Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1991;32(5):757-70.
71. Wearden AJ, Tarrier N, Barrowclough C, Zastowny TR, Rahill AA. A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*. 2000;20(5):633-66.
72. Koenigsberg HW, Klausner E, Chung H, Pelino D, Campbell R. Expressed Emotion and Warmth: Extending the EE Construct to Insulin-dependent Diabetes Mellitus. *International Journal of Mental Health*. 1995:50-63.
73. Brown GW. The discovery of "expressed emotion": Induction or deduction?. In: Leff, J, Vaughn, C (eds). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. Guilford, New York; 1985
74. Brown GW, Rutter M. The measurement of family activities and relationships: a methodological study. *Human relations*. *Human Relations*.1966;19(3): 241-63
75. Vaughn CE, Leff JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *The British Journal of Psychiatry*. 1976;129(2):125-37.
76. Magaña AB, Goldstein MJ, Karno M, Miklowitz DJ, Jenkins J, Falloon IR. A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry research*. 1986;17(3):203-12.
77. Gift TE, Cole RE, Wynne LC. A hostility measure for use in family contexts. *Psychiatry Research*. 1985;15(3):205-10.
78. Parker G, Fairley M, Greenwood J, Jurd S, Silove D. Parental representations of schizophrenics and their association with onset and course of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 1982;141: 573-581.
79. Baker B, Helmes E, Kazarian SS. Past and present perceived attitudes of schizophrenics in relation to rehospitalization. *The British Journal of Psychiatry*. 1984;144(3):263-9.
80. Van Humbeeck G, Van Audenhove C, De Hert M, Pieters G, Storms G. Expressed emotion: A review of assessment instruments. *Clinical Psychology Review*. 2002;22(3):321-41.
81. Cole JD, Kazarian SS. The Level of Expressed Emotion Scale: a new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology*. 1988;44:392-7.
82. Donat DC. Level of Expressed Emotion Scale scores and psychiatric rehospitalization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1996;19(4):57-60.
83. Kazarian SS, Malla AK, Baker B, Cole JD. Comparisons of two expressed emotion scales with the Camberwell Family Interview. *Journal of clinical psychology*. 1990;46(3):306-9.

84. Gerlsma C, Hale W. Predictive power and construct validity of the Level of Expressed Emotion (LEE) scale. Depressed out-patients and couples from the general community. *The British Journal of Psychiatry*. 1997;170(6):520-5.
85. Finnema EJ, Louwerens JW, Slooff CJ, Bosch R. Expressed emotion on long-stay wards. *Journal of advanced nursing*. 1996;24(3):473-8.
86. Gerlsma C, Van der Lubbe PM, Van Nieuwenhuizen C. Factor analysis of the level of expressed emotion scale, a questionnaire intended to measure 'perceived expressed emotion'. *The British Journal of Psychiatry*. 1992;160(3):385-9.
87. Startup M. Confirmatory factor analysis of the Level of Expressed Emotion (LEE) scale. *British journal of medical psychology*. 1999;72(3):421-4.
88. Hale III WW, Raaijmakers QA, Gerlsma C, Meeus W. Does the level of expressed emotion (LEE) questionnaire have the same factor structure for adolescents as it has for adults? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007;42(3):215-20.
89. Nelis SM, Rae G, Liddell C. Factor analyses and score validity of the Family Emotional Involvement and Criticism Scale in an adolescent sample. *Educational And Psychological Measurement*. 2006; 66(4): 676-86.
90. Vural P, Sığırlı D, Eray Ş, Ercan İ, Kılıç EZ. The Reliability and Validity Study of Shortened Level of Expressed Emotion Scale in Adolescents. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2013;33(1):191-9.
91. Ingram RE, Luxton DD. Vulnerability-stress models. In: Hankin BL., Abela JRS (eds) *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. United Kingdom: SAGE Publications; 2005:32-46.
92. Stubbe DE, Zahner GE, Goldstein MJ, Leckman JF. Diagnostic specificity of a brief measure of expressed emotion: A community study of children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1993;34(2):139-54.
93. Fristad MA, Gavazzi SM, Centolella DM, Soldano KW. Psychoeducation: A promising intervention strategy for families of children and adolescents with mood disorders. *Contemporary Family Therapy*. 1996;18(3):371-83.
94. Chambless DL, Steketee G. Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;67(5):658-65.
95. Jacobsen T, Hibbs E, Ziegenhain U. Maternal expressed emotion related to attachment disorganization in early childhood: A preliminary report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2000;41(7):899-906.
96. Caspi A, Moffitt TE, Morgan J, et al. Maternal expressed emotion predicts children's antisocial behavior problems: using monozygotic-twin differences to identify environmental effects on behavioral development. *Developmental psychology*. 2004;40(2):149-61.

97. Grange D, Eisler I, Dare C, Hodes M. Family criticism and self-starvation: a study of expressed emotion. *Journal of Family Therapy*. 1992;14(2):177-92.
98. Schwartz CE, Dorer DJ, Beardslee WR, Lavori PW, Keller MB. Maternal expressed emotion and parental affective disorder: Risk for childhood depressive disorder, substance abuse, or conduct disorder. *Journal of psychiatric research*. 1990;24(3):231-50.
99. McCleary L, Sanford M. Parental expressed emotion in depressed adolescents: prediction of clinical course and relationship to comorbid disorders and social functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2002;43(5):587-95.
100. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler Ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2008;15(2): 65-74
101. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;40(11):1337-45.
102. Becker A, Woerner W, Hasselhorn M, Banaschewski T, Rothenberger A. Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;13(2):ii11-ii6.
103. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık tezi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara. 1986.
104. Muris P, Meesters C, Van den Berg F. The strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;12(1):1-8.
105. Koskelainen M, Sourander A, Vauras M. Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;10(3):180-5.
106. Muris P, Meesters C, Eijkelenboom A, Vincken M. The self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire: Its psychometric properties in 8 to 13 year old non clinical children. *British Journal of Clinical Psychology*. 2004;43(4):437-48.
107. Van Widenfelt BM, Goedhart AW, Treffers PD, Goodman R. Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European child & adolescent psychiatry*. 2003;12(6):281-9.
108. Daştan NB. Mental Status and Related Factors in High School Adolescent Students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014;114:500-5.
109. Hirshfeld DR, Biederman J, Brody L, Faraone SV, Rosenbaum JF. Associations between expressed emotion and child behavioral inhibition and psychopathology: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(2):205-13.
110. Woerner W, Becker A, Rothenberger A. Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;13(2):ii3-ii10.
111. Becker A, Hagenberg N, Roessner V, Woerner W, Rothenberger A. Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do self-reports

- tell us more than ratings by adult informants? *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;13(2):ii17-ii24.
112. Yalın Ş. The Advanced Psychometric Properties of Turkish Strengths And Difficulties Questionnaire Dokuz Eylül University. Unpublished PhD Thesis, Turkey. 2008.
  113. Gold D, Andres D. Comparisons of adolescent children with employed and nonemployed mothers. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*. 1978:243-54.
  114. Douvan E. *Employment and the adolescent*. Greenwood Press; 1976. 142-164.
  115. Baruch GK. Maternal role pattern as related to self-esteem and parental identification in college women. Meeting of the Eastern Psychological Association, Boston; 1972.
  116. Tezcan M. Kuşaklar çatışması: Okuyan ve Çalışan Gençlik Üzerine Bir Araştırma: Kadioğlu Matbaası; 1981.
  117. Woods MB. The Unsupervised Child of the Working Mother. *Developmental Psychology*. 1972;6(1): 14-25.
  118. Bostanci M, Ozdel O, Oguzhanoglu NK, et al. Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. *Croat Med J*. 2005;46(1):96-100.
  119. Türkleş S, Hacıhasanoğlu R, Çapar S. Lise öğrencilerinde depresyon düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2008;11(2):18-28.
  120. Bee HL, Van Egeren LF, Pytkowicz Streissguth A, Nyman BA, Leckie MS. Social class differences in maternal teaching strategies and speech patterns. *Developmental Psychology*. 1969;1(6p1):726-34.
  121. Hess RD, Shipman VC. Early experience and the socialization of cognitive modes in children. *Child development*. 1965: 36(4): 869-86.
  122. Kagan S, Ender PB. Maternal response to success and failure of Anglo-American, Mexican-American, and Mexican children. *Child Development*. 1975;46(2):452-8.
  123. Knight GP, Kagan S, Buriel R. Perceived parental practices and prosocial development. *The Journal of Genetic Psychology*. 1982;141(1):57-65.
  124. Elder Jr GH, Bowerman CE. Family structure and child-rearing patterns: The effect of family size and sex composition. *American Sociological Review*. 1963;28 (6):891-905.
  125. Scheck DC, Emerick R. The young male adolescent's perception of early child-rearing behavior: The differential effects of socioeconomic status and family size. *Sociometry*. 1976; 39(1):39-52.
  126. Lewis FM, Hammond MA, Woods NF. The family's functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother: The development of an explanatory model. *Journal of Behavioral Medicine*. 1993;16(4):351-70.
  127. Armistead L, Klein K, Forehand R. Parental physical illness and child functioning. *Clinical Psychology Review*. 1995;15(5):409-22.

128. Steele RG, Forehand R, Armistead L. The role of family processes and coping strategies in the relationship between parental chronic illness and childhood internalizing problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1997;25(2):83-94.
129. Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2002;5:8-15.
130. Turan AS. Ergenlerin bağlanma stilleri ile Ebeveynlerinin bağlanma stilleri Arasındaki ilişki Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi 2011.
131. Tompson MC, Pierre CB, Boger KD, McKowen JW, Chan PT, Freed RD. Maternal depression, maternal expressed emotion, and youth psychopathology. *Journal of abnormal child psychology*. 2010;38(1):105-17.
132. Beardseele WR, Versage EM, Gladstone TR. Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(11):1134-41.
133. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological review*. 1999;106(3):458-90.
134. Cummings EM, Davies PT. Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1994;35(1):73-122.
135. Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological bulletin*. 1990;108(1):50-76.
136. Beck AT, Brown G, Steer RA, Eidelson JI, Riskind JH. Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of abnormal psychology*. 1987;96(3):179-83.
137. Keser N, Kapçı EG., Odabaş E. Farklı kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların benlik algısı, duygusal-davranışsal sorunlar ve ana-baba tutumları açısından karşılaştırılması. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 2012;19(2):57-68.
138. Röder I, Boekaerts M, Kroonenberg PM. Stress, coping, and adjustment in children with a chronic disease: a review of the literature. *Disability & Rehabilitation*. 1999;21(7):311-37.
139. Özmen D, Erbay Dünder P, Çetinkaya AÇ, Taşkın O, Özmen E. Lise öğrencilerinde umutsuzluk ve umutsuzluk düzeyini etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008;9(1):8-15.
140. Holley JM. Expressed emotion and psychiatric illness: From empirical data to clinical practice. *Behavior Therapy*. 1998;29(4):631-46.
141. Koenigsberg HW, MA DP. Expressed emotion and glucose control in insulin-dependent diabetes mellitus. *American Journal of Psychiatry* 1993;150(7):1114-5
142. American Psychiatric Association. "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)." Washington, DC: American Psychiatric Association;1994.
143. Organization World Health. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines: Geneva: World Health Organization;1992.

144. Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç. Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008;19(4):382-9.
145. Meadows SO, Brown JS, Elder Jr GH. Depressive symptoms, stress, and support: Gendered trajectories from adolescence to young adulthood. *Journal of youth and adolescence*. 2006;35(1):89-99.
146. Küçük S, Bayat M. Ortaöğretim öğrencilerinin ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. *Journal of Health Sciences*. 2012; 21(2) 103-111.
147. Asarnow JR, Tompson M, Hamilton EB, Goldstein MJ, Guthrie D. Family-expressed emotion, childhood-onset depression, and childhood-onset schizophrenia spectrum disorders: is expressed emotion a nonspecific correlate of child psychopathology or a specific risk factor for depression? *Journal of abnormal child psychology*. 1994;22(2):129-46.
148. Rogosch FA, Cicchetti D, Toth SL. Expressed emotion in multiple subsystems of the families of toddlers with depressed mothers. *Development and Psychopathology*. 2004;16(03):689-709.
149. Daley D, Sonuga-Barke E, Thompson M. Assessing expressed emotion in mothers of preschool AD/HD children: Psychometric properties of a modified speech sample. *British Journal of Clinical Psychology*. 2003;42(1):53-67.
150. Baker BL, Heller TL, Henker B. Expressed emotion, parenting stress, and adjustment in mothers of young children with behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2000;41(07):907-15.
151. Psychogiou L, Daley DM, Thompson MJ, Sonuga-Barke EJ. Mothers' expressed emotion toward their school-aged sons. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;16(7):458-64.
152. Peris TS, Hinshaw SP. Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: the relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003;44(8):1177-90.
153. Asarnow JR, Goldstein MJ, Tompson M, Guthrie D. One-year outcomes of depressive disorders in child psychiatric in-patients: evaluation of the prognostic power of a brief measure of expressed emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1993;34(2):129-37.
154. Muris P, Schmidt H, Lambrichs R, Meesters C. Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy*. 2001;39(5):555-65.
155. Hale WW, Van Der Valk I, Engels R, Meeus W. Does perceived parental rejection make adolescents sad and mad? The association of perceived parental rejection with adolescent depression and aggression. *Journal of Adolescent Health*. 2005;36(6):466-74.
156. Steinhausen H-C, Metzke CW. Risk, compensatory, vulnerability, and protective factors influencing mental health in adolescence. *Journal of youth and adolescence*. 2001;30(3):259-80.
157. Shields CG, Franks P, Harp JJ, McDaniel SH, Campbell TL. Development Of The Family Emotional Involvement And Criticism Scale

- (FEICS): A Self-Report Scale to Measure Expressed Emotion. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1992;18(4):395-407.
158. Shields CG, Franks P, Harp JJ, Campbell TL, McDaniel SH. Family Emotional Involvement and Criticism Scale (FEICS): II. Reliability and validity studies. *Family Systems Medicine*. 1994;12(4):361-77.
  159. Hastings RP, Daley D, Burns C, Beck A. Maternal distress and expressed emotion: Cross-sectional and longitudinal relationships with behavior problems of children with intellectual disabilities. *Journal Information*. 2006;111(1):48-61.
  160. Han ZR, Shaffer A. The relation of parental emotion dysregulation to children's psychopathology symptoms: The moderating role of child emotion dysregulation. *Child Psychiatry & Human Development*. 2013;44(5):591-601.
  161. Jenkins JH, Karno M. The meaning of expressed emotion: theoretical issues raised by cross-cultural research. *Am J Psychiatry*. 1992;149:9-21.
  162. Jonn-Seed MS, Weiss S. Maternal expressed emotion as a predictor of emotional and behavioral problems in low birth weight children. *Issues in Mental Health Nursing*. 2002;23(6):649-72.
  163. Laghezza L, Delvecchio E, Salcuni S, et al. Five-Minute Speech Sample Measure Of Expressed Emotion Among Parents Of Typically Developing Italian Children: A Pilot Study 1. Perceptual and motor skills. 2011;112(2):382-92.
  164. Vostanis P, Nicholls J, Harrington R. Maternal expressed emotion in conduct and emotional disorders of childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1994;35(2):365-76.
  165. Lue B-H, Wu W-C, Yen L-L. Expressed emotion and its relationship to adolescent depression and antisocial behavior in northern Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2010;109(2):128-37.
  166. Vostanis P, Nicholls J. Nine-Month Changes of Maternal Expressed Emotion in Conduct and Emotional Disorders of Childhood: A Follow-Up Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1995;36(5):833-46.
  167. Schreiber JL, Breier A, Pickar D. Expressed emotion. Trait or state? *The British Journal of Psychiatry*. 1995;166(5):647-9.
  168. Hooley JM. Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007;3:329-52.
  169. Miklowitz D, Tompson MC. Family variables and interventions in schizophrenia. In: Sholevar P, editor. *Textbook of marital and family therapy*. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2003. p. 585–617.
  170. Burkhouse KL, Uhrlass DJ, Stone LB, Knopik VS, Gibb BE. Expressed emotion-criticism and risk of depression onset in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2012;41(6):771-7.
  171. Silk JS, Ziegler ML, Whalen DJ, et al. Expressed emotion in mothers of currently depressed, remitted, high-risk, and low-risk youth: Links to child depression status and longitudinal course. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2009;38(1):36-47.



172. Hooley JM. Expressed emotion and depression: Interactions between patients and high-versus low-expressed-emotion spouses. *Journal of Abnormal Psychology*. 1986;95(3):237-46.
173. Bolton C, Calam R, Barrowclough C, et al. Expressed emotion, attributions and depression in mothers of children with problem behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003;44(2):242-54.
174. Goldstein MJ, Miklowitz DJ, Strachan AM, Doane JA. Patterns of expressed emotion and patient coping styles that characterise the families of recent onset schizophrenics. *The British Journal of Psychiatry*. 1989;155(5):107-11.
175. Moore E, Ball R, Kuipers L. Expressed emotion in staff working with the long-term adult mentally ill. *The British Journal of Psychiatry*. 1992;161(6):802-8.
176. Tompson MC, Goldstein MJ, Lebell MB, Mintz LI, Marder SR, Mintz J. Schizophrenic patients' perceptions of their relatives' attitudes. *Psychiatry research*. 1995;57(2):155-67.

## EKLER

### Ek-1: Bilgi Toplama Formu

EK SORULAR: Soru formunda isminiz ve kimlik bilgileriniz sorulmamaktadır.

1. Cinsiyetiniz: ( ) Kız ( ) Erkek
2. Doğum tarihiniz: ...../...../.....
3. anne ve babanız birlikte mi? ( ) evet ( ) hayır
4. Annenizin eğitimi:  
( ) Hiç okula gitmemiş. ( ) İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu  
( ) Lise mezunu ( ) Üniversite mezunu
5. Babanızın eğitimi:  
( ) Hiç okula gitmemiş. ( ) İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu  
( ) Lise mezunu ( ) Üniversite mezunu
6. Annenizin şu andaki iş durumu:  
( ) Ev hanımı ( ) Düzenli bir işte çalışıyor
7. Babanızın şu andaki iş durumu:  
( ) Çalışmıyor ( ) Düzenli bir işte çalışıyor.
8. Aylık ortalama gelir düzeyiniz:  
( ) 1000 tl ve altı ( ) 1000-3300tl ( ) 3300 tl üzeri
9. Sizinle birlikte evde yaşayanlar(uygun olanı işaretleyin)

	Hayır	Evet
Öz annem	( )	( )
Öz babam	( )	( )
Üvey annem	( )	( )
Üvey babam	( )	( )
Evlat edinen anne-babam	( )	( )
Büyükanne-baba	( )	( )
Diğer akrabalar	( )	( )
Diğer akraba olmayan kişiler	( )	( )
Kurumda kalıyorum	( )	( )
10. Kaç kardeşsiniz? İşaretleyiniz.  
( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ve üzeri

11. Siz ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz?

( ) 1. çocuk ( ) 2. çocuk ( ) 3. çocuk ( ) 4. çocuk ( ) 5. çocuk  
ve üzeri

12. Ailenizde kronik bir fiziksel hastalığı(örn: şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, kanser, epilepsi, astım, kansızlık) ya da fiziksel özü(örn: görme, işitme, konuşma engelli ya da tekerlekli sandalye kullanan) olan var mı? Açıklayınız.

( ) **Evet, var:** ( ) **Hayır yok.**

( ) Annem.....

( ) Babam.....

( ) Kardeşim.....

( ) Diğer.....

13. Ailenizde bir psikiyatristten(ruh sağlığı uzmanı) tanı aldığını bildiğiniz ruhsal hastalığı(örn: şizofreni, bipolar bozukluk, depresyon, zeka geriliği, otizm) olan var mı? Açıklayınız.

( ) **Evet, var:** ( ) **Hayır yok.**

( ) Annem.....

( ) Babam.....

( ) Kardeşim.....

( ) Diğer.....

14. Sizin kronik bir fiziksel hastalığınız(astım, alerji, şeker hastalığı v.b) var mı? Açıklayınız.

( ) **Evet, var:** ( ) **Hayır yok.**

.....

15. Sizin ruhsal bir hastalığınız var mı? Açıklayınız.

( ) **Evet, var:** ( ) **Hayır yok**

## **Ek-2: Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği**

Aşağıda, başkalarının size karşı davranma biçimlerini açıklayan çok sayıda açıklama bulunmaktadır. Her açıklamayı dikkatli bir şekilde okuyunuz ve **hayatınızdaki en etkili kişinin/ailenin** son 3 ay içinde size karşı bu şekilde davranıp davranmadıklarını aşağıdaki dört seçenek üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

1- Doğru değil.

2- Kısmen doğru.

3- Büyük ölçüde doğru.

4-Doğru.

1. Moralim bozuk olduğu zaman beni sakinleştiriyor. 1 2 3 4

2. Hasta veya moralim bozuk olduğu zaman bana karşı sempattir. 1 2 3 4

3. Ona çok sorun yarattığımı hissetmiyor. 1 2 3 4

4. Bir kişi olarak kendimi değerli hissetmemi sağlıyor. 1 2 3 4

5. Stresli durumlarda kontrollü olmayı başarır. 1 2 3 4

6. Moralim bozuk veya hasta olduğum zaman kendimi daha iyi hissetmemi sağlamaya çalışıyor. 1 2 3 4

7.Yapabileceklerim ve yapamayacaklarım hakkında gerçekçidir. 1 2 3 4

8. Beni sonuna kadar dinliyor. 1 2 3 4

9.Yakınımda olduğu zaman rahatlamış hissetmemi sağlıyor. 1 2 3 4

10. İşler iyi gitmese bile bana iyi davranır, beni zorlamaz. 1 2 3 4

11. Hasta veya moralim bozuk olduğu zaman düşüncelidir. 1 2 3 4

12. İhtiyacım olduğu zaman beni destekler. 1 2 3 4

13. Kendimi iyi hissetmediğim zaman durumumu anlamak için daha fazla bilgi toplamaya isteklidir. 1 2 3 4

14. Ben bir hata yapsam bile anlayışlı davranır. 1 2 3 4

15. Kendimi kötü hissettiğimde bana güven vermeye çalışır. 1 2 3 4

16. İyi olmadığımı söylediğim zaman sadece dikkat çekmek istiyorsun der.  
1 2 3 4

17.Beklentilerini gerçekleştiremediğimde beni aşağılar. 1 2 3 4

18. Moralim bozuk olduğu veya kötü hissettiğim zaman bana yardımcı olmaz.  
1 2 3 4
19. Beklentilerine uygun bir şekilde yaşamazsam beni eleştirir. 1 2 3 4
20. Kendimi iyi hissetmediğim zaman duygularımla nasıl baş edeceğini  
bilmiyor 1 2 3 4
21. İşler yolunda gitmediğinde bana kızar. 1 2 3 4
22. İyi olmadığım zaman beni durumu abartmakla suçlar. 1 2 3 4
23. İşler yolunda gitmediği zaman meseleleri daha da kötüleştirir. 1 2 3 4
24. Kendimi iyi hissetmediğim zaman beni, olayları uydurmakla suçlar.  
1 2 3 4
25. Bir işi iyi yapmadığım zaman çılgına döner. 1 2 3 4
26. İşler yolunda gitmediği zaman gergin hale gelir. 1 2 3 4
27. Kendimi iyi hissetmediğim zaman aynı düzeyde çaba bekler. 1 2 3 4
28. Her zaman işlerime burnunu sokar. 1 2 3 4
29. Her zaman, hakkımdaki her şeyi bilmek zorundadır. 1 2 3 4
30. Özel meselelerime burnunu sokar. 1 2 3 4
31. Hayatıma burnunu sokmaz. 1 2 3 4
32. Benden çok fazla şey bekler. 1 2 3 4
33. Çok fazla kişisel soru sormaz. 1 2 3 4

## Ek-3: Güçler Güçlükler Anketi

### GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tür)

E 11-17

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Adınız: .....

Kız / Erkek

Doğum Tarihi: .....

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle başkalarıyla paylaşıyorum (Örn. Yiyeceklerimi, oyunlarımı, kalemimi v.s.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle kendi başımayım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle bana söyleneni yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok endişelenirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıyım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaşıtlarım genelde beni sever.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkatim kolayca dağılır, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendimden küçüklere iyi davranırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var

Genel olarak aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlüklerinizin olduğunu düşünüyor musunuz:  
Duygular, dikkati toplama, davranışlar, başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler seni ne kadar sıkıntıya sokuyor ya da ne kadar moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arkadaş ilişkileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sınıf içi öğrenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boş zaman etkinlikleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler çevrendeki insanların(aile, arkadaşlar, öğretmenler vb.) hayatını zorlaştırıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İmza: .....

Tarih: .....

**Yardımmız için teşekkür ederiz**

© Robert Goodman, 2005

#### **Ek-4: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği**

##### **D – 1**

##### **MADDE 1**

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

##### **MADDE 2**

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

##### **MADDE 3**

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

##### **MADDE 4**

7. Genel olarak kendimden memnunum.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

##### **MADDE 5**

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

##### **MADDE 6**

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ



## TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca, bilgisini ve deneyimlerini istek ve özveriyle paylaşan, her an desteğini yanımda hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Ayşe Pınar VURAL'a ve uzmanlık eğitimim sürecinde katkılarından dolayı, Yrd. Doç. Dr. Yeşim TANELİ'ye içtenlikle teşekkür ederim.

Sadece rotasyon döneminde değil her ihtiyaç duyduğumda bilgi ve tecrübelerini paylaşan Psikiyatri AD. öğretim üyeleri Prof. Dr. Selçuk KIRLI, Prof. Dr. Aslı SARANDÖL, Doç. Dr. Enver Yusuf SİVRİOĞLU, Doç. Dr. Cengiz AKKAYA, Doç. Dr. Saygın EKER'e, ve tüm psikiyatri kliniği çalışanlarına teşekkürü bir borç bilirim.

Çocuk Nörolojisi rotasyonumda derin bilgilerinden faydalandığım, Prof. Dr. Mehmet Sait OKAN, Uzm. Dr. Muhittin BODUR ve tüm nöroloji çalışanlarına, samimiyetleri için çok teşekkür ederim.

Tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Deniz SİĞİRLİ'ya çok teşekkür ederim.

Asistanlığım boyunca beraber çalışıp, her zaman desteklerini aldığım ve çok güzel anılar biriktirdiğim değerli meslektaşlarım, dört yılın en değerli kazanımı olan asistan arkadaşlarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

Çocuk psikiyatrisi bünyesinde bir ekip ruhu ile çalışma fırsatı bulduğum psikolog, hemşire, personel, sekreter ve bilgi işlem memuru arkadaşlarıma teşekkür ederim

Hastanemizde birlikte çalışma fırsatı bulduğum bütün uzmanlara, asistan arkadaşlara, hemşirelere ve tüm personele teşekkür ederim.

Beni bu günlere getiren, her anımda yanımda hissettiğim en büyük destekçim, annem Ayla ERAY, babam Erol ERAY, ablam Ufuk ERAY ve abim Özkan ERAY'a sonsuz teşekkür ederim. İhtiyacım olduğu her an yanımda olan Zerde ERAY, Sibel DEMİRCİ ve neşe kaynağım Erol Çağan ERAY'a çok teşekkür ederim.

Şafak ERAY

## ÖZGEÇMİŞ

Ardahan'ın Göle ilçesinde, 1987 yılında, ailemin üçüncü çocuğu olarak dünyaya geldim. İlkokulu Gebze Mustafa Paşa İlköğretim okulunda, ortaokul ve liseyi Gebze Anadolu lisesinde tamamladıktan sonra 2004 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesine başladım. 2010 yılında mezun olduktan sonra 4 ay Karamürsel Devlet Hastanesi Acil Servisinde pratisyen hekim olarak görev yaptım. Nisan 2011'de Uludağ Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım. Uzmanlık eğitimim boyunca Sistemik Aile Terapileri Derneğinin Aile Danışmanlığı eğitimini tamamladım. Halen Emine Zinnur Kılıç tarafından verilen Aile Terapileri Eğitimine devam etmekteyim. Türk Psikiyatri Derneği tarafından verilen Temel Hipnoz Eğitimi ve EMDR eğitimlerini aldım. Kognitif Davranışçı Terapiler Derneğinin Bilişsel Davranışçı Terapiler eğitiminin 200 saatlik ilk iki modülünü ve süpervizyonunu tamamladım. Ceu SALVADOR'un eğitimciliğini yaptığı çocuklarda Bilişsel Davranışsal Terapiler Eğitimine devam etmekteyim.

Dr. Şafak ERAY