T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

KAYGI BOZUKLUĞU TANISI OLAN ERGENLERDE DAVRANIŞ PROBLEMLERİ İLE EMPATİK YANITLILIĞIN VE DUYGU TANIMANIN İLİŞKİSİ

Dr. BURCU YILDIRIM BUDAK

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2018

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

KAYGI BOZUKLUĞU TANISI OLAN ERGENLERDE DAVRANIŞ PROBLEMLERİ İLE EMPATİK YANITLILIĞIN VE DUYGU TANIMANIN İLİŞKİSİ

Dr. BURCU YILDIRIM BUDAK

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. NEŞE PERDAHLI FİŞ

İSTANBUL 2018

ÖNSÖZ

Marmara Tıp Fakültesi'nden emekli olduktan sonra da büyük bir özveri ile bizimle bilgi ve deneyimlerini paylaşmaya devam eden, çocuk psikiyatri alanında kendisinden sonraki nesillere yön vermiş ve daha da verecek olan, süpervizyonlarına katılma şansı yakaladığım ve sayesinde hastaya ve ailesine yaklaşımının nasıl olması gerektiği konusunda tecrübe edinmemi sağlayan, bilimsel zenginliği ile bizlerde ufuk açan Prof. Dr. Yankı YAZGAN'a,

Uzmanlık eğitimin en başından beri desteğini hiçbir zaman bizden esirgemeyen, hastanede olduğu kadar hastane dışı konularda da bizlere yardımcı olan; pozitif, olumlu ve çok yönlü bakış açısıyla bizlere hem bilimsel perspektifte hem de sosyal anlamda yol gösteren Prof. Dr. Ayşe ARMAN'a,

Asistanlık süreci boyunca her konuda bizlere yardımcı olabilen, zorlandığımız her hastada yanımıza koşan, klinik zenginliğini bizimle paylaşan, birlikte sayısız hasta görme fırsatı edindiğim, tez sürecinde de çok kez kolaylık sağlayan ve büyük fedakarlık ile yardımcı olan tez danışmanım Doç. Dr. Neşe PERDAHLI FİŞ'e,

Akademik araştırma konusunda azmi ile bizleri teşvik eden ve tecrübelerini bizimle paylaşan Prof. Dr. Osman SABUNCUOĞLU'na,

Samimiyeti ile yanında iken kendimizi çok rahat hissettiğimiz, hoş sohbeti ile günümüzü güzelleştiren, şefkat dolu kalbiyle emeklerini kimseden sakınmayan, akademik araştırma konusunda çalışkanlığı ve pratikliği ile sayesinde ilk makalemi yazma şansı yakaladığım Doç. Dr. Ayşe Burcu AYAZ'a,

Çalışma hayatındaki azim, titizlik ve disiplini ile bizlere yardımcı olan Yrd. Doç. Dr. Aliye Tuğba BAHADIR'a,

Yürütücü işlevlerinin fonksiyonelliğine hayranlık duyduğum, tez sürecimde hem hasta grubumu oluşturmamda hem de istatistik bilgisiyle kısa sürede çok yol katetmemi sağlayan, umarım yakın zamanda kendisini öğretim üyesi olarak göreceğimiz Uzm. Dr. Funda GÜMÜŞTAŞ'a,

Asistanlık eğitimimin son yıllarında birlikte çalışma fırsatı bulduğum, psikodinamik yaklaşımıyla; önceleri uzak durmak istediğim konular iken sayesinde fazlaca merak saldığım, ilgimi çeken bir alan haline gelmesini sağlayan Uzm. Dr. Veysi ÇERİ'ye,

Birlikte olduğumuz her an daha keyifli, neşeli ve bilgi paylaşımı halinde olduğum, Marmara'da günlerimin güzel geçmesini sağlayan başta Esra Atasoy ve eş kıdemim Tuğba Kuşcu olmak üzere, Esra Bozdemir, Günay Budak, Ender Atabay, Eray Fadıloğlu, Can Beşer, Başak Usta, Ferda Volkan, Gözde Özden'e ve birbirimizi teşvik

ederek akademik araştırmalara imza attığımız Gözde Yazkan'a ve tez sürecimde vaka grubunu oluşturmamda bana çok yardımcı olan Muhsine Göksü ve Esra Ormanlı'ya ve çalışmaktan mutluluk duyduğum diğer uzman ve asistan doktor arkadaşlarıma,

Kontrol grubunu oluşturmamda bana yardımcı olan pediatriden sevgili Dr. Ülkü Özer ve yıllarımın güzide arkadaşı Dr. Serim Pul'a,

Birlikte bir ekip olarak çalışırken, bizlerin işlerine yardımcı olan ve kolaylık sağlayan Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalı sekreterlerine ve personellerine,

Akademik misyon ve vizyonları ile bana hep yol gösteren abim ve Özlem ablama, varlıkları ile hayatımın neşe kaynakları olan sevgili yeğenlerim Demir ve Derin'e,

Sevgilerini, desteklerini her an yanımda hissettiğim, emeklerinin ve fedakarlıklarını asla karşılığı ödenmez olan, tüm eğitim ve öğretim hayatımdaki başarılarımı sayelerinde kazandığım canım annem ve babama,

Sevgisiyle hayatımı güzelleştiren, evliliğimizin henüz başında deneyimlemiş olduğumuz tez sürecimde beni büyük bir özveri ile yüreklendiren, birlikte geçireceğimiz mutlu günlerimizin mimarı, Biricik eşim Ali'ye,

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimle…

Dr. Burcu YILDIRIM BUDAK

Mayıs 2018

ÖZET

Kaygı bozuklukları çocuk ve ergen psikiyatrisinin en yaygın problemlerinden biri olup, gençlerin yaklaşık %10'u kaygı bozukluğu kriterlerini karşılamaktadır. Kaygı bozukluğu yaşayan bireylerin daha olumsuz kişilerarası ilişki tarzına sahip oldukları, daha fazla kişilerarası öfkeyle ilintili davranışlar yaşadıkları bulunmuştur. Sosyal kaygı düzeyinin yüksek oluşunun, empati becerisinin yeterli olmayışının ve olumsuz değerlendirilme korkusunun, ilişkisel saldırganlığın artması ile ilişkili olabileceği; yüksek düzey empatinin de daha düşük düzeyde ilişkisel saldırganlığı öngörebileceği ileri sürülmüştür. Bilgi işlemenin eksik oluşu, kişilerarası tehdit ve güvenlik sinyallerini okuma becerisini bozarak kaygıyı arttırabilir. Kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin yüz duygu tanıma becerilerinde eksiklik olduğu ve davranış problemleri olan bireylerin, empati becerilerinde eksiklik ve duygusal ifadeleri tanımakla ilgili güçlükleri olduğu bilinmektedir. Fakat kaygı bozukluğu ve davranış problemleri birlikte görüldüğünde, empati ve yüz duygu tanıma becerilerinin nasıl etkileneceği konusunda bilgiler yetersizdir.

Bu çalışmada, kaygı bozukluğu tanısı olan ergenlerde, davranış problemlerinin varlığında empati ve yüz duygu tanıma becerisinin ne derece etkilendiğini değerlendirmeyi ve sonuçlarını sağlıklı kontrollerle karşılaştırmayı amaçladık.

DSM-5 kriterlerine göre kaygı bozukluğu tanısı almış 11-17 yaş arası 58 ergen, kaygı bozukluğu grubunu; bu grup ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan sağlıklı 29 ergen, kontrol grubunu oluşturdu. Katılımcılara, genel psikiyatrik değerlendirme ve tanıların saptanması için okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu versiyonu–Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) uygulandı. ÇDŞG-ŞY-T ile taranamayan tanılar, araştırmacının DSM-5'e dayalı klinik görüşmesi ile değerlendirildi. Ergenlerin değerlendirilmesinde, sosyodemografik form, Çocukluk Çağı Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ), Sosyal Cevaplılık Ölçeği (SCÖ), Griffith Empati Ölçeği, Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA), KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği kullanıldı ve ergenlere Sözel Olmayan İfadelerin Tanısal Analizi (SİFTA) uygulandı. Veriler kaygı bozukluğu ve kontrol grubu olmak üzere önce iki grup üzerinden; daha sonra davranış problemlerinin eşlik edip etmemesine göre oluşturulan üç grup üzerinden değerlendirildi ve sonuçlar gruplar arasında kıyaslandı. Katılımcılar arasında ÇDDÖ suça yönelik davranışlar ve/veya saldırgan davranışlar alt ölçeklerinden en az birinden T≥55 üzerinde puan alanlar, davranış problemi olan gruba dahil edildi.

Ergenlerin yaşları ortalamaları 14,07±2,13 yıl arasında olup, grupların %58,6'sını kızlar oluşturmaktaydı. Kaygı bozukluğu grubunda en sık tanı özgül fobi idi. İki grup üzerinden yapılan analizlerde, ÇDDÖ somatik yakınmalar, anksiyete/depresyon, düşünce sorunları alt ölçek puanları ve içe yönelim sorunları puan ortalaması ve GGA

duygusal sorunlar ile toplam güçlük puanı, SCÖ sosyal, DEHB benzeri alt grup ve toplam puan ortalamaları kaygı bozukluğu grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu. KASİ bilişsel empati alt boyutu puanı kaygı bozukluğu grubunda anlamlı olarak daha düşüktü. SİFTA alt test ve toplam puan ortalamaları bakımından iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı. Üç grup üzerinden yapılan analizlerde SİFTA sonucunda sadece kaygı bozukluğu olan grupta kızgın ifade hata puanlarının fazla olduğu saptandı. KASİ duygusal, bilişsel, toplam puan ve Griffith toplam puan ortalaması sadece kaygı bozukluğu olan grupta en düşük; kaygı bozukluğu ve davranış problemlerinin birlikte olduğu grupta en yüksek bulundu, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. SCÖ tüm alt grup ve toplam puan ortalamaları üç grup arasında benzerdi.

Kaygı bozukluğuna grubunda ÇDDÖ ile ölçülen internalizan problemlerle ilişkili parametrelerin yüksek çıkması tanı ile uyumlu olup beklenilen bir sonuçtur. Sadece kaygı bozukluğu olan grupta kızgın ifadeleri tanımakta güçlük bulunması, kaygı düzeyi yüksek olan bireylerin tehdit ipuçlarından kaçmaya eğilimli olmasıyla ilişkili düşünülebilir. Kaygı bozukluğuna davranış problemi eklenmesi ile kızgın ifadeyi tanımaktaki güçlüğün azaldığı görülmüştür. Kaygılı bireyler, sosyal ortamlarda inhibe davranışları nedeniyle diğer bireylerin düşünce ve duygularını anlamak için daha az çaba harcayabilirler, bu durum da empati puanlarının düşük çıkmasına neden olmuş olabilir. Dahası, eşik altı düzeyde davranış problemlerinin kaygı bozukluğuna eşlik etmesinin, bireylerdeki inhibe sosyal davranışları azaltarak, empati becerisinin artmasına katkıda bulunabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Anahtar kelimeler: Kaygı bozukluğu, yüz duygu tanıma, empati, davranış problemi, ergen

ABSTRACT

Anxiety disorders are one of the most common problems of child and adolescent psychiatry. Almost 10% of young people meet the criteria of anxiety disorder. Individuals experiencing anxiety disorders have been found to have more negative interpersonal relationships and to engage in more interpersonal anger-related behaviors. It has been suggested that the high level of social anxiety, the lack of empathy skills, and the fear of negative evaluation may be related to the increase in relational aggression. Moreover, it has been suggested that high levels of empathy can predict lower levels of relational aggression. The lack of information processing can increase the anxiety by disrupting the ability to read personal threats and safety signals. It is well-known that children and adolescents with anxiety disorder lack facial emotion recognition skills and that individuals with behavioral problems lack empathy skills and have difficulties in recognizing emotional expressions. However, information is lacking about how empathy and facial emotional recognition skills are affected when anxiety disorders and behavior problems coincide.

In this study, we aimed to evaluate to what extend the empathy and facial emotional recognition skills are affected when behavioral problems co-occur in adolescents with anxiety disorders and to compare the results with those of healthy controls.

According to DSM-5 criteria, 58 adolescents with anxiety disorder between the ages of 11 and 17 constituted the anxiety disorder group. Age and sex matched, 29 adolescents, without any psychiatric diagnosis, constituted the control group. Psychiatric evaluation and establishment of diagnoses were conducted by a semi-structured interview Kiddie-schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version (K-SADS-PL). Diagnoses that could not be detected with K-SADS-PL, were evaluated by the researcher with a clinical psychiatric interview based on DSM-5. The Sociodemographic form, Childhood Behavior Checklist (CBCL), Social Responsiveness Scale (SRS), Griffith Empathy Measure, Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) and Child and adolescent KA-Sİ empathic tendency scale were used and Diagnostic analysis of nonverbal accuracy (DANVA-2) was applied to the adolescents. The initial comparisons of data were based on two groups, namely anxiety disorder and control group. Second group of analyses were conducted between three groups; anxiety-only group, anxiety disorder group with behavioral problems, and the control group. The individuals whose CBCL subscale scores of either delinquent behaviors and/or aggressive behavior were T≥55 were included in the group with behavior problems.

The mean age of adolescents was 14.07 ± 2.13 years and girls constituted 58.6% of the groups. The most common diagnosis in the anxiety group was specific phobia. The analysis performed on the two groups revealed that, the mean scores of CBCL

somatic complaints, anxiety/depression, subscale scores and thought problems and SDQ emotional and total difficulty scores, SRS social, ADHD-like subgroup and total score were significantly higher in the anxiety disorder group. KASI cognitive empathy subscale score was found to be significantly lower in the anxiety disorder group. There was no significant difference between the two groups in terms of subtests and total scores in DANVA-2. In the analyses performed on the three groups, there were more errors in the angry facial expressions in the anxiety-only group. Average KASI emotional, cognitive, total scores and Griffith total score were found to be the lowest in the anxiety-only group, whereas the highest scores were found in the anxiety disorder group with behavioral problems. The difference between groups was statistically significant. All SRS subgroup scores and the total score were found to be similar among the three groups.

The higher scores on parameters related to internalizing problems, as measured by CBCL, in the anxiety disorder group was consistent with the diagnosis and was an expected finding. The difficulty in recognizing angry facial expressions in anxiety-only group was thought to be related to the tendency of individuals with high anxiety levels to avoid threat clues. With the addition of behavioral problems to anxiety disorders, the difficulty in recognition of angry facial expression was decreased. Anxious individuals, due to inhibited behaviors in social settings, might have spent less effort to understand the thoughts and feelings of other individuals, therefore it might have resulted in the low empathy scores. Additionally, it can be argued that the co-occurrence of sub-threshold behavioral problems with anxiety disorder, may contribute to improvement of empathy skills, by reducing inhibitory social behaviors in individuals.

Keyword: Anxiety disorder, face emotion recognition, empathy, behavior problems, adolescent

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ..... **IV**
ÖZET ..... **VI**
ABSTRACT ..... **VIII**
İÇİNDEKİLER ..... **X**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **XIII**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **XV**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
1.1.Giriş 1
1.2.Temel Hipotezler ve Amaç 2
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1.Kaygının Belirtileri **4**
2.1.1. Fizyolojik belirtiler 4
2.1.2. Affektif belirtiler 4
2.1.3. Davranışsal belirtiler 4
2.1.4. Bilişsel belirtiler 4
2.2.Tarihçe **5**
2.3.Kaygı Bozukluklarının Sınıflandırılması **5**
2.4.Kaygı Bozukluklarının DSM-5'e Göre Tanı Kriterleri **6**
2.4.1. Ayrılma kaygısı bozukluğu 6
2.4.2. Seçici konuşmazlık (mutizm) 7
2.4.3. Özgül fobi 7
2.4.4. Toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi)- 8
2.4.5. Panik bozukluğu 9
2.4.6. Agorafobi 10
2.4.7. Yaygın kaygı bozukluğu 11
2.5.Etiyoloji **12**
2.5.1. Ailesel geçiş ve genetik 12
2.5.2. Mizaç 13
2.5.3. Nörokimya ve nöroanatomi 14
2.5.4. Model alma ve çevresel faktörler 15
2.6.Epidemiyoloji **15**
2.7.Klinik Özellikleri **16**
2.8.Komorbidite ve Ayırıcı Tanı **19**
2.9.Tedavi **20**
2.10. Empati **22**
2.10.1. Tanım ve tarihçe 22
2.10.2. Empatinin bileşenleri 23
2.10.3. Empati nörobiyolojisi 24
2.10.4. Empati ölçümü 24

2.10.5. Empati ve davranış problemleri 25
2.11. Duygu Tanıma (Duygusal Yüz İfadelerini Tanıma)..... 26
2.11.1. Çocuklarda duygu tanımanın gelişimi 28
2.11.2. Duygusal yüz ifadelerini tanıma ve kaygı bozukluğu..... 28
2.11.3. Duygu tanıma ve davranış problemleri 29
3. GEREÇ VE YÖNTEM 30
3.1.Araştırmanın Örneklemi 30
3.1.1. Kaygı bozukluğu (hasta) grubur 30
3.1.2. Kontrol (sağlıklı) grubu..... 31
3.2.Araştırmanın Deseni 32
3.3.Yöntem 32
3.4.Veri Toplama ve Ölçüm Araçları 34
3.4.1. Sosyodemografik veri formu..... 34
3.4.2. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu versiyonu–Türkçe uyarlaması 34
3.4.3. Wechsler çocuklar için zeka ölçeği–gözden geçirilmiş formu 35
3.4.4. Sözel Olmayan İfadelerin Tanısal Analizi 35
3.4.5. Güçler ve güçlükler anketi 36
3.4.6. KA-Sİ Çocuk ve ergenler için empatik eğilim ölçeği 36
3.4.7. Çocukluk çağı davranış değerlendirme ölçeği 37
3.4.8. Sosyal cevaplılık ölçeği..... 38
3.4.9. Griffith empati ölçeği 38
3.5.Verilerin İstatiksel Analizi 39
4. BULGULAR 40
4.1.Olguların ve Ebeveynlerin Genel Özellikleri..... 40
4.1.1. Olguların sosyodemografik özellikleri..... 40
4.1.2. Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri..... 41
4.1.3. Olguların doğum öyküsü..... 43
4.1.4. Olguların gelişim basamakları 43
4.1.5. Olguların erken çocukluk bakım ve eğitim öyküsü 44
4.1.6. Olguların tıbbi özgeçmiş ve psikiyatrik ilaç kullanımı dağılımları ... 44
4.2.Klinik Değerlendirme ile Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesii 45
4.2.1. Çocuklar için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu versiyonu-Türkçe uyarlaması..... 45
4.3.Ölçekler ve Yapılan Testlerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi 46
4.3.1. Çocukluk çağı davranış değerlendirme ölçeği 46
4.3.2. Sözel Olmayan İfadelerin Tanısal Analizi 48
4.3.3. Güçler ve güçlükler anketi 48
4.3.4. KA-Sİ Çocuk ve ergenler için empatik eğilim ölçeği 49
4.3.5. Sosyal cevaplılık ölçeği..... 49

4.3.6. KB grubu SCÖ ölçeği alt grupları arası korelasyonların değerlendirilmesi 50
4.3.7. Griffith empati ölçeği 51
4.4.Ölçekler ve Yapılan Testlerden Elde Edilen Verilerin Farklı Gruplandırma ile Yeniden Değerlendirilmesi 51
4.4.1. İkinci grup istatistik testlerinde sözel olmayan ifadelerin tanısal analizi 52
4.4.2. İkinci grup istatistik testlerinde KASİ ve Griffith ölçekleri empati puanlarının değerlendirilmesi 53
4.4.3. İkinci grup istatistik testlerinde SCÖ puanlarının değerlendirilmesi . 54
5. TARTIŞMA 55
5.1.Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirme 55
5.2.Ebeveyne Ait Sosyodemografik Özellikleri 56
5.3.Ölçeklerden ve Yapılan Testlerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi 57
5.4.İkinci Grup İstatistik Testlerinde Ölçeklerden Ve Yapılan Testlerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi 60
6. SONUÇLAR 64
6.1.Kısıtlılıklar 64
6.2.Sonuç ve Öneriler 65
7. KAYNAKLAR 67
8. EKLER 82
Ek-1. Araştırma Etik Onayı 82
Ek-2. Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 83
Ek-3. Sağlıklı Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 86
Ek-4. Sosyodemografik Veri Formui 87
Ek-5. Güçler ve Güçlükler Anketi 88
Ek-6. KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim ölçeği 90
Ek-7. Çocukluk Çağı Davranış Değerlendirme Ölçeği 91
Ek-8. Sosyal Cevaplılık Ölçeği 93
Ek-9. Griffith Empati Ölçeği 97

KISALTMALAR DİZİNİ

ACTH: Adrenokortikotropik Hormon

AKB: Ayrılık Kaygısı Bozukluğu

APA: American Psychiatric Association

BB: Bipolar Bozukluk

BDT: Bilişsel Davranışçı Tedavi

BZK: Bozukluk

CBCL: Child Behavior Checklist

ÇDDÖ: Çocukluk Çağı Davranış Değerlendirme Ölçeği

ÇDŞG-ŞY: Okul Çağı Çocukları için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Uyarlaması

DANVA: Diagnostic Analysis of Nonverbal Accuracy

DB: Davranım Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DLPFK: Dorsolateral Prefrontal Korteks

DP: Davranış Problemleri

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EC: Empathic Concern *(empatik ilgi)*

FS: Fantasy Scale *(fantezi ölçeği)*

fMRI: Fonksiyonel Manyetik Rezonans

GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi

HPA: Hipotalamo-pituiter aks

İO: İlkokul

KA-Sİ EEÖ: KA-Sİ Çocuk ve ergenler için empatik eğilim ölçeği

KB: Kaygı Bozukluğu

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

K-SADS-PL: Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version

MDB: Major Depresif Bozukluk

NT: Nörotransmitter

OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk

OO: Ortaokul

OKBİB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar

ORT: Ortalama

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

O-Y: Okur-Yazar

ÖRN: Örneğin

PD: Personal Distress *(kişisel sıkıntı)*

PT: Perspective Taking *(bakış açısını benimseme)*

SCÖ: Sosyal Cevaplılık Ölçeği

SDQ: Strength and Difficulties Questionniare

SKB: Sosyal Kaygı Bozukluğu

SM: Selektif Mutizm

SRS: Social Responsiveness Scale

SS: Standart Sapma

SİFTA: Sözel Olmayan İfadelerin Tanısal Analizi

SSGİ: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TTSİB: Travma ve Tetikleyici Stresörlerle İlişkili Bozukluklar

WISC-R: Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised

YDB: Yıkıcı Davranım Bozukluğu

YKB: Yaygın Kaygı Bozukluğu

YY: Yüzyıl

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Çalışma örnekleminin gruplara ayrılması

Tablo 2. Kaygı bozukluğu ve kontrol grubunda cinsiyet dağılımı

Tablo 3. Kaygı bozukluğu ve kontrol grubunda yaş ortalaması

Tablo 4. Anne ve babaların yaş ortalamaları

Tablo 5. Ebeveynlerin eğitim durumları dağılımlarının karşılaştırılması

Tablo 6. Olguların anne-baba birliktelik durumları

Tablo 7. Olguların kişi başına düşen gelir düzeyi ve evde yaşayan kişi sayısı durumları

Tablo 8. Olguların ailelerinin psikiyatrik yakınma ve psikiyatriye başvuru durumları

Tablo 9. Olguların doğum kilosu ve haftası

Tablo 10. Olguların gelişim basamakları dağılımları

Tablo 11. Olguların erken çocukluk bakım ve eğitim dağılımları

Tablo 12. Olguların tıbbi özgeçmiş ve psikiyatrik ilaç kullanımı dağılımları

Tablo 13. KB grubunda psikiyatrik tanı dağılımları

Tablo 14. KB ve kontrol grubunun ÇDDÖ puanları açısından karşılaştırılması

Tablo 15. KB ve kontrol grubunun SİFTA hata puanları açısından karşılaştırılması

Tablo 16. KB ve kontrol grubunun GGA puanları açısından karşılaştırılması

Tablo 17. KB ve kontrol grubunun KASİ puanları açısından karşılaştırılması

Tablo 18. KB ve kontrol grubunun SCÖ puanları açısından karşılaştırılması

Tablo 19. KB grubu SCÖ ölçeği alt grupları arası korelasyonların değerlendirilmesi

Tablo 20. Kaygı bozukluğuna etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

Tablo 21. KB ve kontrol grubunun Griffith empati ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Tablo 22. KB ve kontrol grubunun davranış problemi varlığına göre dağılımı

Tablo.23 İkinci grup istatistik testlerinde SİFTA hata puanlarının karşılaştırılması

Tablo 24. İkinci grup istatistik testlerinde KASİ ve Griffith ölçek puanlarının dağılımı

Tablo 25. İkinci grup istatistik testlerinde SCÖ puanlarının değerlendirilmesi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Günümüzde kaygı bozuklukları çocuk ve ergen psikiyatrisinin en yaygın problemlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Kaygı, sağlıklı bireylerde yaşam boyu deneyimlenen ve bireylerin gelişimi sırasında koruyucu ve uyumsal işlevi olan normal bir duygudur. Tersine, kaygı bozuklukları belirgin sıkıntı ve işlev kaybına neden olan korku ya da endişe ile karakterizedir. Gençlerin yaklaşık %10'u kaygı kriterlerini karşılamaktadır (E. Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003).

Çocuklarda kaygı sıklıkla irritabilite ile birliktedir. Kaygı düzeyi ile irritabilite arasında doğru orantı vardır (Emiroğlu-İnal & Baykara, 2008). Kaygı bozukluğu (KB) yaşayan bireylerin daha olumsuz bir kişilerarası ilişki tarzına sahip oldukları, daha fazla kişilerarası öfke ve öfkeyle ilintili davranışlar yaşadıkları ve kaygı ve genel belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kaygının öfke ile de benzer özelliklere sahip olduğu belirtilmektedir. İki duygu da yüksek düzeyde uyarılma ve düşük düzeyde memnuniyet içermektedir (Hisli Şahin, Batıgün, & Uzun, 2011).

Sosyal fobili çocuk ve ergenler aşırı bir şekilde utanç, olumsuz anlaşılma ve reddedilme gibi kaygılara odaklanma eğilimindedirler (Emiroğlu-İnal & Baykara 2008). Sosyal kaygı, olumlu kişiler arası ilişkiler gelişimini engelleyebilir (La Greca 2001; Watson & Friend 1969). Sosyal kaygısı yüksek bireylerin, karşılık verme amaçlı saldırganlığı kullanmaları akranlara göre daha olası olabilir. Loudin ve arkadaşları, yüksek düzey empatinin, daha düşük düzeyde ilişkisel saldırganlığı öngörebileceğini ve yüksek sosyal kaygı düzeylerinin de ilişkisel saldırganlığın artması ile ilişkili olabileceğini hipotez etmişlerdir (Loudin, Loukas, & Robinson, 2003).

İnsan ilişkilerindeki temel motivasyonlardan biri, bireylerin, karşısındaki tarafından yaşantılarının, duygularının ve düşüncelerinin anlaşılması ihtiyacını duymasıdır (Kaya & Siyez, 2010). Bir bireyin gözlemlenen başka bir deneyime tepkisi olarak tanımlanan, empatik eğilim, affektif/duygusal bir bileşen ile bilişsel bir bileşeni olan çok boyutlu bir yapıdır. Önceki araştırmalar, empatinin saldırgan davranışlar olasılığını hafiflettiğini veya azalttığını göstermiştir (Carlo, Raffaelli, Laible, & Meyer, 1999; Kaukiainen ve ark., 1999) Benzer şekilde, Mehrabian, üniversite öğrencilerinde empatinin duygusal bileşeninin, saldırganlık ve şiddet ile negatif ilişkili olduğunu bildirmiştir (Mehrabian, 1997). Empatik ilginin ve başkalarının bakış açısını benimsemenin eksik oluşu ve olumsuz değerlendirilme korkusu, kimi bireylerde (erkeklerde daha sık olmak üzere) ilişkisel saldırganlığın daha fazla ortaya çıkabileceğini göstermektedir (Loudin *ve ark.*, 2003).

Bilgi işlemenin eksik oluşu kişinin, kişilerarası tehdit ve güvenlik sinyallerini okuma becerisini bozarak sosyal kaygılarının artmasına katkıda bulunabilir. Easter ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenler, sağlıklı bireylerle kıyaslandıklarında, yüz-duygu tanımalarında eksiklik bulmuştur. Aynı çalışmada, beyin görüntüleme verileri, kaygı bozukluğu ile duygu-tanıma becerisindeki eksiklik ile arasında bir ilişki olduğunu göstermekte, amigdala bütünlüğü ve yüz-duygu tanıma becerisi arasındaki ilişkileri inceleyen diğer analizlerin seviyelerini belirlenmektedir (Easter *ve ark.,* 2005). Amigdala'nın, korku gibi sıkıntılı duygusal ifadelerde tepki vermede ve sosyalleşmede önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Patrick, Cuthbert, & Lang, 1994).

Klinik pratikte, karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) ve davranım bozukluğu (DB) olan çocuklarda, başkalarının duyguları ve iyi olma hali için empatinin ve endişenin çok az olduğu düşünülmektedir (De Wied, Goudena, & Matthys, 2005). Cohen ve Strayer, empatik eğilimin affektif ve bilişsel bileşenlerinin yanı sıra davranım bozukluğu olan ergenlerde durumla ortaya çıkan *(situation-induced)* affektif ve bilişsel empatide de eksiklikler göstermiştir (Cohen & Strayer, 1996). Wied ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, yıkıcı davranım bozukluğu (YDB) olan erkeklerin, eğilimli *(dispositional)* ve durumsal *(situational)* empatide eksiklikler gösterdiğini ortaya koymuştur (De Wied *ve ark.,* 2005).

1.2. Temel Hipotezler ve Amaç

Yazın bilgisinde;

- Kaygı bozukluğunda duygusal ifadeleri tanımakla ilgili güçlükler bulunduğu,
- Davranım bozukluğunda duygusal ifadeleri tanımakla ilgili güçlükler olduğu,
- Empati düzeyi arttıkça saldırganlığın azaldığı,
- Bireylerde sosyal kaygı düzeylerinde artış olduğunda, saldırgan davranış görülme sıklığının arttığı,
- Davranım bozukluğu olan bireylerin empati becerilerinde eksiklik olduğu bilinmektedir.

Bu bilgilerden yola çıkarak, çalışmamızda kaygı bozukluğu tanısı ile takip edilen ergenlerde, davranış problemlerinin eklenmesi ile empati ve karşısındakinin duygusunu tanıma becerisinin ne derece etkilendiğini ölçmeyi amaçladık.

Araştırma Soruları:

1. Kaygı bozukluğuna davranış problemleri eklendiğinde empatik yanıtlılık değişecek midir?
2. Kaygı bozukluğuna davranış problemleri eklendiğinde yüz-duygu tanıma becerisi değişecek midir?

2. GENEL BİLGİLER

Kaygı yaygın, hoş olmayan ve belirsiz bir olumsuzluk önsezisidir, anksiyete veya bunaltı olarak da isimlendirilir (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011). Kaygı, korkuya benzer bir duygu olmakla birlikte, kaygıyı ortaya çıkaran uyaran korkudaki kadar net değildir. Korku, güvenliği tehdit eden ya da etmesi muhtemel bir tehlike karşısında yaşanan bir tepkidir. Korku, somut bir tehdide karşı organizmanın cevabıdır. Bu tehdit bilinen, dıştan gelen, belirli veya kaynağında çatışma olmayan nesne veya durumdur. Kaygı ise yine bir tehdide cevaptır. Ancak bu bilinmeyen, içten gelen, belirsiz veya kaynağı tartışmalı olandır. Freud'un makalelerinde kullandığı "angst" sözcüğünün yanlış tercüme sonucu anksiyete olarak tercüme edildiği ileri sürülmüştür. Bu söz Almancada korku için kullanılmaktadır. Freud'un bu çalışmalarının başlarında bu farktan habersiz olduğu da ileri sürülmüştür. Fark, korkunun bilinen dışsal nesnelerden, kaygının ise bilinç dışı nesne tasarımları ve baskılanmış istek ve fantezilerden oluşmasıdır. Bazen bu fark o kadar net olmayabilir. Çünkü korku, dış dünyadaki diğer bir nesnenin yer değiştirmiş içsel bir nesneye, baskılanmış ve bilinçdışı materyale bağlı olarak da meydana gelebilmiş olmasıdır. Aralarındaki bir diğer temel fark kaygının daha çok kronik, korkunun ise akut bir olay olmasıdır. Korkunun aşırı, anlamsız olmasına ise fobi denmektedir. Kaygı ise her bireyin deneyimlediği, tanımlanması zor bir korku ve endişe duygusudur. Bu duyguya, göğüste sıkışma hissi, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk duygusu ve hemen tuvalete gitme gereksiniminin doğması gibi birtakım duyumlar ve otonom belirtiler eşlik edebilir. Huzursuzluk, dolanıp durma isteği de kaygının sık görülen belirtilerdendir.

Kaygının ortada somut bir tehlike olmaksızın yaşanması, sık ve şiddetli bir biçimde ortaya çıkması ve kişinin olağan yaşamını etkilemeye başlaması bireyde bir kaygı bozukluğu olduğunu düşündürür (Türkçapar, 2004). Bazı tanımlar kaygıyı, kaynağı büyük bir ölçüde bilinmeyen bir tehlike beklentisiyle sınırlandırarak korkudan ayırt eder. Kaygı, kişinin yeni koşullara uyumunu sağladığı gibi kişinin ruhsal gelişiminin daha üst basamaklara çıkmasında itici bir işlev görebilir. Kaygı, uyum sağlayıcı, ruhsal gelişimi olumlu yönde geliştirici işlevi yanında, engelleyici işlev de görebilir. Kaygının ne zaman maladaptif, nerede adaptif olduğunun tespiti önem arz etmektedir. Kaygıyla ilgili uyarılmışlığın performansı olumlu etkilediği optimal bir aralık vardır. Süregenleşmiş, kişinin verimini düşüren, kişiler arası ilişkilerde bozulmaya sebep olan, sıklıkla titreme, çarpıntı, ağız kuruluğu, kas gerginliği gibi fiziksel belirtilerin de eşlik ettiği kaygı durumları patolojik olarak değerlendirilmelidir (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011; Karamustafalıoğlu, 2010).

Kaygı bozuklukları, emosyonel, bilişsel, fiziksel ve davranışsal işlevler gibi pek çok alanda bozulmaya neden olur ve sıklıkla kronik bir gidişe sahiptir (D S Pine, Cohen, Gurley, Brook, & Ma, 1998)..

2.1. Kaygının Belirtileri

2.1.1. Fizyolojik belirtiler

Solunum sistemi belirtileri: hiperventilasyon, göğüste ağrı, yanma, basınç ve sıkışma hissi, nefes darlığı, hava açlığı, boğulma hissi, kesik soluma ve bronşial spazm.

Kardiyovasküler sistem belirtileri: çarpıntı, arteriyel kan basıncı değişiklikleri, baş dönmesi, presenkop, senkop, flushing ve aritmi.

Muskuloskeletal sistem ve nörolojik belirtiler: kaslarda gerginlik, spazm, reflekslerde artış, yorgunluk hissi ve çabuk yorulma, titreme, kas ağrıları, psödo-romatizmal ağrılar, titreme, pupil dilatasyonu, göz kapaklarında ve yüzde seyirme, uykuya dalma güçlüğü, uykusuzluk, kabuslar ve huzursuz uyku.

Cilt belirtileri: jeneralize/lokal terleme, soğuk ve nemli eller, kaşıntı, ateş basması, soğuk basması.

Gastrointestinal sistem belirtileri: karın ağrısı, epigastrik rahatsızlık, spazm, iştahsızlık, bulantı ve emezis, diare, disfaji, ağızda kuruma.

Genitoüriner sistem belirtileri: sık sık idrara çıkma, idrar miktarında artma, impotans, prematüre ejakulasyon.

2.1.2. Affektif belirtiler

Korku, endişe, sinirlilik, dehşete kapılma duygusu, tedirginlik, çaresizlik, gerginlik, alarm durumuna geçme.

2.1.3. Davranışsal belirtiler

Kaçma, kaçınma, motor huzursuzluk, olduğu yerde hareketsiz donakalma, yardım arama, kompulsiyonlar, davranışlarda inhibisyon, konuşma akışında bozukluk, koordinasyon bozukluğu.

2.1.4. Bilişsel belirtiler

Endişeler, konsantrasyon güçlüğü, önemli şeyleri hatırlayamama, düşüncede bloklar, aşırı uyanıklılık hali, kendini aşırı gözleme, korku veren görsel imgeler, başa çıkamama korkusu, aklını yitirme korkusu, fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu, yineleyici korkulu düşünceler, derealizasyon ve depersonalizasyon, katastrofik düşünceler, inrusif düşünceler-imgeler, obsesyonlar, flashbackler.

2.2. Tarihçe

Filologlar anksiyeteyi 17.yüzyılda (yy.) paroksismal olarak ortaya çıkan şiddetli huzursuzluk, yerinde duramama ve kaygı durumları için kullanmıştır. Benzer durumlar için Fransızlar *Angoisse,* Almanlar *Angst* ve İspanyollar *Angustia* sözcüklerini kullanmışlardır. 'Anksiyete sözcüğü' 19. yy sonlarında tıbbi anlamını kazanmıştır. Hint-Germen dilleri kökeninden ortaya çıkan "*Angh*" sözcüğünden türemiş olup "sıkıca bastırmak, boğazını sıkmak, sıkıntı ve tasalanma" anlamına gelmektedir. Bu duyguyla ilgili ilk yazılı kanıt, Sümerler'in Gılgamış destanında bulunmaktadır. Günümüze kadar gelen bu destanda Gılgamış, kendi ölümlülüğü ile alakalı kaygılarını anlatmaktadır (Özer, 2006).

1800'lü yılların başında anksiyetenin bedensel belirtilerinin her biri kardiyovasküler, gastrointestinal veya santral sinir sistemi gibi bazı organ ya da sistemlerin ayrı ayrı hastalıkları olarak düşünülürken; ruhsal belirtileri ise melankolik durumların bir parçası olarak değerlendirilirdi.

Freud'un 'Küçük Hans', Watson ve Rayner'in 'Küçük Albert', Mary Cover Jones'un 'Küçük Peter' vakaları anksiyete ile ilgili çalışmaların başında gelmektedir (Silverman & Weems, 1998). Freud (1894), yazılarında, histeri ve hipokondriyazis gibi geleneksel nevrozların psikolojik olduğunu söylerken; anksiyete nevrozu ve obsesyonel durumların organik kökenli olduğunu öne sürmüştür. Freud bu dönemde, anksiyetenin bedensel ve ruhsal belirtilerini bir araya getirerek 'anksiyete nevrozunu' tanımlamış ve anksiyeteyi nevrasteni kapsamından çıkartmıştır.

Çocukların anksiyete ve korkularının 100 yılı aşkın bir süredir literatürde tanımlandığını belirtilse de çocukluk çağında kaygı bozuklukları üzerine sistematik çalışmaların yapılması son yıllarda artmıştır. Anksiyete kapsamına giren çeşitli klinik durumların birbirlerinden ayrılarak farklı özellikleri olan, farklı birer hastalık olarak sınıflandırmalarda yer alması ilk defa Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın 3. baskısı DSM III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* (American Psychiatric Association, [APA], 1980) ve daha sonra DSM-III-R (APA, 1987) çocuklardaki anksiyete bozukluklarının tanı kriterlerini belirtmiştir (Silverman, & Weems, 1998; Özer, 2006).

2.3. Kaygı Bozukluklarının Sınıflandırılması

DSM-5'e göre kaygı bozuklukları; Ayrılma Kaygısı Bozukluğu, Seçici Konuşmazlık (Mutizm), Özgül Fobi, Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi), Panik Bozukluğu, Agorafobi, Yaygın Kaygı Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu ve Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu olarak sınıflandırılmaktadır.

DSM-5'te kaygı bozukluklarının sınıflandırılmasında önemli değişiklikler yapılmıştır. Bozukluklara yaşam boyu bakış açısı ve gelişimsel bakış açısı kavramlarıyla yaklaşılmıştır. Her bölümde bozuklukların bireysel gruplandırılması ve yeni belirleyicilerin kullanılması şeklinde yeni düzenlemeler getirilmiştir (Kupfer, 2015). DSM-IV'te yer alan Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), DSM-5'te Kaygı bozuklukları sınıflandırılmasından çıkarılmıştır. DSM-5'te OKB, Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar (OKBİB); TSSB, Travma ve Tetikleyici Stresörlerle İlişkili Bozukluklar (TTSİB) grupları içinde yer almaktadırlar. Ayrıca Selektif Mutizm ve Ayrılma Kaygısı Bozukluğu, Bebeklik Çocukluk ya da Ergenlik Döneminin Diğer Bozuklukları (DSM-IV) başlığından, DSM-5'te Kaygı Bozuklukları başlığı altında sınıflandırılmıştır. Yapılan bir diğer önemli değişiklik ise DSM-5'te panik bozukluk ile agorafobi ilişkisi kesilerek ikisi de farklı tanı olarak kategorize edilmiştir (APA, 2013; Akbaş, 2016).

2.4. Kaygı Bozuklukları'nın DSM-5'e Göre Tanı Kriterleri

2.4.1. Ayrılma kaygısı bozukluğu-309.21 (F93.0)

A. Aşağıdakilerden en az üçünün olması ile belirli, kişinin bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygun olmayan ve aşın düzeyde bir kaygı ya da korku duyması:

1. Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrılacak gibi olduğunda ya da ayrıldığında hep aşın tasalanma.
2. Bağlandığı başlıca kişileri yitireceği ya da bu kişilerin başına, hastalık, yaralanma, yıkım, ölüm gibi kötü bir olay geleceğiyle ilgili olarak, sürekli bir biçimde, aşırı tasalanma.
3. Bağlandığı başlıca kişilerden birinden ayrılmaya neden olacak, istenmedik bir olay (örn. kaybolma, kaçırılma, bir kaza geçirme, hastalanma) yaşayacağıyla ilgili olarak, sürekli bir biçimde, aşırı tasalanma.
4. Ayrılma korkusundan ötürü, okula, işe ya da başka bir yere gitmek için dışarı çıkmayı, evden uzaklaşmayı hiç istememe ya da buna karşı koyma.
5. Evde ya da başka ortamlarda tek başına kalmaktan ya da bağlandığı başlıca kişilerle birlikte olmamaktan, sürekli bir bicimde, aşırı korku duyma ya da bu konuda isteksizlik gösterme.
6. Evinin dışında ya da bağlandığı başlıca kişilerden biri yanında olmadan uyuma konusunda isteksizlik gösterme ya da buna karşı koyma.
7. Yineleyici bir bicimde, ayrılma konusunu da içerene karabasanlar görme.
8. Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da ayrılacak gibi olduğunda bedensel belirtilerle (örn. baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı, kusma) ilgili yineleyen yakınmalarının olması.

B. Bu korku, kaygı ya da kaçınma süreklilik gösterir, çocuklarda ve ergenlerde en az dört hafta, erişkinlerde altı ay ya da daha uzun sürer.
C. Bu bozukluk, klinik acıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, okulla ilgili, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
D. Bu bozukluk, otizm açılımı kapsamında bozuklukta değişikliğe aşırı direnç göstermekten ötürü evden ayrılmaya karşı koyma, psikozla giden bozukluklarda ayrılmaya ilişkin sanrılar ya da varsanılar, agorafobide güvenilir bir eşlikçi olmadan dışarı çıkmaya karşı koyma, yaygın kaygı bozukluğunda önem verdiği diğer kişilerin başına bir hastalık ya da başka kötü bir olay gelecek olmasından ötürü kaygılanma ya da hastalık kaygısı bozukluğunda bir hastalığının olduğuna ilişkin kaygı duyma gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.4.2. Seçici konuşmazlık (mutizm) - 312.23 (F94.0)

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

2.4.3. Özgül fobi

A. Özgül bir nesne ya da durumla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma (örn. uçağa binme, yükseklikler, hayvanlar, iğne yapılması, kan görme).
Not: Çocuklarda, korku ya da kaygı, ağlama, bağırıp çağırarak tepinme, donakalma ya da sıkıca sarılma ile kendini gösterebilir.
B. Fobi kaynağı nesne ya da durum, neredeyse her zaman, doğrudan korku ya da kaygı doğurur.
C. Fobi kaynağı nesne ya da durumdan etkin bir bicimde kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.
D. Duyulan korku ya da kaygı, özgül nesne ya da durumun yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.
E. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

G. Bu bozukluk, panik benzeri belirtilere ya da yetersizleştiren belirtilere (agorafobide olduğu gibi) eşlik eden korku, kaygı ya da kaçınma gibi; takıntılarla ilişkili nesneler ya da durumlar gibi (takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi); örseleyici olayların anımsatıcıları gibi (örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi); evden ya da bağlandığı kişilerden aynlma gibi (aynlma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi) ya da toplumsal durumlar gibi (toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi) başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

Fobi kaynağı uyarana göre kodlanır:

300.29 (F40.218) Hayvan (örn. örümcekler, böcekler, köpekler),

300.29 (F40.228) Doğal çevre (örn. yükseklikler, fırtınalar, su),

300.29 (F40.23x) Kan-iğne-yaralanma (örn iğneler, sağlıkla ilgili girişimler),

300.29 (F40.248) Durumsal öorn. uçaklar, asansörler, kapalı yerler),

300.29 (F40.298) Diğer (soluğun tıkanmasına ya da kusmaya yol açabilen durumlar; çocuklarda, örn. yüksek sesler ya da özel giysili kişiler).

2.4.4. <u>Toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi)</u>-300.23 (F40.10)

A. Kişinin, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekleri arasında toplumsal etkileşmeler (örn. karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (örn. yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örn. bir konuşma yapma) vardır.

Not: Çocuklarda kaygı, yaşıtlarının olduğu ortamlarda ortaya çıkmalı ve yalnızca erişkinlerle olan etkileşmeler sırasında ortaya çıkmamalıdır.

B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilecek bir bicimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir bicimde; başkalarınca dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir bicimde).

C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

Not: Çocuklarda, korku ya da kaygı, ağlama, bağırıp çağırarak tepinme, donakalma, sıkıca sarılma, sinme ya da toplumsal durumlarda konuşamama ile kendini gösterebilir.

D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır.

E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik acıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Korku, kaygı ya da kaçınma, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

İ. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm acılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk), korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir.

Varsa *belirtiniz:*

Yalnızca bir eylemi gerçekleştirme sırasında: Duyulan korku, toplum önünde konuşma ya da başka bir eylemi gerçekleştirme ile sınırlı ise.

2.4.5. <u>Panik bozukluğu</u> – 300.01 (F41.0)

A. Yineleyen beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha çoğunun) ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırdığı bir durumdur:

Not: Böyle bir durum, kişinin dingin ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırabilir.

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.
2. Terleme.
3. Titreme ya da sarsılma.
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu.
5. Soluğun tıkandığı duyumu.
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.
7. Bulantı ya da karın ağrısı.
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu.
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları).
11. Gerçekdışılık (“derealizasyon”, gerçekdışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma (“depersonalizasyon”, kendinden kopma duyumu).
12. Denetimini yitirme ya da “çıldırma” korkusu.
13. Ölüm korkusu.

Not: Kültüre özgü belirtiler (örn. kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, denetim dışı çığlık atma ya da ağlama) görülebilir. Bu belirtiler, gereken dört belirtiden biri olarak sayılmamalıdır.

B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay (ya da daha uzun bir) süreyle olur:

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (örn. denetimimi yitirme, kalp krizi geçirme, "çıldırma") ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma.
2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri (örn. Spor yapmaktan ya da tanıdık, bildik olmayan durumlardan kaçınma gibi panik atağı geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme.

C. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi, kalp-akciğer hastalıkları) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Panik atakları, toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi, yalnızca korkulan toplumsal durumlara tepki olarak; özgül fobide olduğu gibi, sınırlı birtakım fobi kaynağı nesneler ya da durumlara tepki olarak; takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi takıntılara tepki olarak; örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi örseleyici olayların anımsatıcılarına tepki olarak ya da ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bağlandığı kişilerden ayrılmaya tepki olarak ortaya çıkmamaktadır).

2.4.6. <u>Agorafobi</u> - 300.22 (F40.00)

A. Aşağıdaki beş durumdan ikisi (ya da daha çoğu) ile ilgili olarak belirgin korku ya da kaygı duyma.

1. Toplu taşıma araçlarını kullanma (örn. otomobiller, otobüsler, trenler, gemiler, uçaklar).
2. Acık yerlerde bulunma (örn. otoparklar, alışveriş merkezleri, köprüler).
3. Kapalı yerlerde bulunma (örn. mağazalar, tiyatrolar, sinemalar).
4. Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma.
5. Tek başına evin dışında olma.

B. Kişi, kaçmanın güç olabileceğini ya da panik benzeri ya da yetersizleştiren ya da utanç veren (örn. yaşlılarda düşme korkusu; altına kaçırma korkusu) diğer belirtilerin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü için bu tur durumlardan korkar ya da kaçınır.

C. Agorafobi kaynağı durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

D. Agorafobi kaynağı durumlardan etkin bir bicimde kaçınılır, bir eşlikçiye gereksinilir ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.

E. Duyulan korku ya da kaygı, agorafobi kaynağı durumların yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik acıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. inflamatuvar bağırsak hastalığı, Parkinson hastalığı), korku, kaygı ya da kaçınma açıkça aşırı bir düzeydedir.

I. Korku, kaygı ya da kaçınma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz. Sözgelimi, belirtileri özgül fobi, durumsal tur ile sınırlı değildir; yalnızca toplumsal durumları (toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi) kapsamaz ve yalnızca takıntılarla (takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi), dış görünümle ilgili algılanan kusurlarla (beden algısı bozukluğunda olduğu gibi), örseleyici olayla anımsatıcılarla (örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi) ya da ayrılma korkusuyla (ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi) ilişkili değildir.

Not: Agorafobi tanısı, panik bozukluğu olup olmadığına bakılmaksızın konur.

Kişinin klinik görünümü, hem panik bozukluğu, hem de agorafobi için tanı ölçütlerini karşılıyorsa, her iki tanı birlikte konmalıdır.

2.4.7. <u>Yaygın kaygı bozukluğu</u> - 300.02 (F41.1)

A. En az altı aylık bir surenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.

B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden ucu (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):

Not: Çocuklarda yalnızca bir maddenin olması yeterlidir.

1. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.
2. Kolay yorulma.
3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması.
4. Kolay kızma.
5. Kas gerginliği.
6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).

D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik acıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik bozukluğunda panik atakları olacağına ilişkin kaygı ya da kuruntu, toplumsal kaygı bozukluğunda [sosyal fobi] olumsuz değerlendirilme, takıntı-zorlantı bozukluğunda bulaşma ya da diğer takıntılar, ayrılma kaygısı bozukluğunda bağlandığı kişilerden ayrılma, örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda örseleyici olayların anımsatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, bedensel belirti bozukluğunda bedensel yakınmalar, beden algısı bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda önemli bir hastalığı olma ya da şizofreni ya da sanrılı bozuklukta sanrısal inançların içeriği).

2.5. Etiyoloji

Kaygı bozukluklarının etiyolojisine genel olarak bakıldığında; genetik, ailesel geçiş, mizaç, nörokimya, nöroanatomi, model alma, çevresel faktör gibi pek çok alan kaygı bozukluğu etiyolojisinden sorumlu tutulmaktadır.

2.5.1. Ailesel geçiş ve genetik

Kaygı bozukluklarında ailesel geçiş mevcuttur (Güveli & İşeri, 2016). Kaygılı çocukların anne-babalarında kaygı bozukluğu daha çok olduğu gibi; kaygılı anne-babaların da çocuklarında kaygı bozukluğu görülme olasılığı daha sıktır (Rapee, Schniering, & Hudson, 2009).

Bu zamana kadar yapılan çok sayıda araştırmada, çocuklarda çeşitli kaygı düzeylerindeki farklılıkları açıklamada hem genlerin hem de çevresel etkilerin önemli rol oynadığını ortaya konulmuştur. Bu, araştırmacıları spesifik genlerin kaygı üzerine etkisi olabileceği yönünde çalışmaya teşvik etmiştir. Anksiyete ve spesifik genler arasındaki bazı bağlantılar belirlenmiştir. Bu bağlantılar dopamin ve serotonin genleri ve farklı kaygı semptomları arasındaki ilişkiyi de içermektedir. Kaygıda, moleküler genetik çalışmalarının ana odağı serotonin markerları (DNA sekansları) olmuştur. Serotonin markerlarına ilaveten dopamin genleri, katekol-O-metiltransferaz, kortikotropin salgılatıcı hormon/kortikotropin salgılatıcı faktör genleri de kaygı bozukluğunda ilgi çekmiştir (Gregory & Eley, 2007). Kaygı bozukluğunun etiyolojisi ile ilgili yapılan ikiz çalışmalarında genetik faktörlerin %30-40 oranında etkili olduğu görülmüştür (Rapee ve ark., 2009). Çocukluk çağı kaygısının diğer davranışsal ve duygusal sorunlarla bir arada meydana gelebileceği kabul edilmiş ve ikiz çalışmaları, kaygı ile çeşitli semptom ve bozukluklar arasındaki bağlantıları keşfetmeye başlamıştır (Angold, Costello, & Erkanli, 1999; Gregory & Eley, 2007).

Yaygın kaygı bozukluğu (YKB) etiyolojisinde genetik etkenler belirli bir rol oynar. Sağlıklı kontroller birinci derece akrabalarıyla kıyaslandığında, YKB olan bireylerin birinci derece akrabalarında beş kat daha fazladır (Noyes, Clarkson, Crowe, Yates, & McChesney, 1987). Tedaviye dirençli bir YKB olgusunda $GABA_A$ reseptörlerini kodlayan $ß_1$ alt birim genlerinden birisinde bir aminoasid yer değişmesinin yanı sıra sağ frontal ve orbitotemporal bölgede $GABA_A$'ya bağlanan bir radyotraserinin bağlanmasının azaldığı bulunmuştur (Sevinçok, 2007).

Ayrılma kaygısı bozukluğunun (AKB) kalıtılabilirlik oranları çalışmalarda çok düşükten orta seviyeye kadar farklılık göstermektedir (Güveli & İşeri, 2016). Bolton ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir ikiz çalışmasında, AKB için eş komorbidite oranı %73'tür (Bolton ve ark., 2006).

Feigon ve ark. (2001), 3-18 yaşlarındaki ikizlerde ve ikiz olmayan kardeşlerde sosyal kaygı bozukluğu (SKB) semptomlarını incelemişler ve hem genetik hem de paylaşılmış çevresel faktörlerin etkisini bulmuşlardır (Feigon, Waldman, Levy, & Hay, 2001). Sosyal kaygı bozukluğu ile ilgili yapılan aile ve ikiz çalışma sonuçları, tüm vakalarda genetik faktörlerin orta düzeyde katkısı olduğunu desteklemektedir (Dilbaz, 2000). Monozigot ikizlerde konkordans hızı %24.4, dizigotik ikizlerde ise %15.3 bulunmuştur ve sosyal kaygı bozukluğunun kalıtsal geçiş indeksinin %30 civarında olduğu öne sürülmüştür (Kendler, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1992).

Yapılan çalışmalarda, panik bozukluğu (PB) olan bireylerin ailelerinde de panik bozukluğuna daha sık rastlandığı görülmüştür. PB tanısı alan vakaların, birinci derece yakınlarında PB oranı %7-21 bulunmuştur (Torgersen, 1990).

Özgül fobi alanında yapılan genetik araştırmalar, özgül fobi için genetik yatkınlığı desteklemektedir. 8 ile 9 yaşındaki ikiz çocuklarda korkular ve fobiler üzerine yapılan bir araştırmada, herhangi bir özgül fobi için yüksek kalıtsallık oranı (%65) olarak bulundu (Bolton ve ark., 2006; Lichtenstein & Annas, 2000). Selektif mutizm (SM) tanısı olan çocuklarla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, bu çocukların aile üyelerinin yaklaşık yarısında SM hikayesi pozitif bulundu (Oerbeck, Stein, Wentzel-larsen, Langsrud, & Kristensen, 2014). Ayrıca 'contactin associated protein-like2 gen polimorfizmi' çocuklarda SM için yüksek riskle ilişkili bulunmuştur (Stein ve ark., 2011).

2.5.2 Mizaç

Mizaç, kaygı bozukluğu etiyolojisinde çok fazla araştırılmış ve en iyi tarif edilmiş risk faktörüdür (Güveli & İşeri, 2016). Kaygı ile ilişkili bulunan mizaç stili, utangaçlık, davranışsal inhibisyon ve geri çekilme ile karakterizedir (Rapee ve ark., 2009). Bu mizaç stilinde olan çocuklarda görülen başlıca özellikler; yabancılara yaklaşmada veya yabancılarla iletişim kurmada yavaşlık, güvenlik figürleri ile yakın olma eğilimi, yenilikler karşısında sıkıntı belirtileri gösterme veya geri çekilme davranışında olma,

kısıtlı ve inhibe sosyal davranışlarda bulunmadır (Kagan, Reznick, Clarke, Snidman, & Garcia-Coll, 1984; Hirshfeld ve ark., 1992). Genç bireylerde, inhibe mizaç ile kaygı bozukluğu arasındaki benzerlik çok açıktır. Teorik modeller, kaygı bozukluğu için ana risk faktörlerden biri olarak inhibe mizacı işaret etmektedir (Rapee ve ark., 2009). Yüksek düzeydeki inhibisyon, kaygı bozukluğunda görülen semptomların çoğuyla aynıdır, ancak bireyin yaşamını aynı oranda etkilemez. Belirtiler yaşam kalitesini etkilediğinde bir bozukluk tanısı konabilir. Mizaç ve kaygı bozukluğu aynı risk faktörlerini paylaşmaktadır, fakat bozukluğun yaşamı etkilemesi için yaş, cinsiyet ve kültürel vs. gibi ek faktörlere de ihtiyaç vardır (Rapee ve ark., 2009; Rapee & Spence, 2004). İnhibe çocukların, okul öncesi çağda bile çok sayıda kaygı bozukluğu kriterini karşıladığı gösterilmiştir (Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards, & Sweeney, 2005).

2.5.3. Nörokimya ve nöroanatomi

Normal veya anormal kaygı, başlıca merkezi sinir sisteminden kaynaklanmaktadır. Amigdala, korku ve kaygı oluşumunda limbik sistemde en önemli rolü olan nöroanatomik yapıdır (LeDoux, 1998). Amigdala ve amigdala ile nöronal bağlantılarla iletişim kuran lateral hipotalamus, vagusun dorsomedial nükleusu, nükleus ambigius, parabrakial nükleus, ventral tegmental alan, lokus seruleus, pedinkülopontin nükleus, nükleus retikülaris ve hipotalamusun paraventriküler nükleusu normal ve patolojik kaygı oluşumundaki başlıca nöroanatomik yapılardır (Carvey 1998; Ninan, 1999). Lokus seruleus merkezi sinir sisteminin otonomik ve emosyonel alarm yanıtları ile ilişkili merkezidir. Lokus seruleusun uyarılması ve noradrenalin düzeyinin artması korku duyumsama, taşikardi, tremor, ağız kuruluğu, kan basıncında artış, gastrointestinal sistemde peristaltik hareketlerde artış, terleme ve pupillalarda genişleme gibi otonomik ve emosyonel kaygı semptomlarına neden olur (Uzbay, 2002).

Bilimsel çalışmaların sonuçları, gama amino butirik asid -benzodiazepin reseptörü-Cl- iyonofor kompleksi, noradrenerjik nistem ve serotonerjik sistem olmak üzere üç temel santral nörotransmitter sistemi hem normal hem de patolojik kaygı oluşumunda ve sürdürülmesinde önemli rollere sahip olduğuna işaret etmektedir. Hipotalamo-pituiter aks (HPA) ve kortizol salınımı strese yanıtta rol oynar. Kanıtlar sürekli strese maruz kalmanın kortizol salınımının düzensizleşmesine ve inatçı bir kaygının ortaya çıkmasına neden olduğunu göstermektedir (Sevinçok, 2007). Ayrıca, HPA ve adrenokortikotropik hormonun (ACTH), depresiflerde inaktif iken; kaygı ve artmış streste aktif olduğu bilinmektedir (Uzbay, 2002).

2.5.4. Model alma ve çevresel faktörler

Kaygılı çocukların ailelerinde, kaygılı olmayan çocukların ailelerine göre aşırı koruyucu ve kontrol edici ebeveyn davranışları olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (Whaley, Pinto, & Sigman, 1999). Böyle ebeveynler , olumsuz duygusal deneyimlerden korumak adına, çocuklarına karşı daha müdahaleci davranabilirler (Rubin, Burgess, & Hastings, 2002). Ebeveynlerin koruyucu ve kollayıcı tutumları kaygılı olan çocuklarının kaygılarını pekiştirmekte, sosyal girişimlerden önce cesaretlerini azaltmakta ve kaçınma davranışlarının sürmesine yol açmaktadır (Dadds & Barrett, 1996). Aşırı koruyucu olma ve çocuğun kaçınma davranışlarını destekleme, AKB'nin devamını etkileyebilmektedir (Hudson & Rapee, 2000). Araştırmalar, kaygılı ebeveynlerin, çocuklarında endişe uyandıran eğilimleri arttırabileceklerini göstermektedir.

Çocuklarda fobilerin gelişiminde, direkt/klasik koşullanma, bilişssel çarpıtmalar ya da olumsuz bilgi aktarımı rol oynadığı gibi; model alma ve başkalarının fobik davranışlarını gözlemleme ile dolaylı öğrenme de katkı sağlamaktadır.

Fiziksel ve cinsel istismarın, aile içi şiddetin, çocuktaki kaygıyı arttırdığı bilinmektedir (Güveli & İşeri, 2016). Bu stresli durumlar, sadece kaygı bozukluğuna özgül değildir, çok sayıda çocukluk psikopatoloji riskini arttırmaktadır (Rapee, 2012). Yapılan çalışmalarda, kaygı bozukluğu olan çocuklarda, olmayanlara göre daha fazla negatif yaşam olayı bildirilmiştir (Allen, Rapee, & Sandberg, 2008). Fakat negatif yaşam olayları ile kaygı bozukluğu aralarındaki ilişki tam olarak aydınlatılmamıştır.

2.6. Epidemiyoloji

Kaygı bozuklukları çocuk ve ergen psikiyatrisinin en yaygın problemlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Gençlerin yaklaşık %10'u kaygı kriterlerini karşılamaktadır (Costello ve ark., 2003). Costello ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada, kaygı bozukluğunun bir yıllık prevelans oranının % 13 kadar yüksek olduğu tahmin edilmektedir (Costello, Angold, BJ, & ark., 1996). Yapılan çalışmalarda, çocuk ve ergenlerde, herhangi bir kaygı bozukluğunun yaşam boyu prevelansı %15-31 olarak bulunmuştur (Akbaş, 2016). Ayrı çalışmalarda prevelans oranlarının bu kadar geniş aralıkta olması, metodolojik yöntemlerin farklı olmasından kaynaklanabilmektedir. Kaygı bozukluğu epidemiyolojisi ile ilgili çalışma sayısı ülkemizde az sayıdadır. 2014 yılında Türkiye'de yapılan bir gözden geçirmede, çocuk ve ergenlerde kaygı bozukluğu oranı %13-45 arasında bulunmuştur (Binbay ve ark., 2014).

Genel popülasyonda, AKB (ayrılık kaygısı bozukluğu)'nin oranları rölatif olarak düşük iken (yaklaşık olarak %4), klinik popülasyonda %10 kadar yüksek olabilmektedir. AKB, kızlarda erkeklerden daha sık görülmektedir (CG, Hersen, Kazdin, Orvaschel, & Perrin, 1991).

Selektif mutizm ile ilgili çok az çalışma yapıldığından dolayı, DSM'ye göre, selektif mutizm prevelans oranları hakkında çok az şey bilinmektedir (APA, 2013). Prevelans oranlarının %0,03 ile %1 arasında olduğu ve klinik popülasyonda da bu oranların daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Bozukluğun uzun ömrü hakkında da az bilgi vardır, çoğu çocukta bozukluk büyümesine -*outgrow*- rağmen, semptomlar sosyal kaygı bozukluğu şeklinde görülebilmektedir.

Kaygı bozukluğu için yönlendirilen çocukların yaklaşık %15'inde özgül fobiler bulunmaktadır ve kızlar, erkeklerden daha fazla korku duymaktadır (Silverman & Nelles, 1988). 13-16 yaş arası ergenlerde özgül fobi oranı yaklaşık olarak %16 iken, küçük çocuklarda bu oran %5'tir (APA, 2013).

Sosyal kaygı bozukluğu yaşam boyu prevelansının %3 ile %13 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Fakat çocuklar için sosyal kaygı bozukluğu prevelansının %1-2 kadar az olduğu bilinmektedir (Beidel, Turner, & Morris, 1999).

Toplum örnekleminde, panik bozukluk için yaşam boyu prevelans %3,5'tür. Başlangıcı geç ergenlikte ve otuzlu yaşların başındadır. PB, kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir (APA, 2013). 600'den fazla ergenin dahil edildiği bir çalışmada, en az bir panik atak görülmesi %16 oranında rapor edilmiştir. Bu çalışmada da kadınlar (%21,3), erkeklerden (%10,8) iki kat fazla sayıda panik atak geçirdiklerini bildirmişlerdir (King, Ollendick, Mattis, Yang, & Tonge, 1996). Agorafobi de kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir. Her yıl toplumun yaklaşık %1,7'si agorafobi tanısı almaktadır. Agorafobi çocuklukta da belirgin olmasına rağmen, bu bozukluk çoğunlukla geç ergenlik veya erken erişkinlikte başlamaktadır, ortalama başlangıç yaşı 17'dir.

Yaygın kaygı bozukluğunun yaşam boyu prevelans oranları %2 ile %5 arasındadır. Yaygın kaygı bozukluğunun başlangıcı 8-10 yaş gibi nispeten daha erkendir ve bu vakaların 1/3'ünde diğer kaygı bozuklukları ve depresif bozukluklar gelişmektedir (Last, Perrin, Hersen, & Kazdin, 1996).

2.7. Klinik Özellikler

Ayrılık kaygısı bozukluğu, çocukların bakım verenlerinden herhangi bir ayrılıkları söz konusu olduğunda, yoğun korku ve kaygı duymalarından kaynaklanan birtakım semptomları içermektedir. Bu bozukluk günlük hayatta önemli miktarda sıkıntı ve bozulmaya neden olmaktadır. Ayrılık kaygısı olan çocuklar, gelişim düzeyleri ile uygunsuz olan ve en az dört haftadır süren yoğun sıkıntı duygusu deneyimlerler. Bu bozukluk 18 yaşından önce ortaya çıkmaktadır. AKB'nin 6 yaşından önce meydana gelmesi erken başlangıç olarak kabul edilir (APA, 2013). Bakım veren kişi ile yakın olma ihtiyacı, sosyal ve akademik fonksiyonlarda bozulma ile sonuçlanmaktadır.

AKB'si olan çocukların tanıdık bildik yerlerden ayrı kalmaları istendiğinde, bu çocuklar önemli huzursuzluklar yaşarlar. Sıkıntı belirtileri mide ağrısı, kusma gibi

belirgin fiziksel ve somatik şikayetler şeklinde olabilir. Ebeveynler, sıklıkla AKB olan çocuklarının -çok şey istediklerini ve intrusif olduklarını- söylerler (Wilmshurst, 2014).

Seçici mutizm, konuşmanın beklendiği spesifik durumlarda (örn. sorulara cevap verme, sınıf arkadaşlarıyla etkileşim kurma gibi okulla ilgili aktivelerde), en az bir aydır süren, çocukların sergilemiş olduğu konuşmaya karşı isteksizliktir. Bu davranış, zayıf dil becerilerinden ya da konuşma sorunundan kaynaklanmamaktadır. Çünkü çocuğun evi ya da yakın arkadaşları gibi daha tanıdık ortamlarda, konuşma yeteneği oldukça iyi gözükmektedir (Wilmshurst, 2014).

Fobiler çocuklukta yaygın olmasına rağmen, fobilerin doğası ve sayısı yaşla birlikte değişmektedir. Korkular "tehlike veya tehdit" ile ilgili iken, endişeler daha çok "sosyal veya bilişsel rahatsızlık hissi" ile ilgilidir (Laing, Fernyhough, Turner, & Freeston, 2009). Çocuklar, farklı gelişim evrelerinde ortaya çıkan endişe veya stresörlerin farklı tiplerine dayalı, geniş bir yelpazede korkular sergileyebilmektedirler. Çalışmaların çoğunda korkuların yaşla birlikte azaldığı bildirilmektedir. Korkular, yedi yaşından sonra azalmaya eğilimli iken, kaygılar çocukların %80'inde artarak devam etmektedir ve çoğunlukla performans veya sosyal konular ile ilgili olmaya meyillidir. (Muris, Luermans, & Merckelbach, 2000). Kızlar bütün yaşlarda erkeklerden daha fazla korkulu ve kaygılıdırlar (Gullone, King, & Ollendick, 2001; Laing ve ark., 2009).

Sosyal kaygı bozukluğunda, sıklıkla sosyal veya performans durumlarından kaçınmaya götüren utanç veya aşağılanma korkusu hastalığını çekirdek belirtileridir. Kaygı, bireyin değerlendirildiği ya da dikkatle incelendiği, tanışma ve tebrik etme gibi sosyal etkileşimin olduğu ortamlarda, topluluk içinde yeme-içme gibi faaliyetlerde bulunduğunda veya sunum yapma gibi performasın olduğu durumlarda belirgindir (Wilmshurst, 2014). Bu durumlarda aşırı korku ve kaygı şu şekildedir:

- Gerçek tehditin ötesinde daha abartılıdır,
- Israrlı ve inatçıdır,
- Önemli miktarda sıkıntı ve bozulmaya neden olur.

Daha büyük çocuklar korkunun mantıksız olduğunu fark edebilirler ama kontrol edemezler. Utanma topluluk içinde yeme, içme veya yazma ile ilişkilidir. Çocuklarda sosyal kaygı bozukluğu tanısı, kaygının sadece yetişkinlerin değil akranlarının da bulunduğu ortamlarda ortaya çıkmasını ve en az altı ay boyunca belirgin olmasını ve işlevselliği önemli ölçüde etkilemesini gerektirmektedir. Çocuk ve ergenler, kaçınma (okul devam sorunları), kaçma davranışları (öğle yemeği yerine kütüphaneye gitmek), kendini olumsuz değerlendirme ve artmış fizyolojik uyarılma (rahatsızlık ve somatik şikayet) ile sosyal kaygıya cevap verebilir. Anlaşılabilir bir şekilde, sosyal becerileri sıklıkla zayıftır (Wilmshurst, 2014).

Panik ataklar, düşünce ve duygulara yerleşen kaçınılmaz ve yoğun korkudan kaynaklanır. Ataklar ani ve hızlıdır, on dakika kadar sürer. Panik atakta çok sayıda

somatik semptom olduğundan dolayı (çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı, boğulma hissi veya ölecekmiş gibi olma hissi, göğüs ağrısı, baş dönmesi), erişkinlerde sıklıkla miyokard enfarktüsü ile karıştırılabilir. Kognitif olarak, kontrolünü kaybetme korkusu, delirme düşüncesi, depersonalizasyon ve güçlü bir kaçma dürtüsü deneyimlenir. Panik ataklar en dört ile on üç somatik ve kognitif semptomdan oluşur. Panik ataklar beklenmedik bir şekilde meydana gelebilir veya bazı durumlarla tetiklenebilir (yükseklik, kalabalık/kapalı ortamlarda), kaygı bozukluklarından herhangi birisine eşlik edebilirler. Panik ataklar son derece rahatsız edici olabilir ve bireyde fiziksel, duygusal ve kognitif olarak yoğun rahatsızlığa neden olur. Çocuklar panik atağı deneyimlemesine rağmen, ergenlerde daha yaygındır (Wilmshurst, 2014).

Kişi tekrarlayıcı olarak panik atakları deneyimliyorsa ve panik atak olacak korkusuyla meşgul oluyorsa, panik bozukluk tanısı uygun olabilir. Panik bozukluğa sahip gençlerin (8-17 yaş) depresyonu ve kaygıya artmış duyarlılıkları mevcut olabilir. Panik atak sıklığı (haftalık, aylık), süresi ve şiddeti çok çeşitli anksiyete bozuklukları bağlamında olabilir ve geniş çapta değişebilir.

Yunan dilinde “açık alan korkusu” anlamına gelen agorafobi, iki ya da daha fazla olası durumla ilgili endişe yaşanmasıdır:

- Toplu taşıma araçlarının kullanımı (otobüs, gemi),
- Açık alanlar (köprüler, otoparklar),
- Sırada bekleme,
- Yalnız şekilde ev dışında olmak.

Bu bozukluğu olan bireyler bu durumlarda kaçınmak isterler, kaçamayacaklarını hissettiklerinde ise, panik semptomları meydana gelebilir. Agorafobisi olan bireyler, ayrıca panik bozukluk kriterlerini de karşılayabilir, bu vakalar hem panik bozukluk hem agorafobi tanısı alabilirler (Wilmshurst, 2014).

Fobilerin ve ayrılık kaygısının aksine, yaygın kaygı bozukluğu olan çocukların kaygılarının spesifik bir odaklanmaları yoktur, bu çocuklar aile, arkadaşlar, okul, sağlık ve performans konuları ile ilgili yaygın kaygılar bildirirler. Yoğun kaygı ve endişe, kaygıların kontrol edilememesiyle birleşir. DSM-5’te erişkinler ve çocuklar arasında YKB için ayrım yapılmamıştır. Fakat, erişkinlerde tanı için yoğun kaygı ile ilgili üç ek semptom gere ktirirken, çocuklarda sadece bir semptom gerekmektedir. Bu mood yaygın olmalı ve altı aydan fazla sürmelidir. Ayrıca bozukluk, akademik, aile ve sosyal ilişkiler gibi alanlarda fonksiyonelliği olumsuz etkiler. YKB’si olan çocukların aşırı uyumlu ve çalışkan doğalarından dolayı, okul tarafından tedavi için nadiren yönlendirilirler (Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel, & Perrin, 1991). YKB’si olan çocukların okul ve akran ilişkilerindeki problemlere ek olarak sağlık konularında ve belirsiz global endişeleri de vardır (Last ve ark., 1991).

2.8. Komorbidite ve Ayırıcı Tanı

Kaygı bozukluğu tanısı olan çocuk ve ergenlerde komorbidite sıklığı oldukça fazladır. Sağlıklı çocuklarla kıyaslandığında, kaygı bozukluğu olan çocuklarda komorbidite riski 8-29 kat kadar daha fazla olduğu gösterilmiştir (E. Costello ve ark., 2003). Kaygı bozukluğunda en sık görülen komorbidite başka bir kaygı bozukluğudur, bir çalışmada bu oran %75 olarak belirtilmiştir (Üneri, 2016) .

Ailelerinden ayrılmakta zorluk yaşayan çocuklar okula giderken ya da ailelerinden ayrılmayı gerektiren diğer durumlarda yoğun huzursuzluk yaşarlar. AKB'deki esas korku, bağlanma figüründen ayrılma ile alakalıdır. Bu çocuklarda ayrılık kaygısına ek olarak başka durumlar da görülebilir. Ayrılık kaygısı olan çocuklar sıklıkla depresyon deneyimlerler. Ayrıca YKB ve özgül fobi gibi diğer kaygı bozuklukları da çoğunlukla tabloya eşlik eder, fakat fobiler her zaman bozukluk tanısını karşılayacak kadar şiddetli değildir (Last, Strauss, & Francis, 1987; Last ve ark., 1987). OKB, bazen AKB gibi görünebilir, fakat OKB'nin diğer semptomları tabloyu ayırt etmekte yardımcı olur. Somatik şikayetleri bulunabilir. Arkadaşları ile etkinliklere katılma oranı akranlarına kıyasla daha azdır. AKB, okula devamlılığı etkilediğinde çocuğun akademik başarısı da etkilenebilmektedir.

Selektif mutizm ayırıcı tanısında AKB, majör depresif bozukluk (MDB) ve uyum bozukluğu düşünülebilir. Ayrılma kaygısı olan çocukların, bağlanma figürleri yanlarında iken konuşmaları normal olabilirken; bağlanma figürlerinden ayrı olduklarında konuşmak istemeyebilirler. MDB'u olan çocuklar içe çekilme ve konuşmama davranışı sergileyebilirler; öyküsünde premorbid dönemde sözel iletişiminin normal olması ile selektif mutizmden ayrılır (Torun & Taner, 2016). Uyum bozukluğu olan çocuklar da içe çekilme sonucu konuşmayı reddedebilirler (Göktürk & Coşkun, 2008). Selektif mutizmi olan çocukların kimisinin öyküsünde dil ve konuşma bozukluğu olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Martin, Volkmar & Lewis, 2007). Yapılan bir çalışmada SM'li çocukların %58'inde psikiyatrik komorbidite olduğu görülmüştür (Hua & Major, 2016). Okul reddi olan SM tanılı çocuklara sosyal fobi sıklıkla eşlik etmekte olup erişkinlikte de depresyon ve madde kötüye kullanımını predikte etmektedir (D. J. Stein, 2009).

Çocuk ve ergenlerde bir kaygı bozukluğuna sıklıkla başka bir kaygı bozukluğu eşlik etmekte olup, panik ataklar da farklı kaygı bozukluklarında ortaya çıkabilmektedir. Panik ataklar beklenmedik ve tekrarlayıcı olduğunda panik bozukluk tanısı konulabilmektedir. Panik ataklar ayrıca sosyal kaygı bozukluğu, özgül fobi, OKB ve TSSB'de de görülebilmektedir (Torun & Taner, 2016). Yapılan çalışmalarda panik bozukluk komorbiditesinde YKB, MDB, fobiler, agorafobi ve AKB'nin bulunabileceği bulunmuştur (Goodwin ve ark., 2004).

Çocuk ve ergenlerde sosyal durumlardan kaçınma her zaman SKB'de ortaya çıkmaz. Gelişim düzeyine uygun olan normal düzeyde utangaçlık ve çekingenlikte, diğer

kaygı bozukluklarında, OKB'de, TSSB'de, depresyon ve psikotik bozukluklar da görülebilmektedir (Işık & Taner, 2006). Gelişim düzeyine özgü çekingenlik yaşla birlikte azalmaktadır, özgül fobide kaçınmanın nedeni korku nesnesi ya da durumdur, TSSB'de kaçınma travmayı hatırlatıcı durumlarla ilgilidir, depresyonda ise sosyal içe çekilme başkalarına karşı ilgi azalması ve anhedoni ile alakalıdır. SKB'de sosyal durumlara karşı ilgi vardır fakat kaygı buna engel olmaktadır (Torun & Taner, 2016). Sosyal kaygı bozukluğuna depresyon, diğer kaygı bozuklukları ve erişkinlikte de madde kötüye kullanımı eşlik edebilmektedir (de la Barra, Vicente, Saldivia, & Melipillan, 2014).

Özgül fobi de hem diğer kaygı bozuklukları ile birlikte görülebilmektedir hem de belirtileri diğer kaygı bozukluklarının belirtileri ile karışabilmektedir, ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Özgül fobide, korkulan nesne veya durumla karşılaşıldığında belirtiler ortaya çıkmakta iken; SKB'de korku sosyal ilişkilerde rezil olabileceği ile ilgilidir, TSSB'de ise korku travmatik olayı hatırlatan durumlarla alakalıdır. Özgül fobiye sahip olmak bir başka fobiye sahip olma olasılığını artırır ve özgül fobiler genellikle diğer kaygı bozuklukları ve duygudurum bozuklukları ile komorbid görülür (Wilmshurst, 2014).

YKB ayırıcı tanısında diğer kaygı bozuklukları, OKB, depresif bozukluklar, psikotik bozukluk, yaşa özgü normal endişe ve ayrıca organik bozukluklardan hipertiroidi, kafein, migren, astım ve kurşun zehirlenmesi bulunmaktadır. YKB'de kaygı tek bir olay veya durumla bağlantılı olmayıp geneldir, birçok olay ve durumla ilişkilidir. OKB'de kaygıyı ortaya çıkaran, intrusif ve tekrarlayıcı düşünce ve imajlardır. Depresif bozukluklarda kaygı görülebilirken, YKB'de de depresif belirtiler görülebilir; fakat YKB'de kaygı depresif belirtilere daha yoğun ve ilk plandadır. YKB komorbiditesinde diğer kaygı bozuklukları ve duygudurum bozuklukları yer almaktadır. Diğer kaygı bozuklukları ile kıyaslandığında, YKB ve depresif bozukluk birlikteliği daha fazla görülmektedir (Wehry ve ark., 2015).

2.9. Tedavi

Çocukluk çağı kaygı bozukluğunun tedavisinde, çocuk ve ebeveynlerin psikoeğitimi, bilişsel davranışçı tedavi (BDT), aile terapisi ve farmakoterapinin beraber kullanıldığı multimodal tedavi şekli önerilmektedir. Tedavi seçeneğinde birden fazla faktör rol oynarken, kaygı bozukluğunun şiddeti ve işlevselliği etkileme derecesi tedavi seçeneğini belirlemede en belirgin olanıdır. Hafif şiddette ve işlevselliğin önemli oranda bozulmadığı kaygı bozukluğunda ilk seçenek BDT iken, orta ve ağır şiddette olan ve işlevselliğin önemli oranda bozulduğu ve BDT'ye yeterli yanıtın alınamadığı durumlarda farmakoterapi kullanılmalıdır (Öztürk & Karaçetin, 2016; Connolly & Bernstein, 2007). BDT, kaygının kognitif, davranışsal, emosyonel, fizyolojik ve kişilerarası ilişkilerde değişikliklere neden olduğunu söyler ve bu değişikliklerin

giderilmesini hedefler. Kaygı bozukluğu olan çocuklarda yapılan bir çalışmada olgular iki gruba ayrılmıştır, bir grup BDT alırken diğeri almamıştır. Çalışma sonunda BDT alan grubun %64'ünün ve almayan grubun %5'inin kaygı bozukluğu tanı kriterlerini karşılamadığı görülmüştür (Kendall, 1994). Kaygı bozukluğu tedavisi için farklı BDT tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Bunlar "Başeden Kedi (Coping Cat)", "Korku Avcısı ve Arkadaşları (FRIENDS)", "Başeden Koala (Coping Koala)" şeklinde özetlenebilir. Bireysel BDT programının uygulandığı randomize kontrollü bir çalışmada, 'Başeden Kedi' programının çocuklarda kaygıyı azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (Kendall, 2000). AKB'de başarılı olan 'Başeden Kedi' programı YKB'de de etkili olmuştur. BDT uygulamaları bireysel, grup, aileyi de içeren ve bilgisayar destekli şeklinde uygulanabilir. Yapılan çalışmalarda kaygı bozukluğunun tedavisinde, BDT ve seçici serotonin geri alım inhibitör (SSGİ)'lerinin etkinliğinin benzer olduğu ileri sürülmüştür, başka bir çalışmada ise BDT'nin farmakoterapiye üstün geldiğini göstermiştir (Beidel ve ark., 2007). Hem BDT hem de SSGİ birlikte kullanıldığında etkinliğin daha fazla olduğu düşünülmektedir.

SKB tedavisinde, semptomlarını azaltmak, korku ile ilgili abartılı düşünce ve duyguların kontrolü, korkulan durumlardan fobik kaçınmayı ve kaygının oluşturduğu fizyolojik ve otonomik belirtileri azaltmak, yaşam kalitesini iyileştirmek ve komorbid durumları tedavi etmek esastır. Farmakoterapisinde SSGİ'ler etkilidir, performans kaygısı için propranolol önerilmektedir (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011; Yüksel, 2003). Özgül fobide, fobik uyaranla ilgili çarpıtılmış düşüncelerin düzeltilmesi; uyarandan kaçınmanın terkedilmesi ve uyarana alıştırma (exposure) ile duyarsızlaşmanın sağlanması amaçlanır (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011). Bir BDT programı olan Ergenler için Panik Kontrol Uygulaması (The Panic Control Treatment for Adolescents), bilişsel değerlendirme, farkındalık ve durumsal alıştırmalarla gelecekteki panik atakları savuşturmak için baş etme becerilerini geliştirmektedir (Hoffman & Mattis, 2000).

Farmakoterapi beyindeki nörotransmitterler (NT) aracılığıyla kaygı belirtilerine etki eder. Farmakoterapinin amacı NT'lerdeki bozuk salınımı düzelterek tehdit ve tehlike algılama eşiğini yükseltmek ile emosyonel düzenleme kapasitesini arttırmaktadır (Hoffman & Mattis, 2000). Kaygı bozukluğunun farmakoterapisinde, SSGİ'lerin etkinlik ve güvenilirliklerinin tutarlı bir şekilde gösterilmesi nedeniyle ilk seçenektir. SSGİ'ler çocuk ve ergenlerde iyi tolere edilmektedir ve yan etkiler genellikle ılımlıdır. Çocukluk Çağı Multimodal Anksiyete Çalışması adlı randomize kontrollü çalışmada AKB, YKB ve SKB beraber değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, sertralin, BDT, sertrain ve BDT kombinasyonu ve plasebo karşılaştırılmış. Çalışma sonucu değerlendirildiğinde tedavi yanıtları sadece sertralin ve sadece BDT alan grupta benzer olup plaseboya üstündür, sertralin ve BDT kombinasyon alan grupta yanıt, her iki monoterapi grubundan daha yüksek bulunmuştur (Walkup ve ark., 2008). Bu alanda yapılmış bir diğer önemli araştırma Pediatrik Psikofarmakoloji Araştırma Ünitesi'nin Anksiyete

Çalışma Grubu'dur. Bu çalışmada AKB, YKB ve SKB birlikte değerlendirilmiştir. Fluvoksamin ve plasebonun karşılaştırıldığı bu çalışmada, fluvoksamin grubunda yanıt plaseboya göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Walkup ve ark., 2001). Buspiron ise bağımlılık potansiyeli olmayan, bilişsel belirtilere etkili bir anksiyolitiktir. Ancak etkileri 6-8 hafta gibi geç ortaya çıkmaktadır.

2.10. Empati

2.10.1 Tanım ve tarihçe

Empati kelimesi Yunanca empathei'den köken almaktadır. Bu kelime 'en-içeride' ve 'pathia – hissetme' kelimelerinin bir birleşimidir. Anlamı ise 'bir duygu veya his içine girmektir. Genel bir tanım olarak bir kişinin kendisini bir başkasının yerine koyabilmesi ve bu yolla onun duygu, düşünce, tutumları ve yaşantısını anlayabilmesidir. Sharma, empatinin tarihte ilk olarak Aristo 'nun 'Rhetoric' adlı eserinde yer aldığını bildirmiştir. 1887 de Lips, empatiyi, 'bir kişinin kendi farkındalığını kaybederek, başka bir şeyle kaynaşması' olarak tanımlanmıştır. Almanca'da empatiye karşılık kullanılan 'Einfühlung' kelimesi, bir başkasının yerine geçebilme yetisi anlamına gelmekte; İngilizce'de ise -bir başkasının ayakkabısını giyebilme- şeklinde kullanılmaktadır (Sharma, 1992). 1909 yılında Titchener, 'Einfühlung' terimini, eski Yunancadaki 'empathei' teriminden yararlanarak İngilizceye "empathy" olarak tercüme etmiş ve kişinin özünün, algılanan nesneye yüklenmesi anlamını korumuştur. Böylece 'empathy' kelimesi, psikiyatri literatürüne girmiştir.

Sosyal bir varlık olan insan, içinde bulunduğu çevredeki diğer insanlarla ilişki kurmak durumundadır. İnsanın diğer kişilerle ilişki kurması temel gereksinimlerdendir. İnsan ilişkilerindeki temel motivasyonlardan biri de bireylerin karşısındaki tarafından yaşantısının, duygusunun ve düşüncesinin anlaşılmasıdır. İnsan ilişkilerinde bireyin karşısındakini anlama potansiyeli olarak tanımlanabilecek olan empati önemli bir niteliktir. Bu özelliği ile empati kavramı, insan ilişkileri ve iletişimin temel kavramlarından biridir ve insan ilişkilerinin öneminin anlaşılması ile birlikte empati kavramının popülerliği artmaktadır (Kaya & Siyez, 2010). Empati sosyal davranışları anlama ve insan davranışlarını açıklamada önemli bir role sahiptir. Bu alandaki yazın incelendiğinde, empatinin yardım etme, barışçıl çatışma çözümü, problem çözme becerisi gibi prososyal davranışlar ile pozitif yönde bir ilişkisi olduğu görülmektedir (De Wied, Branje, & Meeus, 2007).

Empati ile ilgili tarihten günümüze kadar çok sayıda açıklama yapılmıştır. Cohen ve Strayer empatiyi, karşıdaki kişinin duygusal durumunun anlaşılması ve paylaşılması olarak tanımlamıştır ve empatinin çoğunlukla kullanılan tanımı budur (Cohen & Strayer, 1996). Yapılan diğer tanımlamalar ise karşıdakinin durumuna uygun duygusal tepkiyi

verebilme veya bir kişinin diğer kişinin bakış açısından dünyayı görebilme becerisi şeklindedir (Smith, 2006).

2.10.2. Empatinin bileşenleri

Empatinin çok boyutlu bir doğası vardır (Lawrence, Shaw, Baker, Baron-Cohen, & David, 2004). Empatinin çok boyutlu doğası olmasından dolayı çok sayıda tanımı yapılmaktadır. Empatiyi, empatik beceri ve empatik eğilim olmak üzere iki boyutta ele almak, kavramın tanımlanmasını kolaylaştırmaktadır. Empatik beceri, karşıdaki kişinin duygusunun anlaşıldığının ve hissedildiğinin karşıdaki kişiye aktarılması, hissettirilmesi ile ilgilidir. Empatik eğilim, bireysel atıflara katkıda bulunabilecek kişisel bir değişkendir, bireyin başkalarının yaşantılarını ve duygularını anlama ve hissetme potansiyelidir. Bir bireyin gözlemlenen başka bir deneyime tepkisi olarak tanımlanan, empatik eğilim, affektif /duygusal bir bileşen ile bilişsel bir bileşeni olan çok boyutlu bir yapıdır. Affektif bileşen *(empatik ilgi/ empathic concern-EC),* sempati duyguları veya talihsizlik yaşayanlara karşı endişe duyma eğilimiyle karakterize edilirken, empatinin bilişsel bileşeni *(bakış açısını benimseme/perspective taking-PT)* bir başkasının bakış açısını anlama yeteneğini yansıtır, bilişsel bileşende kişinin diğer kişiyi anladığını paylaşması gerekli değildir (Davis, 1983; de Kemp, Overbeek, de Wied, Engels, & Scholte, 2007). PT alt ölçeği, empati sisteminin bilişsel bileşenini yansıtır ve başkalarının bakış açısını kendiliğinden benimseme yeteneğini değerlendirir; EC, empatinin affektif/duygusal bileşenlerini yansıtır ve başkaları için sıcaklık, endişe ve şefkat deneyimleme eğilimini değerlendirir, diğer kişinin yaşadığı duyguyu hissedebilme ve diğerinin duygusal durumuna en uygun tepkiyi verebilme anlamına gelmektedir (De Kemp ve ark., 2007). EC, bireylerin ailelerine, arkadaşlarına ve yabancılara karşı fedakarca davranışlarda bulunması için bireyleri tetiklerken, ahlaki gelişim açısından da oldukça önemlidir. Bilişsel empatiden farklı olarak da bir günlük bebeklerin bile EC duyarlılığına sahip olduğu bilinmektedir (Smith, 2006). Genellikle kişinin ses tonu ya da yüz ifadesi gibi bazı uyarıcılar, karşımızda ki kişinin duygusunu doğru bir şekilde hissedebilmemizde ve duruma uygun tepkiler vermemizde bize yardımcı olan ipuçlarıdır. Ancak bu ipuçlarının yeteri kadar belirgin olmadığı durumlarda, kişinin duygusunu hissetmekte ve duruma uygun tepkiyi vermekte zorlanabiliriz. Bu durumda da devreye bilişsel bileşen/PT, yani olaylara diğerinin bakış açısından bakabilme becerisi devreye girmektedir. Günümüzde çok sayıda uzmanın belirttiği en yaygın görüş, empatinin hem bilişsel hem duygusal öğelerden oluştuğu ve bu öğelerin birbirleri ile etkileşim içerisinde olduğu ve duruma göre bilişsel ya da duygusal boyutta tepki verilebildiğidir (Kaya & Siyez, 2010).

Empatinin duygusal ve bilişsel dışındaki diğer bileşenleri, *bildirişim* ve *algısal* bileşendir. *Bildirişim bileşen*, empatinin bilişsel ve duygusal bileşenlerinin karşımızdaki bireye iletilmesidir. *Algısal bileşende* ise, kişi karşısındaki kişinin hareketlerini, yüzünü,

sözlerini, konuşma içeriğini, zamanlamasına ait tüm ipuçlarını algılamalı ve gözlemlemelidir, bu bilişsel ve duygusal empati becerilerinin artması için gereklidir. Bunlar algılandıktan sonra duygusal ve bilişsel bileşenler kullanılabilir.

2.10.3. Empati nörobiyolojisi

Empati, sosyal davranış ve fiziksel acı nörodevre sistemleri ile bağlantılıdır. Bu nörolojik bağlantılar sayesinde beyin, başkalarında olan sosyal sıkıntı ve fiziksel acıyı kendisinde olmuş gibi deneyimler. Bu nörobiyolojik mekanizma, başkalarında ortaya çıkan sıkıntıyı azaltmaya çalışan sosyal ilişki ve davranışları teşvik eder (Shirtcliff ve ark., 2009).

Empatinin ontogenetik kökleri, erken gelişen limbik yapılarla ilişkilidir ve büyük ihtimalle, anne ve çocuk arasındaki sosyal bağlanmayı desteklemek için memelilerin beyni ile ortaya çıkmıştır (Swain, Lorberbaum, Kose, & Strathearn, 2007). Bu bağlanmanın rudimenter hali ilk olarak ve uzunca bir süre, yavrularına bakım veren memelilerde ortaya çıkmıştır (Hastings, Zahn-Waxler, & McShane, 2006). Anne ve çocuk bağlanmasının nörobiyolojik temelleri de empati gibi limbik sistemi içermektedir (emosyon devresi). Limbik sistem, çok sayıda bağlanma şekilleriyle ve empatiyi de içeren çeşitli sosyal davranışlarla genellenmiştir (Insel, 1997). Nelson limbik sistemi, sosyal bilgi işlemenin üç anahtar komponentinden biri olarak nitelendirmiştir (Nelson, Leibenluft, McClure, & Pine, 2005). Oksitosin, vazopressin gibi nörohormonlar ve kortizol gibi periferal steroid hormonlar, limbik aktivitenin önemli modülatörleridir; kortizolu da içeren merkezi ve periferal hormonlar, stres esnasında limbik aktiviteyi modüle etmeye yardımcı olurlar. Böylece empati birçok beyin bölgesini içermektedir; fakat empatinin varlığı, büyük ölçüde bağlanmanın kökleri fonksiyonu ile limbik sistemde kanıtlanabilmektedir (Shirtcliff ve ark., 2009).

Parasingulat korteks, ön-arka singulat korteks ve amigdala empati ile ilişkili beyin bölgeleridir. Amigdala işlev bozukluğu, birçok duygusuzluk ve eşduyum yoksunluğu ile ilgili özelliklerin merkezinde yer almaktadır (Blair, Peschardt, Budhani, Mitchell, & Pine, 2006; Kiehl, 2006). Dorsolateral prefrontal korteksin (DLPFK) afektif yanıt kontrolünde rolü vardır ve DLPFK'in olgunlaşması yaklaşık yirmili yaşların ortasına doğru olmaktadır, bu yüzden etkin ve uygun empatik yanıt vermenin ancak geç adölesan dönemde olabileceği düşünülmektedir (Gümüştaş, 2011).

2.10.4. Empati ölçümü

Çocuk ve ergenlerin normal gelişimlerini devam ettirebilmeleri için empatik eğilim düzeylerinin erken dönemde fark edilmesi ve uygun müdahalelerde bulunulması oldukça önemlidir. Ancak bunun için de öncelikle empatinin ölçülmesi gerekmektedir (Hunter, 2003). Empatinin değerlendirilmesinde resim/öykü yöntemi (çocukların hipotetik

hikayelere verdikleri tepkileri içeren bir çeşit kendini anlatma tekniği), kendini anlatma ölçekleri, film ya da hikayelerdeki insan yüzlerini doğru anlamlandırma ve oluşturulan senaryolara göre verilen empatik tepkileri fizyolojik boyutta değerlendirme, gözlemci derecelendirmeleri ya da bireyi yakından tanıyan kişilerin değerlendirmeleri olmak üzere farklı tekniklerden yararlanılmaktadır (Dadds ve ark., 2008; Hunter, 2003). Bu teknikler arasından kendini anlatma ölçekleri, empatik eğilimi değerlendirmede sıklıkla kullanılan tekniklerden biridir (Aristu, Tello, Ortiz, & Gándara, 2008; De Wied ve ark., 2005; Kaya & Siyez, 2010).

Yurtdışında empatiyi değerlendirmek amacıyla en sık kullanılan ölçekler Bryant'ın Çocuk ve Ergenler için Empati İndeksi ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi'dir (Dadds ve ark., 2008). Türkçe'ye uyarlanan Bryant'ın Çocuk ve Ergenler için Empati İndeksi empatiyi sadece duygusal empati boyutunda değerlendirerek empatiyi tek boyutlu bir yapı olarak ele almaktadır (Yılmaz -Yüksel, 2003). Türkçe'ye uyarlanmış bir diğer ölçek olan Kişilerarası Tepkisellik İndeksi empatiyi çok boyutlu bir yapı olarak değerlendirmekle birlikte, ölçeğin uygulandığı yaş grupları ergenler ve genç yetişkinlerdir (Engeler & Yargiç, 2007). Ülkemizde empatik eğilim ve becerileri değerlendirmek amacıyla sıklıkla kullanılan ölçekler ise Dökmen tarafından geliştirilmiş olan Empatik Eğilim ve Empatik Beceri ölçekleridir (Dökmen, 1988).

2.10.5. Empati ve davranış problemleri

Empati, saldırgan davranış olasılığını hafifletmekte veya azaltmaktadır (Carlo ve ark., 1999; Kaukiainen ve ark., 1999) Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, empatinin duygusal/affektif bileşeni (EC); saldırganlık ve şiddet ile negatif ilişkili bulunmuştur (Mehrabian, 1997). Empatinin duygusal bileşeninin şiddetin bastırılmasında anahtar bir mekanizma olabileceği açıklamaları da yazında yer almaktadır. Empatik ilginin ve başkalarının bakış açısını benimsemenin eksik oluşu, kimi bireylerde (erkeklerde daha sık olmak üzere) ilişkisel saldırganlığın daha fazla ortaya çıkabileceğini göstermektedir (Loudin ve ark., 2003).

Klinik pratikte, karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) ve davranım bozukluğu (DB) olan çocuklarda, başkalarının duyguları ve iyi olma hali için empatinin ve endişenin çok az olduğu düşünülmektedir (De Wied ve ark., 2005). Empati düzeyi arttıkça saldırganlığın azalabildiği görülmektedir. Davranım bozukluğu olan bireylerin empati becerilerinde eksiklik olduğu bilinmektedir. Cohen ve Strayer, empatik eğilimin affektif ve bilişsel bileşenlerinin yanı sıra davranım bozukluğu olan ergenlerde durumla ortaya çıkan *(situation-induced)* affektif ve bilişsel empatide de eksiklikler göstermiştir (Cohen & Strayer, 1996). Bir çalışmada, yıkıcı davranım bozukluğu olan erkeklerin, eğilimli *(dispositional)* ve durumsal *(situational)* empatide eksiklikler gösterdiğini ortaya konmuştur (De Wied ve ark., 2005); yıkıcı davranım bozukluğu olan erkeklerde

üzüntü ve öfkeye karşı empatik cevabında bozulma görülürken; mutlulukta bu bozulma görülmemiştir.

Duygusuzluk ve eşduyum yoksunluğu, azalan empati ve duygusal tepkiler ile ciddi davranım sorunları olan çocuk ve ergenlerin bir alt grubudur (Frick, Stickle, Dandreaux, Farrell, & Kimonis, 2005). Duygusuzluk ve eşduyum yoksunluğu özelliklerine sahip çocuk ve erişkinler, duygusal uyaranlara karşı düşük düzeyde tepki gösterirler (Marsh ve ark., 2008). Empati düzeyinin düşük olması, yaşanan zorluklar karşısında, sorumluluk almama ve başkalarını suçlama gibi "katı-duygusuz" özellikler ile ilişkili olmaktadır. Katı-duygusuz özelliklerin antisosyal davranışın yaygın, şiddetli ve saldırganlıkla ilişkili alt tipleri ile ilişkili olduğunu bildirilmiştir (Frick, Cornell, Barry, Bodin, & Dane, 2003). Katı-duygusuz özellikleri olan gençler, hem bilişsel hem de duygusal empati güçlükleri yaşar (Pardini, Lochman, & Frick, 2003).

Nörobiyolojik çalışmalar, empati kurmada rol oynayan nörodevre sistemleri ile katı-duygusuz *(callous)* bireyler veya davranışlar arasındaki çarpıcı paralelliği göstermek için tasarlanmıştır. Empati ile ilgili anahtar alanlar olan insula ve anterior singulat korteks, bir dizi emosyonla ilişkili görevlerde aktive olurlar. Geniş prososyal spektrumun karşıt uçlarında sadece empati ve *callousness* olmayabilir, psikopatların nörobiyolojisi de farklı olabilir (Murrie ve ark., 2007). Empati üzerine yoğunlaşan çalışmalar, katı-duygusuz özelliklere veya psikopatideki bireysel farklılıklara odaklanan çalışmalar ile karşılaştırıldığında, ilgi alanlarının yanı sıra fMRI görev seçimlerinde de sıklıkla farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, iki bakış açısı arasında paralellikler olduğunu daha da önemli kılmaktadır. Hem insula hem anterior singulate korteks, empati görevlerinde veya katı-duygusuzluk *(callousness)* görevlerinde sıklıkla rol oynar. 2007'de yapılan bir çalışmada, davranış bozukluğu olan çocuklarda insula gri cevherinin azaldığını ve bu azalmanın daha düşük empati ve daha çok agresif davranış gösteren çocuklarda daha fazla olduğu bulunmuştur (Sterzer, Stadler, Poustka, & Kleinschmidt, 2007; Shirtcliff ve ark., 2009).

2.11. Duygu Tanıma (Duygusal Yüz İfadelerini Tanıma)

Duygu tanıma ve anlama, kişinin kendisinin yanı sıra başkalarının duygularını anlama ve işlemleme yeteneğini ifade etmektedir. Duygu tanıma ve anlama, yüz ve/veya bedensel ifadeler, jestler ve konuşma gibi çeşitli iletişim biçimlerindeki duygusal durumları doğru bir şekilde belirlemeyi gerektirir (Regenbogen ve ark., 2012). Gençlerde duygu tanıma ve anlamanın akademik işlevsellik, sosyal işlevsellik gibi uyumsal davranışlarla sıkı bir ilişkisi bulunmaktadır. Yüzdeki duygu ifadelerinin algılanmasının sosyal işlevselliğin önemli yordayıcılarından olduğu bir çalışmada belirtilmiştir (A. Erol, Keleş Ünal, Gülpek, & Mete, 2009). Duygu tanıma ve anlama becerileri yüksek olan çocuk ve gençlerin sosyal uyumunun daha iyi olduğu, daha fazla empatik tepkiler verdiği ve akranlarca sevilme/kabul edilmesinin daha fazla olduğu

bildirilmiştir (Denham, Bassett, Zinsser, & Wyatt, 2014; Öztürk, Özyurt, Tufan, & Pekcanlar, 2018).

Yüzdeki duygu ifadelerini algılamak ve tanımak insanlar için temel sosyal-bilişsel becerilerin başında gelmektedir. Kişilerarası ilişkiler ve sosyal anlaşma bu temel işlevin uzantılarıdır (Lauritsen & Ewald, 2001) Bireyin duygusal deneyiminin otomatik görünümleri olarak tanımlanan duygusal yüz ifadeleri sosyal bağlamın etkisiyle anlaşılmaktadır (R. J. R. Blair, 2003).

Ekman insan yüz ifadeleri üzerine çalışmıştır ve altı temel duygu bulunduğunu ileri sürmüştür: mutlu, üzgün, korkmuş, kızgın, şaşkın, iğrenmiş. Ekman, her bir duygunun birbirinden ayrı birimler olduğunu düşünmektedir. Temel duygular farklı sinyal, fizyoloji, değerlendirme mekanizmasına sahip, ayrı afektif durum kümeleridir. Duygulara eşlik eden fizyolojik değişiklikler organizmanın uygun yanıt vermesini sağlar (Ekman, 1999; Dailey, Cottrell, Padgett, & Adolphs, 2002). Temel duyguların dışavurumu olan yüz ifadeleri, yüz kaslarının çeşitli pozisyon hareketleri ve yüz cildinin de bu hareketleri deforme etmesi neticesinde meydana gelir (Neth & Martinez, 2010; Kadak, Demir, & Doğangün, 2013).

Duyguların nasıl algılandığı üzerine görüşler duyguların tanımlamasına göre farklılıklar göstermektedir. Duyguların ayrık olduğu varsayılan "kategorik algılama" görüşünde her bir duygu kümesine farklı bedensel uyarılar eşlik etmektedir. Her bir duygunun dışavurumu olarak öznel yüz ifadeleri kesin, sınırları belirli yapısal özellikleri içermektedir. Diğer bir görüş ise duyguların ayrık birer kategori olmadığını, duyguların bir uzam içinde süreklilik gösterdiğini ileri sürmektedir. Bunun yanında bir kısım duygunun birbirinden ayrı kategorilerden meydana gelirken çoğu duygu yüz ifadelerinin ise birden çok duygu kategorisinin değişen derecelerde karıştığı bulanık yüz ifade kategorilerinin *"Fuzzy Facial Expression Categories" varlığından* söz edilmektedir. Bu görüşlerin test edildiği "Megamix" deneylerinde her iki görüşün bir arada görülebileceği bildirilmiştir. Komputasyonel yüz ifade tanıma modelinde, yüzün öz nitelikleri (göz ve ağız çevresi) filtreleme işleminden geçirilip, bilgilerin bütüncül temsilleri oluşturulduktan sonra, yüz ifadelerinin duygu kategorilerine göre sınıflandırıldığı çok katmanlı bir algılama sistemi olduğu ileri sürülmüştür (Dailey ve ark., 2002).

Duyguların anlaşılması, jest, mimik, konuşma prozodisi, karşılıklı ilişki gibi davranışlar ve içsel durumu değerlendirme ile olmaktadır. Başkalarının duygusal durumlarını anlama gözlerden elde edilecek bilgilere odaklanmayı gerektirmektedir. Evrimsel olarak başkasının içsel durumunu yüzlerden elde etme oldukça yaşamsal bilgi kaynağıdır. Primatlarda bulunan beyaz bir arka planda siyah pupilin sağladığı kontrast göz yapısı, kişinin bakış yönünü ve başkalarının niyetlerini anlamayı sağlamaktadır (Kobayashi & Kohshima, 2001; Hernandez ve ark., 2009; (Kadak et al., 2013) Affekt algılamanın nöral mekanizmasında, prefrontal korteks ve bazal gangliyonun rolü bulunmaktadır (Buchanan ve ark., 2000). Bir çalışmada beyindeki lezyon yerlerine göre yüz duygu tanıma becerileri test edilmiştir. Tüm olguların mutlu yüz ifadelerini normal

şekilde tanıyabildikleri fakat negatif duyguları -özellikle korku ve üzgün- tanımalarında bozulma olduğu görülmüştür. Bozulmuş duygu tanıma ile en iyi korele olan kortikal yüzey bölgelerin, sağ inferior parietal korteks ve sağ anterior mezial infrakalsarin korteks olduğu bulunmuştur, sol hemisfer ile sınırlı lezyonu olan olgularda herhangi bir duyguyu tanıma becerisinde bozulma görülmemiştir. Bu da sağ hemisferde, bazı duyguların yüz ifadelerini işlemek için ayrı vizuel ve somatosensoriyel kortikal bölgeler içerdiği bilgisini sağlamaktadır (Adolphs, Damasio, Tranel, & Damasio, 1996).

2.11.1. Çocuklarda duygu tanımanın gelişimi

Duygusal yüz ifadelerini tanıma yaşamın ilk yıllarından itibaren yavaşça gelişmekte ve ergenlikle beraber yetişkin düzeyine erişir. Bebekler yaşamın ilk aylarından itibaren farklı duygusal ifadeleri ayırt edebilmektedir (Grelotti, Gauthier, & Schultz, 2002). Bebeklerde ifadeleri ayırt edebilme becerisi, ifadelerin sunum sırası, ifadelere alışkanlık oranları, basit özellik farklılıklarından (örneğin ağzın açık-kapalı olması gibi) etkilendiği belirtilmektedir (Golarai, Grill-Spector, & Reiss, 2006). Örneğin, bir çalışmada üç buçuk aylık bebeklerin yalnızca kendi annelerinin mutlu ya da üzgün yüz ifadelerini (vokal ifadelerin afektif ifadeler eşliğinde) ayırt edebildiklerini bildirmiştir (Kahana-Kalman & Walker-Andrews, 2001).

Çocuklarda gelişimsel olarak yüz tanıma becerisi, erken ergenlikte yetişkin düzeyine ulaşır. Duygu ifadelerini tanıma 2-5 yaş arasında %40 oranında gelişmektedir (Batty & Taylor, 2006). Dört-beş yaş çocukları mutlu, üzgün ve kızgın ifadelerini doğru olarak tanıyabilirken şaşkın, korkmuş ve nötral ifadeleri daha az doğru tanıdıkları bildirilmektedir. Genellikle çocuklar üzgün ile kızgın, kızgın ile iğrenmiş veya nötr ile üzgün yüzü birbirine karıştırmaktadır. Sosyalleşme, artan yüz deneyimi ve yaş ile beraber çocuklarda görülen sistematik yanlış yorumlamaların azaldığı belirtilmektedir (Golarai ve ark., 2006; Kadak ve ark., 2013).

2.11.2. Duygusal yüz ifadelerini tanıma ve kaygı bozukluğu

Bilgi işlemenin eksik oluşu kişinin, kişilerarası tehdit ve güvenlik sinyallerini okuma becerisini bozarak kaygının artmasına katkıda bulunabilmektedir. Bir çalışmada, sosyal fobi ve TSSB gibi kaygı bozuklukları olan hastalarda bazı emosyonel stimulusların (örn. korku, öfke) işlenmesi sırasında amigdala reaktivitesinin arttığı gözlenmiştir. Bu artmış amigdala reaktivitesinin kaygı bozukluğu olup tedavi arayışında olan hastalara mı özgü olduğu veya kaygı ile ilişkili mizaç özelliklerine sahip bireylerin genel bir özelliği olup olmadığı belirsizdir. Yine bu çalışmada, artan kaygı ile ilişkili mizaç özelliklerine sahip genç yetişkinlerde belirli tip emosyonal işlemlemelerde amigdala ve insula reaktivitesinin arttığı bulunmuştur. Bu yüzden, bu beyin emosyon işlemleme profili,

belirli tür kaygı bozukluklarındaki fonksiyonel bir endofenotip olabilir (M. B. Stein, Simmons, Feinstein, & Paulus, 2007).

Kaygı belirtileri, bilgi işlemedeki yanlılıkla bağlantılı iken, bu yanlılığın bir çocuğun başkalarının yüz ifadeleri gibi açık sosyal ipuçlarını okuma yeteneğini etkileyip etkilemediği açık değildir (Hadwin *ve ark.* 1997& Easter ve ark., 2005). Easter ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenler, sağlıklı bireylerle kıyaslandıklarında, yüz-duygu tanımalarında eksiklik bulmuştur. Sağlıklı çocuklar, kaygı bozukluğu olan çocuklar ve bipolar bozukluk teşhisi olan çocuklar kıyaslanıp sonuçlara bakıldığında, duygulanımla ilişkili psikopatolojinin genel şiddeti ile yüz duygu tanıma becerisindeki eksikliğin genel boyutunun, dereceli bir ilişkiyi yansıtabileceği düşünülmektedir. Aynı çalışmada, beyin görüntüleme verileri, kaygı bozukluğu ile duygu-tanıma becerisindeki eksiklik ile arasında bir ilişki olduğunu göstermekte, amigdala bütünlüğü ve yüz-duygu tanıma becerisi arasındaki ilişkileri inceleyen diğer analizlerin seviyelerini belirlenmektedir. Yüz tanımada anormallik gösteren endişeli çocukların sağlıklı çocuklardan daha küçük amigdalaya sahip olacağı yine bu çalışmada tahmin edilmektedir (Easter ve ark., 2005).

2.11.3. Duygu tanıma ve davranış problemleri

Katı-duygusuz özellikleri *(callous-unemotional trait)* olan erişkinlerde yapılan çalışmada, emosyonel yüz ifadelerini işlemlemede amigdala aktivasyonun anormal olduğu bulunmuştur. Katı-duygusuz özelliği olan grupta, DEHB'li grupta ve kontrol grubunda, korkulu, kızgın ve nötral yüz ifadelerdeki BOLD *(fMRI blood-oxygen-level dependent)* yanıtları karşılaştırılmıştır. Katı-duygusuz özelliklere sahip olanlar, korkulu ifadeler gibi endişe ilişkili ifadelere, kızgın ifadeler gibi diğer ifadelerle kıyaslandığında daha anormal davranış yanıtı sergilemişlerdir ve korkulu ifadeler, nötr ve kızgın ifadelere göre amigdalayı daha fazla meşgul etmiştir (Whalen ve ark., 2001). Katı-duygusuz özellikleri *(callous-unemotional trait)* olan gençler, sağlıklı ve DEHB'li olgular ile karşılaştırıldığında, korkulu yüz ifadelerini işlemlerken; bu gençlerde amigdala aktivasyonunda azalma olduğu görülmüştür, fakat nötr ve kızgın ifadelerde bu azalma gözlemlenmemiştir. Önceki çalışmalarda, amigdala ve ventromedial prefrontal korteks arasındaki bağlantının; katı-duygusuz özellikler ile korkulu yüz ifadelerini işlemlemede rol oynadığı söylenmiştir. Erişkinlerde yapılan fMRI çalışmalarında, amigdala ve ventromedial prefrontal korteksin disfonksiyonu, katı-duygusuz özelliklerle ilişkili bulunmuştur. Marsh ve arkadaşlarının çalışmasında da katı-duygusuz özelliklerin, amigdala ve ventromedial prefrontal korteks arasındaki azalmış bağlantı ile ilişkili olduğu hipotez edilmiştir. Fonksiyonel bağlantı (connectivity) analizleri, sağlıklı olgular ve DEHB'li gençlerde, -katı-duygusuz özellikleri olan gençlerle karşılaştırıldığında- amigdala ve ventromedial prefrontal korteks arasında daha fazla korelasyon olduğunu

göstermiştir. Katı-duygusuz özellikleri olan grupta semptom şiddeti ile amigdala ve ventromedial prefrontal korteks arasındaki bağlantının negatif korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Bu çalışmadaki bulgular, katı-duygusuz kişilik özellikleri ile endişeli *(distress)* sosyal ipuçlarına azalmış amigdala yanıtının ilişkili olduğunu desteklemektedir (Marsh ve ark., 2008).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Örneklemi

3.1.1. Kaygı bozukluğu (hasta) grubu

Çalışma, İstanbul ili Anadolu yakasında, çocuk ruh sağlığı hizmeti veren ana merkezlerden biri olan Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde yapılmıştır.

Çalışmanın etik kurul başvurusu, 03.02.2017 tarih ve 09.2017.120 protokol numarası ile Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Ek 1).

Çalışmanın Kaygı Bozukluğu grubu, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine Şubat 2017-Eylül 2017 tarihleri arasında başvuran, 11-17 yaş aralığında olan, DSM-5'e göre kaygı bozukluğu tanı grubundan en az bir ya da daha fazlası için tanı kriterlerini karşılayan ve bu tanı(lar) ile polikliniğimizde takip ve tedavisi yapılan ergenler tarafından oluşturuldu. Çalışmaya katılım şartlarını sağlayan ergenler, çalışmaya davet edildi, ergenlerin kendileri ve aileleri çalışma hakkında bilgilendirildi ve çalışmaya katılmaya gönüllü olanlardan, çalışmaya dahil olmayı kabul ettiklerini belirten yazılı onam alındı. Çalışmaya dahil olma kriterlerine uyan ve kendilerinin ve ailelerinin katılım için gönüllü olduğu ergenlerden, 11-17 yaş aralığındaki 58 kişi kaygı bozukluğu grubunu oluşturdu.

Kaygı bozukluğu grubu (hasta) grubu için çalışmaya dahil olma kriterleri:

1. 11-17 yaş aralığında olmak,

2. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve katılım için onam vermek,

3. DSM-5'e göre kaygı bozukluğu tanı grubundan en az bir ya da daha fazlası için tanı kriterlerini karşılıyor olmak,

4. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeğinde (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised,WISC-R) (genel bilgi, sözcük dağarcığı, resim tamamlama ve resim düzenleme alt testleri yapılarak); toplam zeka puanının 70'in üstünde olması.

Kaygı bozukluğu grubu (hasta) grubu için çalışmaya dahil edilmeme ölçütleri:

1. Zeka düzeyinin 70'in altında olması (WISC-R sözel, performans ve/veya toplam puanı ≤70),
2. Otizm Spektrum Bozukluğu, Psikotik Bozukluk ya da Duygudurum Bozukluğu tanısının olması,
3. Nörolojik bozukluk tanısının olması (epilepsi…vs),
4. Madde kullanımı ya da kafa travması öyküsünün bulunması,
5. Kontrol grubunda herhangi bir stabil olmayan ya da kronik hastalık olması,
6. Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'nda devlet koruması altında olması.

3.1.2. Kontrol (sağlıklı) grubu

Çalışmamızın sağlıklı (kontrol) grubu, Marmara Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hastalıkları Polikliniği'ne başvurmuş, kronik hastalığı bulunmayan, psikiyatrik yakınması ve psikiyatri başvurusu olmayan 11-17 yaş aralığında olan ergenler tarafından oluşturulmuştur. Çalışmaya davet edilen ergenler ve aileleri araştırmacı tarafından çalışma ile ilgili bilgilendirilmiştir ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya dahil olmayı kabul edenlere 'Okul Çağı Çocukları için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY)' ve WISC-R testi yapılarak sağlıklı kontrol grubuna uygunlukları değerlendirilmiştir. WISC-R'dan toplam puanı >70 olan ve DSM-5'e göre herhangi bir psikiyatrik tanı almayan ergenler çalışmanın sağlıklı (kontrol) grubunu oluşturmuştur. Çalışmaya dahil olan ergenler, kaygı (hasta) bozukluğu grubu ile yaş ve cinsiyet bakımından eşleştirilerek seçilmiştir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan, katılma ölçütlerine uygun 11-17 yaş aralığındaki 29 kişi çalışmanın kontrol grubunu oluşturmuştur.

Kontrol grubu için çalışmaya dahil edilmeme ölçütleri:

1. Zeka geriliği (WISC-R sözel, performans ve/veya toplam puanı ≤70),
2. DSM-5'e göre klinik düzeyde bir psikiyatrik bozukluk varlığı,
3. Kronik ve ciddi tıbbi hastalık, nörolojik bozukluk varlığı.

3.2. Araştırmanın Deseni

Gözlemsel ve kesitsel klinik bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.3. Yöntem

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde Kaygı Bozukluğu tanısıyla takip ve tedavisi yapılan 11-17 yaş arası 58 ergen kaygı bozukluğu grubunu; bu grup ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hastalıkları Polikliniğine başvurmuş olan 29 ergen kontrol grubunu oluşturmuştur. Bu iki grup birlikte çalışmamızın örneklemini meydana getirmişlerdir.

Çalışmaya dahil olan tüm katılımcılarla, genel psikiyatrik değerlendirme ve olası psikiyatrik tanıların saptanması için ergenlerle yarı-yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılmıştır. Bu değerlendirmede ÇDŞG-ŞY uygulanmıştır, ÇDŞG-ŞY ile Otizm Spektrum Bozukluğu ve Mental Retardasyon tanıları taranmadığından, bu tanıların varlığı araştırmacının DSM-5'e dayalı klinik görüşmesi ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların zihinsel becerilerinin değerlendirilmesi için WISC-R uygulanmıştır. Bu değerlendirmeler ile hasta grubunun klinik tanıları belirlenmiştir; kontrol grubunun ise sağlıklı gruba uygunluğuna bakılmıştır, klinik düzeyde psikiyatrik tanı karşılayan kişiler sağlıklı (kontrol) grubuna alınmamıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayanların değerlendirilmesine devam edilmiştir. Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik form ile sosyodemografik verilere bakılmıştır. Tüm ebeveynlere 'Çocukluk Çağı Davranış Değerlendirme Ölçeği', 'Sosyal Cevaplılık Ölçeği', 'Griffith Empati Ölçeği'; çocuk ve ergenlere ise 'Güçler ve Güçlükler Anketi', 'KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği' verilmiştir. Çocuk ve ergenlere bilgisayar üzerinden SİFTA/DANVA-2 Duygu Tanıma Testi uygulanmıştır.

Çocukluk Çağı Davranış Değerlendirme Ölçeği'nde "suça yönelik davranışlar" ve/veya "saldırgan davranışlar" alt ölçekleri puanlarına bakılarak, kaygı bozukluğu grubundaki olgulardan bu iki alt ölçekten en az birinden T≥55' üzerinde puan alanlar, 'davranış problemi olan' grubu; ÇDDÖ'nün "suça yönelik davranışlar" ve "saldırgan davranışlar" alt ölçeklerinde T<55 puan alan olgular 'davranış problemi olmayan' grubu oluşturmuştur. Kontrol grubunun içinden de bu iki alt ölçekten en az birinden T≥55'in üzerinde puan alanlar çıkarılarak hem psikiyatrik bir tanısı olmayan hem de davranış problemi içermeyen üçüncü bir grup oluşturulmuştur. T puanı kesme noktası/*cut off*, Hudziak ve arkadaşlarının makalesindeki değerler referans alınarak belirlenmiştir. (Hudziak, Copeland, Stanger, & Wadsworth, 2004).

Tablo 1. Çalışma örnekleminin gruplara ayrılması

MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ			
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği		Çocuk Hastalıkları Polikliniği	
Kaygı Bozukluğu (+)*	Kaygı Bozukluğu (+)*	Kaygı Bozukluğu (-)*	Kaygı Bozukluğu **(-)**
Davranış Problemi (+)	Davranış Problemi (-)	Davranış Problemi (-)	Davranış Problemi **(+)**

** İkinci grup istatistik testlerinde analiz edilecek üç grubu belirtmektedir.*

Klinisyen tarafından yapılan değerlendirmeler:

1) Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik form ile sosyodemografik veriler değerlendirilmiştir.
2) Genel psikiyatrik değerlendirme ve olası psikiyatrik tanıların saptanması için çocuk ve ergenlerle yarı-yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılmıştır. Bu değerlendirme Çocuklar İçin Duygulanım Bozuklukları Ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi Ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Versiyonu (ÇDŞG-ŞY-T) *(K-SADS-PL, Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version)* kullanılmıştır.
3) ÇDŞG-ŞY-T'de Otizm Spektrum Bozukluğu ve Mental Retardasyon tanıları taranmadığından bu tanıların varlığı DSM-5'e dayalı klinik görüşme ile değerlendirilmiştir ve Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Revize Edilmiş Versiyon (*Wechsler Intelligence Scale for Children, Revised-WISC-R*) kısa formu ayrıntıları uygulanmıştır
4) Duygu Tanıma Testi, Sözel olmayan İfadelerin Tanısal Doğruluk Analizi – SİFTA (*DANVA-2 - Diagnostic Analysis of Nonverbal Accuracy)* kullanılarak yapılmıştır.

Çocuk ve ergenlere verilen ölçekler

1) Güçler ve Güçlükler Anketi-GGA (*Strength and Difficulties Questionniare*)
2) KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği *(Child and Adolescent KA-Sİ Empathic Tendency Scale)*

Ebeveynlere doldurmak üzere verilen ölçekler

1) Çocukluk Çağı Davranış Değerlendirme Ölçeği-ÇDDÖ *(Child Behavior Checklist-CBCL*)

2) Sosyal Cevaplılık Ölçeği-SCÖ (*Social Responsiveness Scale-SRS*)

3) Griffith Empati Ölçeği- Anne Baba Değerlendirme Formu *(Griffith Empathy Measure)*

3.4. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları

3.4.1. Sosyodemografik veri formu

Çalışmaya katılan ergenlerin sosyodemografik özellikleri araştırmacı tarafından oluşturulan yarı yapılandırılmış sosyodemografik bilgi formu kullanılarak değerlendirilmiştir.

Sosyodemografik veri formunda, katılımcı ergenin ismi, irtibat telefon numarası, doğum tarihi, anne-babasının ismi, yaşı, anne-babasının eğitim durumu, anne-babanın birlikteliği, evde yaşayan kişi sayısı, ailede kişi başına düşen gelir miktarı, ailede çalışmaya katılan ergenin haricinde başka birey(ler)de psikiyatrik yakınma olup olmadığı, varsa kimlerde olduğu, ailede çalışmaya katılan çocuk/ergenin haricinde başka birey(ler)de psikiyatri başvurusu olup olmadığı, varsa kimlerde olduğu, çalışmaya katılan çocuk/ergenin doğum kilosu, doğum haftası, ilk kelime söyleme yaşı, ilk cümle kurma yaşı, yürüme yaşı ve tuvalet eğitimi edindiği yaş, tıbbi özgeçmişi, medikasyon kullanıp kullanmadığı, psikiyatrik ilaç kullanımı olup olmadığı, okul öncesinde yuva eğitimi alıp almadığı, anne sütü kullanımının varlığı, ne kadar süre ile kullandığı, ek gıdaya geçişin ne zaman olduğu, bakım verenin kim olduğu sorgulanmaktadır.

3.4.2. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu versiyonu–Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) *(K-SADS-PL, Kiddie-schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version)*

Çalışmaya katılan tüm ergen ve ebeveynleri ile ÇDŞG-ŞY-T uygulanmış ve ergenlerin psikiyatrik tanıları belirlenmiştir. ÇDŞG-ŞY-T, Kauffman ve arkadaşları tarafından 6-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde psikopatoloji taramak amacıyla DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geliştirilmiştir ve yarı-yapılandırılmış bir görüşme formudur. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılan yarı-yapılandırılmış bir görüşme olan ÇDŞG-ŞY-T, Öğrenme Güçlüğü, Gelişimsel Bozukluklar ve Negatif Belirtili Şizofreni dışında birçok psikiyatrik bozukluğu taramaktadır (Kaufman ve ark., 1997; Gökler ve ark., 2004).

3.4.3. Wechsler çocuklar için zeka ölçeği–gözden geçirilmiş formu (Wechsler intelligence scale for children-revised, WISC-R)

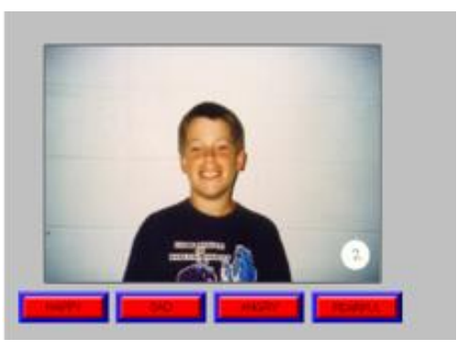
David Wechsler tarafından, 5–15 yaş grubunda, konuşma ve dil becerileri yeterli düzeyde olan çocukların genel zihinsel kapasitelerinin değerlendirilmesi amacıyla Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği (Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC) geliştirilmiştir (Wechsler, 1949). 1974 yılında ölçek yeniden gözden geçirilerek WISC-R adını almış ve uygulandığı yaş aralığı 6-16 olarak değiştirilmiştir (Wechsler, 1974).

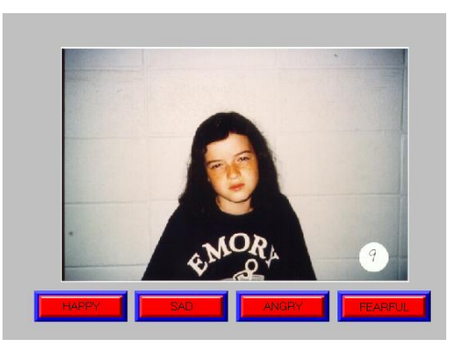
Savaşır ve Şahin tarafından ülkemizdeki geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış ve WISC-R ölçeği Türk kültürüne uyarlanmıştır (Savasir & Zeka, 1995). Çalışmamızda kaygı bozukluğuna ve kontrol grubuna uygulanan WISC-R'nin genel bilgi, resim tamamlama, resim düzenleme ve sözcük dağarcığı alt testlerinden alınan puanlardan hesaplanan standart puanları değerlendirmeye alınmıştır.

3.4.4. Sözel Olmayan İfadelerin Tanısal Analizi (SİFTA) (DANVA-2) (Diagnostic Analysis of Nonverbal Accuracy)

SİFTA, sözel olmayan sosyal işlemleme yeteneklerinin değerlendirilmesinde standardize bir tarama testidir (Nowicki & Duke, 1994). Bu çalışmada testin Çocuk Yüz İfadeleri (SİFTA-ÇY) alt testi kullanılmıştır. Katılımcının her bir resimdeki duyguyu tanımlaması istenmiştir. Bu alt testlerde 'mutlu, üzgün, kızgın ve korkulu' olmak üzere dört temel duygu sunulmuştur. Ayrıca yüzler içerdiği duygu ifadesinin yoğunluğuna göre düşük ve yüksek yoğunluklu olmak üzere iki ayrı kategoriye ayrılmıştır. Yirmi dört adet çocuk yüz ifadesini çocuklar bilgisayar ortamında tanımlamışlardır. ÇY alt testinde her bir dört temel duygu altı kez sunulmuştur. Cevaplar doğru veya hatalı cevapların toplanması şeklinde skorlanabilir. Bu çalışmada hatalı cevapların sayısı toplanarak skorlar belirlenmiştir.

SİFTA oldukça iyi bir tutarlılığa sahiptir. Cronbach alfa katsayısı herbir algılayıcı alt test için en az ortalama 0,71 olarak hesaplanmıştır (Nowicki & Duke, 1994). Testin kabul edilebilir iç tutarlılık, test-tekrar test güvenilirliği ve geçerliliği olduğuna dair kanıtlar vardır (Nowicki Jr & Mitchell, 1998).





3.4.5. Güçler ve güçlükler anketi-GGA (*Strength and difficulties questionniare-SDQ*)

İngiliz psikiyatrist Robert Goodman tarafından 1997 yılında geliştirilen ‘Güçler ve Güçlükler Anketi-(GGA)’nde ‘(Strength and Difficulties Questionniare-(SDQ)’, olumlu ve olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan yirmi beş soru bulunmaktadır. Beş adet soru ters puanlanır iken diğer sorular 0,1,2 puan olarak puanlanır. Bu sorular hem uygun tanısal ölçütler hem de faktör analizi sonuçlarına göre her biri beş soru içeren beş alt başlıkta toplanmıştır; *Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik, Davranış Sorunları, Duygusal Sorunlar, Akran Sorunları ve Sosyal Davranışlar*. Her alt başlık kendi içinde değerlendirilip her biri için ayrı puan elde edilebildiği gibi, ilk dört başlığın toplamı ile "Toplam Güçlük Puanı" da hesaplanabilmektedir. Bu anketin, 4-16 yaşlar için anne-baba ve öğretmen formu ile 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu formları bulunmaktadır ve bu formlar yaklaşık beş dakika içinde doldurulabilmektedir. GGA'nın genişletilmiş uyarlaması da bulunmaktadır. Bu uyarlamada, olası sorunun sosyal ve akademik işlevselliğe etkileri, birlikte yaşadığı kişilere getirdiği yük ve yol açmış olabileceği genel stres düzeyinin de araştırıldığı "etkilenme puanı" bulunmaktadır (Goodman, 1997; Güvenir ve ark., 2008). Biz çalışmamızda GGA’nın ergen formunu kullandık.

3.4.6. KA-Sİ Çocuk ve ergenler için empatik eğilim ölçeği (KA-Sİ EEÖ) (*Child and adolescent KA-Sİ empathic tendency scale*)

Çocuk ve ergenlerin empatik eğilimlerini ölçmek için Türk kültürüne özgü bir ölçme aracı geliştirilmiştir (Kaya & Siyez, 2010). Araştırmacının çalışma grubu, ilköğretim okulu ve liselere devam eden toplam 1144 öğrenciden oluşmuştur. Veriler her sınıf düzeyinde ayrı analiz edilmiş, 3-5. Sınıfların görünümü ile 6-12. sınıfların görünümün farklı olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle ölçeğin çocuklar ve ergenler için ayrı formlar olarak hazırlanmasının doğru olacağı düşünülmüştür.

KA-Sİ EEÖ‟nün hem çocuk hem de ergen formunun geçerliliği için yapılan açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ve alt-üst grup ayırt edicilik analizleri sonucunda hem çocuk hem de ergen formu için iki faktörlü yapının uygun olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hem çocuk hem ergen formunun alt ölçeklere ve ölçeğin geneline ilişkin Cronbach alfa güvenirlik katsayıları, alt ölçekler arasındaki korelasyon katsayıları ve bir hafta arayla uygulanmasından elde edilen test, tekrar test güvenirlik katsayıları ölçeğin güvenilir bir şekilde kullanılabileceğini göstermektedir.

KA-Sİ Çocuk Formu; yanıtlama biçimi ‘(1) Bana hiç uygun değil, (2) Bana biraz uygun, (3) Bana oldukça uygun ve (4) Bana tamamen uygun’ şeklinde dört dereceli bir yapıda düzenlenmiştir. Ölçekte olumsuz madde olmadığı için yanıtların puan

değerleri yanıtlama biçimine paralel olarak toplanmaktadır. Ölçekten duygusal empatiyi ölçen 7 maddenin toplanmasıyla elde edilen duygusal empati alt boyutu puanı, bilişsel empatiyi ölçen 6 maddeye verilen yanıtların puanlarının toplamı ile elde edilen bilişsel empati alt boyutu puanı ve bu ikisinin toplamı ile elde edilen toplam empatik eğilim puanı olmak üzere üç ayrı puan elde edilmektedir. Duygusal empati alt boyutundan elde edilecek minimum puan 7x1=7, maksimum puan 7x4=28, bilişsel empati alt boyutundan elde edilecek minimum puan 6x1=6, maksimum puan 6x4=24, minimum toplam empatik eğilim puanı 13x1=13, maksimum toplam empatik eğilim puanı ise 13x4=52'dir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça empatik eğilim artmakta, düştükçe empatik eğilim azalmaktadır.

KA-Sİ Ergen Formu; Çalışmamızda ergenlere verilmek üzere bu form kullanılmıştır. 10'u duygusal. 7'si bilişsel empatiyi ölçmek üzere toplam 17 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlama biçimi '(1) Bana hiç uygun değil, (2) Bana biraz uygun, (3) Bana oldukça uygun ve (4) Bana tamamen uygun' şeklinde dört dereceli bir yapıda düzenlenmiştir. Ölçekte olumsuz madde olmadığı için katılımcı yanıtlarının puan değerleri yanıtlama biçimine paralel olarak toplanmaktadır. Ölçekten duygusal empatiyi ölçen 10 maddeye verilen yanıtların puanlarının toplanmasıyla elde edilen duygusal empati alt boyutu puanı, bilişsel empatiyi ölçen 7 maddeye verilen yanıtların puanlarının toplamı ile elde edilen bilişsel empati alt boyutu puanı ve bu ikisinin toplamı ile elde edilen toplam empatik eğilim puanı olmak üzere üç ayrı puan elde edilmektedir. Duygusal empati alt boyutundan elde edilecek minimum puan 10x1=10, maksimum puan 10x4=40, bilişsel empati alt boyutundan elde edilecek minimum puan 7x1=7, maksimum puan 7x4=28, minimum toplam empatik eğilim puanı 17x1=17, maksimum toplam empatik eğilim puanı ise 17x4=68'dir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça empatik eğilim artmakta, düştükçe empatik eğilim azalmaktadır (Kaya & Siyez, 2010).

3.4.7 Çocukluk çağı davranış değerlendirme ölçeği/4-18 formu-ÇDDÖ (*Child behavior checklist-CBCL*)

ÇDDÖ, Achenbach ve Edenbrock tarafından geliştirilmiştir (Achenbach & Edelbrock, 1983). Ölçeğin 1991 formunun Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır ve ülkemizdeki 1985 formuyla sürekliliğini sağlayabilmek amacıyla çeviriler gözden geçirilmiştir (Akçakın, 1985; Erol & Şimsek, 1998). Ölçekte sorular ebeveynler tarafından dörtlü Likert skalası üzerinden yanıtlanmaktadır. "doğru değil", "bazen ya da biraz doğru" ve "çok ya da sıklıkla doğru" seçenekleri sırasıyla;"0", "1", "2"olarak puanlanmaktadır. ÇDDÖ'de "İçe Yönelim Sorunları" ve "Dışa Yönelim Sorunları" olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı elde edilmektedir. İçe yönelim grubu, "sosyal içe dönüklük", "somatik yakınmalar", "anksiyete/depresyon"; dışa yönelim grubu ise "suça yönelik davranışlar" ve "saldırgan davranışlar" alt ölçeklerinin toplamından oluşmaktadır. Ayrıca her iki grubun dışında "sosyal sorunlar", "düşünce sorunları", "cinsel sorunlar" ve "dikkat

sorunları" da ölçekte yer almaktadır. Bu alt ölçek puanlarının toplamından "toplam sorun puanı" elde edilmektedir. Ölçeğin toplam puan test-tekrar test güvenilirliği 0,84 olarak, iç tutarlılık değer ise 0,88 olarak bulunmuştur (Erol, 1995).

Çalışmamızda çocuk ve ergenlerin davranış problemi olan gruba alınıp alınmayacağı, ÇDDÖ'nün "suça yönelik davranışlar" ve "saldırgan davranışlar" alt ölçek puanları kullanılarak tespit edilmiştir.

3.4.8. Sosyal cevaplılık ölçeği-SCÖ (*Social responsiveness scale-SRS*)

Sosyal Cevaplılık Ölçeği çalışmaya katılan çocukların sosyal davranışların ve dilin ortama uygun biçimde kullanılmasını değerlendirmek amacıyla kullanıldı. SCÖ, 2000 tarihinde Constantino tarafından geliştirilmiş ve yüksek düzeyde geçerlik ve güvenilirliğinin olduğu bildirilmiştir (Constantino, Przybeck, Friesen, & Todd, 2000). Ölçekte gözlenebilir karşılıklı sosyal davranışlar ile ilgili 39, dilin sosyal kullanımı ile ilgili 6 ve patognomonik otistik davranışlar ile ilgili 20 olmak üzere toplam 65 madde mevcuttur. Ölçekten elde edilen skor arttıkça sosyal bozulmanın ciddiyeti de artmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, daha önce okul çağı çocuklarında yapılan büyük örneklemli bir çalışmada Ünal ve arkadaşları tarafından değerlendirilmiştir. Bu çalışmada SCÖ'nün iç tutarlılığı 0,86 olarak hesaplanmıştır. SCÖ Türkçe şeklinin 6 ay arayla elde edilen verilere dayalı test-tekrar test güvenilirliği yüksek bulunmuştur (Pearson's r=0,53, p<0,01) (Ünal, Güler, & Dedeoğlu, 2009).

3.4.9. Griffith empati ölçeği- anne baba değerlendirme formu (*Griffith empathy measure*)

Griffith empati ölçeği, çocuklarda duygusal empatinin ölçümünde kullanılan geniş kapsamlı bir ölçektir. Ebeveyn bildirimi, özbildirim ve çocukların afektif yanıtlarının video kayıtlarıyla gözlemi olmak üzere üç ayrı formu bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda ebeveyn bildirim ölçeği kullanılmıştır.

Ebeveyn bildirim ölçeği Bryant Çocuklar için Empati Ölçeği'nden uyarlanmıştır (Hunter, Dadds&Rushmore, 2008). Ebeveynlerin çocuklarının çeşitli öne sürülen durumlardaki empatik yanıtlarını yansıtması beklenir. Bu ölçek çocuğun direk empatik cevabını gerektirmemektedir. Belli birtakım olaylarda karşısındaki kişilere çocuğun genel yanıt verme tarzı ile ilgili bilgi kazandırır *('trait empati')*. Sorular üçüncü tekil şahıs formatında ifade edilmiştir. Örneğin Bryant ölçeğinde; "bir hayvanın yaralandığını gördüğümde üzülürüm", "çocuğum bir hayvanın yaralandığını gördüğü zaman kendini üzgün hisseder" şeklinde değiştirilmiştir.

Ölçeğin orijinalinde sorular ebeveynler tarafından dokuzlu Likert skalası üzerinden yanıtlanmaktadır. Likert ölçeği '-4 kesinlikle katılmıyorum' ile '+4 kesinlikle katılıyorum' arasında puanlanmaktadır. Ölçekteki 3., 6., 13., 17., 20., 21., 23. maddeler tersine çevrilerek puanlanır. Ölçekten en yüksek elde edilebilir puan +92 iken, en düşük puan -92"dir. Ölçekten elde edilen skor arttıkça empati seviyesi yükselmektedir. Orijinal ölçüm 4-16 yaş arası 2612 çocuğun ebeveynlerine uygulanmıştır ve yapılan faktör analizleri ve iç tutarlılık çalışmaları sonucunda ölçeğin her iki cinsiyette ve geniş bir yaş aralığında kullanılabileceği tespit edilmiştir (Cronbach's alfa=0,81).

Ölçek çalışmamız kapsamında ebeveynlerin puanlandırmasında kolaylık sağlamak amacıyla dörtlü Likert skalası haline uyarlanmıştır. Her bir madde "hiç uygun değil", "biraz uygun", "oldukça uygun" ve "tamamıyla uygun" şeklinde yanıtlandırılıp ve sırasıyla "0", "1", "2" ve "3" olarak puanlandırılmıştır. Ölçek 2011'de yapılan bir tez çalışmasında Türkçe'ye çevrilmiştir, İngilizce'yi kullanma deneyimi olan iki çocuk psikiyatristi tarafından ayrı ayrı tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Bu çeviriler esas ölçekle doğruluk ve anlamlılık açısından yeniden karşılaştırılmıştır ve ölçeğin bazı maddelerinde anlama bağlı kalınarak uygun görülen ifade değişiklikleri yapılmıştır. Aynı çalışmada ölçeğin iç tutarlılığı (Cronbach's alfa) 0,77 olarak hesaplanmıştır ve oldukça güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin orijinalindeki ters maddeler Türkçe çevirisinde değişmiş olup, 9., 10., 11., 12., 13., 14. ve 15. numaralı maddeler tersine çevrilerek puanlandırılmştır. (Gümüştaş, 2011).

3.5. Verilerin İstatiksel Analizi

Verilerin istatistik analizi SPSS 20.0 programı kullanarak yapılacaktır. Tanımlayıcı istatistikler yapılırken frekans, yüzde, ortalama, standart sapma ve medyan değerleri hesaplanmıştır. Niteliksel verilerde gruplar arasında kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi; niceliksel verilerde sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplar için t-testi (Student t-testi), dağılımın normal olmaması halinde ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Dağılımın normalliği Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verilerinin birbirleri ile olan ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde, $p<0,01$ ileri anlamlılık düzeyinde ve $p<0,001$ çok ileri anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Olguların ve Ebeveynlerin Genel Özellikleri

Çalışmamızda, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde Kaygı Bozukluğu tanısıyla takip ve tedavisi yapılan 11-17 yaş arası 58 olgu ve bu olgular ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hastalıkları Polikliniğine başvurmuş olan 29 sağlıklı ergen bulunmaktadır.

4.1.1. Olguların sosyodemografik özellikleri

Her iki grupta kızların sayısı erkeklerden daha fazladır. Cinsiyet dağılımları açısından gruplar arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır, p değeri 1 bulunmuştur (p>0,05). İki grubun yaş ortalamasına bakıldığında, KB grubunun yaş ortalaması 14,07; kontrol grubunu yaş ortalaması 13,52 idi. Gruplar arasında yaş ortalamaları dağılımları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,265; p>0,05) (**Tablo 2, Tablo 3**).

Tablo 2. Kaygı bozukluğu ve kontrol grubunda cinsiyet dağılımı

		KB	**Kontrol**	**p**
Cinsiyet	**Erkek (n)**	24	12	1,00
	Erkek (%)	41,4	41,4	
	Kız (n)	34	17	
	Kız (%)	58,6	58,6	

Kikare testi

KB: Kaygı bozukluğu grubu

Kontrol: Kontrol grubu

Tablo 3. Kaygı bozukluğu ve kontrol grubunda yaş ortalaması

	Yaş ortalaması (Ort)	**Standard Sapma (Ss)**	**p**
KB	14,07	2,13	0,265
Kontrol	13,52	2,23	

Mann Whitney U testi

4.1.2. Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri

Ebeveynlerin yaş ortalamasına bakıldığında kaygı bozukluğu grubunda hem annenin hem de babanın yaş ortalaması kontrol grubundan büyük bulunmuştur. İki grup arasındaki fark anne yaş ortalaması değeri için anlamlı değil iken (p=0,188; p>0,05), baba yaş ortalaması değeri için anlamlı olarak saptanmıştır (p=0,018; p<0,05) **(Tablo 4)**.

Tablo 4. Anne ve babaların yaş ortalamaları

	KB		Kontrol		
	Ort	**Ss**	**Ort**	**Ss**	**p**
Anne yaş	40,43	5,50	39,86	6,40	0,188
Baba yaş	44,45	5,95	42,45	5,99	**0,018***

Mann Whitney U testi **p<0,05*

Kaygı bozukluğu grubunda, annelerin %5,2'si okur-yazar (O-Y) değildi. Yine bu grupta annelerin %43,1'i ilkokul mezunu (İO), %20,7'si ortaokul mezunu (OO), %22,4'ü lise mezunu ve %8,6'sı üniversite mezunu idi. Kontrol grubunda ise annelerin %3,4'ü O-Y değildi, %55,2'si İO mezunu, %27,6'sı OO mezunu, %6,9'u lise mezunu ve %6,9'u üniversite mezunu idi. Gruplar arasında anne eğitim düzeyleri arasında anlamlı farka rastlanmadı (p=0,363; p>0,05) **(Tablo 5)**.

Baba eğitim durumları incelendiğinde, kaygı bozukluğu grubundaki babaların %1,7'si O-Y değildi. Yine aynı grupta babaların %36,2'si İO mezunu, %13,8'i OO mezunu, %36,2'si lise mezunu ve %12,1'i üniversite mezunu idi. Kontrol grubunda O-Y olmayan baba yoktu. Bu gruptaki babaların %48,3'ü İO mezunu, %20,7'si OO mezunu, %24,1'i lise mezunu ve %6,9'u üniversite mezunu idi. Gruplar arasında baba eğitim düzeyleri arasında anlamlı farka rastlanmadı (p=0,479; p>0,05) **(Tablo 5)**.

Tablo 5. Ebeveynlerin Eğitim Durumları Dağılımlarının Karşılaştırılması

		KB		Kontrol		
		n	**%**	**n**	**%**	**p**
Anne eğitim	**O-Y Yok**	3	5,2	1	3,4	0,363
	İlkokul	25	43,1	16	55,2	
	Ortaokul	12	20,7	8	27,6	
	Lise	13	22,4	2	6,9	
	Üniversite	5	8,6	2	6,9	
Baba eğitim	**O-Y Yok**	1	1,7	0	0,0	0,479
	İlkokul	21	36,2	14	48,3	
	Ortaokul	8	13,8	6	20,7	
	Lise	21	36,2	7	24,1	
	Üniversite	7	12,1	2	6,9	

Kikare testi

Olgular anne-baba birliktelik durumları bakımından ele alındığında, kaygı bozukluğundaki olguların ebevenlerinin %96,6'sı birlikte iken; kontrol grubunda bu oran 93,1 bulunmuştur. Her iki grupta aileler, birliktelik bakımından benzer bulunmuştur (p=0,598; p>0,05) **(Tablo 6).**

Tablo 6. Olguların anne-baba birliktelik durumları

		KB		Kontrol		
		n	%	n	%	p
Anne baba birliktelik	**Birlikte**	56	96,6	27	93,1	0,598
	Ayrı	2	3,4	2	6,9	

Kikare testi

Gruplar evde yaşayan kişi sayısı bakımından incelendiğinde, KB grubunda bu sayının ortalaması 4,36; kontrol grubunda 4,79 bulunmuştur. Kişi başına düşen gelir durumlarına bakıldığında ise, KB grubunda kişi başına düşen gelir ortalaması kontrol grubundan daha fazla bulunmuştur. Her iki grup arasında kişi başına düşen gelir miktarı ve evde yaşayan kişi sayısı bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05) **(Tablo 7)**.

Tablo 7. Olguların kişi başına düşen gelir düzeyi ve evde yaşayan kişi sayısı durumları

	KB		Kontrol		
	Ort	Ss	Ort	Ss	p
Kişi sayısı	4,36	0,87	4,79	1,72	0,344
Gelir miktarı	854,22	493,63	696,55	403,32	0,086

Mann Whitney U testi

Olguların çekirdek ailelerindeki bireylerin (anne/baba/kardeş) psikiyatrik yakınmalarının ve psikiyatriste başvurularının olup olmadığı değerlendirilmiştir. KB grubunda ailelerin %65,5'inde psikiyatrik yakınma vardır ve bu ailelerin %65,8'inde psikiyatrik yakınma ailede (olgumuz hariç) bir bireyde bulunurken; %34,2'sinde birden fazla kişide bulunmaktadır. Her iki grup arasında psikiyatrik yakınma ve yakınması olan kişi sayısı bakımından anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Olguların çekirdek ailelerindeki bireylerin (anne/baba/kardeş) psikiyatriste başvurularında ise, KB grubundaki ailelerin %53,4'ünün psikiyatrist başvuruları mevcuttur, bu ailelerin %71'inde başvuru (olgumuz hariç) bir birey ile sınırlı iken, %29'unda birden fazla kişi ile olmaktadır. Kontrol grubunda ise ailelerin %20,7'sinde psikiyatriste başvuru olmuştur ve bu ailelerin tamamında başvuru ailede (olgumuz hariç) bir bireyle sınırlı kalmıştır. İki grup arasında psikiyatriste başvuru durumu bakımından anlamlı fark saptanmıştır (p=0,004; p<0,01), psikiyatriste başvuran birey sayısı bakımından anlamlı farka rastlanmamıştır (p=0,302; p>0,05) **(Tablo 8)**.

Tablo 8. Olguların ailelerinin psikiyatrik yakınma ve psikiyatriye başvuru durumları

		KB		Kontrol		
		n	%	n	%	p
Psikiyatrik yakınma	**Evet**	38	65,5	13	44,8	0,065
	Hayır	20	34,5	16	55,2	
Psikiyatrik yakınma	**Bir Kişide**	25	65,8	8	61,5	1,00
	Birden Fazla Kişide	13	34,2	5	38,5	
Psikiyatrist başvurusu	**Evet**	31	53,4	6	20,7	**0,004***
	Hayır	27	46,6	23	79,3	
Psikiyatrist başvurusu	**Bir Kişide**	22	71,0	6	100,0	0,302
	Birden Fazla Kişide	9	29,0	0	0,0	

*Kikare testi *p<0,01*

4.1.3. Olguların doğum öyküsü

Çalışmamızdaki olguların doğum kilosu ele alındığında, KB grubunda olguların doğum kilosu ortalaması kontrol grubundan daha fazla saptanmıştır. Fakat iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Olguların doğum haftasına bakıldığında iki grubun ortalaması benzer bulunmuştur (p>0,05**) (Tablo 9)**.

Tablo 9. Olguların doğum kilosu ve haftası

	KB		Kontrol		
	Ort	Ss	Ort	Ss	p
Doğum kilosu	3,182	583,88	3,118	553,96	0,625
Doğum haftası	37,69	1,35	37,66	0,94	0,162[a]

Bağımsız gruplar T testi [a] Mann Whitney U testi

4.1.4. Olguların gelişim basamakları

Olguların gelişim basamakları incelenmiştir. İlk kelimenin ortaya çıktığı ay ortalamasına bakıldığında, KB grubunda bu zamanın kontrol grubuna daha erken olduğu bulunmuştur ve iki grup arasındaki fark anlamlı olarak saptanmıştır (p=0,006; p<0,01) İlk cümle kurma ve yürüme zamanı, tuvalet eğitiminin tamamlandığı zaman incelendiğinde her iki grubun ortalaması benzer bulunmuştur (p>0,05) **(Tablo 10)**.

Tablo 10. Olguların gelişim basamakları dağılımları

	KB		Kontrol		
	Ort	**Ss**	**Ort**	**Ss**	**p**
İlk kelime	10,43	3,01	11,14	2,00	**0,006***
İlk cümle	18,43	4,52	18,03	2,83	0,912
Yürüme	12,40	2,90	12,86	3,45	0,506
Tuvalet	25,43	12,85	24,24	8,73	0,948

Mann Whitney U testi **p<0,01*

4.1.5. Olguların erken çocukluk bakım ve eğitim öyküsü

KB grubunda anne sütünü altı aydan az kullananların yüzdesi daha fazla bulunmuştur. Kontrol grubunda ise anne sütünü 6 aydan fazla kullananların yüzdesi daha fazla bulunmuştur. KB grubunda bakım veren kişinin anne ve bakıcı olma yüzdesi daha fazla iken; kontrol grubunda bakım verenin baba ve akraba tarafından olma yüzdesi daha fazladır. KB grubunda yuva eğitimi alanların yüzdesi daha büyüktür. Fakat her iki grup arasında anne sütü kullanım süresi, bakım verenin kim olduğu ve yuva eğitimi alıp almadığı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) **(Tablo 11).**

Tablo 11. Olguların erken çocukluk bakım ve eğitim dağılımları

		KB		Kontrol		
		n	**%**	**n**	**%**	**p**
Anne sütü	**6 Aydan az**	15	25,9	4	13,8	0,199
	6 Aydan fazla	43	74,1	25	86,2	
Bakım veren	**Anne**	53	91,4	25	86,2	0,342
	Baba	0	0,0	1	3,4	
	Akraba	4	6,9	3	10,3	
	Bakıcı	1	1,7	0	0,0	
Yuva eğitimi	**Aldı**	31	53,4	14	48,3	0,649
	Almadı	27	46,6	15	51,7	

Kikare testi

4.1.6. Olguların tıbbi özgeçmiş ve psikiyatrik ilaç kullanımı dağılımları

KB grubunda tıbbi hastalığa sahip olma oranlarının, kontrol grubuna kıyasla daha çok olduğu görülmüştür. Fakat iki grup arasındaki bu fark anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). Psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü ise -kontrol grubunun psikiyatrik bir hastalık için tanı kriterlerini karşılamayan kişilerden oluştuğu da göz önüne alınarak-, anlamlı farkla KB grubunda yüzde olarak daha fazla bulunmuştur (p<0,001). KB grubunda ise psikiyatrik ilaç kullananlar, kullanmayanlara oranla daha fazla sayıdadır **(Tablo 12).**

Tablo 12. Olguların tıbbi özgeçmiş ve psikiyatrik ilaç kullanımı dağılımları

		KB		Kontrol		
		n	%	n	%	P
Tıbbi özgeçmiş	Yok	37	63,8	23	79,3	0,377
	Epilepsi	1	1,7	0	0,0	
	Kalp	0	0,0	0	0,0	
	Allerji	11	19,0	2	6,9	
	Diyabet	0	0,0	0	0,0	
	Diğer	9	15,5	4	13,8	
Psikiyatrik ilaç kullanımı	Var	32	55,2	0	0,0	**0,000***
	Yok	26	44,8	29	100,0	

*Kikare testi *p<0.001*

4.2. Klinik Değerlendirme ile Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

4.2.1. Çocuklar için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu versiyonu-Türkçe uyarlaması

Hasta grubunun psikiyatrik tanı dağılımları incelendiğinde grubun tamamı kaygı bozukluğu kriterlerini karşılamaktadır. Kaygı bozukluğunun DSM-5 sınıflandırmasına göre bakıldığında, KB grubundaki olgularda %43,1 oran ile en sık özgül fobi bulunmaktadır. Olguların %32,8'inde YKB, %27,6'sında AKB, %24,1'inde sosyal fobi ve %13,8'inde panik bozukluğa rastlanmıştır. Duygudurum bozukluğu açısından bakıldığında, %25,8'inde kaygı bozukluğuna ek olarak depresif bozukluk bulunmaktadır, bipolar bozukluğa (BB) rastlanmamıştır. KB grubunda, kaygı bozukluklarından sonra en sık yıkıcı davranım bozuklukları saptanmıştır. Bu grup içinde %34,5 oran ile DEHB en sık karşılaşılan tanıdır, bunu %3,4 ile KOKGB ve %1,7 ile davranım bozukluğu takip etmektedir. Diğer psikiyatrik tanılar ise OKB (%25,9), enürezis (%6,9), tik bozukluğu (%5,2), TSSB (%1,7) ve enkoprezis (%1,7) olmuştur. Bunların haricinde KB grubunun %15,5'inde -diğer başlığı adı altında-, bruksizm, kekemelik, alopesi ve yas belirtileri bulunmaktadır.

ÇGDŞ-ŞY-T ile yapılan yarı yapılandırılmış klinik görüşme esnasında saptanan şimdiki ve geçmişteki psikopatolojiler aşağıda sıralanmıştır **(Tablo 13)**:

Tablo 13. KB grubunda psikiyatrik tanı dağılımları

	KB	
	n	**%**
Duygudurum bozukluk (bzk.)	15	25,8
➢ **Depresif bzk.**	15	25,8
➢ **Bipolar bzk.**	0	0,0
Kaygı bzk.	58	100,0
➢ **Panik bzk.**	8	13,8
➢ **Ayrılık kaygısı bzk.**	16	27,6
➢ **Kaçınma bzk./Sosyal Fobi**	14	24,1
➢ **Özgul Fobi**	25	43,1
➢ **Yaygın Kaygı bzk.**	19	32,8
Obsesif-Kompulsif Bzk.	15	25,9
Enüresis	4	6,9
Enkopresis	1	1,7
Yıkıcı Davranım Bzk.	21	36,2
➢ **Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bzk.**	20	34,5
➢ **Karşıt Olma Karşı Gelme Bzk.**	2	3,4
➢ **Davranım Bzk.**	1	1,7
Tik Bzk.	3	5,2
Travma Sonrası Stres Bzk.	1	1,7
Diğer	9	15,5
Anoreksia Nervosa	0	0,0
Bulimiya Nervosa	0	0,0
Madde Kötüye Kullanımı	0	0,0
Sigara/Tütün Kullanımı	0	0,0
Alkol Kötüye Kullanımı	0	0,0

4.3.Ölçekler ve Yapılan Testlerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

4.3.1. Çocukluk çağı davranış değerlendirme ölçeği

ÇDDÖ'de "İçe Yönelim Sorunları" ve "Dışa Yönelim Sorunları" olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı elde edilmektedir. İçe yönelim grubu, "sosyal içe dönüklük", "somatik yakınmalar", "anksiyete/depresyon"; dışa yönelim grubu ise "suça yönelik davranışlar" ve "saldırgan davranışlar" alt ölçeklerinin toplamından oluşmaktadır. Ayrıca her iki grubun dışında "sosyal sorunlar", "düşünce sorunları", "cinsel sorunlar" ve "dikkat sorunları" da ölçekte yer almaktadır. Bu alt ölçek puanlarının toplamından "toplam sorun puanı" elde edilmektedir. Alt ölçek puanları ve toplam puanlar aşağıda tabloda verilmiştir. Sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, anksiyete/depresyon, düşünce sorunları, dikkat sorunları, suça yönelik davranışlar, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam sorun puan ortalaması KB grubunda daha fazla bulunmuştur, sosyal sorunlar puan ortalaması ise kontrol grubunda daha fazladır. Fakat sosyal içe dönüklük, sosyal sorunlar, dikkat sorunları, suça yönelik davranışlar, saldırgan davranışlar alt ölçek puan ortalamasında ve dışa yönelim sorunları ve toplam sorun puan ortalamasında iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Somatik yakınmalar, anksiyete/depresyon, düşünce sorunları ve içe yönelim sorunları açısından iki grup arasındaki puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, p değerleri sırasıyla 0,013 ($p<0,05$), 0,003 ($p<0,01$), 0,001 ($p<0,01$) ve 0,005 ($p<0,01$)'tir **(Tablo 14)**.

Tablo 14. KB ve kontrol grubunun ÇDDÖ puanları açısından karşılaştırılması

	KB			**Kontrol**			
	Ort	**Ss**	**Ortanca**	**Ort**	**Ss**	**Ortanca**	**p**
Sosyal içe dönüklük	61,70	12,43	58,00	56,31	6,66	55,00	0,090
Somatik yakınmalar	64,09	9,77	63,00	58,76	9,10	58,00	**0,013***
Anksiyete/depresyon	65,54	11,80	62,00	58,34	8,18	56,00	**0,003****
Sosyal sorunlar	56,19	7,47	55,00	56,28	8,09	55,00	0,812
Düşünce sorunları	64,21	8,55	65,00	58,03	6,49	57,00	**0,001****
Dikkat sorunları	58,86	8,01	60,00	58,10	6,94	57,00	0,829
Suça yönelik davranışlar	52,49	4,44	50,00	51,79	3,19	50,00	0,696
Saldırgan davranışlar	54,21	5,66	51,00	53,21	3,99	51,00	0,851
Toplam sorun	59,75	10,41	59,00	55,21	9,42	56,00	0,051[a]
İçe yönelim sorunları	65,02	12,29	63,00	57,31	10,67	57,00	**0,005**[a]**
Dışa yönelim sorunları	49,35	9,61	49,00	49,41	7,40	50,00	0,975[a]

*[a] Bağımsız gruplar T testi *p<0,05 **p< 0,01*

Mann Whitney U Testi

4.3.2. Sözel Olmayan İfadelerin Tanısal Analizi (SİFTA/DANVA-2)

Aşağıdaki tabloda duygu tanıma testinde yapılan hataların dağılımı yer almaktadır. Alt testler duygunun çeşidine ve yoğunluğuna göre oluşturulmuştur. Tüm alt testlerdeki hata sayısı ve toplam hata sayısı ortalaması KB grubunda, kontrol grubuna kıyasla daha fazla bulunmuştur. Fakat KB grubunun ve kontrol grubunun SİFTA (DANVA-2) değerlendirmeleri sonucunda toplam ve alt test puan ortalamaları bakımından iki grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05) **(Tablo 15)**.

Tablo 15. KB ve kontrol grubunun SİFTA hata puanları açısından karşılaştırılması

	KB			Kontrol			p
	Ort	**Ss**	**Ortanca**	**Ort**	**Ss**	**Ortanca**	
Mutlu ifade	0,64	0,91	0,00	0,59	0,82	0,00	0,907
Üzgün ifade	0,74	1,00	0,50	0,62	0,78	0,00	0,773
Kızgın ifade	2,69	1,47	2,00	2,34	1,32	2,00	0,315
Korkulu ifade	0,81	0,83	1,00	0,79	0,86	1,00	0,860
Düşük yoğunluklu ifadeler	3,14	1,61	3,00	2,93	1,65	3,00	0,409
Yüksek yoğunluklu ifadeler	1,74	1,46	1,00	1,41	1,18	1,00	0,373
Toplam	4,88	2,40	5,00	4,34	2,32	4,00	0,247

Mann Whitney U Testi

4.3.3. Güçler ve güçlükler anketi

GGA'da her biri beş soru içeren beş alt başlık bulunmaktadır. Aşağıdaki tabloda da bu beş alt başlığa ve toplam güçlük puanına yer verilmiştir. KB grubunda anket puan ortalamaları, beş grubun tümünde ve toplam güçlük puanında kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha fazladır. Sosyal davranışlar, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, davranış sorunları ve akran sorunlarında ortalamalar her iki grupta benzer bulunmuştur. Duygusal sorunlar ve toplam güçlük puan ortalaması bakımından iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farka rastlanmıştır, p değerleri sırasıyla 0,000 (p<0,001) ve 0, 004 (p<0,01)'tür **(Tablo 16).**

Tablo 16. KB ve kontrol grubunun GGA puanları açısından karşılaştırılması

	KB			Kontrol			
	Ort	**Ss**	**Ortanca**	**Ort**	**Ss**	**Ortanca**	**p**
Sosyal davranışlar	8,25	1,64	9,00	8,21	2,24	9,00	0,567
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite	4,58	2,31	4,00	4,03	2,11	4,00	0,281
Duygusal sorunlar	5,30	2,43	5,00	3,00	2,46	2,00	**0,000***
Davranış sorunları	2,09	1,73	2,00	1,97	1,30	2,00	0,978
Akran sorunları	2,96	1,74	3,00	2,48	1,30	3,00	0,292
Toplam güçlük puanı	23,18	5,31	23,00	19,69	4,96	19,00	**0,004****

*Mann Whitney U Testi *p<0,001 **p<0,01*

4.3.4. KA-Sİ Çocuk ve ergenler için empatik eğilim ölçeği

KASİ ergen formunda duygusal empati alt boyutu puanı, bilişsel empati alt boyutu puanı ve bu ikisinin toplamı ile elde edilen toplam empatik eğilim puanı olmak üzere üç ayrı puan bulunmaktadır ve bu puanlar aşağıda tabloda gösterilmiştir. KB grubunda hem bilişsel hem duygusal hem de toplam puan ortalamaları, kontrol grubundan daha düşüktür. Duygusal ve toplam puanlar açısından iki grup ortalaması istatistiksel açıdan benzer bulunmuştur (p>0,05); bilişsel empati alt boyutu puanı açısından ise iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05) **(Tablo 17).**

Tablo 17. KB ve kontrol grubunun KASİ puanları açısından karşılaştırılması

	KB			Kontrol			
	Ort	**Ss**	**Ortanca**	**Ort**	**Ss**	**Ortanca**	**p**
KASİ-Duygusal	19,42	6,28	19,00	20,76	7,99	24,00	0,245
KASİ-Bilişsel	14,14	4,29	15,00	15,79	4,20	17,00	**0,039***
KASİ-Toplam	33,56	9,31	34,00	36,55	11,37	42,00	0,075

*Mann Whitney U Testi *p<0,05*

4.3.5. Sosyal cevaplılık ölçeği

SCÖ'de belirli maddeler bir araya getirilerek farklı alt gruplar oluşturulmuştur. Tüm alt gruplarda ve toplam SCÖ puanında KB grubunun puan ortalaması daha fazla bulunmuştur. Sosyal, DEHB benzeri *(ADHD-like)* alt grupta ve toplam puan ortalamasında iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur p değerleri sırasıyla 0,005 (p<0,01), 0,029 (p<0,05) ve 0,037 (p<0,05)'tir **(Tablo 18)**.

Tablo 18. KB ve kontrol grubunun SCÖ puanları açısından karşılaştırılması

	KB			Kontrol			
	Ort	**Ss**	**Ortanca**	**Ort**	**Ss**	**Ortanca**	**p**
SCÖ Stereotipi	9,14	6,45	8,00	7,45	4,69	6,00	0,369
SCÖ İletişim	4,44	3,40	3,00	3,48	2,43	3,00	0,341
SCÖ Sosyal[a]	48,61	15,61	47,00	38,83	13,32	42,00	**0,005****
SCÖ DEHB benzeri	9,02	3,13	9,00	7,38	2,80	8,00	**0,029***
SCÖ Otizm	5,82	4,44	5,00	5,07	3,95	4,00	0,595
SCÖ Toplam	62,19	23,69	60,00	49,76	18,23	51,00	**0,037***

Mann Whitney U Testi

*[a] Bağımsız Gruplar T testi **p<0,01 *p<0,05*

4.3.6. KB grubu SCÖ ölçeği alt grupları arası korelasyonların değerlendirilmesi

KB grubu SCÖ ölçeğinde anlamlı fark çıkan alt gruplar arası korelasyonlar incelenmiştir. SCÖ sosyal ve SCÖ DEHB benzeri alt grup puanları, SCÖ sosyal alt grup ve SCÖ toplam grubu puanları, SCÖ DEHB benzeri alt grup ve SCÖ toplam grup puanları arasında pozitif yönde korelasyon olduğu görülmüştür. Bu üç değerden SCÖ sosyal alt puanı alınmıştır, KASİ bilişsel puanı ile birlikte lojistik regresyon analizi yapılmıştır (**Tablo 19)**.

Tek değişkenli analizlerde iki grup arasında anlamlı fark bulunan değişkenlerin lojistik regresyon analizi ile kaygı bozukluğu olma durumunu yordayıcı etkileri incelenmiştir. Artmış SCÖ sosyal yıkım düzeyi, kaygı bozukluğu olmayı yordayan bir faktör olarak bulunmuştur (SCÖ sosyal puanı için p değeri 0,020 (p<0,05); KASİ bilişsel puanı için p>0,05'tir) **(Tablo 20)**.

Tablo 19. KB grubu SCÖ alt grupları arası korelasyonların değerlendirilmesi

	SCÖ Sosyal	**SCÖ DEHB benzeri**	**SCÖ Toplam**
SCÖ Sosyal	1,000		
SCÖ DEHB benzeri	**0,745*****	1,000	
SCÖ Toplam	**0,971*****	**0,721*****	1,000

*Pearson korelasyon testi ***p<0,001*

Tablo 20. Kaygı bozukluğuna etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
SCÖ Sosyal	-0,044	0,019	5,412	1	**0,020***	0,957
KASİ Bilişsel	0,059	0,065	0,826	1	0,363	1,061
Sabit	0,334	1,414	,056	1	0,813	1,397

*Lojistik regresyon analizi *p<0,05*

4.3.7. Griffith empati ölçeği

KB ve kontrol grubunun ölçek puanları kıyaslandığında her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farka rastlanmamıştır (p>0,05) **(Tablo 21)**.

Tablo 21. KB ve kontrol grubunun Griffith empati ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	KB			Kontrol			
	Ort	**Ss**	**Ortanca**	**Ort**	**Ss**	**Ortanca**	**p**
Griffith toplam	45,81	10,34	46,00	44,97	10,35	46,00	0,722

Bağımsız gruplar T testi

4.4. Ölçekler ve Yapılan Testlerden Elde Edilen Verilerin Farklı Gruplandırma ile Yeniden Değerlendirilmesi (İkinci Grup İstatistik Testleri)

Buraya kadar değerlendirdiğimiz veriler, kaygı bozukluğu (hasta) grubu ve sağlıklı (kontrol) grup olmak üzere iki grup üzerinden değerlendirilmiştir. Bundan sonraki değerlendirmeler üç grup üzerinden devam edecektir. Üç grubun belirlenmesi şu şekilde yapılmıştır:

ÇDDÖ'de "suça yönelik davranışlar" ve/veya "saldırgan davranışlar" alt ölçekleri puanlarına bakılarak, kaygı bozukluğu grubundaki olgulardan bu iki alt ölçekten en az birinden T≥55' üzerinde puan alanlar, 'davranış problemi olan' grubu; ÇDDÖ'nün "suça yönelik davranışlar" ve "saldırgan davranışlar" alt ölçeklerinde T<55 puan alan olgular 'davranış problemi olmayan' grubu oluşturmuştur. Kontrol grubunun içinden de bu iki alt ölçekten en az birinden T≥55'in üzerinde puan alanlar çıkartılmıştır, hem psikiyatrik bir tanısı olmayan hem de davranış problemi içermeyen üçüncü bir grup oluşturulmuştur.

Tablo 1. Çalışma örnekleminin gruplara ayrılması

MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ			
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği		Çocuk Hastalıkları Polikliniği	
Kaygı Bozukluğu (+)	**Kaygı Bozukluğu (+)**	**Kaygı Bozukluğu (-)**	Kaygı Bozukluğu **(-)**
Davranış Problemi (+)	**Davranış Problemi (-)**	**Davranış Problemi (-)**	Davranış Problemi **(+)**

Tablo 22. KB ve kontrol grubunun davranış problemi varlığına göre dağılımı

			KB	Kontrol	Toplam
Davranış problemi	**Yok**	**N**	**35***	**18***	53
		%	**61,4**	**62,1**	61,6
	Var	**N**	**22***	11	33
		%	**38,6**	37,9	38,4
Toplam		**N**	57	29	86
		%	100,0	100,0	100,0

Kikare testi – Çapraz tablo

**Belirtilen üç grup üzerinden testlere devam edilecektir;*

**** - Hem KB hem de davranış problemi olan grup ►K+DP,***

**** - Davranış problemi eşlik etmeyen sadece KB olan grup ►K,***

**** -Hem KB hem de davranış problemi içermeyen grup ►Tanı yok grubu.***

4.4.1. İkinci grup istatistik testlerinde sözel olmayan ifadelerin tanısal analizi (SİFTA/DANVA-2)

Üç grubun SİFTA hata puanlarının karşılaştırılması için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Mutlu ve üzgün ifadede en fazla hata puan ortalaması K+DP grubundadır. K grubunda, kızgın ifade, korkulu ifade, düşük yoğunluklu ifadeler, yüksek yoğunluklu ifadeler ve toplam hata puan ortalaması diğer iki gruba göre daha fazladır. Üç grup arasında hata puan ortalaması bakımından kızgın ifadelerde anlamlı fark ortaya çıkmıştır ($p=0,049$; $p<0,05$), diğer ifadelerde ortalama açısından üç grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Kızgın ifadedeki farkın hangi iki grup arasında kaynaklandığını tespit etmek için ikili gruplar halinde MannWhitney U testi yapılmıştır, K ve K+DP, 'tanı yok grubu' ile K+DP, K ile 'tanı yok grubu' kıyaslanmıştır ve p değerleri sırasıyla 0,058 ($p>0,05$), 0,955 ($p>0,05$) ve 0,030 ($p<0,05$) bulunmuştur. Aradaki anlamlı fark K ve 'tanı yok' grubundan kaynaklanmaktadır **(Tablo 23)**.

Tablo.23 İkinci grup istatistik testlerinde SİFTA hata puanlarının karşılaştırılması

	Tanı yok			K			K+DP			
	Ort	**Ss**	**Ortanca**	**Ort**	**Ss**	**Ortanca**	**Ort**	**Ss**	**Ortanca**	**p**
Mutlu ifade	0,56	0,78	0,00	0,51	0,74	0,00	0,86	1,13	0,50	0,530
Üzgün ifade	0,39	0,61	0,00	0,69	0,93	0,00	0,86	1,13	1,00	0,346
Kızgın ifade	2,17	1,29	2,00	2,94	1,14	3,00	2,36	1,84	2,00	**0,049***
Korkulu ifade	0,78	0,94	1,00	0,89	0,83	1,00	0,73	0,83	1,00	0,655
Düşük yoğunluklu ifadeler	2,67	1,28	3,00	3,20	1,28	3,00	3,18	1,97	3,00	0,426
Yüksek yoğunluklu ifadeler	1,22	1,17	1,00	1,83	1,52	2,00	1,64	1,40	1,00	0,356
Toplam hata	3,89	2,27	3,00	5,03	2,15	5,00	4,82	2,72	4	0,152

*Kruskal Wallis Testi *p<0,05*

4.4.2. İkinci grup istatistik testlerinde KASİ ve Griffith ölçekleri empati puanlarının değerlendirilmesi

Üç grubun empati puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Griffith empati ölçeği değerleri normal dağıldığı için üç grup ortalaması ANOVA ile değerlendirilmiştir. KASİ empatik eğilim ölçeği değerleri normal dağılıma uymadığı için Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir. KASİ duygusal, bilişsel ve toplam puanda en yüksek ortalamaya K+DP grubunda rastlanırken; en düşük ortalama da K grubunda bulunmuştur. Bu değerler arasından KASİ toplam puan ortalaması açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. Bu anlamlı farkın hangi iki gruptan kaynaklandığını tespit etmek için ikili gruplar halinde Mann Whitney U testi yapılmıştır. 'Tanı yok grubu' ile K+DP, tanı yok grubu ile K ve K ile K+DP kıyaslanmıştır ve p değerleri sırasıyla 0,632 (p>0,05), 0,167 (p>0,05) ve 0,009 (p<0,01) olarak bulunmuştur, aradaki anlamlı fark K ve K+DP grubundan kaynaklanmaktadır.

Griffith empati ölçeği toplam puan ortalamasının en fazla K+DP grubunda olduğu; en düşük ise K grubunda olduğu bulunmuştur. Griffith empati ölçeği toplam puan ortalaması açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır, bu farkın hangi iki grup arasından kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi yapılmıştır, anlamlı farkın K ve K+DP grubu arasında olduğu bulunmuştur (p=0,039; p<0,05). 'tanı yok grubu' ile K (p=0,948) ve 'tanı yok grubu' ile K+DP (p=0,155) arasındaki farkın istatistiksel açıdan benzer olduğu görülmüştür (p>0,05) **(Tablo 24)**.

Tablo 24. İkinci grup istatistik testlerinde KASİ ve Griffith ölçek puanlarının dağılımı

	Tanı yok			K			K+DP			
	Ort	**Ss**	**Ortanca**	**Ort**	**Ss**	**Ortanca**	**Ort**	**Ss**	**Ortanca**	**p**
KASİ-Duygusal	19,72	8,98	22,50	17,77	5,71	17,00	22,10	6,53	23,00	0,056
KASİ-Bilişsel	14,56	4,69	16,00	13,23	4,62	15,00	15,62	3,40	16,00	0,125
KASİ Toplam	34,28	13,08	41,00	31,00	9,03	31,00	37,71	8,62	39,00	**0,036***
Griffith[a] Toplam	43,94	11,02	45,50	43,03	10,51	43,00	50,05	8,71	50,00	**0,042***

[a] *ANOVA*

*Kruskal Wallis Testi *p<0,05*

4.4.3. İkinci grup istatistik testlerinde SCÖ puanlarının değerlendirilmesi

Üç grubun SCÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. SCÖ sosyal alt grupta değerler normal dağıldığı için üç grup ortalaması ANOVA ile değerlendirilmiştir. Diğer alt gruplar ve toplam puan ortalaması değerleri normal dağılıma uymadığı için Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir. Tüm alt gruplar ve toplam puan için ortalamalar karşılaştırıldığında üç grup arasında ortalamaların benzer olduğu bulunmuştur (p>0,05) **(Tablo 25)**.

Tablo 25. İkinci grup istatistik testlerinde SCÖ puanlarının değerlendirilmesi

	Tanı yok			K			K+DP			
	Ort	**Ss**	**Ortanca**	**Ort**	**Ss**	**Ortanca**	**Ort**	**Ss**	**Ortanca**	**p**
SCÖ Stereotipi	8,33	5,51	7,50	9,17	6,16	8,00	8,90	7,14	6,00	0,920
SCÖ İletişim	3,78	2,80	4,00	4,40	3,24	4,00	4,43	3,79	2,00	0,858
SCÖ Sosyal[a]	40,72	13,61	44,00	49,34	15,16	49,00	47,10	16,92	42,00	0,158
SCÖ DEHB benzeri	7,50	3,03	8,00	8,66	3,03	9,00	9,57	3,36	9,00	0,189
SCÖ Otizm	5,72	4,68	5,50	5,74	4,22	5,00	5,76	4,92	3,00	0,950
SCÖ Toplam	52,83	19,65	56,50	62,91	22,79	60,00	60,43	26,03	56,00	0,415

[a] ANOVA

Kruskal Wallis

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde Kaygı Bozukluğu tanısıyla takip ve tedavisi yapılan 11-17 yaş arası olgular alındı. Bu grup ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hastalıkları Polikliniğine başvurmuş olan 29 ergen kontrol grubunu oluşturmuştur. Kaygı bozukluğu grubundaki 11-17 yaş arasındaki ergenler ile araştırmacının ÇDŞG-ŞY-T ile değerlendirdiği kontrol grubundaki sağlıklı ergenlerin; sosyodemografik özellikleri, zeka düzeyleri, GGA, KASİ EEÖ, ÇDDÖ, SCÖ, Griffith empati ölçekleri ve SİFTA olarak duygu tanıma testi parametreleri değerlendirildi ve gruplar birbiriyle karşılaştırıldı. İkinci grup istatistik testlerinde ise ÇDDÖ'de "suça yönelik davranışlar" ve/veya "saldırgan davranışlar" alt ölçekleri puanları dikkate alınarak davranış problemi olan gruplar belirlendi, kontrol grubu içinde davranış problemi olanlar çıkartıldı. Kaygı bozukluğu olup davranış problemi olanlar, kaygı bozukluğu olup davranış problemi olmayanlar ve kontrol grubu olmak üzere üç grup üzerinden KASİ, EEÖ, SCÖ, Griffith empati ölçekleri ve SİFTA olarak duygu tanıma testi parametreleri değerlendirildi. Elde edilen veriler güncel yazın eşliğinde tartışıldı.

5.1.Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirme

Kaygı bozukluğu ve kontrol grubu arasında yaş ortalaması ve cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. KB grubunda yaş ortalaması 14,07 yıl olarak tespit edilmiştir. Her iki grupta da kız sayısı erkek sayısından daha fazladır. Kaygı bozukluğu kızlarda erkeklere kıyasla daha fazla görülmektedir. Yazında da çocuk ve ergenlerde -erişkinlerle tutarlı olarak- kaygının kızlarda erkeklere kıyasla daha fazla bildirildiği ifade edilmektedir (Kashani & Orvaschel, 1990). Kızlarda kaygı bozukluğu başlangıç yaşının erkeklerden daha erken olduğu varsayılırsa, çocuklukta veya ergenlikte kaygı bozukluğu deneyimleyen kızların oranının erkeklerden neden daha fazla olduğu açıklanabilmektedir (Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley, & Allen, 1998).

Olguların doğum kilosu ve doğum haftası ele alındığında KB ve kontrol grubu arasında ortalamalar açısından istatistiksel farka rastlanmamıştır. İlk kelimenin ortaya çıktığı ay ortalamasına bakıldığında, KB grubunda bu zamanın kontrol grubuna göre daha erken olduğu bulunmuştur ve iki grup arasındaki fark anlamlı olarak saptanmıştır ($p=0,006$; $p<0,01$). İlk cümle kurma ve yürüme zamanı, tuvalet eğitiminin tamamlandığı zaman incelendiğinde her iki grubun ortalaması benzer bulunmuştur. Dilin kazanılması karmaşık bir süreç olup tek bir etkene bağlı değildir. Dil gelişimi, biyolojik, nörolojik, psikososyal, psikoseksüel ve bilişsel gelişimin etkileşimi halinde olmaktadır. Dilin

kazanılması, çocuğun bilişsel gelişimi ile yakından ilgili olup zihinsel uyum süreçlerinin her biri algılama, kavram geliştirme ve dilin kazanılmasıyla yakından ilişkilidir.

Anne sütü kullanım süresi, bakım verenin kim olduğu ve yuva eğitimi alıp almama açısından KB ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Tıbbi özgeçmiş açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Psikiyatrik ilaç kullanımı, -kontrol grubunun psikiyatrik bir tanı için kriterleri karşılamayan kişilerden oluştuğu göz önüne alınarak- beklendiği gibi çok ileri düzeyde anlamlı fark ile KB grubunda daha fazla bulunmuştur.

5.2. Ebeveyne Ait Sosyodemografik Özellikler

KB ve kontrol grubu arasında anne ve baba yaş ortalamasına bakılmıştır. Anne yaş ortalaması değeri iki grup arasında benzer bulunmuştur, baba yaş ortalaması arasındaki fark ise istatistiksel açıdan anlamlı saptanmıştır. Baba yaş ortalaması KB grubunda daha büyüktür. Davranış inhibisyonu olan çocukların takip edildiği ve bu çocuklar arasından kaygı bozukluğu oranın yüksek bulunduğu bir çalışmada, çocukların ebeveynlerinin yaş ortalamasına bakılmış, babanın yaş ortalaması çalışmamızdakine benzer şekilde daha büyük bulunmuştur (Hirshfeld ve ark., 1992). İleri baba yaşının otizm etiyolojisindeki çevresel risk faktörlerinden biri olduğu bilinmektedir ve bu durumun yaşla artan mutasyonlarla ilgili olduğu düşünülmektedir (Özbaran, 2014). Aynı durumun kaygı bozukluğu için de risk faktörü olabilir, bu konunun aydınlatılması için sosyodemografik verileri değerlendiren güncel araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anne-baba eğitim düzeyleri, anne-baba birliktelik durumları, evde yaşayan birey sayısı ve kişi başına düşen gelir bakımından arasında iki grup arasında anlamlı farka rastlanmadı.

Olguların çekirdek ailelerindeki bireylerin psikiyatrik yakınmalarının ve psikiyatriste başvurularının olup olmadığı incelendiğinde, iki grup arasında psikiyatrik yakınma ve yakınması olan kişi sayısı bakımından anlamlı fark saptanmamıştır. KB grubunda psikiyatriste başvuru oranı daha fazla bulunmuştur ve bu durum için iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır. Kaygı bozukluklarında ailesel geçiş olduğu bilinmektedir (Güveli & İşeri, 2016). Hem kaygılı çocukların anne-babalarında kaygı bozukluğu hem de kaygılı anne-babaların da çocuklarında kaygı bozukluğu daha çok görülmektedir (Rapee ve ark., 2009). Başka bir çalışmada ise kaygılı ebeveynlerin çocuklarının sadece kaygı bozukluklarına sahip olma olasılığının daha yüksek olduğu; ebeveynlerde depresif belirtilerin eşlik etmesi ile birlikte çocuklarda daha geniş aralıkta bozukluklara ve daha fazla komorbid bozukluğa sahip olduğu belirtilmiştir (Beidel & Turner, 1997).

5.3. Ölçeklerden ve Yapılan Testlerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

KB grubunda kaygı bozukluğu ve diğer psikiyatrik bozuklukların dağılımları incelenmiştir. Bu gruba kaygı bozukluğu kriterlerini karşılayan olgular alındığı için her olgunun en az bir psikiyatrik tanısı mevcuttur. KB grubundaki olgularda kaygı bozukluğu tanı grubundan %43,1 oran ile en sık özgül fobi bulunmaktadır, özgül fobiyi %32,8 oran ile YKB, %27,6 ile AKB, %24,1 ile sosyal fobi ve %13,8 ile panik bozukluk takip etmektedir. Kaygı bozukluğu tanı grubundan sonra olgularda en fazla görülen komorbid durum %35,4 ile DEHB olmuştur. İkinci en sık görülen komorbid durum ise OKB (%25,9) ve depresyondur (%25,8). KB grubunda görülen diğer komorbid durumlar ise enürezis, tik bozukluğu, KOKGB, TSSB, davranım bozukluğu ve enkoprezis olmuştur.

Kaygı bozukluğu olan çocuklarda, sağlıklı çocuklarla kıyaslandığında komorbidite riski 8-29 kat kadar daha fazladır (E. Costello ve ark., 2003). Görülen en sık komorbidite ise başka bir kaygı bozukluğudur, bir çalışmada bu oran %75 olarak belirtilmiştir (Üneri, 2016). Başka bir çalışmada, yaygın kaygı bozukluğu olanların olguların yaklaşık yarısında, özgül fobi olgularının ise tümünde psikiyatrik eş hastalanma bulunduğu saptanmış, başka bir kaygı bozukluğu dışında en yaygın komorbiditenin ise depresyon olduğu vurgulanmıştır (E. J. Costello, Egger, & Angold, 2005). Erişkin hastaların değerlendirildiği bir çalışmada dört kaygı bozukluğu ele alınmış (TSSB DSM-IV'te henüz kaygı bozukluğuna dahilken), dördü arasında en sık TSSB'ye rastlanmış, bunu da sırasıyla YKB, PB ve SKB'nin takip ettiği görülmüştür (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, & Löwe, 2007). Saptanan kaygı bozukluğu çeşidi yaş gruplarına göre farklı olabilmektedir. Selektif mutizm daha çok okul öncesi ve okul başlangıç çağlarında sık görülen bir kaygı bozukluğu iken, panik bozukluk ergenlik döneminde zirve yapmaktadır. Artan yaşla birlikte bilişsel ve dil gelişiminin devam etmesi, akran ilişkilerinin önem kazanması ve ebeveynlerden özerklik arayışları göz önüne alındığında kaygı ifadelerinde benzerlikler ve farklılıklar olabilir. Buradan yola çıkarak, bazı yazarlar tarafından kaygı bozukluğu tanı kriterlerine çocuğun bulunduğu gelişim dönemine ait belirleyicilerin eklenmesi önerilmektedir (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009).

KB ve kontrol grubunda ÇDDÖ puanları değerlendirilmiştir. Somatik yakınmalar, anksiyete/depresyon, düşünce sorunları ve içe yönelim sorunları açısından iki grup arasındaki puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu alt ölçeklerin puan ortalaması KB grubunda daha fazladır. Somatik yakınmalar ve anksiyete/depresyon, içe yönelim sorunlarını oluşturan alt ölçeklerdir. Kaygı bozukluğu internalizan özellikte bir psikiyatrik bozukluktur. KB grubunda bu paramatrelerin yüksek çıkıyor oluşu tanıyı destekleyen bir bulgudur. AKB tanısı olan okul öncesi çağdaki çocuklar ile yapılan bir çalışmada kontrol grubundaki çocuklara göre tüm

davranış sorunları puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. İçe yönelim puanlarının yüksekliği dikkat çekmiştir, AKB tanısı alan çocukların içe yönelim, dışa yönelim, toplam sorun puanlarının yanı sıra, kaygı bozuklukları açısından önem taşıyan, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, anksiyete-depresyon ve sosyal sorunlar alt test puanları da kontrol grubundan yüksek bulunmuştur (Erermış ve ark., 2009). Yine başka bir çalışmada okula gitmeme yakınması ile başvurup AKB tanısı alan çocuklarda ÇDDÖ puanlarına bakılmış ve ÇDDÖ'nün saldırganlık alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçek puanlarının kontrol grubundan yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, çocuklarda bulunan ruhsal sorunun boyutlarını göstermesi bakımından önem taşımaktadır (Büküşoğlu, Aysan, & Erermiş, 2001).

KB grubunda ve kontrol grubunda GGA puanları değerlendirilmiştir. KB grubunda anket puan ortalamaları, beş grubun tamamında ve toplam güçlük puanında kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha fazladır. Bu puanlar arasında duygusal sorunlar ve toplam güçlük puan ortalaması için iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farka rastlanmıştır.

Bir çalışmada toplum örnekleminde çocuklarda psikiyatrik bozuklukları taramak için GGA kullanılmıştır. Bu çalışmada taramanın etkinliği tanıya bağlı olarak değiştiği gözlenmiştir. GGA, davranış, hiperaktivite, depresif ve kaygı bozukluklarından bazılarının %70'inden fazlasını; ancak özgül fobiler, ayrılık kaygısı ve yeme bozuklukları olan kişilerin %50'sinden daha azını belirleyebilmiştir. KOKGB, hiperaktivite bozuklukları, depresyon, yaygın gelişimsel bozukluklar ve bazı kaygı bozuklukları için tanımlama %70-90 kadar yüksek bir duyarlılıkta (*sensitivite)* iken; özgül fobi, PB/agorafobi, yeme bozuklukları ve AKB için bu duyarlılık düşük (%30-50) bulunmuştur (R Goodman, Ford, Simmons, Gatward, & Meltzer, 2003).

Hollanda'da yapılan bir çalışmada, GGA'nın geçerlilik ve güvenilirliği ile ilgili daha fazla kanıt elde etmek için çocuk ve ergen toplum örneklemine bakılmış. Bu çalışmada, GGA toplam güçlük puanı ile ÇDDÖ toplam puanı, GGA duygusal sorunlar ve ÇDDÖ içe yönelim sorunları, GGA duygusal sorunlar ve ÇDDÖ anksiyete/depresif puanları arasında önemli korelasyon saptanmıştır. Üstelik, GGA alt ölçeklerinden -en çok ikna edici olarak- 'duygusal sorunlar' kaygı ve depresyon ile ilişkili; buna karşın hiperaktivite-dikkatsizlik alt ölçeği en çok DEHB semptomatolojisi ile bağlantılı bulunmuştur (Muris, Meesters, & van den Berg, 2003). Bizim çalışmamızda da ÇDDÖ'de, somatik yakınmalar, anksiyete/depresyon, düşünce sorunları, dikkat sorunları, içe yönelim sorunları ve toplam sorun puan ortalaması ve GGA'da hem bu değerlere paralel olarak hem de KB grubunun kaygı bozukluğu tanısını destekler nitelikte, GGA duygusal sorun, dikkat eksikliği ve hiperaktivite ve toplam güçlük puanı KB grubunda daha fazla bulunmuştur.

KB ve kontrol grubunda KASİ empatik eğilim ölçeği puanları değerlendirilmiştir. KB grubunda bilişsel, duygusal ve toplam puan ortalamaları kontrol

grubundan daha düşük bulunmuştur. Bu puanlardan bilişsel empati alt boyutu puanı açısından iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Yazına bakıldığında kaygı bozukluğu ve empati ilişkisinin az araştırılan bir konu olduğu görülmektedir. İlişkisel agresyonda sosyal kaygı ve empatinin değerlendirildiği bir çalışmada; yüksek düzey empatinin, daha düşük düzeyde ilişkisel saldırganlığı predikte edebileceği ve yüksek sosyal kaygı düzeylerinin de ilişkisel saldırganlığın artması ile ilişkili olabileceğini söylenmiştir. Bazı bireylerde (erkeklerde daha sık olmak üzere), yeterli empatik ilginin olmaması, bu bireylerde ilişkisel saldırganlığın daha fazla olabileceğini göstermiştir (Loudin *ve ark.*, 2003). Bu çalışmada empati ve kaygı ilişkisi doğrudan incelenmemiş, sosyal kaygı ve agresyon ile empati ve agresyon ayrı ayrı ele alınmıştır. SKB tanılı bireylerde empati düzeyinin değerlendirildiği çalışmalarda, SKB ile empati düzeyleri arasında net bir ilişki saptanmamıştır (Bayraktutan, 2014).

Empatide de bireysel farklılıklara çok boyutlu yaklaşımın incelendiği bir makalede, Kişilerarası Reaktivite Endeksi *(The Interpersonal Reactivity Index-IRI*; (Davis, 1980)), ele alınmıştır. Kişilerarası Reaktivite Endeksi (IRI) empatinin dört ayrı yönünü incelemektedir ve başkalarını, ilişkilerdeki sosyal işlevsellik, benlik saygısı *(self esteem),* duygusallık ve duyarlılık ölçütleri ile değerlendirmektedir. Kişilerarası Reaktivite Endeksi; *Perspective taking/bakış açısını benimseme* ölçeği (PT), *Fantasy Scale/ Fantezi* ölçeği (FS), *The empathic concern/empatik ilgi ölçeği (EC), the personal distress/kişisel sıkıntı ölçeği (PD*) olmak üzere dört ölçekten oluşmaktadır. *The personal distress/kişisel sıkıntı ölçeği (PD),* gergin kişilerarası ortamlarda 'kişiye kendisine yönelik*/self-oriented'* kaygı, tedirginlik ve rahatsızlık duygularını ölçmektedir. PD puanlarının sosyal işlevsellik ölçümleriyle açık ve olumsuz bir şekilde ilişkili olması beklenmektedir. Bu tahmin, duygusal ve sosyal ortamlarda kaygı ve rahatsızlık duygularına eğilimli kişilerin, bu tür hisleri olmayan kişilere kıyasla, ödüllendirici sosyal ilişkiler kurma ve sürdürmede daha fazla zorlanacağı inancından kaynaklanmaktadır. PD puanlarının benlik saygısı *(self-esteem)* ile de önemli ölçüde ve olumsuz bir şekilde ilişkili olacağı tahmin edilmektedir. Bu tahmin, kişilerarası işlevin benlik saygısı üzerindeki etkisine dayanmaktadır. PD puanı yüksek bireylerin, daha az ödüllendirici sosyal ilişkilere sahip oldukları varsayılmaktadır (Davis, 1983). Buradan yola çıkarak sosyal ve duygusal ortamlarda daha kaygılı ve huzursuz olan bireylerin sosyal ilişkilerde daha fazla zorlandığı, bunların neticesinde benlik saygılarının düştüğü söylenebilir, çalışmamızda da kaygı bozukluğu grubunda empati puanlarının daha düşük çıkıyor olması bu konu ile ilgili olabilir görünmektedir fakat kaygı ve empati ilişkisini inceleyen daha ayrıntılı araştırmalara ihtiyaç vardır.

KB grubu ve kontrol grubu arasında SCÖ puanlarına bakılmıştır. Tüm alt gruplarda ve toplam SCÖ puanında KB grubunun puan ortalaması daha fazla bulunmuştur. Sosyal, DEHB benzeri *(ADHD-like)* alt grupta ve toplam puan ortalamasında iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kaygı bozukluğu olan

çocukların sosyal cevaplılıkta sorunları olduğuna işaret eden bu bulgu yazın bilgisi ile uyumlu görünmektedir.

2005 yılında yapılan bir çalışmada, kaygı ve/veya duygudurum tanısı olan çocuklarda otizm spektrum bozukluğu (OSB) belirtileri incelenmiş ve olguların yarısından fazlası SCÖ de dahil olmak üzere kullanılan tarama ölçeklerinde standart kesme*/cut-off* değerlerinin üstünde puanlar almışlardır (Towbin, Pradella, Gorrindo, Pine, & Leibenluft, 2005).

Kaygı bozukluklarının OSB semptom ölçek puanları ile ilişkisinin incelendiği, bir önceki araştırmanın devamı niteliğinde olan başka bir çalışmada, kaygı veya duygudurum bozukluğu olan gençlerin, sağlıklı gençlere kıyasla daha yüksek SCÖ puanları sergilediği görülmüştür. Ayrıca bu puanların bozulmanın ciddiyeti ve DEHB ile ilişkili olduğu görülmüştür. Fakat OSB semptom ölçek puanları ile kaygı bozukluğunun alt tipleri arasında ilişki bulunamamıştır. Pediatrik kaygı bozuklukları ve duygudurum bozukluklarında mümkün olan tedavi hedefleri arasına sosyal karşılıklılık ve iletişim açıklarını belirlemenin de katılması yararlı olabileceği üzerinde durulmuştur (Daniel S Pine, Guyer, Goldwin, Towbin, & Leibenluft, 2008). Bu çalışmalarda SCÖ'nün alt grup puanlarına ayrı ayrı bakılmamıştır, toplam puan üzerinden yorum yapılmıştır.

5.4. İkinci Grup İstatistik Testlerinde Ölçeklerden Ve Yapılan Testlerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

Bu bölüme kadar ele aldığımız sonuçlar, kaygı bozukluğu grubu ve kontrol grubu olmak üzere iki grup üzerinden yapılmıştır. Bundan sonraki yorumlanacak sonuçlar üç grup üzerinden yapılacaktır.

ÇDDÖ'de "suça yönelik davranışlar" ve/veya "saldırgan davranışlar" alt ölçekleri puanlarına bakılarak, KB grubunda bu iki alt ölçekten en az birinden T≥55' üzerinde puan alanlar, 'davranış problemi olan' grubu; T<55 puan alan olgular 'davranış problemi olmayan' grubu oluşturmuştur. Kontrol grubundan da bu iki alt ölçekten en az birinden T≥55'in üzerinde puan alanlar çıkartılarak, herhangi bir psikiyatrik bir tanısı bulunmayan ve aynı zamanda eşlik eden davranış problemi olmayan olgular üçüncü grubu oluşturmuştur. T≥55 alınarak oluşturulan davranış problemi grubuna hem klinik düzeyde hem de eşik altı düzeyde belirtilere sahip olgular alınmıştır. ÇDŞG-ŞY-T tanıları göz önüne alındığında kaygı bozukluğu (KB) grubundan sadece bir olgunun davranım bozukluğu tanısı aldığı görülmüştür. Bu nedenle daha önce açıklamış olduğumuz K+DP grubundaki bireylerin çoğunluğunun belirtileri DB tanısı karşılayacak düzeyde olmayıp, eşik altı düzeyde davranış problemlerine sahiptir. T puanı kesme noktası/*cut off*, Hudziak ve arkadaşlarının bir makalesindeki değerler referans alınarak belirlenmiştir. Bu çalışmada, 'dikkat sorunlarının' DEHB'yi öngörebilmesi ve 'saldırgan

davranışın' KOKGB/DB'yi öngörebilmesi için en uygun T puanı kesme noktasının 55 olduğu bildirilmiştir (Hudziak ve ark., 2004).

SİFTA sonuçları K, K+DP ve 'tanı yok' grupları açısından değerlendirilmiştir. Mutlu ve üzgün ifade için en fazla hata puan ortalamasının K+DP grubunda olduğu; kızgın ifade, korkulu ifade, düşük yoğunluklu ifadeler, yüksek yoğunluklu ifadeler ve toplam hata puan ortalamasının K grubunda daha fazla olduğu görülmüştür. Fakat üç grup arasında hata puan ortalaması bakımından anlamlı farka kızgın ifadelerde rastlanmıştır. Bu farkın hangi ikili grup arasında olduğu incelendiğinde ise K ve 'tanı yok' grubundan kaynaklandığı görülmüştür. Kızgın duygu ifadelerini tanıma becerisi, sadece kaygı bozukluğu olan olgularda daha kötü bulunmuştur.

Bilgi işlemenin eksik oluşu kişinin, kişilerarası tehdit ve güvenlik sinyallerini okuma becerisini bozarak kaygı düzeyinin artmasına katkıda bulunabilmektedir. Yapılan bir çalışmada, kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin duygusal yüz ifadelerini tanımalarında, sağlıklı çocuklara kıyaslandığında eksiklik bulunmuştur ve bu çocukların sağlıklı çocuklardan daha küçük bir hacimde amigdalaya sahip olabileceği öngörülmüştür (Easter ve ark., 2005). Bipolar bozukluk (BB), kaygı bozukluğu ve sağlıklı kontrol gruplarında yüz duygu tanıma oranlarının incelendiği başka bir çalışmada, BB'de daha belirgin olmak üzere, kaygı bozukluğu grubunda kontrol grubuna oranla yüz duygu tanıma oranlarının anlamlı oranda düşük olduğu saptanmıştır (McClure, Pope, Hoberman, Pine, & Leibenluft, 2003).

Kaygı bozukluğu olan kişilerde genellikle tehdit ve tehlikeye karşı dikkat yanlılığı*/bias* olduğu bilinmektedir. Bir çalışmada tehdide karşı olan yanlılık, dot/nokta-prob paradigmaları ile deneysel olarak ölçülmüştür. Kaygılı bireyler, daha önce bir tehdidin meydana geldiği yerdeki bir probu gördüğünde, -daha önce tehdidin olmadığı bir yerde probun meydana gelmesine göre- onu daha hızlı algılama eğilimindedirler. Çocukluk çağı kaygı bozukluğunda, nokta-prob paradigmaları ile tehdide karşı anormal dikkat yanlılığı ve anormal ventrolateral prefrontal korteks (VLPFK) fonksiyonu saptanmıştır. YKB tanısı olan ve psikiyatrik tanısı olmayan iki gruba kızgın ve nötral yüzler gösterilmiş ve veriler magnetoensefalografi ile toplanmış. Bununla birlikte, bu anormal VLPFK aktivasyonunun, olguların tehditleri -örneğin kızgın yüzleri- işlemlerken mi veya işlemleyip probları yanıtlarken mi ortaya çıktığı net olarak bulunamamış. Bu çalışmada ayrıca kaygı düzeyi yüksek olan bireylerin tehdit ipuçlarından kaçmaya eğilimli olduğu görülmüştür *('negatif tehdit yanlılığı')* (Britton ve ark., 2012). Düşük stresli ortamlardaki kaygılı bireylerin, nokta-prob *(dot-prob task)* üzerindeki tehdide karşı yanlı davranışsal yanıt sergiledikleri görülmüştür (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & Van Ijzendoorn, 2007; Bradley, Mogg, White, Groom, & de Bono, 1999). Fakat daha stresli ortamlarda bu tehdit yanlılığının değiştiği tespit edilmiştir. Kaygılı yetişkinler hafif düzeyde stresli ortamlarda veya hayatı tehdit eden durumlarda, tehdide karşı uyanık olma/vijilans yerine sıklıkla kaçınma

göstermişlerdir (Constans, Vasterling, McCloskey, Brailey, & Mathews, 2004). Bu durumlarda, kaygı düzeyinin sıklıkla, tehdide doğru uyanıklıktan ziyade, tehditten kaçınma ile ilişkili olduğu görülmüştür (Bar-Haim ve ark., 2010).

Dikkat yanlılığı sıklıkla kaygılı bireylerde saptanmaktadır, bununla birlikte *dikkat-yanlılık-modifikasyon tedavisi/Attention-bias-modification treatment (ABMT)* gibi yeni davranışsal tedavilere artan ilgi vardır. Nokta-prob görevi gibi dikkati yönlendirme*/attention-orienting* ile ilgili nöral yapıyı anlamak, ABMT ve diğer yeni tedavilerin daha fazla gelişmesini sağlayabilir (Britton ve ark., 2012). Tehdit yanlılıklarını hedef alan bir tedavi olan ABMT, hem kaygıyı azaltarak hem de dikkat kontrolünü arttırarak tedavi edici olabilmektedir, bunu belki de frontal kortikal bölgeleri iyileştirerek yapmaktadır (Browning, Holmes, Murphy, Goodwin, & Harmer, 2010).

Bir tehdit ya da tehlikeye karşı uyanıklık/vijilans hali YKB'nin temel bir özelliğidir. Amigdala ve VLPFK, tehditlerin saptanmasından sorumlu nöral devre oluştururlar. Bir çalışmada, bu yapılar arasındaki bozulmuş etkileşimin, çocukluk çağı kaygı bozukluğunun altında yatan neden olabileceği söylenmiştir. Çocukluk çağı YKB'sinde, kısa süreli sunulan tehditin işlemlenmesi esnasındaki amigdala ve VLPFK aktivasyonu araştırılmak istenmiş ve fMRI kullanılmıştır. Görüntüleme esnasında olgular hızlıca gösterilen duygusal (mutlu ve kızgın) ve nötr yüzler ile dikkati yönlendirme görevi gerçekleştirmişlerdir. YKB tanılı gençlerde kızgın yüzlere bakarken, kontrol grubu ile kıyaslandığında sağ amigdala aktivasyonu daha fazla olmuştur, bu da kaygı bozukluğu şiddeti ile pozitif korelasyon göstermektedir. Ayrıca fonksiyonel bağlantı analizinde (psikofizyolojik etkileşim), sağ amigdala ve sağ VLPFK'nin, özellikle kızgın yüzlere karşı güçlü negatif bir eşleşme gösterdiği ve YKB'li gençlerde bu negatif eşleşmenin sağlıklı grup ile karşılaştırıldığında daha zayıf olma eğiliminde olduğu bulunmuştur (Monk ve ark., 2008). Yine benzer bir çalışmada YKB'li gençler sağlıklı ergenlere göre, daha fazla sağ VLPFK aktivasyonu ve kızgın yüzlerden uzak durma dikkat yanlılığı göstermiştir. Hastalar arasında artmış VLPFK aktivasyonunun daha az kaygı bozukluğu şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuş ve bu artmış aktivasyonun belki de kompansatuar bir yanıt olabileceği düşünülmektedir (Monk ve ark., 2006). Yine benzer bir çalışmada, YKB tanısı olan çocuklarda ve kaygı bozukluğu tanısı olmayan kontrol grubunda, kızgın ve mutlu yüzler için dikkat yanlılığı incelenmiştir. Ciddi düzeyde kaygısı olan YKB'li çocuklar hem kızgın hem de mutlu yüzlere karşı dikkat yanlılığı göstermiştir. Kaygı düzeyi daha hafif olan YKB'li çocuklar ve kaygısı olmayan kontroller, duygusal yüzlere karşı dikkat yanlılığı sergilememişlerdir. Kaygı bozukluğunun ciddiyeti arttığında dikkat yanlılığının olması, farklı tehdit değerlendirme süreçlerinin veya duygu düzenleme stratejilerinin olduğunu yansıtabilmektedir. YKB grubunda, kızgın yüzler için olan dikkat yanlılığı, artan kaygı şiddeti ve sosyal fobi varlığı ile ilişkili bulunmuştur (Waters, Mogg, Bradley, & Pine, 2008).

Sosyal fobisi olan bireylerin karşısındaki kişileri eleştirel, yargılayıcı ve alaycı olarak algılamaya yönelik yanlılıkları vardır. Sosyal kaygısı olan insanların yüz duygu tanıma konusunda güçlükleri olduğu ifade edilmektedir (Morrison, 2009). SKB hastalarında kızgınlık, neşe, korku ve nötr duygusal uyaranlar karşısında sağlıklı kontrollere oranla amigdala ve lingual girusta hipoaktivasyon saptandığı bildirilmiştir (Demenescu ve ark., 2013).

Çalışmamızda da sadece kaygı bozukluğu olan grupta kızgın ifadeleri tanımakta güçlük olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, yazın bilgisi ile uyumlu bir şekilde, kaygı düzeyi yüksek olan bireylerin tehdit ipuçlarından kaçmaya eğilimli olduğu, negatif tehdit yanlılığı ile ilişkili olabileceği düşündürtmektedir. Kaygı bozukluğuna davranış problemi eklenmesi ile kızgın yüz ifadesini tanımaktaki güçlüğün daha az olduğu görülmüştür.

Davranım bozukluğu tanısın bir alt grubu olan katı-duygusuz özelliklere sahip erişkinlerde, duygusal yüz ifadelerini işlemlerken amigdala aktivasyonun anormal olduğu ve bu özelliklere sahip bireylerin, korkulu ifadeler gibi endişe ilişkili ifadelere, kızgın ifadeler gibi diğer ifadelerle kıyaslandığında daha anormal davranış yanıtı sergiledikleri ve korkulu ifadelerin, nötr ve kızgın ifadelere göre amigdalayı daha fazla meşgul ettiği daha önce açıklanmıştır. Yine benzer şekilde katı-duygusuz özellikleri olan gençlerde, sağlıklı ve DEHB'li olgular ile karşılaştırıldığında, korkulu yüz ifadelerini işlemlerken amigdala aktivasyonunda azalma olduğu görülürken; nötr ve kızgın ifadelerde bu azalma gözlemlenmemiştir (Marsh ve ark., 2008; Whalen ve ark., 2001). Örneklemimizde ise davranış problemlerinin eşik altı düzeyde kalması ve sadece bir kişinin DB tanısı mevcut olması nedeniyle yazın bilgisini destekleyen sonuca ulaşılamamıştır.

KASİ ve Griffith ölçekleri ile üç grup arasında empati puanları incelenmiştir. KASİ duygusal, bilişsel ve toplam puanda en yüksek ortalamaya K+DP grubunda rastlanırken; en düşük ortalama K grubunda bulunmuştur. Bu değerlerden sadece KASİ toplam puanı için gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Aradaki bu anlamlı farkın K ile K+DP grupları arasından kaynaklandığı görülmüştür. Griffith empati ölçeği toplam puan ortalamasının en fazla K+DP grubunda olduğu; en düşük ise K grubunda olduğu ve üç grup arasında anlamlı fark bulunduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark, KASİ'dekine benzer şekilde, K ve K+DP gruplarından kaynaklanmakta idi.

2009'da yapılan bir çalışmada, çalışmamızdaki bulgulara benzer şekilde sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmada, SKB tanısı olan bireylerde, empati puanlarının sağlıklı gruba kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ve kaygı düzeyi ile empati puanları arasında negatif ilişki olduğu tespit edilmiştir (Morrison, 2009). Yine SKB ve empati düzeylerin değerlendirildiği bir araştırmada, empati düzeyleri kaygı bozukluğu grubunda daha düşük bulunmuştur fakat iki grup arasında istatistiksel açıdan farka rastlanmamıştır

(Bayraktutan, 2014). Sosyal fobisi olan bireyler, diğer kişilerin zihinsel durumlarına duyarlılık ve dikkat gösterirler. Bundan yola çıkarak yapılan bir çalışmada, sosyal kaygıları yüksek olan bireylerin daha fazla zihinselleştirme ve empati becerileri sergileyebileceği hipotez edilmiştir. Çalışma sonucunda sosyal kaygıları yüksek düzeyde olan bireylerin duygusal/affektif empati eğilimlerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, yaygın kaygı değişkeninin kontrol edilmesi ile, sosyal kaygının duygusal empatiden daha çok bilişsel empati ile ilişkili olduğunu ortaya konmuştur (Tibi-Elhanany, 2011).

Çalışmamızda empati düzeyinin sadece kaygı bozukluğu olan olgularda daha az düzeyde olduğu; kaygı bozukluğuna -çoğunluğunun eşik altı seviyede olduğu- davranış problemlerinin eklenmesi ile empati düzeylerinin arttığı görülmüştür. Kaygılı bireylerin mizacının, utangaçlık, davranışsal inhibisyon ve geri çekilme ile karakterize olduğu (Rapee ve ark., 2009); bunun neticesinde yabancılara yaklaşmada ve onlarla iletişim kurmada yavaşlık, kısıtlı ve inhibe sosyal davranışlar sergiledikleri bilinmektedir. Bu mizaç özelliklerine sahip bireylerin sosyal ve duygusal ortamlarda daha kaygılı ve huzursuz olacakları, sosyal ilişkilerde daha fazla zorlanacakları tahmin edilmektedir. Böyle ortamlarda endişelerinden dolayı kendileri ile daha fazla meşgul olabilecekleri, karşıdaki bireylerin düşünce ve duygularını anlamak için daha az çaba harcayabilecekleri, empati puanlarının daha düşük çıkmasının da bu konu ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Kaygı bozukluğuna eşik altı düzeyde davranış problemlerinin ekleniyor olmasının, sadece kaygı bozukluğu olan bireylerdeki inhibe sosyal davranışları azaltabileceği, bunun da empati düzeyinin artmasına katkıda bulunabileceği öngörülmektedir.

6. SONUÇLAR

6.1.Kısıtlılıklar

Çalışmamızın önemli kısıtlılıklarından birisi örneklem sayısının az olmasıdır. Örneklem belirli özelliklere göre gruplara ayrıldığında, gruplardaki olgu sayısı ve grupların birbiri ile karşılaştırılabilme dereceleri azalmaktadır.

Bir diğer kısıtlılık ise kaygı bozukluğu grubunda komorbid psikiyatrik tanıların bulunması, olguların yaklaşık %55'inin psikiyatrik ilaç kullanımının olması, ayrıca kaygı bozukluğu tanısı açısından grubun heterojen olmasıdır. Eşlik eden komorbid psikiyatrik durumlar varlığında, altta yatan psikopatoloji, sadece kaygı bozukluğunun ortaya çıkmasına neden olacak mekanizmalar düşünüldüğünde, daha geniş bir aralıkta olabilecektir. Farklı kaygı bozukluklarında etiyolojik faktörlerin benzer olduğu düşünülse de kaygıların ortaya çıkış şekli, kaygı belirtileri ve içeriği farklı

olabilmektedir. Kaygı giderici ilaç kullanımı olguların kaygı düzeylerinin aynı olmamasına, metilfenidat gibi psikostimulan ilaç kullanım varlığı da yürütücü işlevlere iyileştirici rol oynarak tehdit ve tehlikeye karşı dikkat yanlılığını etkileyerek olguların sonuçlarının homojen bir şekilde değerlendirilememesine neden olabilecektir.

6.2. Sonuç ve Öneriler

Çalışmada 11-17 yaş arasındaki ergenler, kaygı bozukluğu grubu ve bu grup ile yaş ve cinsiyetin de dahil olduğu sosyodemografik veriler açısından benzer sağlıklı grup ile önce iki grup üzerinden; daha sonra davranış problemlerinin eşlik edip etmemesine göre oluşturulan üç grup üzerinden empati düzeyleri ve yüz duygu tanıma becerileri açısından değerlendirildi ve sonuçlar gruplar arasında kıyaslandı.

Sonuç olarak; iki grup üzerinden yapılan değerlendirmede kaygı bozukluğuna sahip olgularda internalizan özellikteki parametrelerin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksek çıkıyor oluşu tanıyı destekleyen bir bulgu olup beklenilen bir sonuçtur. İki grup arasında dikkat sorunları açısından anlamlı fark çıkmasının, kaygı bozukluğu tanısından sonra en fazla eşlik eden tanının DEHB olduğu göz önüne alındığında, uyumlu bir bulgu olduğu düşünüldü.

Üç grup üzerinden yapılan değerlendirmelerde, sadece kaygı bozukluğu olan grupta, kaygı bozukluğu ve davranış problemlerinin birlikte görüldüğü gruba kıyasla, kızgın yüz ifadesini tanıma becerisinin daha kötü ve empati düzeylerinin daha düşük olduğu; eşik altı davranış problemlerinin eklenmesi ile empati düzeylerinin arttığı bulundu. Bu bulgular, kaygı bozukluğu tanılı bireylerin sosyal ortamlarda daha kaygılı ve huzursuz hissetmeleri nedeniyle çevrelerinden çok kendileri ile daha fazla meşgul olabilecekleri, karşıdaki bireylerin düşünce ve duygularını anlamak için daha az çaba harcayabilecekleri şeklinde yorumlanabilir. Eşik altı düzeyde davranış problemlerinin eklenmesinin muhtemelen, inhibe sosyal davranışları azaltarak empati düzeyinin artmasına katkıda bulunabileceği düşünülebilir.

Diğer yandan, mevcut yazında kaygı bozukluğu ile empati ilişkisini inceleyen çok az sayıda araştırma olduğu ve bu araştırmaların da sıklıkla sosyal kaygı bozukluğu tanı grubunda yapıldığı görülmüştür. Araştırma sonuçlarının farklı çıkıyor olmasının empati becerilerini değerlendirmede kullanılan ölçeklerin farklılığından ve tedavi alan olguların dışlanmamış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Kaygı bozukluğu ile yüz duygu tanıma becerileri ilişkisi literatürde iyi araştırılmış bir konu olup, çalışmaların çoğunun yaygın kaygı bozukluğu ve sosyal kaygı bozukluğu grubunda ele alındığı görülmüştür.

Yazında davranış problemleri ile empati becerisi, davranış problemleri ile yüz duygu tanıma becerisi ilişkisi bakımından çok sayıda çalışma yer almaktadır. Fakat kaygı bozukluğu ve davranış problemleri birlikte görüldüğünde, bu durumun empati ve yüz duygu tanıma becerisini nasıl etkileyebileceği hakkında bilgimiz dahilinde yeterli çalışmaya rastlanmamıştır.

Sonraki araştırmalar için;

1- Olguların komorbid psikiyatrik durumlarına ve psikiyatrik ilaç kullanım varlığına göre ayrı ayrı ele alındığı daha büyük örneklem ile yapılan çalışmalar, altta yatan psikopatolojinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır ve sonuçların yorumlanmasını kolaylaştıracaktır.
2- Kaygı bozukluklarını alt tanı gruplarına göre ayırarak kendi içlerinde değerlendirmek, yüz duygu tanıma becerisi ve empati düzeyleri açısından, kaygı içeriğine özgü parametreleri kullanmak daha hassas ve güvenilir sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır.
3- Kaygı bozukluğu ve empati becerilerinin ilişkisini daha ayrıntılı inceleyecek ve farklı kaygı bozukluğu alt gruplarında empatinin alt bileşenlerini ayrı ayrı değerlendirecek çalışmalara ihtiyaç vardır.
4- Kaygı bozukluğu ve davranış problemleri birlikte görüldüğünde, bu durumun empati ve yüz duygu tanıma becerisini nasıl etkileyebileceği konusunda araştırma yapmak faydalı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the child behavior checklist: and revised child behavior profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry.

Adolphs, R., Damasio, H., Tranel, D., & Damasio, A. R. (1996). Cortical systems for the recognition of emotion in facial expressions. *The Journal of Neuroscience : The Official Journal of the Society for Neuroscience*, *16*(23), 7678–7687.

Akbaş, S. (2016). Anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğunun Dsm-5 tanılama sistemine göre sınıflandırılması ve epidemiyolojileri. *Turkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*, *2*(3), 1-6.

Akçakın, M. (1985). Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'nin tanıtımı ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, *5*, 3–6.

Allen, J. L., Rapee, R. M., & Sandberg, S. (2008). Severe life events and chronic adversities as antecedents to anxiety in children: A matched control study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*(7), 1047–1056.

Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *40*(1), 57–87.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Bar-Haim, Y., Holoshitz, Y., Eldar, S., Frenkel, T. I., Muller, D., Charney, D. S., et al. (2010). Life-threatening danger and suppression of attention bias to threat. *American Journal of Psychiatry*, *167*(6), 694–698.

Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, *133*(1), 1-24.

Batty, M., & Taylor, M. J. (2006). The development of emotional face processing during childhood. *Developmental Science*, *9*(2), 207–220.

Bayraktutan, M. (2014). S*osyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda empati becerisi, aleksitimi, depresyon, anksiyete düzeyleri ile sempatik deri yanıtı ilişkisi ve tıbbi tedavinin etkileri* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli.

Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics*, *32*(3), 483-524.

Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *38*(6), 643–650.

Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*(7), 918–924.

Beidel, D. C., Turner, S. M., Sallee, F. R., Ammerman, R. T., Crosby, L. A., & Pathak, S. (2007). SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*(12), 1622–1632.

Binbay, T., Direk, N., Tamer, A. K. E. R., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., et al.. (2014). Psychiatric epidemiology in Turkey: Main advances in recent studies and future directions. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *25*(4), 264.

Blair, R. J. R. (2003). Facial expressions, their communicatory functions and neuro-cognitive substrates. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *358*(1431), 561–572.

Blair, R. J. R., Peschardt, K. S., Budhani, S., Mitchell, D. G. V., & Pine, D. S. (2006). The development of psychopathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *47*(3-4), 262-276.

Bolton, D., Eley, T. C., O'Connor, T. G., Perrin, S., Rabe-Hesketh, S., Rijsdijk, F., & Smith, P. (2006). Prevalence and genetic and environmental influences on anxiety disorders in 6-year-old twins. *Psychological Medicine*, *36*(3), 335–344.

Bradley, B. P., Mogg, K., White, J., Groom, C., & Bono, J. (1999). Attentional bias for emotional faces in generalized anxiety disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, *38*(3), 267-278.

Britton, J. C., Bar-Haim, Y., Carver, F. W., Holroyd, T., Norcross, M. A., Detloff, A., et al. (2012). Isolating neural components of threat bias in pediatric anxiety. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *53*(6), 678–686.

Browning, M., Holmes, E. A., Murphy, S. E., Goodwin, G. M., & Harmer, C. J. (2010). Lateral prefrontal cortex mediates the cognitive modification of attentional bias. *Biological Psychiatry*, *67*(10), 919–925.

Buchanan, T. W., Lutz, K., Mirzazade, S., Specht, K., Shah, N. J., Zilles, K., & Jäncke,

L. (2000). Recognition of emotional prosody and verbal components of spoken language: An fMRI study. *Cognitive Brain Research*, *9*(3), 227–238.

Büküşoğlu, N., Aysan, F., & Erermiş, S. (2001). Okul fobisi olan çocukların davranışsal özellikleri, annelerinin ruhsal belirti düzeyleri ve aile fonksiyonlarının incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, *40*(2), 99-104.

Carlo, G., Raffaelli, M., Laible, D. J., & Meyer, K. A. (1999). Why are girls less physically aggressive than boys? personality and parenting mediators of physical aggression. *Sex Roles*, *40*(9), 711–729.

Carvey, P.M. (1998). *Drug Action in the Central Nervous System* (pp. 123-150). New York: Oxford University Press,

Cohen, D., & Strayer, J. (1996). Empathy in conduct-disordered and comparison youth. *Developmental Psychology*, *32*(6), 988–998.

Connolly, S. D., & Bernstein, G. A. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(2), 267–283.

Constans, J. I., Vasterling, J. J., McCloskey, M. S., Brailey, K., & Mathews, A. (2004). Suppression of attentional bias in PTSD. *Journal of Abnormal Psychology*, *113*(2), 315–323.

Constantino, J. N., Przybeck, T., Friesen, D., & Todd, R. D. (2000). Reciprocal social behavior in children with and without pervasive developmental disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, *21*(1), 2-11.

Costello, E., Angold, A., BJ, B., & al, et. (1996). The great smoky mountains study of youth: Goals, design, methods, and the prevalence of dsm-iii-r disorders. *Archives of General Psychiatry*, *53*(12), 1129–1136.

Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *14*(4), 631–648.

Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry* , *60*(8), 837-844.

Dadds, M. R., & Barrett, P. M. (1996). Family processes in child and adolescent anxiety and depression. *Behaviour Change*, *13*(4), 231–239.

Dadds, M. R., Hunter, K., Hawes, D. J., Frost, A. D. J., Vassallo, S., Bunn, P., et al. (2008). A measure of cognitive and affective empathy in children using parent

ratings. *Child Psychiatry and Human Development*, *39*(2), 111–122.

Dailey, M. N., Cottrell, G. W., Padgett, C., & Adolphs, R. (2002). EMPATH: A Neural Network that Categorizes Facial Expressions. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *14*(8), 1158–1173.

Davis, M. H. (1980). A Multidimensional approach to individual differences in empahty. *Catalog of Selected Document in Psychology*, *40*(7), 3480.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*(1), 113–126.

De Kemp, R. A. T., Overbeek, G., De Wied, M., Engels, R. C. M. E., & Scholte, R. H. J. (2007). Early adolescent empathy, parental support, and antisocial behavior. *Journal of Genetic Psychology*, *168*(1), 5–18.

De la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S., & Melipillan, R. (2014). Separation anxiety, social phobia and generalized anxiety disorders in the chilean epidemiological study of children and adolescents. *J Child Adolesc Behav*, *2*(133), 2.

De Wied, M., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2007). Empathy and conflict resolution in friendship relations among adolescents. *Aggressive Behavior*, *33*(1), 48–55.

De Wied, M., Goudena, P. P., & Matthys, W. (2005). Empathy in boys with disruptive behavior disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *46*(8), 867–880.

Demenescu, L. R., Kortekaas, R., Cremers, H. R., Renken, R. J., van Tol, M. J., van der Wee, N. J. A., et al. (2013). Amygdala activation and its functional connectivity during perception of emotional faces in social phobia and panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *47*(8), 1024–1031.

Denham, S. A., Bassett, H. H., Zinsser, K., & Wyatt, T. M. (2014). How preschoolers' social–emotional learning predicts their early school success: Developing theory-promoting, competency-based assessments. *Infant and Child Development*, *23*(4), 426–454.

Dilbaz, N. (2000). Sosyal anksiyete bozukluğu: tanı, epidemiyoloji, etiyoloji, klinik ve ayırıcı tanı. *Journal of Clinical Psychiatry*, *3*(60), 3–21.

Dökmen, Ü. (1988). Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *21*(1–2), 155–190.

Easter, J., McClure, E. B., Monk, C. S., Dhanani, M., Hodgdon, H., Leibenluft, E., et al.

(2005). Emotion recognition deficits in pediatric anxiety disorders: ımplications for amygdala research. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *15*(4), 563–570.

Ekman, P. (1999). Basic emotions in handbook of cognition and emotions (Dalgleish, T., and Power, M. eds.). *John Wiley& Sons Ltd*.

Engeler, A., & Yargiç, L. I. (2007). Kisiļer arasi tepkisellik indeksi: Empatinin çok boyutlu ölçümü. *Yeni Symposium*, *45*(3), 119–127.

Erermış, S., Bellıbaş, E., Özbaran, B., Büküşoğlu, N. D., Altintoprak, E., Bildik, T., & Çetın, S. K. (2009). Ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan okul öncesi yaş grubu çocukların annelerinin mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *20*(1), 14-21.

Erol, A., Keleş Ünal, E., Gülpek, D., & Mete, L. (2009). Yüzde dışavuran duygularin taninmasi ve ayirt edilmesi testlerinin Türk toplumunda güvenilirlik ve geçerlilik çalişmasi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *10*(2), 116–123.

Erol, N., Arslan, B.L., Akçakın, M. (1995). The adaptation and standardization of the Child Behavior Checklist among 6-18 year old Turkish children. Eunethdis: European Approaches to Hyperkinetic Disorder. Zürih: Fotoratar. ss. 97-113.

Erol, N., & Şimsek, Z. (1998). Çocuk ve gençlerde ruh sağlığı: yeterlik alanları, davranış ve duygusal sorunların dağılımı. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu.* Ankara: Eksen Yayıncılık.

Feigon, S. a, Waldman, I. D., Levy, F., & Hay, D. A. (2001). Genetic and environmental influences on separation anxiety disorder symptoms and their moderation by age and sex. *Behavior Genetics*, *31*(5), 403–411.

Frick, P. J., Cornell, A. H., Barry, C. T., Bodin, S. D., & Dane, H. E. (2003). Callous-unemotional traits and conduct problems in the prediction of conduct problem severity, aggression, and self-report of delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*(4), 457–470.

Frick, P. J., Stickle, T. R., Dandreaux, D. M., Farrell, J. M., & Kimonis, E. R. (2005). Callous-unemotional traits in predicting the severity and stability of conduct problems and delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *33*(4), 471–487.

Golarai, G., Grill-Spector, K., & Reiss, A. L. (2006). Autism and the development of face processing. *Clinical Neuroscience Research*, *6*(3–4), 145–160.

Goodman, R. (1997). The Strengths and difficulties questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*(5), 581–586.

Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2003). Using the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *International Review of Psychiatry*, *15*(1–2), 166–172.

Goodwin, R. D., Lieb, R., Hoefler, M., Pfister, H., Bittner, A., Beesdo, K., & Wittchen, H.-U. (2004). Panic attack as a risk factor for severe psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, *161*(12), 2207–2214.

Gökler, B., Ünal, F., Pehlivantürk, B., Kültür, E. Ç., Akdemir, D., & Taner, Y. (2004). Reliability and validity of schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children-present and lifetime version-Turkish version (K-SADS-PL-T)-. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, *11*(3), 109–116.

Göktürk, Ü., & Coşkun, M. (2008). Selektif Mutizm. *Çocuk ergen psikiyatrisi temel kitabı* (eds. Çuhadaroğlu ve ark). (ss. 366-372). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Gregory, A. M., & Eley, T. C. (2007). Genetic ınfluences on anxiety in children: what we've learned and where we're heading. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *10*(3), 199–212.

Grelotti, D. J., Gauthier, I., & Schultz, R. T. (2002). Social interest and the development of cortical face specialization: What autism teaches us about face processing. *Developmental Psychobiology*, *40*(3), 213–225.

Gullone, E., King, N. J., & Ollendick, T. H. (2001). Self-reported anxiety in children and adolescents: a three-year follow-up study. *The Journal of Genetic Psychology*, *162*(1), 5–19.

Gümüştaş, F. (2011). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocuk ve ergenlerde empatik yanıt verebilme, duygusal yüz ifadelerinin tanınması, empati-agresyon ilişkisi ve ilaç tedavisinin empati becerileri üzerine etkileri* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.

Güveli, G. M., & İşeri, E. (2016). Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*, *2*(3), 7–13.

Güvenir, T., Özbek, A., Baykara, B., Arkar, H., Şentürk, B., & İncekaş, S. (2008). Psychometric properties of the turkish version of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ)-. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, *15*(2), 65–74.

Hastings, P. D., Zahn-Waxler, C., & McShane, K. (2006). We are, by nature, moral creatures: Biological bases of concern for others. *Handbook of moral Development* (ss. 483–516). US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Hernandez, N., Metzger, A., Magné, R., Bonnet-Brilhault, F., Roux, S., Barthelemy, C., & Martineau, J. (2009). Exploration of core features of a human face by healthy and autistic adults analyzed by visual scanning. *Neuropsychologia*, *47*(4), 1004–1012.

Hirshfeld, D. R., Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Bolduc, E. A., Faraone, S. V, Snidman, N., et al. (1992). Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *31*(1), 103–111.

Hirshfeld, D. R., Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Bolduc, E. A., Faraone, S. V, Snidman, N., et al. (1992). Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *31*(1), 103–111.

Hisli Şahin, N., Batıgün, A., & Uzun, C. (2011). Anksiyete bozukluğu: Kişilerarası tarz, kendilik algısı ve öfke açısından bir değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *12*(2), 107-113.

Hoffman, E. C., & Mattis, S. G. (2000). A developmental adaptation of panic control treatment for panic disorder in adolescence. *Cognitive and Behavioral Practice*, *7*(3), 253–261.

Hua, A., & Major, N. (2016). Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics*, *28*(1), 114–120.

Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). The Origins of social phobia. *Behavior Modification*, *24*(1), 102–129.

Hudziak, J. J., Copeland, W., Stanger, C., & Wadsworth, M. (2004). Screening for DSM-IV externalizing disorders with the Child Behavior Checklist: A receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *45*(7), 1299–1307.

Hunter, H. R. (2003). Affective empathy in children, measurement and correlation. *Unpublished PhD. Dissertation, Griffith University*.

Insel, T. R. (1997). A Neurobiological basis of social attachment. *Am J PsychiatryAm J Psychiatry*, *1546*(154), 726–735.

Işık, E., & Taner, Y. I. (2006). *Çocuk, ergen ve erişkinlerde anksiyete bozuklukları*.

Kadak, M. T., Demir, T., & Doğangün, B. (2013). Otizmde yüz ve duygusal yüz ifadelerini tanıma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *5*(1), 15–29.

Kagan, J., Reznick, J. S., Clarke, C., Snidman, N., & Garcia-Coll, C. (1984). Behavioral

inhibition to the unfamiliar. *Child Development, 55*(6), 2212–2225.

Kahana-Kalman, R., & Walker-Andrews, A.S. (2001). The role of person familiarity in young infants' perception of emotional expressions. *Child Development, 72*(2), 352–369.

Karamustafalıoğlu, O., & Akpınar, A. (2010). Anksiyete bozuklukları. *Aile Hekimleri İçin Psikiyatri* (ed. Karamustafalıoğlu), (ss. 71-88). İstanbul: MT Uluslararası Yayıncılık.

Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni*, *45*(2), 65–74.

Kashani, J. H., & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, *147*(3), 313–318.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., et al. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(7), 980–988.

Kaukiainen, A., Björkqvist, K., Lagerspetz, K., Österman, K., Salmivalli, C., Rothberg, S., & Ahlbom, A. (1999). The relationships between social intelligence, empathy, and three types of aggression. *Aggressive Behavior, 25*(2), 81–89.

Kaya, A., & Siyez, D. M. (2010). KA-SI Çocuk ve ergenler ıçin empatik eğilim ölçeği: geliştirilmesi geçerlik ve güvenirlik çalişmasi. *Egitim ve Bilim*, *35*(156), 110–125.

Kendall, P.C. (2000). *Cognitive behavioral therapy for anxious children: treatment manual (2nd edition).* Ardmore, PA:Workbook Publishing.

Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*(1), 100-110.

Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, *49*(4), 273–281.

Kiehl, K. A. (2006). A cognitive neuroscience perspective on psychopathy: Evidence for paralimbic system dysfunction. *Psychiatry Research*, *142*(2), 107-128.

King, N. J., Ollendick, T. H., Mattis, S. G., Yang, B., & Tonge, B. (1996). Nonclinical panic attacks in adolescents: Prevalence, symptomatology, and associated features. *Behaviour Change*, *13*(3), 171–183.

Kobayashi, H., & Kohshima, S. (2001). Unique morphology of the human eye and its

adaptive meaning: comparative studies on external morphology of the primate eye. *Journal of Human Evolution, 40*(5), 419–435.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine, 146*(5), 317–325.

Kupfer, D. J. (2015). Anxiety and DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 17*(3), 245-246.

La Greca, A. M. (2001). Friends or foes? Peer influences on anxiety among children and adolescents. In: *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention* (eds. Silverman, W. K., & Field, A. P.), (pp. 159-186). United Kingdom: Cambridge University Press.

Laing, S. V, Fernyhough, C., Turner, M., & Freeston, M. H. (2009). Fear, worry, and ritualistic behaviour in childhood: developmental trends and interrelations. *Infant and Child Development, 18*(4), 351–366.

Lasa Aristu, A., Holgado Tello, F. P., Carrasco Ortiz, M. A., & del Barrio Gándara, M. V. (2008). The structure of Bryant's Empathy Index for children: a cross-validation study. *The Spanish Journal of Psychology, 11*(2), 670–677.

Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A., Orvaschel, H., & Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry, 48*(10), 928–934.

Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1996). A Prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(11), 1502–1510.

Last, C. G., Strauss, C. C., & Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *175*(12), 726-730.

Lauritsen, M., & Ewald, H. (2001). The genetics of autism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *103*(6), 411–427.

Lawrence, E. J., Shaw, P., Baker, D., Baron-Cohen, S., & David, A. S. (2004). Measuring empathy: reliability and validity of the empathy quotient. *Psychological Medicine, 34*(5), 911–919.

Le Doux, J. (1998). Fear and the brain: Where have we been, and where are we going? *Biological Psychiatry*, *44*(12), 1229–1238.

Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R., & Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*(1), 109–117.

Lichtenstein, P., & Annas, P. (2000). Heritability and prevalence of specific fears and phobias in childhood. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *41*(7), 927–937.

Loudin, J. L., Loukas, A., & Robinson, S. (2003). Relational aggression in college students: Examining the roles of social anxiety and empathy. *Aggressive Behavior*, *29*(5), 430–439.

Marsh, A. A., Finger, E. C., Mitchell, D. G. V, Reid, M. E., Sims, C., Kosson, D. S., et al. (2008). Reduced amygdala response to fearful expressions in children and adolescents with callous-unemotional traits and disruptive behavior disorders. *American Journal of Psychiatry*, *165*(6), 712–720.

Martin, A., Volkmar, F.R., & Lewis, M. (Eds.). (2007). *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. Lippincott Williams & Wilkins.

McClure, E. B., Pope, K., Hoberman, A. J., Pine, D. S., & Leibenluft, E. (2003). Facial expression recognition in adolescents with mood and anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *160*(6), 1172–1174.

Mehrabian, A. (1997). Relations among personality scales of aggression, violence, and empathy: Validational evidence bearing on the risk of eruptive violence scale. *Aggressive Behavior*, *23*(6), 433–445.

Miller, P. A., & Eisenberg, N. (1988). The relation of empathy to aggressive and externalizing/antisocial behavior. *Psychological bulletin*, *103*(3), 324.

Monk, C. S., Nelson, E. E., McClure, E. B., Mogg, K., Bradley, B. P., Leibenluft, E., et al. (2006). Ventrolateral prefrontal cortex activation and attentional bias in response to angry faces in adolescents with generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, *163*(6), 1091–1097.

Monk, C. S., Telzer, E. H., Mogg, K., Bradley, B. P., Mai, X., Louro, H. M. C., et al. (2008). Amygdala and ventrolateral prefrontal cortex activation to masked angry faces in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, *65*(5), 568–576.

Morrison, J. M. (2009). *Empathy and theory of mind in schizophrenia and anxiety disorder*s. McGill University.

Muris, P., Luermans, J., & Merckelbach, H. (2000). "Danger is lurking everywhere" . The relation between anxiety and threat perception abnormalities in normal children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *31*(2), 183–199.

Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, F. (2003). The strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, *12*(1), 1–8.

Murrie, D. C., Marcus, D. K., Douglas, K. S., Lee, Z., Salekin, R. T., & Vincent, G. (2007). Youth with psychopathy features are not a discrete class: A taxometric analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*(7), 714–723.

Nelson, E. E., Leibenluft, E., McClure, E. B., & Pine, D. S. (2005). The social re-orientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*, *35*(2), 163–174.

Neth, D., & Martinez, A. M. (2010). A computational shape-based model of anger and sadness justifies a configural representation of faces. *Vision Research*, *50*(17), 1693–1711.

Ninan, P. T. (1999). The functional anatomy, neurochemistry, and pharmacology of anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, *60*(Suppl 22), 12-17.

Nowicki, S., & Duke, M. P. (1994). Individual differences in the nonverbal communication of affect: the diagnostic analysis of nonverbal accuracy scale. *Journal of Nonverbal Behavior*, *18*(1), 9–35.

Nowicki Jr, S., & Mitchell, J. (1998). Accuracy in identifying affect in child and adult faces and voices and social competence in preschool children. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, *124*(1), 39–60.

Noyes, R., Clarkson, C., Crowe, R. R., Yates, W. R., & McChesney, C. M. (1987). A family study of generalized anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *144*(8), 1019-1024.

Oerbeck, B., Stein, M. B., Wentzel-larsen, T., Langsrud, Ø., & Kristensen, H. (2014). A randomized controlled trial of a home and school- based intervention for selective mutism – defocused communication and behavioural techniques. *Child and Adolescent Mental Health*, *19*(3), 192-198.

Özbaran, B. (2014). Otizm spektrum bozukluklarında çevresel faktörler etkili midir. *The Journal of Pediatric Research, 1*(4), 170-173.

Özer Ş. (2006). Anksiyete ve anksiyete bozukluklarının kısa tarihçesi. *Anksiyete Bozuklukları* (eds. Tükel, R., & Alkın, T.), (pp. 3-4). Ankara: TPD Yayınları.

Özkazanç, C. N. (2017). *Gelişimsel dil konuşma bozukluğu olan ve tipik gelişim gösteren okul öncesi çocuklarının sosyal beceri ve davranış problemlerinin değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Işık Üniversitesi, İstanbul.

Öztürk, M., & Karaçetin, G. (2016). Çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluklarında farmakolojik tedavi yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*, *2*(3), 47–53.

Öztürk, Y., Özyurt, G., Tufan, A. E., & Pekcanlar, A. A. (2018). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda duygu düzenleme güçlükleri ve tedavisi. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, *10*(2), 188-201.

Pardini, D. A., Lochman, J. E., & Frick, P. J. (2003). Callous/unemotional traits and social-cognitive processes in adjudicated youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*(3), 364–371.

Patrick, C. J., Cuthbert, B. N., & Lang, P. J. (1994). Emotion in the criminal psychopath: fear ımage processing. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*(3), 523–534.

Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, *55*(1), 56–64.

Pine, D. S., Guyer, A. E., Goldwin, M., Towbin, K. A., & Leibenluft, E. (2008). Autism spectrum disorder scale scores in pediatric mood and anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *47*(6), 652–661.

Rapee, R. M. (2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *15*(1), 69–80.

Rapee, R. M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 488–497.

Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *5*(1), 311–341.

Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, *24*(7), 737-767.

Regenbogen, C., Schneider, D. A., Gur, R. E., Schneider, F., Habel, U., & Kellermann, T. (2012). Multimodal human communication—targeting facial expressions, speech content and prosody. *Neuroimage*, *60*(4), 2346–2356.

Rubin, K. H., Burgess, K. B., & Hastings, P. D. (2002). Stability and Social–Behavioral Consequences of Toddlers' Inhibited Temperament and Parenting Behaviors. *Child Development*, *73*(2), 483–495.

Savaşır, I., & Şahin, N. (1995). *Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R) El Kitabı* (ss.13-52). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Sevinçok, L. (2007). Yaygın anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, *10*, 3-12.

Sharma, R. M. (1992). Empathy - a retrospective on its development in psychotherapy. *Australasian Psychiatry*, *26*(3), 377–390.

Shirtcliff, E. A., Vitacco, M. J., Graf, A. R., Gostisha, A. J., Merz, J. L., & Zahn-Waxler, C. (2009). Neurobiology of empathy and callousness: Implications for the development of antisocial behavior. *Behavioral Sciences and the Law*, *27*(2), 137-171.

Silverman, W. K., & Nelles, W. B. (1988). The influence of gender on children's ratings of fear in self and same-aged peers. *The Journal of Genetic Psychology*, *149*(1), 17–21.

Silverman, W. K., & Weems, C. F. (1998). Anxiety sensitivity in children. In: *Anxiety Sensitivity: Theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety* (ed. Taylor, S.), (pp. 239-269). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Smith, A. (2006). Cognitive empathy and emotional empathy in human behavior and evolution. *Psychological Record*, *56*(1), 3–21.

Stein, D. J. (2009). Social anxiety disorder in the West and in the East. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, *21*(2), 109–117.

Stein, M. B., Simmons, A. N., Feinstein, J. S., & Paulus, M. P. (2007). Increased amygdala and insula activation during emotion processing in anxiety-prone subjects. *American Journal of Psychiatry*, *164*(2), 318–327.

Stein, M. B., Yang, B., Chavira, D. A., Hitchcock, C. A., Sung, S. C., Shipon-blum, E., & Gelernter, J. (2010). A common genetic variant in the neurexin superfamily member CNTNAP2 is associated with ıncreased risk for selective mutism and social anxiety-related traits. *Biological psychiatry*, *69*(9), 825–831.

Sterzer, P., Stadler, C., Poustka, F., & Kleinschmidt, A. (2007). A structural neural deficit in adolescents with conduct disorder and its association with lack of empathy. *Neuroimage*, *37*(1), 335–342.

Swain, J. E., Lorberbaum, J. P., Kose, S., & Strathearn, L. (2007). Brain basis of early parent-infant interactions: Psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *48*(3-4), 262-287.

Tibi-Elhanany, Y. (2011). Social cognition in social anxiety: first evidence for increased empathic abilities. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *48*(2), 98-106.

Taş-Torun, Y., & Işık-Taner, Y. (2016). Anksiyete bozukluklarının ve obsesif kompulsif

bozukluğun klinik özellikleri, ayırıcı tanıları ve komorbid durumlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*, *2*(3), 26–33.

Torgersen, S. (1990). Comorbidity of major depression and anxiety disorders in twin pairs. *The American Journal of Psychiatry, 147*(9), 1199-1202.

Towbin, K. E., Pradella, A., Gorrindo, T., Pine, D. S., & Leibenluft, E. (2005). Autism spectrum traits in children with mood and anxiety disorders. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, *15*(3), 452–464.

Türkçapar, H. (2004). Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri*, *4*, 12–16.

Uzbay, İ. T. (2002). Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *5*(Supp: 1), 5-13.

Ünal, S., Güler, A. S., & Dedeoğlu, C. (2009). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan klinik örneklemde sosyal karşılıklılık: Okul örnekleminden elde edilen kontrol grubu ile karşılaştırma. *Poster Bildirisi*, *19*.

Üneri, Ö. Ş. (2016). Anksiyete Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Psikoterapötik Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*, *2*(3), 40–46.

Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., et al. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, *359*(26), 2753–2766.

Walkup, J. T., Labellarte, M. J., Riddle, M. A., Pine, D. S., Greenhill, L., Klein, R., et al. (2001). Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *New England Journal of Medicine*, *344*(17), 1279–1285.

Waters, A. M., Mogg, K., Bradley, B. P., & Pine, D. S. (2008). Attentional bias for emotional faces in children with generalized anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *47*(4), 435–442.

Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *33*(4), 448.

Wechsler, D. (1949). Wechsler intelligence scale for children.

Wechsler, D. (1974). *Manual for the Wechsler intelligence scale for children, revised*. Psychological Corporation.

Wehry, A. M., McNamara, R. K., Adler, C. M., Eliassen, J. C., Croarkin, P., Cerullo, M. A., et al. (2015). Neurostructural impact of co-occurring anxiety in pediatric patients with major depressive disorder: a voxel-based morphometry study. *Journal*

of Affective Disorders, *171*, 54–59.

Whalen, P. J., Shin, L. M., McInerney, S. C., Fischer, H., Wright, C. I., & Rauch, S. L. (2001). A functional MRI study of human amygdala responses to facial expressions of fear versus anger. *Emotion*, *1*(1), 70-83.

Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*(6), 826–836.

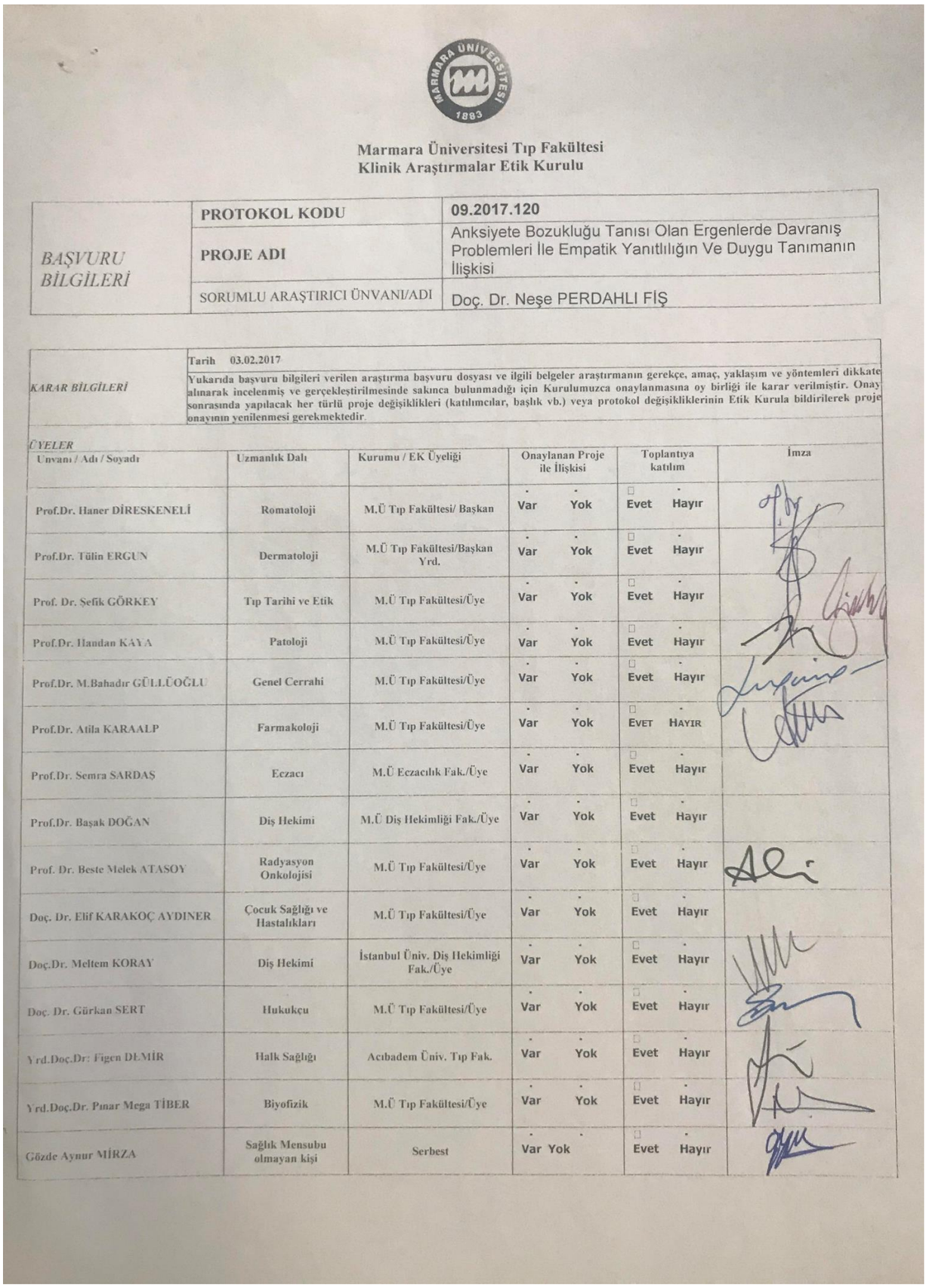
Wilmshurst, L. (2014). *Essentials of child and adolescent psychopathology*. John Wiley & Sons.

Yüksel, N. (2003). *Psikofarmakoloji (2. baskı).* İstanbul: Çizgi Tıp Yayınevi.

Yılmaz-Yüksel, A. (2003). *Empati eğitim programının ilköğretim öğrencilerinin empatik becerilerine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi*).* Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

8. EKLER

Ek-1 Araştırma Etik Onayı



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2017.120
	PROJE ADI	Anksiyete Bozukluğu Tanısı Olan Ergenlerde Davranış Problemleri İle Empatik Yanıtlılığın Ve Duygu Tanımanın İlişkisi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Doç. Dr. Neşe PERDAHLI FİŞ

KARAR BİLGİLERİ	Tarih 03.02.2017 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.

ÜYELER

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Atila KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	EVET HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var Yok	Evet Hayır	

Ek-2 Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI:

KAYGI BOZUKLUĞU TANISI OLAN ERGENLERDE DAVRANIŞ PROBLEMLERİ İLE EMPATİK YANITLILIĞIN VE DUYGU TANIMANIN İLİŞKİSİ

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağının çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirseniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Günümüzde kaygı bozuklukları çocuk ver ergen psikiyatrisinin en yaygın problemlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Gençlerin yaklaşık %10'u kaygı kriterlerini karşılamaktadır. Bu gençlerin çoğu sosyal ilişkiler konusunda yoğun endişeler yaşarlar. Kaygı bozukluğu yaşayan bireylerin daha olumsuz bir kişilerarası ilişki tarzına sahip oldukları, daha fazla kişilerarası öfke ve öfkeyle ilintili davranışlar yaşadıkları ve kaygı ve genel belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sosyal kaygı, olumlu kişiler arası ilişkiler gelişimini engelleyebilir. Sosyal kaygısı yüksek bireylerin, karşılık verme amaçlı saldırganlığı kullanmaları akranlara göre daha olasıdır. Sosyal bir varlık olan insan, yaşamının her döneminde başkalarıyla ilişki kurmak zorundadır. İnsan ilişkilerindeki temel motivasyonlardan biri, bireylerin, karşısındaki tarafından yaşantılarının, duygularının ve düşüncelerinin anlaşılması ihtiyacını duymasıdır. Hem kaygı bozukluğu olan hem de davranış sorunları gösteren çocuk ve ergenlerin duygusal ifadeleri tanımakla ilgili güçlükleri olabilir. Diğer yandan, empati düzeyi arttıkça saldırganlığın azalabildiği görülürken, bireylerin sosyal kaygı düzeyleri arttığında, saldırganlıklarını artabilmektedir. Biz de bu çalışmamızda kaygı bozukluğu tanısı ile takip edilen ergenlerde, davranış problemlerinin eklenmesi ile empati ve karşısındakinin duygusunu tanıma becerisinin ne derecede etkilendiğini ölçmeyi amaçladık.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Araştırma sürecinde, araştırmayı sürdüren hekim tarafından sizinle ve çocuğunuzla görüşülecek, çocuğunuza zeka değerlendiren testler yapılacak, bilgisayar üzerinden yüz-duygu tanıma testi uygulanacak, sizden ve çocuğunuzdan bazı formları doldurmanız istenecektir. Bu formlarla ilgili ayrıntılı bilgi araştırmacılar tarafından verilecektir. Ayrıca araştırmayı sürdüren hekim sizinle ayrıntılı bir psikiyatrik değerlendirme yapacaktır.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Çalışma doktorunuzun talimatlarına uymaya, yukarıda anlatılan çalışmayla ilgili tüm işlemlere uymaya istekli olmalısınız. Çalışma doktorunuzu ziyarete belirlenen günlerde gelmelisiniz ve bir sonraki ziyaretiniz de ziyaretten ayrılmadan önce planlanmalıdır. Yine çalışmadan önce veya çalışma sırasında aldığınız başka herhangi bir tıbbi tedaviyi de çalışma doktoruna söylemeniz önemlidir. İsteğe bağlı olarak değerlendirme sonrasında size bilgi verilebilir. Böyle bir arzunuz varsa iletişim bilgilerinizi verebilirsiniz.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Çalışmaya katılmanın hiçbir yan etki, risk veya rahatsızlıkları yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çocuğunuzun genel gelişimi, zihinsel becerileri, psikiyatrik özellikleri değerlendirilecek, istenildiği takdirde bir problem görülmesi halinde erkenden size bilgi verilerek yönlendirme yapılabilecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır.

ÇALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR:

Zeka ile ilgili veya muhakeme yeteneğinizi bozacak düzeyde psikiyatrik rahatsızlığınızın olması, kronik veya stabil olmayan medikal bir hastalığının olması, kafa travması geçirmiş olması, yaygın gelişimsel bozukluk tanısı alması, son 2 ay içinde madde kullanmış olması, nörolojik bir hastalığının olması durumunda çalışmadan ayrılmanız gerektirecektir**.**

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR?

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

KATILIMCININ BEYANI:

Sayın Dr. Burcu YILDIRIM BUDAK tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Burcu Yıldırım'a Fevzi Çakmak Mah, Muhsin Yazıcıoğlu Cad. No:10 Üst Kaynarca-Pendik / İstanbul adresindeki, T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nden veya (216) 6570606-8105 numaralı telefondan ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının Adı Soyadı:	Ebeveynin Adı Soyadı:
İmzası:	İmzası:

Ek-3 Sağlıklı Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı-soyadı:

Adresi: (varsa telefon no.)

İmza:

Ebeveynin;

Adı-soyadı:

Adresi: (varsa telefon no.)

İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı-soyadı:

İmza:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-soyadı:

Görevi:

İmzası:

Ek-4 Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Görüşme tarihi:

Dosya no:

Ev telefon no:

Cep telefon no:

Çocuğun : Adı-Soyadı Doğum Tarihi: :

Annenin **Babanın**

Adı: Adı:

Yaşı: Yaşı:

Eğitim durumu: Eğitim durumu:

1)okuryazar değil 1)okuryazar değil

2) ilkokul 2)ilkokul

3)ortaokul 3)ortaokul

4)lise 4)lise

5)üniversite 5)üniversite

Anne-Baba birlikteliği: 1)Birlikte 2)Ayrı

Ailede yaşayan kişi sayısı:

Ailede kişi başına düşen gelir miktarı:

Ailede psikiyatrik yakınma olan kişi var mı? 1. Evet 2.Hayır

Anne Baba Kardeş

Ailede psikiyatriste giden var mı? 1. Evet 2.Hayır

Anne Baba Kardeş

Doğum kilosu **Doğum haftası**

Çocuğun Gelişim Basamakları:

İlk kelimeyi söylediği ay:

İlk cümleyi söylediği ay:

Yürümeyi öğrendiği ay:

Tuvalet eğitimini aldığı ay:

Yuva eğitimi: 1.aldı 2.almadı

Tıbbi Özgeçmiş:

Epilepsi: **Kalp hastalığı:** **Allerji/Astım:** **DM:**

Çocuğun ilk 6 yılda bakımvereni kimdi?

1.Anne **2.**Baba **3.**Akraba **4.**Bakıcı

Yeme Alışkanlığı

Anne Sütü: 1.6 aydan az 2.6 aydan fazla

Ek gıdaya geçiş süresi:

Ek-5 Güçler ve Güçlükler Anketi

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

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
☐	☐	☐	☐

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

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
☐	☐	☐	☐

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

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	☐	☐	☐	☐
Arkadaş ilişkileri	☐	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenme	☐	☐	☐	☐
Boş zaman etkinlikleri	☐	☐	☐	☐

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

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

İmza: ..... Tarih: .....

Yardımınız için teşekkür ederiz

© Robert Goodman, 2005

Ek-6 KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim ölçeği

KA-Sİ EEÖ-EF

	AÇIKLAMA: Sevgili öğrenciler aşağıda bazı durumlara ilişkin düşünceler ifade eden cümleler bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuyarak o durumun size ne kadar uyduğunu düşünün ve kararınıza en uygun seçeneğin içine çarpı koyarak düşüncenizi belirtin. Cevaplarınızın kimseyle paylaşılmayacağından emin olun. Bu anketin sizin okul çalışmalarınızla bir ilgisi yoktur. Sizden düşüncelerinizi içten bir şekilde ifade etmeniz beklenmektedir. Lütfen tüm soruları cevaplamaya çalışın	**Bana hiç uygun değil**	**Bana biraz uygun**	**Bana oldukça uygun**	**Bana tamamen uygun**
1	Bir arkadaşım bir başarısından dolayı ödül aldığında onun sevincini ben de hissederim.	( )	( )	( )	( )
2	Bir arkadaşım öğretmen tarafından azarlandığında üzülürüm.	( )	( )	( )	( )
3	Sıkıntısı olan arkadaşlarım konuşmak için önce benim yanıma gelirler.	( )	( )	( )	( )
4	Karşımdaki kişiyi uzun süre dikkatle dinleyebilirim.	( )	( )	( )	( )
5	Arkadaşları tarafından dışlanan birini gördüğümde üzülürüm.	( )	( )	( )	( )
6	Karşımda ağlayan birini gördüğümde benim de gözlerim dolar.	( )	( )	( )	( )
7	Bir arkadaşım başından geçen üzücü bir olay anlattığında ben de kendimi üzgün hissederim.	( )	( )	( )	( )
8	Arkadaşlarımın canını sıkan bir şeyler olduğunda onlar söylemeseler de hal ve hareketlerinden anlarım.	( )	( )	( )	( )
9	Arkadaşlarımı anlama konusunda başarılı olduğuma inanıyorum.	( )	( )	( )	( )
10	Arkadaşlarım sorunlarını benimle rahatlıkla paylaşırlar.	( )	( )	( )	( )
11	Arkadaşlarım benimle konuştuktan sonra kendilerini iyi hissettiklerini söylerler.	( )	( )	( )	( )
12	Üzgün ve morali bozuk bir arkadaşımı gördüğümde benim de moralim bozulur.	( )	( )	( )	( )
13	Karşımda acı çeken birini gördüğümde aynı acıyı ben de hissederim.	( )	( )	( )	( )
14	Bir arkadaşım haksızlığa uğradığında üzülürüm.	( )	( )	( )	( )
15	Televizyonda ya da sinemada üzücü şeyler seyrettiğimde ben de üzülürüm	( )	( )	( )	( )
16	Bir arkadaşımın sorununu anlamak için onu sonuna kadar dinlerim.	( )	( )	( )	( )
17	Canı yanmış bir hayvan gördüğümde üzülürüm	( )	( )	( )	( )

Puanlama: Bana hiç uygun değil= 1, Bana biraz uygun= 2, Bana oldukça uygun =3,

Bana tamamen uygun=4

Kırmızı renkli olanlar duygusal empati, siyah renkli olanlar bilişsel empatiyi ölçmektedir.

Ek-7 Çocukluk Çağı Davranış Değerlendirme Ölçeği

4-18 YAŞ ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ(CBCL)

Çocuğun Adı-Soyadı:

Tarih:

Aşağıda çocukların özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu anki ya da son 6 ay içindeki durumunu belirtmektedir. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye özen gösteriniz.

0: Doğru değil
1: Bazen ya da biraz doğru
2: Çok ya da sıklıkla doğru

0 1 2	1	Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranır.
0 1 2	2	Alerjisi vardır (yeme, koklama ile; tozlu bir yerde bulunmakla; kaşıntı, döküntü, göz yaşarması vb. olması).
0 1 2	3	Çok tartışır.
0 1 2	4	Astımı (nefes darlığı) vardır.
0 1 2	5	Karşı cinsten biri gibi davranır.
0 1 2	6	Kakasını tuvaletten başka yerlere yapar.
0 1 2	7	Övünür, yüksekten atar, hava yapar.
0 1 2	8	Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz.
0 1 2	9	Bazı düşünceleri kafasına takar ve bunları aklından çıkaramaz. Açıklayınız…
0 1 2	10	Yerinde rahat duramaz, çok hareketlidir.
0 1 2	11	Yetişkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz, onlara çok bağımlıdır.
0 1 2	12	Yalnızlıktan yakınır.
0 1 2	13	Kafası karışıktır, şaşkın görünür.
0 1 2	14	Çok ağlar.
0 1 2	15	Hayvanlara eziyet eder.
0 1 2	16	Başkalarına eziyet eder, zalimce ve kötü davranır.
0 1 2	17	Hayale dalıp gider, kendini unutur.
0 1 2	18	Bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişiminde bulunur.
0 1 2	19	Hep dikkat çekmek ister.
0 1 2	20	Eşyalarına zarar verir.
0 1 2	21	Ailesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir.
0 1 2	22	Evde söz dinlemez.
0 1 2	23	Okulda söz dinlemez.
0 1 2	24	İştahsızdır, az yemek yer.
0 1 2	25	Diğer çocuklarla geçinemez.
0 1 2	26	Yanlış davranışından dolayı suçlanmış gibi görünmez.
0 1 2	27	Genellikle kıskançtır.
0 1 2	28	Yenilip içilmeyecek şeyleri, yer ya da içer (kum, kil, kalem, silgi gibi). Açıklayınız…
0 1 2	29	Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerden korkar. Açıklayınız…
0 1 2	30	Okula gitmekten korkar.
0 1 2	31	Kötü bir şey düşünmek ya da yapmaktan korkar.
0 1 2	32	Mükemmel olması gerektiğine inanır.
0 1 2	33	Kimsenin onu sevmediğine inanır ve bundan yakınır.
0 1 2	34	Başkalarının ona zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşünür.
0 1 2	35	Kendini değersiz hisseder.
0 1 2	36	Çok sık bir yerlerini incitir, başı kazadan kurtulmaz.
0 1 2	37	Çok kavga, dövüş eder.
0 1 2	38	Onunla çok alay edilir (arkadaşları onunla çok alay eder).
0 1 2	39	Başı belada olan kişilerle dolaşır.
0 1 2	40	Olmayan sesler işitir. Açıklayınız…
0 1 2	41	Düşünmeden ya da aniden hareket eder (aklına eseni yapar).
0 1 2	42	Başkaları ile beraber olmaktansa yalnız kalmayı tercih eder.
0 1 2	43	Yalan söyler ve hile yapar.
0 1 2	44	Tırnaklarını yer.
0 1 2	45	Sinirli ve gergindir.
0 1 2	46	Kas seğirmeleri, tikleri vardır. Açıklayınız…
0 1 2	47	Gece kabusları, korkulu rüyaları vardır.
0 1 2	48	Diğer çocuklar tarafından sevilmez.
0 1 2	49	Kabızlık çeker.
0 1 2	50	Çok korkak ve kaygılıdır.
0 1 2	51	Baş dönmesi vardır.
0 1 2	52	Kendini çok suçlu hisseder.
0 1 2	53	Aşırı yemek yer.
0 1 2	54	Aşırı yorgundur.
0 1 2	55	Çok kiloludur.
0 1 2	56	Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır:
0 1 2	a.	Ağrılar, sızılar.
0 1 2	b.	Baş ağrıları.
0 1 2	c.	Bulantı, kusma hissi.
0 1 2	d.	Göz ile ilgili şikayetler. Açıklayınız…

4-18 YAŞ ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ(CBCL)

0 1 2	**e.**	Döküntüler ya da başka cilt sorunları.
0 1 2	**f.**	Mide, karın ağrısı ve kramplar.
0 1 2	**g.**	Kusma.
0 1 2	**h.**	Diğer. Açıklayınız…
0 1 2	**57**	İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur.
0 1 2	**58**	Burnuyla, cildiyle, vücudunun başka kısımlarıyla oynar ve yolar. Açıklayınız…
0 1 2	**59**	Herkesin ortasında cinsel organıyla oynar.
0 1 2	**60**	Cinsel organıyla çok fazla oynar.
0 1 2	**61**	Okul başarısı düşüktür.
0 1 2	**62**	Dengesiz ve sakardır.
0 1 2	**63**	Kendinden büyük çocuklarla olmayı tercih eder.
0 1 2	**64**	Kendinden küçük çocuklarla olmayı tercih eder.
0 1 2	**65**	Konuşmayı reddeder.
0 1 2	**66**	Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar. Tanımlayınız…
0 1 2	**67**	Evden kaçar.
0 1 2	**68**	Çok bağırır, çağırır.
0 1 2	**69**	Sır vermez, düşüncelerini kendine saklar.
0 1 2	**70**	Olmayan şeyleri görür. Açıklayınız…
0 1 2	**71**	Sıkılgan ve utangaçtır.
0 1 2	**72**	Yangın çıkartır.
0 1 2	**73**	Cinsel sorunları vardır. Açıklayınız…
0 1 2	**74**	Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar.
0 1 2	**75**	Çekingen ve ürkektir.
0 1 2	**76**	Çocukların çoğundan daha az uyur.
0 1 2	**77**	Çocukların çoğundan gece ve gündüz daha çok uyur. Açıklayınız…
0 1 2	**78**	Kakası ile oynar ya da etrafa bulaştırır.
0 1 2	**79**	Konuşma güçlüğü vardır. Açıklayınız…
0 1 2	**80**	Boş gözlerle uzun uzun bakar.
0 1 2	**81**	Evden çalmaları vardır.
0 1 2	**82**	Evin dışında çalmaları vardır.
0 1 2	**83**	İhtiyacı olmayan nesneleri toplar, biriktirir. Tanımlayınız…
0 1 2	**84**	Acayip, tuhaf davranışları vardır. Açıklayınız…
0 1 2	**85**	Acayip, tuhaf düşünceleri vardır. Açıklayınız…
0 1 2	**86**	İnatçı, somurtkan ve rahatsız edicidir.
0 1 2	**87**	Duygudurumunda ani değişiklikler olur.
0 1 2	**88**	Çok sık küser.
0 1 2	**89**	Şüphecidir.
0 1 2	**90**	Küfürlü ve açık saçık konuşur.
0 1 2	**91**	Kendini öldürmekten söz eder.
0 1 2	**92**	Uykuda yürür ve konuşur. Açıklayınız…
0 1 2	**93**	Çok fazla konuşur.
0 1 2	**94**	Başkaları ile çok dalga geçer, alay eder.
0 1 2	**95**	Öfke nöbetleri vardır, çok çabuk öfkelenir.
0 1 2	**96**	Cinsel konuları fazlaca düşünür.
0 1 2	**97**	İnsanları tehdit eder.
0 1 2	**98**	Parmak emer.
0 1 2	**99**	Temizliğe ve titizliğe aşırı düşkündür.
0 1 2	**100**	Uyku sorunu vardır.
0 1 2	**101**	Okuldan kaçar, dersini asar.
0 1 2	**102**	Hareketsiz ve yavaştır, enerjik değildir.
0 1 2	**103**	Mutsuz, üzgün, çökkün ve bezgindir.
0 1 2	**104**	Çok gürültücüdür.
0 1 2	**105**	Tıbbi amaç dışında alkol ya da ilaç kullanır. Açıklayınız…
0 1 2	**106**	Etrafındaki eşyalara amaçsız olarak zarar vermekten zevk alır.
0 1 2	**107**	Gündüz altını ıslatır.
0 1 2	**108**	Yatağını ıslatır.
0 1 2	**109**	Sızlanır, mızırdanır.
0 1 2	**110**	Karşı cinsten olmayı ister.
0 1 2	**111**	İçe kapanıktır, başkalarıyla birlikte olmak istemez.
0 1 2	**112**	Evhamlıdır, her şeyi dert edinir.
0 1 2	**113**	Çocuğunuzun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa, lütfen yazınız…

LÜTFEN TÜM MADDELERİ CEVAPLAYINIZ.
TEŞEKKÜRLER…

Ek-8 Sosyal Cevaplılık Ölçeği

Her cümle için, çocuğunuzun **son altı aydaki davranışlarını** en iyi tarif eden seçeneği işaretleyiniz.

* **Uygun değil seçeneği**: İlgili maddede anlatılan durumun çocuğunuz için gözlenmesi mümkün değil ise işaretleyiniz. Örneğin, yaşı gereği anlatılan durumu gözlemeniz mümkün değilse. Davranışın gözlenmesinin mümkün olduğu ancak çocuğunuzda gözlemediğiniz durumlarda ise "**doğru değil**" seçeneğini işaretleyiniz.

	A	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
1	Başkalarıyla birlikte olduğunda yalnız olduğu ortamlara oranla daha kıpır kıpır, huzursuz görünür.					
2	Yüz ifadesi sözleriyle pek uyuşmaz					
3	Başkalarıyla ilişkilerinde kendine güveni var gibi görünür.					
4	Stres altındayken otomatik pilota bağlanmış gibi davranır; yapacakları konusunda değişkenlik göstermeye ikna olmaz; kafasına koyduğunu yapar.					
5	Birileri bir zaafından yararlanmak istediğinde pek farkına varmaz.					
6	Yalnız kalmayı başkalarıyla oynamaya tercih eder.					
7	Başkalarının ne düşündüğünün ya da ne hissettiğinin farkındadır.					
8	Başkaları tarafından ilginç ya da tuhaf olarak karşılanabilecek hareketleri vardır					
9	Erişkinlere yapışır, onlara bağımlı gibi görünür.					
10	Konuşmalarda kelimelerin altında yatabilecek farklı manaları anlamakta güçlük çeker; fazla mecazi konuşmalardan anlamaz.					
11	Kendine güveni tamdır.					
12	Başkalarıyla hislerini paylaşabilir.					

	B	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
13	Birileriyle beraberce bir şeyler yaparken (konuşurken, bir oyun oynarken) kendi sırasının ne zaman olduğunu kestirmekte zorlanır. (örneğin, konuşma esnasında karşıdakinin bir yanıt beklediğini anlayamaz.)					
14	Fiziksel aktivitelerde pek başarılı değildir; ellerini, ayaklarını düzgün ve uyumlu bir şekilde kullanamaz.					
15	İnsanların ses tonlarından ve yüz ifadelerinden ne ifade etmeye çalıştıklarını anlar.					
16	İnsanlarla göz göze gelmekten kaçınır ya da alışılmadık bir şekilde göz göze iletişim kurar.					
17	Bir konuda haksızlık yapıldığını hemen fark eder.					
18	Çok çabalasa da arkadaşlık kurmada zorlanır.					
19	Karşılıklı konuşmalarda oluşan fikirleri almakta güçlük yaşar.					
20	Oyuncaklarla oynayış tarzı alışılagelmişin dışındadır.					
21	Taklit yeteneği kuvvetlidir.					

	C	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
22	Yaşıtlarıyla uygun oyunlar oynar.					
23	Zorunlu olmadıkça, grup aktivitelerine katılmaz.					
24	Alışkın olduğu düzende değişiklik olduğunda diğer çocuklara göre daha çok zorlanır.					
25	Başkalarıyla aynı frekansta (paralel düşünmek, hissetmek, davranmak gibi..) olmamaktan rahatsızlık duymaz.					
26	Üzüntülü olanları rahatlatmaya çalışır.					
27	Yeni biriyle sosyal bir ilişkiyi başlatan taraf olmaktan kaçınır.					
28	Dönüp dolaşıp aynı şey üstüne konuştuğu ya da düşündüğü olur.					
29	Başka çocuklar tarafından tuhaf/garip bulunur.					
30	Birçok şeyin aynı anda olduğu ortamlarda rahatsız olur.					

	D	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
31	Bir şey hakkında düşünmeye başladığı zaman kendini onu düşünmekten alı koyamaz.					
32	Kişisel bakımı iyidir.					
33	Nazik olmaya çalışsa bile sosyal ortamlarda garip kaçan davranışları olur.					
34	Yakın arkadaş olmak isteyen kişilerden kaçınır.					
35	Karşılıklı konuşmalarda konunun akışını takip etmekte zorlanır.					
36	Kendinden büyük olanlarla ilişki kurmakta zorlanır.					
37	Yaşıtlarıyla ilişki kurmakta zorlanır.					
38	Karşısındaki kişinin duygusal durumundaki değişikliği anlayışla karşılayarak ona uygun şekilde davranır. (örneğin; oyun arkadaşının mutlu bir anda hüzünlendiğini hissederse)					
39	Sadece belirli alanlara ilgi duyar. Bunların sayısı etrafındakilerle kıyaslandığında azdır.					

	E	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
40	Hayal gücü kuvvetlidir; iyi rol yapar (gerçeklikten kopmadan).					
41	Bir aktiviteden diğerine amaçsızca geçtiği olur.					
42	Ses, dokunma veya kokuya karşı aşırı hassasiyeti vardır					
43	Ailesinden ya da bakıcısından ayrılmakta zorluk çekmez.					
44	Olayların birbirlerine nasıl ve ne şekilde bağlı olduğunu anlamakta yaşıtlarına oranla daha fazla güçlük çeker.					
45	Başkalarının nereye baktığı ya da neyi dinlediğine dikkatini verebilir.					
46	Çok ciddi bir yüz ifadesi vardır.					
47	Uygun olmayan yerlerde gülmekten kendini alamadığı olur.					
48	İyi bir espri anlayışı vardır					

49	Çok iyi olduğu birkaç konu vardır ama geri kalan işlerde pek becerikli değildir.					

	F	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
50	Sık sık tekrar ettiği garip hareketleri vardır. (El çırpma ya da sallanma gibi) Evet ise belirtiniz:					
51	Soruları doğrudan cevaplamada güçlük çeker; konunun etrafında dönüp durduğu olur.					
52	Gereksiz yere çok yüksek sesli konuştuğunun ya da çok ses çıkardığının farkına varır.					
53	Ses tonu gariptir (robot gibi ya da ders verir gibi konuştuğu söylenebilir)					
54	İnsanlara değersiz nesnelermiş gibi davranır.					
55	Bir kişiye çok yakınlaştığı, kişisel sınırlarını zorladığı anı hemen fark eder.					
56	Konuşan iki kişinin arasına girer.					
57	Çevresindekiler tarafından sık sık kızdırılır.					
58	Bir konunun belirli noktaları üzerine çok yoğun eğildiği için bütünü görmekte zorlanır. (örneğin, bir hikayede neler olduğunu anlatması istendiğinde, sadece kahramanların kıyafetlerini anlatır.)					
59	Çok şüphecidir.					

	G	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
60	Duygularını belli etmez, duygusal olarak uzaktır.					
61	Sabit fikirlidir; düşüncesini değiştirmek zordur.					
62	Yaptığı bazı şeyler için açıklamaları karşısındaki insana mantıksız gelebilir					
63	Alışılmamış şekilde insanlara dokunur (örneğin, sadece temas etmek için birine dokunur ve bir şey söylemeden yanından uzaklaşır..)					
64	Sosyal ortamlarda çok gergin olur.					
65	Zaman zaman boş bakar.					

Ek-9 Griffith Empati Ölçeği- Anne Baba Değerlendirme Formu

GRIFFITH EMPATİ ÖLÇEĞİ- ANNE BABA DEĞERLENDİRME FORMU

Çocuğun Adı Soyadı: Doğum Tarihi:

Formun doldurulduğu tarih:

- Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Çocuğunuzun durumuna en uygun olan dereceyi işaretleyiniz. Teşekkürler.

	Hiç uygun değil	Biraz uygun	Oldukça uygun	Tamamen uygun
1. Başka çocuklar üzgün olduğunda çocuğum da üzülür.				
2. Yaramazlık yaptığı için cezalandırılan bir çocuğu gördüğünde üzülür.				
3. Etrafındaki insanların ruh hallerinden etkilenmiş görünür.				
4. Biri mutsuz ve üzüntülü olduğunda o da mutsuz olur.				
5. Bir çocuğu ağlarken gördüğünde ağlar veya üzülür.				
6. Acıklı bir film veya TV programı izlerken üzülür.				
7. Etrafındaki diğer çocuklar gergin olduğunda o da gerginleşir.				
8. Biri mutlu olduğunda o da mutlu ve keyifli olur.				
9. Çevresindeki insanlar üzgün olsa bile kendini iyi hissetmeye devam edebilir.				
10. Diğer insanların niçin/niye üzüldüklerini anlayamaz.				
11. Diğer insanların niye ağladıklarını nadiren ağlar.				
12. Son kurabiyeyi başkasının yemek istediğini bilse bile kendisi yiyebilir.				
13. Toplum içinde öpüşen ve sarılan insanlara kötü tepkiler verir.				
14. Bir insanın mutluluktan ağlamasını anlayamaz.				
15. Benim üzüldüğümü farketmiş gibi görünmez.				
16. Oyun arkadaşı bulamayan bir çocuk gördüğünde onun için üzülür.				
17. Kedi ve köpeklere onların da duyguları varmış gibi davranır.				
18. Üzülmüş bir çocuk için kendini kötü hisseder.				
19. Başkalarının hediye paketlerini açmasını izlemek, hediye onun için olmasa bile hoşuna gider.				
20. Bir çocuğun yaralandığını gördüğünde üzülür.				
21. Gülen bir çocuk gördüğünde o da güler.				
22. Yaralanmış bir hayvan gördüğünde üzülür.				
23. Fiziksel özürlü insanlar için üzülür.				