



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

GEÇMİŞTE SEÇİCİ KONUŞMAZLIK TANISI ALAN HASTALARIN  
İZLEM ÇALIŞMASI VE SEÇİCİ KONUŞMAZLIK SEMPTOMLARI  
İLE MÜKEMMELİYETÇİLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
İNCELENMESİ

Dr. Zeliha Büşra ÖZDEMİR

TIPTA UZMANLIK TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır

ANKARA  
2025





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

**GEÇMİŞTE SEÇİCİ KONUŞMAZLIK TANISI ALAN HASTALARIN  
İZLEM ÇALIŞMASI VE SEÇİCİ KONUŞMAZLIK SEMPTOMLARI  
İLE MÜKEMMELİYETÇİLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
İNCELENMESİ**

**Dr. Zeliha Büşra ÖZDEMİR**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır**

**TEZ DANIŞMANI  
Dr. Öğr. Üyesi Cihan Aslan**

**ANKARA**

**2025**

## TEŞEKKÜR

Tez sürecinde bilgi ve deneyimi ile bana yol gösteren tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Cihan Aslan'a; tezimin planlanması ile hipotezlerin ve yöntemin şekillenmesinde değerli katkıları olan Prof. Dr. Sadriye Ebru Çengel Kültür'e,

Eğitimim boyunca mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Füsün Çuhadaroğlu, Prof. Dr. Dilşad Foto Özdemir, Prof. Dr. Devrim Akdemir, Doç. Dr. Tuna Çak, Doç. Dr. Şükran Gülin Evinç, Doç. Dr. Burcu Ersöz Alan, Doç. Dr. Dilek Ünal, Doç. Dr. Kevser Nalbant, Uzm. Psk. Şeniz Özusta, Uzm. Dr. Buket Kılıç'a, Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı'ndaki değerli hocalarıma,

Çalışmanın istatistiksel değerlendirme sürecindeki katkıları ve titiz çalışması için Uzm. Dr. Saadet Göksu Çelik Pekerşen'e,

Bir eşkıdemden çok daha fazlası olan canım Uzm. Dr. Ebrar Onar'a; desteklerini her zaman hissettiğim Uzm. Dr. Nagihan Özer, Uzm. Dr. Berna Devecioğlu, Uzm. Dr. Selin Akbaş Aliyev ve Uzm. Dr. Makbule Esen Öksüzöğlü'na; asistanlık sürecimi güzelleştiren Dr. Ayşe Tuğba Aksoy, Dr. Rumeysa Havvanur Hanelçi, Dr. Şerife İlayda Kamcı Armağan, Dr. Ekin Yiğit, Dr. Serra Çetin, Dr. Şevval Öztürk Algan ve birlikte çalıştığım tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma, her zaman yanımda olan arkadaşlarım Melike Kaya, Uzm. Dr. Merve Deniz Genç, Uzm. Dr. Nesrin Özben ve Dr. Merih Çiğdem Ölmez'e,

Bilgi ve tecrübesinden yararlandığım SHU. Yaşar Çavdar Kolbüken'e ve çalışma ortamını keyifli hale getiren bölüm sekreterlerimize,

Bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan sevgili annem ve babama; abilerim Bayram Özdemir, Dr. Bahadır Özdemir ve Uzm. Dr. Adem Özdemir'e, değerli yengelerim ve biricik yeğenlerime gönülden teşekkür ederim.

**Dr. Zeliha Büşra ÖZDEMİR**

**Ankara, 2025**

## ÖZET

**Özdemir Z. B. Geçmişte Seçici Konuşmazlık Tanısı Alan Hastaların İzlem Çalışması ve Seçici Konuşmazlık Semptomları ile Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tezi, Ankara, 2025.** Bu çalışmanın amacı, çocukluk döneminde seçici konuşmazlık (SK) tanısı almış bireylerin ergenlik dönemindeki psikiyatrik durumlarını, kaygı düzeylerini, mükemmeliyetçilik özelliklerini ve benlik saygılarını incelemek; ayrıca ebeveynlerin mükemmeliyetçiliği ve ebeveynlik tutumları ile ilişkilerini değerlendirmektir. Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı kayıtlarından 2015-2020 yılları arasında SK tanısı almış ve değerlendirme sırasında yaşı 12-18 arasında olan 36 ergen ve ebeveynleri tek merkezli, kesitsel ve tanımlayıcı-korelasyonel bir izlem çalışmasına dâhil edilmiştir. SK tanısı dosya incelemesi ve klinik değerlendirme ile doğrulanmış; yaşam boyu ve şimdiki psikiyatrik tanılar DSM-5'e uyarlanmış K-SADS-PL yarı yapılandırılmış görüşmesi ile değerlendirilmiştir. Ergenlere kaygı düzeyini değerlendirmek üzere Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ), mükemmeliyetçiliği değerlendirmek üzere Çocuk ve Ergen Mükemmeliyetçilik Ölçeği (CAPS), benlik saygısını değerlendirmek üzere Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve algılanan ebeveynlik tutumlarını belirlemek için Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ); ebeveynlere ise Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği- Hewitt (ÇBMÖ-H) ve Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (PARI) uygulanmıştır. Örneklemin %94,4'ünde ergenlik döneminde en az bir psikiyatrik tanı bulunduğu saptanmış; en sık eş tanılar dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (%55,6), özgül öğrenme bozukluğu (%41,7) ve sosyal kaygı bozukluğu (%36,1) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısının halen psikiyatrik izlem altında olduğu ve üçte birinden fazlasının psikiyatrik ilaç kullandığı anlaşılmıştır. Yalnızca 6 ergen (%16,7) SK tanı ölçütlerini karşılarken, 10 ergenin (%27,8) eşik altı düzeyde SK belirtileri gösterdiği saptanmıştır. SK belirtilerinin daha uzun sürdüğü olgularda sosyal kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Beklenenin aksine, ergenlik döneminde SK belirtisi olmayan grupta kendine yönelik mükemmeliyetçilik düzeyleri daha yüksek bulunmuş ve lojistik regresyon analizinde kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin ergenlikte SK belirtilerinin bulunması ile

negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Ebeveyn mükemmeliyetçiliği ve ebeveynlik tutumları ile ergenlik dönemindeki SK belirtilerinin devamı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benlik saygısı düzeyinin SK belirtilerinden ziyade kaygı düzeyi ile ilişkili olduğu; kaygı arttıkça benlik saygısında azalma ve mükemmeliyetçilik puanlarında artma olduğu görülmüştür. Sonuç olarak seçici konuşmazlık yalnızca erken çocukluk dönemine özgü geçici bir konuşmama davranışı değildir; ergenlik döneminde kaygı düzeyi, nörogelişimsel eş tanılar ve bazı mükemmeliyetçilik boyutlarıyla ilişkili çok boyutlu bir klinik tablo olarak devam edebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Seçici konuşmazlık, ergenlik, kaygı, mükemmeliyetçilik, benlik saygısı, ebeveyn mükemmeliyetçiliği, ebeveynlik tutumları, izlem.

## ABSTRACT

**Ozdemir Z. B. A Follow-Up Study of Adolescents with a History of Selective Mutism and an Examination of the Relationship Between Selective Mutism Symptoms and Perfectionism, Thesis in Child and Adolescent Psychiatry, Hacettepe University Faculty of Medicine, Ankara, 2025.** The aim of this study was to examine the current psychiatric status, anxiety levels, perfectionism traits, and self-esteem of adolescents diagnosed with selective mutism (SM) in childhood, and to evaluate the relationships between these variables and parental perfectionism and parenting attitudes. A total of 36 adolescents aged 12-18 years at the time of assessment, who had been diagnosed with SM between 2015 and 2020 according to the records of the Hacettepe University Department of Child and Adolescent Psychiatry, and their parents were included in this single-center, cross-sectional, descriptive-correlational follow-up study. The diagnosis of SM was confirmed through file review and clinical evaluation. Lifetime and current psychiatric diagnoses were assessed using the DSM-5-adapted K-SADS-PL semi-structured diagnostic interview. Adolescents completed the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) to assess anxiety levels, the Child and Adolescent Perfectionism Scale (CAPS) to evaluate perfectionism, the Rosenberg Self-Esteem Scale to assess self-esteem, and the Parental Attitude Scale (PAS) to evaluate perceived parental attitudes. Parents completed the Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale (HMPS) and the PARI (Parental Attitude Research Instrument). At least one psychiatric diagnosis during adolescence was identified in 94.4% of the sample. The most common comorbid diagnoses were attention-deficit/hyperactivity disorder (55.6%), specific learning disorder (41.7%), and social anxiety disorder (36.1%). Approximately half of the participants were still under psychiatric follow-up, and more than one-third were using psychotropic medication. While only 6 adolescents (16.7%) met the full diagnostic criteria for SM, 10 adolescents (27.8%) exhibited subthreshold SM symptoms. Higher levels of social anxiety were observed in cases in which SM symptoms persisted for a longer duration. Contrary to expectations, adolescents without current SM symptoms had higher levels of self-oriented perfectionism. Logistic regression analysis showed that self-oriented perfectionism was negatively

associated with the presence of SM symptoms in adolescence. No significant relationship was found between parental perfectionism, parenting attitudes, and the persistence of SM symptoms during adolescence. Self-esteem levels were found to be more related to anxiety levels than to perfectionism symptoms; as anxiety increased, self-esteem decreased and perfectionism scores increased. In conclusion, selective mutism should not be considered merely a transient speech inhibition limited to early childhood; it may continue into adolescence as a multidimensional clinical condition associated with anxiety levels, neurodevelopmental comorbidities, and certain dimensions of perfectionism.

**Keywords:** Selective mutism, adolescence, anxiety, perfectionism, self-esteem, parental perfectionism, parenting attitudes, follow-up study.

## İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>i</b>
<b>ÖZET</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>iv</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>vi</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b>	<b>x</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	<b>xiii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	<b>xiv</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>6</b>
2.1. Seçici Konuşmazlık: Tanım, Tanı Kriterleri ve Yaygınlık	6
2.2. Seçici Konuşmazlığın Etiyolojisi	8
2.3. Seçici Konuşmazlığın Klinik Özellikleri	10
2.4. Seçici Konuşmazlıkta Eş Psikiyatrik Tanılar	11
2.4.1. Ergenlikte Kaygı Bozukluklarının Yaygınlığı	11
2.4.2. Eş Tanı Paterni	12
2.4.3. SK-SKB İlişkisi ve Ayırıcı Noktalar	13
2.5. Seçici Konuşmazlıkta Klinik Seyir ve Uzun Dönem Sonuçlar	14
2.6. Seçici Konuşmazlıkta Tedavi Yaklaşımları	16
2.7. Mükemmeliyetçilik Kavramı ve Psikopatolojiyle İlişkisi	19
2.7.1. Uyumsuz ( <i>Maladaptive</i> ) Mükemmeliyetçilik ve Klinik Model	21
2.7.2. Sosyal Kaygı ile Kavramsal Örtüşme	21
2.7.3. Gelişimsel ve Ebeveynlik Bağlamı	22
2.8. Seçici Konuşmazlık ve Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişki	22
2.9. Benlik Saygısının Gelişimi ve Klinik Önemi	23

2.10. Literatürdeki Boşluklar ve Araştırmanın Gerekçesi	24
<b>3. YÖNTEM</b>	<b>26</b>
3.1. Araştırma Deseni	26
3.2. Araştırmanın Örnekleme	26
3.2.1. Araştırma Grubu Dahil Olma Ölçütleri:	27
3.2.2. Araştırma Grubu Dışlama Ölçütleri:	27
3.3. Araştırmanın Yöntemi	27
3.4. Kullanılan Ölçekler	29
3.4.1. Klinisyen Tarafından Uygulanan Yarı-yapılandırılmış Görüşmeler ve Ölçekler	29
3.4.2. Ergen Tarafından Doldurulan Ölçekler	30
3.4.3. Ebeveynler Tarafından Doldurulan Ölçekler	35
3.5. İstatistiksel Analiz	37
3.6. Etik Onay	39
<b>4. BULGULAR</b>	<b>40</b>
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	40
4.2. Katılımcıların Özgeçmiş Özellikleri	41
4.3. Katılımcıların Soygeçmiş Özellikleri	43
4.4. Seçici Konuşmazlığın Başlangıç ve Seyrine İlişkin Bulgular	45
4.5. Ergenlikteki Ek Psikiyatrik Tanılar, Kaygı ve Benlik Saygısı Düzeyleri	49
4.6. Ergenlikte Seçici Konuşmazlık Belirtisi Olan ve Olmayan Ergenlerin Karşılaştırılması	52
4.6.1. Klinik Değişkenlerin Karşılaştırılması	52
4.6.2. Benlik Saygısı Açısından Karşılaştırılması	54
4.6.3. Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin Karşılaştırılması	55
4.6.4. Ebeveyn Mükemmeliyetçiliği ve Ebeveynlik Tutumlarının Karşılaştırılması	56

4.7. Belirti Süresi, ÇATÖ ve Benlik Saygısı Puanları ile Diğer Klinik Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	58
4.7.1. Klinik Değişkenlerin İlişkisi	58
4.7.2. Mükemmeliyetçilik Puanlarının İlişkisi	61
4.7.3. Ebeveyn Mükemmeliyetçiliği ve Ebeveynlik Tutumlarının İlişkisi	62
4.8. Çocuk ve Ebeveyn Mükemmeliyetçilik Puanları Arasındaki İlişkiler	65
4.9. Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişkiler	68
4.10. Ergenlikte SK Belirtilerinin Yordayıcıları (İkili Lojistik Regresyon)	70
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>72</b>
5.1. Genel Değerlendirme	72
5.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	73
5.3. Katılımcıların Özgeçmiş Özelliklerinin Değerlendirilmesi	74
5.4. Katılımcıların Soygeçmiş Özelliklerinin Değerlendirilmesi	74
5.5. Seçici Konuşmazlığın Başlangıç ve Seyir Özelliklerinin Değerlendirilmesi	75
5.6. Ergenlikteki Ek Psikiyatrik Tanılar, Kaygı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Değerlendirilmesi	78
5.7. Ergenlikte Seçici Konuşmazlık Belirtisi Olan ve Olmayan Ergenlerin Değerlendirilmesi	81
5.7.1. Klinik Değişkenlerin Değerlendirilmesi	81
5.7.2. Benlik Saygısı Açısından Değerlendirilmesi	81
5.7.3. Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi	82
5.7.4. Ebeveyn Mükemmeliyetçiliği ve Ebeveynlik Tutumlarının Değerlendirilmesi	83
5.8. Belirti Süresi, ÇATÖ ve Benlik Saygısı Puanları ile Diğer Klinik Değişkenler Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi	84
5.8.1. Klinik Değişkenlerin Değerlendirilmesi	84
5.8.2. Mükemmeliyetçilik Puanlarının Değerlendirilmesi	85
5.8.3. Ebeveyn Mükemmeliyetçiliği ve Ebeveynlik Tutumlarının Değerlendirilmesi	86

5.9. Çocuk ve Ebeveyn Mükemmeliyetçilik Puanları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi	87
5.10. Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi	88
5.11. Ergenlikte SK Belirtilerinin Yordayıcılarının Değerlendirilmesi	90
5.12. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları	91
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>94</b>
<b>7. KAYNAKLAR</b>	<b>96</b>
<b>8. EKLER</b>	<b>111</b>
EK-1: Aydınlatılmış Onam Formları	111
EK-2: Veri Toplama Formu	115
Ek-2.1. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli DSM-5	118
EK-2.2. Çocuklar İçin Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ)	127
EK-2.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)	129
EK-2.4. Çocuk ve Ergen Mükemmeliyetçilik Ölçeği (CAPS)	130
EK-2.5. Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ)	131
EK -2.6. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (ÇBMÖ-H)	134
EK-2.7. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Anketi (PARI)	137

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>SK</b>	: Seçici Konuşmazlık
<b>SKB</b>	: Sosyal Kaygı Bozukluğu
<b>YKB</b>	: Yaygın Kaygı Bozukluğu
<b>AKB</b>	: Ayrılık Kaygısı Bozukluğu
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
<b>ÖÖB</b>	: Özgül Öğrenme Bozukluğu
<b>OSB</b>	: Otizm Spektrum Bozukluğu
<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>KOKGB</b>	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
<b>DB</b>	: Davranım Bozukluğu
<b>TSSB</b>	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>MDB</b>	: Majör Depresif Bozukluk
<b>Dİ</b>	: Davranışsal İnhibisyon
<b>BDT</b>	: Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>DKT</b>	: Dil ve Konuşma Terapisi
<b>BEP</b>	: Bireyselleştirilmiş Eğitim Planı
<b>SKBDT</b>	: Seçici Konuşmazlık için Bütünleşik Davranışçı Tedavi
<b>RKÇ</b>	: Randomize Kontrollü Çalışma
<b>K-SADS-PL</b>	: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School- Age Children - Present and Lifetime Version)
<b>CAPS</b>	: Çocuk ve Ergen Mükemmeliyetçilik Ölçeği (Child and Adolescent Perfectionism Scale)
<b>ÇBMÖ-H</b>	: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği - Hewitt
<b>ABTÖ</b>	: Anne-Baba Tutum Ölçeği

<b>ÇATÖ</b>	: Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği
<b>PARI</b>	: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (Parental Attitude Research Instrument)
<b>RBSÖ</b>	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
<b>DSM-5</b>	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. Baskı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)
<b>ICD</b>	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (International Classification of Diseases)
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>Ark.</b>	: Arkadaşları
<b>f-MRG</b>	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
<b>SSRI</b>	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
<b>ÇAA</b>	: Çeyrekler Arası Aralık
<b>n</b>	: Grup Örneklem Sayısı
<b>N</b>	: Toplam Örneklem Sayısı
<b>KR-20</b>	: Kuder-Richardson-20
<b>GA</b>	: Güven Aralığı (Confidence İnterval)
<b>SS</b>	: Standart Sapma
<b>r</b>	: Korelasyon Katsayısı / Etki Büyüklüğü
<b>r<sub>s</sub></b>	: Spearman Rho Katsayısı
<b>Φ (phi)</b>	: Phi Katsayısı (iki kategorik değişken arasındaki ilişki ölçütü, 2x2 tablolar için)
<b>R<sup>2</sup></b>	: Modelin Açıkladığı Varyans Oranı (Regresyon)
<b>Adj. R<sup>2</sup></b>	: Düzeltilmiş R <sup>2</sup> (değişken sayısını hesaba katar)
<b>β (beta)</b>	: Standardize Regresyon Katsayısı
<b>B</b>	: Standardize Olmayan Regresyon Katsayısı
<b>OR</b>	: Odds Ratio (lojistik regresyon; olasılık oranı)
<b>Exp (B)</b>	: Odds Oranı (olasılık oranı; OR)

$\chi^2$	: Ki-kare testi değeri
<b>p</b>	: p değeri (istatistiksel anlamlılık olasılığı)
<b>S.E.</b>	: Standart hata
<b>df</b>	: Serbestlik derecesi (degrees of freedom)
<b>t</b>	: t testi istatistiği (iki ortalama farkının testi)
<b>F</b>	: ANOVA test istatistiği (F oranı)
<b>f</b>	: ANOVA için etki büyüklüğü (Cohen's f)
<b>d</b>	: Cohen'in d etki büyüklüğü katsayısı (iki ortalama farkının standartlaştırılmış farkı)
<b>H</b>	: Kruskal-Wallis istatistiği
<b>U</b>	: Mann-Whitney U istatistiği
$\eta^2$	: Eta-kare (toplam varyansın açıklanan kısmı)

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
4.1. SK Takip Süresi Grafikleri	45
4.2. SK Belirtilerinin Sürekliliği Grafikleri	47

## TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo</b>		<b>Sayfa</b>
2.1.	Çocuklukta ve Ergenlikte Kaygı Bozukluklarının Yaygınlığı	11
2.2.	Seçici Konuşmazlıkta Uzun Dönem İzlem Çalışmaları	15
3.1.	ABTÖ - Ebeveynlik Stilleri	35
4.1.	Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	41
4.2.	Katılımcıların Özgeçmiş Özellikleri	42
4.3.	Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	44
4.4.	Katılımcıların Seçici Konuşmazlık Tedavisinde Kullandığı İlaçlar	46
4.5.	SK Öyküsüne İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	48
4.6.	K-SADS-PL Değerlendirmesine Göre Psikiyatrik Tanılar	50
4.7.	Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) Tanımlayıcı İstatistikleri	51
4.8.	SK Durumuna Göre Kategorik Değişkenlerin Karşılaştırılması	53
4.9.	SK Durumuna Göre Sürekli Değişkenlerin Karşılaştırılması	54
4.10.	SK Durumuna Göre Benlik Saygısı Kategorilerinin Karşılaştırılması	54
4.11.	SK Durumuna Göre Benlik Saygısı Puanlarının Karşılaştırılması	55
4.12.	SK Durumuna Göre Mükemmeliyetçilik Puanlarının Karşılaştırılması	55
4.13.	SK Durumuna Göre Ebeveyn Mükemmeliyetçilik Puanlarının Karşılaştırılması	56
4.14.	SK Durumuna Göre ABTÖ Ebeveynlik Stillерinin Karşılaştırılması	56
4.15.	SK Durumuna Göre ABTÖ Puanlarının Karşılaştırılması	57
4.16.	SK Durumuna Göre PARI Puanlarının Karşılaştırılması	57
4.17.	Kategorik Değişkenlerin Belirti Süresi, ÇATÖ ve Benlik Saygısı Puanlarına Göre Karşılaştırılması	59
4.18.	Sürekli Değişkenler ile Belirti Süresi, ÇATÖ ve Benlik Saygısı Puanları Arasındaki Korelasyonlar	60

4.19.	Mükemmeliyetçilik Puanları ile Belirti Süresi, ÇATÖ ve Benlik Saygısı Puanları Arasındaki Korelasyonlar	61
4.20.	Ebeveyn Mükemmeliyetçiliği Puanları ile Belirti Süresi, ÇATÖ ve Benlik Saygısı Puanları Arasındaki Korelasyonlar	62
4.21.	ABTÖ Ebeveynlik Stilllerinin Belirti Süresi, ÇATÖ ve Benlik Saygısı Puanları ile Karşılaştırılması	63
4.22.	ABTÖ Puanlarını ile Belirti Süresi, ÇATÖ ve Benlik Saygısı Puanları Arasındaki Korelasyonlar	63
4.23.	PARI Puanları ile Belirti Süresi, ÇATÖ ve Benlik Saygısı Puanları Arasındaki Korelasyonlar	64
4.24.	Çocuk ve Ebeveyn Mükemmeliyetçilik Puanları Arasındaki Korelasyonlar	67
4.25.	Bağımlı Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar	69
4.26.	Ergenlikte SK Belirtilerinin Yordayıcıları: İkili Lojistik Regresyon Analizi	71

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Seçici konuşmazlık (SK), çocuğun bazı sosyal ortamlarda (ör. okul) konuşmasının beklendiği hâlde konuşamaması; buna karşılık başka ortamlarda akıcı biçimde konuşabilmesiyle karakterize edilen bir bozukluktur. SK, DSM-5'te "Kaygı Bozuklukları" (1) ve ICD-11'de "Kaygı ve Korku ile İlişkili Bozukluklar" içinde sınıflandırılmaktadır (2). Tanı ölçütlerinde açık bir "korku/kaygı" ifadesi yer almasa da, güncel kanıtlar SK ile özellikle Sosyal Kaygı Bozukluğu (SKB) arasındaki güçlü ilişkiye işaret etmektedir (3-5). Bu durum SK'nin yalnızca bir "konuşmama" sorunu olarak değil, kaygı temelli bir klinik tablo olarak ele alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Bozukluğun başlangıcı çoğunlukla okul öncesi dönemdedir (yaklaşık 2,7-4,1 yaş; (6-11)); tanı ise sıklıkla ilkokul yıllarında (6,5-9 yaş) konmaktadır (7, 12). Türkiye'de yapılan çalışmalarda SK'nin çoğunlukla 3-6 yaş arasında başladığı, tanının ise 7-11 yaş arasında konduğu bildirilmiştir (13). Toplum temelli çalışmalarda prevalansın %0,11-%2,2 aralığında değiştiği ve kız çocuklarında erkeklere kıyasla daha yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir (yaklaşık 1,5:1-2,6:1) (14). Bu veriler, SK'nin erken başlayan ve özellikle okul ortamında işlevselliği belirgin ölçüde etkileyebilen klinik açıdan göz ardı edilemeyecek bir durum olduğunu göstermektedir.

SK'nin etiolojisinin tek bir nedene indirgenemeyen, çok etmenli bir yapıda olduğu düşünülmektedir. Genetik yatkınlık, mizaç özellikleri, çevresel faktörler ve nörogelişimsel etkenlerin tabloya birlikte katkıda bulunduğu kabul edilmektedir (5, 14). Ebeveynler SK'li çocukları sıklıkla utangaç, çekingen, "yavaş ısınan" ve kaygılı olarak tanımlamaktadır (7, 15). Kaygı bozukluklarıyla en güçlü ilişkili mizaç örüntülerinden biri olan davranışsal inhibisyon, SK için de önemli bir risk etmeni olarak tanımlanmıştır (16-19). Konuşmama davranışı bazı çocuklarda kısa vadede kaygıyı azaltan bir kaçınma stratejisi gibi işlev görebilir ve bu nedenle pekişerek yerleşebilir (20). Nitekim erken çocukluk döneminde SK'li ve SKB'li çocukların, hem içe yönelim belirtileri gösteren akranlarına hem de tipik gelişim gösteren kontrollere kıyasla daha yüksek düzeyde davranışsal inhibisyon sergilediği; hatta SK'li çocuklarda bu özelliğin SKB'li çocuklara kıyasla daha da belirgin olabileceği

bildirilmiştir (21). Bu bulgular, SK'nin kaygı düzenleme güçlüğü ve kaçınma temelli bir örüntü olarak değerlendirilebileceğini göstermektedir.

SK'li çocukların önemli bir kısmı, yaşlarına kıyasla daha belirgin hata yapma korkusu ve olumsuz değerlendirilme kaygısı tarif etmektedir. Niteliksel çalışmalarda bu çocuklar “yanlış bir şey söyleme”, “hatalı performans sergileme”, “beklenmeyen durumdan korkma” ve “kontrolü kaybetme” gibi temaları sıklıkla vurgulamaktadır (22-24). Bu örüntü, hata toleransının düşüklüğü ve kendine yönelik aşırı eleştirelilik içeren mükemmeliyetçilik özellikleriyle kavramsal düzeyde örtüşmektedir. SK'nin bilişsel boyutuna ilişkin olarak, bazı olgularda obsesif-kompulsif eğilimlerin mükemmeliyetçilik biçiminde ortaya çıkabileceği de bildirilmiştir. Vogel ve ark. (2019), SK'li çocuklarda konuşmama davranışının altında yatan korkuların yaklaşık %28'inin “hata yapma korkusu” ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (24). Benzer şekilde literatürde, SK'li bireylerin konuşma eylemini “kusursuz” biçimde gerçekleştirme arzusu nedeniyle konuşmaktan kaçındıkları ve bunun sosyal mükemmeliyetçilik olarak tanımlanabilecek bilişsel bir şema ile ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (20, 25). Bu bilişsel şemanın, değerlendirilme kaygısını artırarak konuşma davranışının bastırılmasına ya da tamamen kaçınılmasına yol açabileceği düşünülmektedir.

SK, özellikle SKB başta olmak üzere diğer kaygı bozukluklarıyla yüksek oranda birliktelik göstermektedir (3, 8, 26-30). SK'li çocuklarda sosyal yetkinlikte azalma ile hem sözel hem de sözel olmayan iletişim becerilerinde gerilik gözlenebilmektedir (31). Bu nedenle bazı araştırmacılar SK'nin, SKB'nin erken gelişim dönemine özgü bir alt tipi olabileceğini öne sürmüştür (10, 26, 32, 33). Bununla birlikte bazı olgularda otizm spektrum bozukluğu, dil/konuşma bozuklukları ve özgül öğrenme güçlükleri gibi nörogelişimsel sorunlarla da kesişme söz konusudur (5). Klinik izlem ve kardeş çalışmaları, SK ile hem belirli kaygı bozuklukları hem de otizm spektrum özellikleri arasında aile düzeyinde artmış risk bildirmiştir (34-37). Bu bulgular, SK'nin tek bir fenotipten ziyade heterojen bir klinik görünüm sunduğunu; bazı çocuklarda yoğun sosyal kaygı ve kaçınmanın, bazılarında ise dil/iletişim güçlükleri veya nörogelişimsel özelliklerin ön planda olabileceğini göstermektedir.

SK'nin seyri incelendiğinde, çocukluk dönemindeki belirtilerin ergenlikte her zaman tamamen ortadan kalkmadığı görülmektedir. Olguların önemli bir kısmında

ergenlik döneminde artık tam tanı ölçütleri karşılanmasa bile, eşik altı (subklinik) konuşma kısıtlılıkları, sosyal çekingenlik, toplumsal değerlendirilme kaygısı, akademik ve kişilerarası işlevsellikte güçlükler ile başka psikiyatrik belirtiler (ör. anksiyete ve depresif belirtiler) devam edebilmektedir (5, 38-40). Daha ileri başlangıç yaşı ve ebeveyn psikopatolojisi gibi etmenlerin daha kötü prognozla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (5). Ayrıca SK'ye eşlik eden depresif belirtiler ve sosyal işlevsellikte bozulma da literatürde rapor edilmiştir (41). Bu nedenle SK'nin yalnızca erken çocukluk dönemine özgü, "büyüdükçe kendiliğinden ortadan kalkan" bir durum olmadığı; bazı bireylerde ergenlikte de psikososyal açıdan anlamlı sonuçlar doğurabildiği düşünülmektedir.

Kaygı bozuklukları literatüründe güvensiz bağlanma örüntüleri ile ebeveynlik tarzlarının (ör. aşırı koruyuculuk, aşırı kontrol, eleştirel tutum) rolü sıkça vurgulanmaktadır (42-45). SK özelinde de ebeveynlerde aşırı koruyuculuğun daha sık görülebileceği belirtilmiştir (46, 47). Ebeveyn mükemmeliyetçiliği; yüksek beklentiler, hataya düşük tolerans ve kontrol edici tutumlar aracılığıyla çocuğun hata intoleransını ve sosyal kaygısını besleyebilecek bir faktör olarak ele alınmaktadır (48). Bu çerçevede, SK'nin sürdürülebilirliğinde yalnızca çocuğun bireysel kaygısının değil, aynı zamanda aile içi beklenti ve etkileşim kalıplarının da önemli rol oynayabileceği düşünülmektedir.

Bununla birlikte, SK'ye ilişkin uzun dönem veriler sınırlıdır. Özellikle, SK'nin ergenlik dönemindeki kalıntı belirtileri ile mükemmeliyetçilik (hem ergen hem ebeveyn düzeyinde), ebeveynlik tutumları ve benlik saygısı arasındaki ilişkiler yeterince aydınlatılamamıştır. Bu ilişkilerin daha ayrıntılı biçimde anlaşılması, hem risk değerlendirmesi hem de müdahale planlaması açısından önemlidir. Bu çalışmanın temel amacı, çocukluk çağında seçici konuşmazlık (SK) tanısı almış ergenlerin ergenlik dönemindeki ruhsal durumlarını uzun dönem perspektifinde değerlendirmek ve özellikle mükemmeliyetçilik özellikleri ile benlik saygısının bu gruptaki rolünü incelemektir. Buna ek olarak, SK öyküsü olan ergenlerde aile dinamiklerinin belirli özellikleri (ör. ebeveyn mükemmeliyetçiliği ve ebeveynlik tutumları) ile ergenlerin güncel psikososyal işlevsellikleri arasındaki ilişkiler

araştırılacaktır. Çalışmanın hedefi, SK'nin uzun vadeli etkilerini ve ilişkili risk faktörlerini daha iyi anlayarak literatürdeki bilgi boşluğunu doldurmaktır.

Bu çalışmada;

- Seçici konuşmazlık tanısının uzun vadeli sonuçlarının incelenmesi,
- Geçmişte seçici konuşmazlık tanısı alan çocukların ergenlik dönemindeki psikopatolojilerinin değerlendirilmesi,
- Sosyodemografik ve klinik özelliklerin ergenlik dönemindeki seçici konuşmazlık belirti şiddeti ve eşlik eden psikopatolojiler ile ilişkisinin belirlenmesi,
- Mükemmeliyetçilik, ebeveyn mükemmeliyetçiliği ve ebeveynlik tutumlarının ergenlik dönemindeki seçici konuşmazlık belirti şiddeti ve eşlik eden psikopatolojiler ile ilişkisinin değerlendirilmesi,
- Seçici konuşmazlık öyküsü ile ergenlik dönemindeki benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Literatür verilerine dayanarak bu çalışmanın hipotezleri aşağıda sunulmuştur:

1. Seçici konuşmazlık öyküsüne sahip ergenlerde, psikopatoloji görülme oranı toplum örneğine kıyasla daha yüksek olacak ve özellikle kaygı bozuklukları, başta sosyal kaygı bozukluğu olmak üzere, daha sık görülecektir.
2. Geçmişte seçici konuşmazlık tanısı alan çocukların çoğunun ergenlik döneminde tanı kriterlerini tam olarak karşılamayacağı ancak çeşitli seçici konuşmazlık belirtilerinin eşik altı düzeyde devam edeceği öngörülmektedir.
3. Ergenlikteki seçici konuşmazlık belirtileri daha fazla olan ergenlerin, belirti düzeyi daha düşük olan ergenlere göre:
  - a) Mükemmeliyetçilik düzeylerinin daha yüksek olacağı,

- b) Ebeveynlerinin mükemmeliyetçilik düzeylerinin daha yüksek olacağı,
  - c) Ailelerinde olumsuz ebeveynlik tutumlarının daha fazla olacağı beklenmektedir.
4. Seçici konuşmazlık öyküsüne sahip ergenlerde benlik saygısının daha düşük olacağı öngörülmektedir.

Bu çalışma ile elde edilecek bulguların, seçici konuşmazlığın yalnızca “konuşma başlatamama” sorunu olarak değil; ergenlik dönemine uzanan kaygı, benlik saygısı ve aile dinamikleri bağlamında değerlendirilmesi gerektiğine yönelik klinik anlayışa katkıda bulunması hedeflenmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Seçici Konuşmazlık: Tanım, Tanı Kriterleri ve Yaygınlık

Seçici konuşmazlık (SK), çocukların diğer ortamlarda normal konuşmalarına rağmen konuşmalarının beklendiği belirli sosyal durumlarda (örneğin okulda) konuşamama durumu ile karakterize edilen bir bozukluktur (1). DSM-5'e göre seçici konuşmazlık, bireyin farklı ortamlarda konuşma becerisi sergileyebilmesine rağmen, belirli sosyal durumlarda (örneğin okul gibi) süreğen bir şekilde konuşamamasıyla tanımlanmakta ve bu durum bireyin akademik başarısını ve toplumsal etkileşimlerini anlamlı düzeyde olumsuz etkilemektedir. Tanı koyulabilmesi için semptomların en az bir ay boyunca sürmesi ve bu sürenin okulun yalnızca ilk ayıyla sınırlı olmaması gerekmektedir. Konuşamama durumu, kişinin o sosyal ortamda kullanılan dili bilmemesinden kaynaklanmamalı ve belirtiler başka bir iletişim bozukluğu ya da otizm spektrum bozukluğu, şizofreni veya diğer psikotik bozukluklarla daha iyi açıklanamamalıdır (1).

Her ne kadar DSM-5 tanı kriterlerinde kaygı ya da korku doğrudan yer almasa da, güncel araştırmalar SK ile kaygı bozuklukları, özellikle de sosyal kaygı bozukluğu arasındaki güçlü ilişkiyi vurgulamaktadır (3, 5, 18, 49). Bu nedenle SK, DSM-5'te "Kaygı Bozuklukları" başlığı, ICD-11'de ise "Kaygı ve Korku ile İlişkili Bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılmıştır. Klinik açıdan bu sınıflandırma, SK'nin yalnızca bir "konuşma bozukluğu" değil, kaygı temelli bir bozukluk olduğunu göstermektedir.

SK genellikle erken yaşlarda başlar. Çeşitli çalışmalarda başlangıç yaşının çoğunlukla 2,7-4,1 yıl arasında değiştiği bildirilmektedir (6-11). Buna karşın tanı yaşı daha ileri dönemlere kaymakta, ortalama 6,5-9 yaş civarında konmaktadır (7, 12). Bu gecikme, SK tanısının çoğunlukla okula başlama ile fark edildiğini düşündürmektedir. Bunun nedeni, okul ortamında çocuklardan aktif sözlü katılım beklenmesi ve sessizlik davranışının öğretmenler ile akranlar tarafından daha belirgin şekilde fark edilmesidir. Ev ortamında konuşma becerilerini sürdüren çocukların sessizliği, sosyal karşılaşmaların yoğun yaşandığı okul ortamında dikkat çekmekte ve bu sayede tanı süreci hızlanmaktadır (49-51). Bazı teorilere göre, SK'li çocuklar yabancılarla konuşmaya zorlandıklarında sessiz kalmayı tercih ederek kaygı ve huzursuzluklarını

azaltmayı öğrenirler (52, 53). Öte yandan bu çocukların genellikle sessiz ve uyumlu olmaları, öğretmenler tarafından kolay fark edilmemelerine ve tanı ek gecikmelere yol açabilmektedir. Tanıdaki gecikme sürecinde konuşmaktan kaçınma davranışının zamanla pekişerek daha kalıcı hale geldiği bildirilmektedir (6).

Türkiye’de yapılan güncel bir çalışmada SK’nin çoğunlukla 3-6 yaşları arasında başladığı (%73,5) ancak olguların çoğunun 7-11 yaşları arasında tanı aldığı (%57,1) bildirilmiştir (13). Bu bulgu, ülkemizde de tanı gecikmesinin önemli bir sorun olduğuna işaret etmektedir. Aynı çalışmada SK’nin ortalama süresinin yaklaşık 2,2 yıl olduğu, şiddetli semptomlara sahip çocuklarda bozukluğun daha uzun sürdüğü ve eş tanı oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (13). Ayrıca bu çalışmada cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmamış olup, bu sonuç literatürde bazı çalışmalarda kız çocuklarında daha yüksek görülme oranlarına işaret eden bulgularla (1,5:1 - 2,6:1) kısmen çelişmektedir (14).

Uluslararası veriler incelendiğinde, SK prevalansı %0,11 ile %2,2 arasında değişmektedir (14). ABD’de SK’nin görülme sıklığını doğrudan inceleyen bilinen tek çalışmada prevalansın %0,71 olduğu bildirilmiştir (32). Türkiye verileriyle karşılaştırıldığında, Batı toplumlarında SK’nin daha erken fark edildiği görülmekle birlikte, tanı koymada yine de gecikmeler yaşandığı dikkat çekmektedir. Bu noktada kültürel faktörler önemli rol oynamaktadır: bazı kültürlerde çocukların sessizliği “utangaçlık” ya da “iyi huyluluk” olarak değerlendirildiğinden, klinik tablo uzun süre fark edilmeyebilir. Bu durum, prevalans oranlarının toplumlar arasında değişkenlik göstermesine yol açmaktadır (13, 14).

Sonuç olarak, seçici konuşmazlık erken çocukluk döneminde başlayan, çoğu zaman tanısı geciken ve DSM tanı kriterlerinde doğrudan kaygıya yer verilmese de kaygı bozuklukları ile yakından ilişkili bir ruhsal bozukluktur. Türkiye’den elde edilen bulgular, SK’nin başlangıcının çoğunlukla okul öncesi dönemde olduğunu, ancak tanının çoğunlukla ilkökul yıllarına kadar geciktiğini ortaya koymaktadır. Bu özellikler, hem klinik seyri hem de çocukların sosyal ve akademik işlevselliğini derinden etkileyebilmektedir.

## 2.2. Seçici Konuşmazlığın Etiyolojisi

Seçici konuşmazlığın (SK) etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, güncel araştırmalar bozukluğun çok boyutlu bir yapıya sahip olduğunu ve tek bir nedene indirgenemeyeceğini göstermektedir. Genetik yatkınlık, mizaç özellikleri, çevresel faktörler ve nörogelişimsel süreçlerin karşılıklı etkileşimi SK'nin ortaya çıkışında temel rol oynamaktadır (5, 14, 20).

### Tarihsel Bakış

Erken dönemde SK, çocukların belirli ortamlarda konuşmamayı bilinçli olarak seçtikleri bir davranış sorunu şeklinde tanımlanmış ve bu nedenle “gönüllü afazi” ya da “elektif mutizm” gibi kavramlarla adlandırılmıştır (DSM-4) (54). Günümüzde ise bu yaklaşım terk edilmiş; “seçici” kavramı konuşmama davranışının yalnızca belirli durumlarla sınırlı olduğunu vurgulamak için kullanılmaya başlanmıştır. Güncel literatür, SK'deki sessizliğin yoğun kaygı, sosyal kaygı bozukluğu benzeri korkular ve performans kaygılarıyla ilişkili olduğunu ve bu nedenle bozukluğun DSM-5 ve ICD-11'de anksiyete bozukluğu sınıflaması altında yer aldığını göstermektedir (55).

### Mizaç ve Genetik Yatkınlık

Ailevi kümelenmeye dair bulgular, SK'nin kalıtsal bileşenine işaret etmektedir; nitekim Black ve Uhde (1995), SK'li çocukların %37'sinin birinci derece akrabalarında da SK öyküsü bulunduğunu bildirmiştir (10). Bireysel düzeyde, davranışsal inhibisyon SK için en güçlü risk faktörlerinden biri olup, çocuklarını utangaç, çekingen, kaygılı ve “yavaş ısınan” olarak tanımlayan ebeveynlerin çocuklarında SK gelişme olasılığı daha yüksektir (9, 56). Ayrıca aile öyküsünde kaygı bozukluklarının daha sık görülmesi, genetik yatkınlığın önemini desteklemektedir (26, 57). Bu bulgular, SK'nin ortaya çıkışında mizaç temelli duyarlılık ile ailevi/kalıtsal faktörlerin birlikte rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

### Çevresel Faktörler

Ebeveynlik tutumları SK etiyolojisinde kritik rol oynamaktadır. Özellikle aşırı koruyucu ve otoriter ebeveynlik tarzlarının çocuğun kaygı düzeyini artırarak

konuşmama davranışını pekiştirdiği bildirilmiştir (31, 42, 55). Ayrıca, ebeveynlerde gözlenen yüksek kaygı ve mükemmeliyetçilik düzeylerinin, çocuğa hata yapmanın olumsuz sonuçlar doğuracağına dair mesajlar vererek kaygıyı artırabileceği belirtilmektedir (26, 57). Bunun yanı sıra, bağlanma örüntüleri, aile içi iletişim dinamikleri, iki dillilik ve okul ortamındaki sosyal talepler de risk faktörleri arasında yer almaktadır (43).

### **Nörogelişimsel Faktörler**

SK yalnızca kaygı bozukluğu çerçevesinde ele alınamayacak kadar heterojen bir bozukluktur. Bazı çocuklarda konuşma ve dil bozuklukları, öğrenme güçlükleri, gelişimsel gecikmeler ve otizm spektrum bozukluğu (OSB) gibi ek tanımlar tabloya eşlik edebilmektedir (9, 35, 37, 58-60). Bu durum, SK'nin ortaya çıkışında nörogelişimsel süreçlerin de etkili olabileceğini göstermektedir.

### **Güncel Yaklaşım**

Bu nedenlerle günümüzde SK, yalnızca tek boyutlu bir kaygı bozukluğu değil; çok boyutlu, heterojen ve nörogelişimsel unsurları da içeren bir bozukluk olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca SK'nin nörogelişimsel bir çerçeve içinde ele alınması gerektiğini, bazı olgularda OSB ve iletişim bozuklukları ile örtüşmeler bulunduğunu ve gelişimsel çoklu yolların söz konusu olduğunu tartışırlar. Dolayısıyla SK'nin etiolojisini açıklamak için biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimini içeren bütüncül modeller geliştirilmesi kritik önemdedir. Kearney ve Rede (2021), SK'nin farklı alt tiplerinin olabileceğini öne sürerek bu çeşitliliğe dikkat çekmiştir (60):

- Kaygı temelli profil,
- Konuşma/dil güçlükleriyle ilişkili profil,
- Duygusal-davranışsal/karşı gelme eğilimli profil (Çevresel stresörler ve aile dinamiklerinin belirgin olduğu).

### 2.3. Seçici Konuşmazlığın Klinik Özellikleri

Seçici konuşmazlığı (SK) olan çocuklar, okul gibi değerlendirilme baskısının yüksek olduğu ortamlarda sıkça “sessiz, uyumlu, sorun çıkarmayan” çocuklar olarak görünürler. Bu nedenle yıkıcı davranış gösteren akranlarına göre daha geç fark edilebilirler. Tanı ve yönlendirmedeki gecikme, konuşmaktan kaçınmanın öğrenilerek pekişmesine ve davranışın kalıcılılaşmasına zemin hazırlar (6). SK’li çocuklar, sözel ve sözel olmayan iletişim becerileri açısından yaşitlarının gerisindedirler (61). SK’nin klinik görünümü, yalnızca konuşmamanın kendisiyle sınırlı olmayıp sosyal-iletişim işlevselliğinde yaygın kısıtlılıkla seyredir. Öğretmenden ya da akrandan yardım isteme, tuvalet izni alma, açıklayıcı soru sorma, sözlü katılım gerektiren grup etkinliklerine dahil olma gibi gündelik sosyal gerekliliklerde belirgin kaçınma görülür. Akran ilişkilerini başlatma ve sürdürme güçlükleri ile sosyal-duygusal yetersizlik (özellikle sosyal atılganlıkta) sık bildirilir (4, 62, 63). Ayrıca klinik gözlemlerde fısıltıyla konuşma ya da tek sözcükle yanıt, baş sallama/işaretle iletişim, aracı kişi kullanma ve yüz ifadesinde donukluk gibi mikro-belirtiler öne çıkar (64).

**Ergenlerde klinik örüntü.** SK’li ergenler küçük çocuklarda görülen SK açısından üç şekilde farklılık gösterebilir:

(i) daha uzun kaçınma geçmişi nedeniyle belirtiler ve işlev kaybı daha kalıcılaştırmıştır;

(ii) konuşma başlatma, temel sosyal kurallar ve göz teması gibi sosyal beceri yetersizlikleri daha görünürdür;

(iii) sosyal etkileşimin sözlü doğası gereği sosyal izolasyon daha belirgindir (65-68).

Karşılaştırmalı araştırmalar, SK’li ergenlerde içe çekilme ve sosyal problem düzeylerinin SKB veya diğer içselleştirme sorunlarına kıyasla daha yüksek olabileceğini göstermektedir (9, 28).

SK yalnızca konuşma davranışını etkilemez; konuşmanın ötesinde diğer alternatif iletişim yollarını da etkileyebilmektedir. SK’li ergenlerin bilgisayar aracılı

iletişimi -hem yazılı hem sözlü- arkadaş, aile ve okul bağlamlarında tipik gelişen ekranlarına göre daha az kullandığı bildirilmiştir. SK grubunda yüz yüze iletişim, özellikle aile ve arkadaş ilişkilerinde daha çok tercih edilmekle birlikte, bazı bireylerde bu durum bilgisayar aracılı iletişime kıyasla daha fazla gerginlik yaratabilmektedir. Bu bulgular, SK'nin yalnızca konuşma davranışını değil, yazılı iletişim ve bilgisayar aracılı iletişim gibi dijital iletişim yollarını da sınırlayabileceğini ve bu durumun tanısal değerlendirme ile tedavi planlamasında dikkate alınması gerektiğini göstermektedir (69).

## 2.4. Seçici Konuşmazlıkta Eş Psikiyatrik Tanılar

### 2.4.1. Ergenlikte Kaygı Bozukluklarının Yaygınlığı

Tablo 2.1, 12-18 yaş arası ergenlerde görülen başlıca kaygı bozukluklarının özet yaygınlık değerlerini göstermektedir; çocuk (<12 y) ve genel popülasyon verileri de karşılaştırma amaçlı eklenmiştir.

**Tablo 2.1.** Çocuklukta ve Ergenlikte Kaygı Bozukluklarının Yaygınlığı

Bozukluk	Ergenler (12-18 y)	Çocuklar (<12 y)	Genel/Yaşam-boyu
Yaygın Kaygı Bozukluğu	Ergenlerde ≈%4,6 (70)	Çocukta %1,3 (70)	Genel popülasyonda yaşam boyu ≈%6,2 (71)
Sosyal Kaygı Bozukluğu	Ergenlerde ≈%8,3 (meta-analiz) (72)	<12 yaş ≈%4,7; ergenlikte %8-17 (72)	Yaşam boyu ≈%13 (71)
Ayrılık Kaygısı Bozukluğu	Ergen-çocuk toplam ≈%4-5 (73)	Klinik düzey ≈%4,1 (74)	Erişkinde yaşam boyu ≈%6,6 (71)
Özgül Fobi	Yıllık ≈%7,9 [6]; yaşam boyu ≈%19,3 (NCS-A) (75)	Çocuk-ergen ≈%8-20; yıllık ≈%7,9 (76)	Yaşam boyu ≈%13,8 (71)
Panik Bozukluğu	13-18 yaş yaşam boyu ≈%2-3 (77)	Çocukluk öncesinde yok denecek kadar az	Yaşam boyu ≈%5,2 (71)
Agorafobi	13-17 yaş yıllık ≈%2,0 (78)	Çocuklukta çok nadir	Yaşam boyu ≈%2,6 (71)

Notlar: Oranlar çalışmalar arası değişkenlik gösterebilir; aralıklar meta-analiz/ulusal epidemiyolojilere dayalıdır.

### 2.4.2. Eş Tanı Paterni

SK, sıklıkla diğer psikiyatrik ve nörogelişimsel bozukluklarla birlikte ortaya çıkar, özellikle kaygı bozuklukları SK'ye eşlik eder (5). 2020 yılında yayımlanan bir meta-analiz, SK'li kişilerin %80'inin aynı zamanda başka kaygı bozukluklarına da sahip olduğunu ortaya koymuştur. Bu meta-analizde kaygı bozuklukları arasında en sık görülen eş tanının sosyal kaygı bozukluğu (%69) olduğu, özgül fobiler (%19), ayrılma kaygısı bozukluğu (%18) ve yaygın kaygı bozukluğu (%6) oranlarında da artış olduğu bildirilmiştir (3). SK'li çocuklarda SKB'nin eş tanı olarak görülme oranı %61 ile %100 arasında değişmektedir (8, 26-29). Türkiye'de 2022 yılında yayımlanan bir çalışmada, 51 SK olgusunun tıbbi verileri retrospektif olarak incelenmiş; eşlik eden psikiyatrik tanılarının sırasıyla SKB ( $n = 15$ , %29,4), DEHB ( $n = 6$ , %11,8), ayrılık kaygısı bozukluğu ( $n = 4$ , %7,8) ve konuşma bozuklukları ( $n = 3$ , %5,9) olduğu belirlenmiştir (79). 2023 yılında Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada 2016-2021 yılları arasında SK'li 49 çocuğun tıbbi verileri incelenmiş ve SK'ye eşlik eden psikiyatrik tanılar sırasıyla ayrılık kaygısı bozukluğu ( $n = 8$ , %16), karşıt olma-karşı gelme bozukluğu ( $n = 7$ , %14), SKB ( $n = 4$ , %8), özgül fobi ( $n = 4$ , %8) ve DEHB ( $n = 3$ , %6) olarak bildirilmiştir (13). Aynı çalışmada, kız çocuklarının erkek çocuklara kıyasla 1,8 kat daha fazla psikiyatrik eş tanıya sahip olduğu bulunmuştur (13). SK'li çocuklar, yaşadıkları yoğun kaygı, sosyal izolasyon ve yaşlıları tarafından reddedilme gibi etmenler nedeniyle süreç içinde depresyon belirtileri de gösterebilmektedir (41). Ayrıca kaçınan kişilik özelliklerinin SK'ye sıklıkla eşlik eden bir klinik örüntü olduğu da belirtilmektedir (15).

Bazı çalışmalar, SK'nin nörogelişimsel bozukluklar veya öğrenme bozukluklarıyla da ilişkili olabileceğini göstermiştir. Bu iki bozukluğun ortak mizaç özelliklerine ilişkin bazı kanıtlar mevcuttur (5). Bir çalışmada, SK'li kişilerin %63'ünün aynı zamanda OSB tanı kriterlerini de karşıladığı bulunmuştur. Ancak bu çalışmada, tanılar tıbbi kayıtlardan geriye dönük olarak değerlendirilmiş ve sadece nörogelişim kliniğinde izlenen hastaları içermesinin kısıtlılık olarak göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmıştır (35). 2024'te Finlandiya'da yapılan bir kardeş çalışmasında, SK'li çocukların kardeşlerinde OSB görülme riskinin kontrol grubuna göre 2,9 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (37). Başka bir çalışmada da

yaşları 2-14 arasında değişen 42 SK'li çocukta psikopatolojik semptomları değerlendirmek için standartlaştırılmış ebeveyn ve öğretmen ölçekleri uygulanmıştır. SK'li çocukların %80'inin otizm olasılık indeksinde kesme noktasının üzerinde puan aldığı, böylece SK'li çocukların çoğunun sosyal iletişim sorunları ve basmakalıp ilgi ve davranışlar gibi klinik otistik belirtileri gösterdiği bulunmuştur (36). Başka bir çalışmada ise 6-18 yaş arası SK, SKB ve OSB tanılı çocukların yanı sıra tipik gelişim gösteren çocukların ebeveynlerinden, sosyal farkındalık, sosyal biliş, sosyal iletişim, sosyal motivasyon ve tekrarlayıcı/kısıtlı davranışlar olmak üzere beş alanda otizm semptomları ölçen standartlaştırılmış bir ölçeği doldurmaları istenmiştir. Sonuçlar, tüm klinik tanısı olan çocukların, tipik gelişim gösteren çocuklara göre daha yüksek düzeyde otistik belirtiler sergilediğini göstermiştir (34).

Türkiye'de 2023 yılında yayınlanan bir çalışmada, 49 SK'li çocuğun 8'inin (%16,3) ailesinde SK öyküsü, 19'unun (%38,8) annesinde ise kaygı öyküsü bulunduğu saptanmıştır (13). Okul temelli bir örnekleme yapılan bir çalışmada ise ebeveyn anketleri ve DSM-III kriterleri kullanılarak kardeşler arasında SK yaygınlığının yaklaşık %20 olduğu bildirilmiştir (9). Finlandiya'da ulusal tıbbi kayıtlar kullanılarak yapılan toplum temelli bir kardeş çalışmasında (2024) SK'li olguların %41,2'sinin, kontrol grubundaki bireylerin ise %20,8'inin kardeşinde bir ruhsal ya da nörogelişimsel bozukluk bulunduğu gösterilmiştir. Bu fark 1,5 kat olarak hesaplanmış; en yüksek olasılık oranlarının sırasıyla çocukluk çağı emosyonel bozuklukları ve OSB (2,9 kat) olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada, kaygı bozuklukları incelendiğinde, SK'li çocukların kardeşlerinde hem SK hem de yaygın kaygı bozukluğunun kontrol grubuna kıyasla daha sık görüldüğü bildirilmiştir (37).

#### **2.4.3. SK-SKB İlişkisi ve Ayırıcı Noktalar**

SK ve SKB belirtilerinin klinik olarak kesiştiği durumlar olsa da tamamen örtüştüğü söylenemez. SK'li çocuklar, SKB'li akranlarına kıyasla konuşma temelli durumları daha utanç verici değerlendirme, ses/dil ile ilişkili korkular ve daha yüksek davranışsal inhibisyon bildirme eğilimindedir (24, 80-83). Buna karşılık SKB, konuşma dışındaki sosyal performans alanlarında da yaygın kaçınma ile seyreder. Bu farklılaşma, SK'nin yalnızca "SKB'nin bir alt türü" olarak ele alınmasını güçleştirir ve heterojen alt örüntüler yaklaşımını destekler (28, 31, 81, 82).

## 2.5. Seçici Konuşmazlıkta Klinik Seyir ve Uzun Dönem Sonuçlar

SK'nin seyri değişkendir. Bazı olgularda seçiciliğe özgü sessizlik uzun süre devam ederken, birçok çocukta konuşmama davranışı yaşla birlikte azalır. Bununla birlikte, sosyal kaygı, çekingenlik ve ilişkili işlevsellik kayıpları ergenlik ve erişkinliğe kadar sürebilmektedir (39, 40). Okul temelli bilişsel davranışçı terapi (BDT) programlarını izleyen 5 yıllık takiplerde, katılımcıların bir kısmının SK ölçütlerini kısmen veya tamamen karşılamayı sürdürdüğü gösterilmiştir (84). Retrospektif izlem çalışmalarında ise, çocukluk döneminde SK tanısı almış bireylerin tanıların ilerleyen yıllarda SKB ile yer değiştirme eğilimi göstermesi dikkat çekicidir. Özellikle SK ve SKB'nin birlikte görüldüğü bireylerde semptom şiddetinin daha yüksek, genel işlevselliğin daha düşük olduğu gösterilmiştir (85).

Koskela ve arkadaşlarının (2023) gözden geçirme çalışmasında, 2-17 yıl bir süre aralığında izlenen olguların çoğunda orta/tam düzelme oranlarının yüksek olduğu; ileri başlangıç yaşı, ebeveyn psikopatolojisi ve başvuru şiddetinin daha kötü gidişle ilişkili olabileceği bildirmektedir (5). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise, SK tanı süresinin ortalama 2 yıl olduğu; semptom şiddeti yükseldikçe eş tanı sıklığı ve sürenin uzadığı ifade edilmektedir (13). SK uzun dönem izlem çalışmaları ile ilgili detaylı bilgi *Tablo 2.2.*'de verilmiştir.

**Tablo 2.2.** Seçici Konuşmazlıkta Uzun Dönem İzlem Çalışmaları

Çalışma (yıl)	Örneklem (n; yaş)	Tasarım / İzlem	İzlemde durum- Temel bulgular
<b>Remschmidt ve ark. (2001)</b> <b>Almanya</b>	41 çocuk; başlangıç 8,7y; izlem 20,5y	Retrospektif; ≈12 yıl	%39 tam remisyon; %61 semptomlar devam ediyor (%12 hiç iyileşme yok)
<b>Steinhausen ve ark. (2006)</b> <b>İsviçre</b>	33 genç erişkin (çocuklukta SK); 2 karşılaştırma grubu	Kontrollü uzunlamasına; ≈13 yıl	%58 remisyon; %42 fobik bozukluk (en sık SKB, %71); çocuklukta başka kaygı tanı grubunda benzer (%42), sağlıklı kontrolde fobik bozukluk yok
<b>Lang ve ark. (2016)</b> <b>İsrail</b>	24 çocuk	Uzunlamasına; ≈2,9 yıl	%84,2 remisyon; SKB ve diğer kaygı belirtilerinde anlamlı azalma
<b>Oerbeck ve ark. (2018)</b> <b>Norveç</b>	30 çocuk; başlangıç ≈6y (n=30 izlem tamamlar)	Prospektif; 5 yıl	%70 tam remisyon, %17 kısmi remisyon, %13 SK sürüyor , %23 izlemde SKB gelişmiş
<b>Kamani &amp; Monga (2020)</b> <b>Kanada</b>	31 çocuk (22 SK; 9 sadece SKB); başlangıç 6-8y; izlem 11y	Retrospektif; ort. 4,2 yıl (2-6)	%29 tanısız; %71 SK ve/veya SKB (en sık SKB (%35) ve eş tanı SK+SKB (%29) (eş tanı grubunda semptom şiddeti daha yüksek, işlevsellik daha düşük)
<b>Doğru, (2023)</b> <b>Türkiye</b>	49 çocuk (5-13y)	Klinik seri; izlem değil; SK süresi ort. 2,22±1,35 yıl	Şiddet ↑ → SK süresi daha uzun, eş tanı daha yüksek; cinsiyete göre fark yok
<b>Koskela ve ark. (2023) - Sistemik Derleme</b>	9 kohort + 2 vaka-kontrol; ≥2 yıl	Sistemik derleme (2-17 yıl arası)	243 vakada 190'ı (%78) orta/tam iyileşme; ileride en sık kaygı bozuklukları; ileri başlangıç yaşı ve ebeveyn psikopatolojisi kötü prognoz ile ilişkili

**SK:** seçici konuşmazlık, **SKB:** sosyal kaygı bozukluğu

SK tanılı çocuklarda uygun tedavi uygulanmadığında semptomların kendiliğinden ve kalıcı şekilde düzelmesi beklenmez; bu nedenle erken dönemde, okul ile iş birliğini de içeren davranışçı müdahalelerin başlatılması önerilmektedir (32, 86).

Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, psikolojik müdahalelerin tedavi uygulanmayan koşullara göre büyük etki büyüklüğüne sahip olduğunu ve iyileşmenin yalnızca sözel alandaki iyileşmelerle sınırlı kalmayıp kaygı düzeyi ile genel işlevsellikte de belirgin düzelmeye sağladığını göstermektedir (87).

### **Seçici Konuşmazlıkta Kötü Prognozla İlişkili Etkenler.**

- Geç/ileri başlangıç yaşı ve tanı/tedaviye erişimde gecikme,
- Yüksek başlangıç şiddeti ve geniş bağlamda kaçınma davranışları gösterme,
- Ailede SK öyküsü,
- Ebeveyn psikopatolojisi (özellikle kaygı bozuklukları) ve aşırı koruyucu ya da kaçınmayı pekiştiren ebeveynlik tutumları,
- Eşlik eden dil/konuşma güçlükleri veya otizm özelliklerinin varlığı,
- Okul ile iş birliğinin zayıf olması ve maruziyet fırsatlarının sınırlı kalması kötü prognosisla ilişkili temel risk etmenleri olarak tanımlanmaktadır (5, 39, 40, 84, 85, 88).

### **2.6. Seçici Konuşmazlıkta Tedavi Yaklaşımları**

SK tedavisinde temel hedef, kaçınma temelli susma döngüsünü kırarak farklı bağlamlarda sürdürülebilir ve işlevsel konuşmayı sağlamaktır (84). Tarihsel olarak psikanalitik/sistem yaklaşımlarının daha fazla ön planda olduğu; güncel kanıtların ise davranışsal-sistemsel birleşik model ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) bileşenlerinin ön planda uygulanmasının önerildiğini göstermektedir (20, 89-91).

#### **Davranışsal yaklaşımlar**

Davranışsal müdahaleler, konuşmamanın kısa vadede kaygıyı azaltan öğrenilmiş bir kaçınma tepkisi olduğu varsayımına dayanır. Bu nedenle tedavinin amacı, konuşma ile ilgili kaygıyı azaltmak ve iletişimi teşvik etmektir. Şekillendirme, koşullu pekiştirme, korkulan durumlara kademeli maruz bırakma (uyaran silikleştirme dahil) ve bilişsel yeniden yapılandırma temel tekniklerdir (87). Bu bileşenler, Seçici

Konuşmazlık için Bütünleşik Davranışçı Tedavi (SKBDT) modeli içinde ayrıntılandırılmıştır. 4-8 yaş arası çocuklarda yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, SKBDT uygulaması sonrasında işlevsel konuşmada artış ve kaygıda azalma olduğu saptanmış; bu kazanımlar 3 aylık izlemde de korunmuştur (53). Davranışsal oyun terapisi bağlamındaki psikomotor teknikler, oyun ve hareket temelli bir yaklaşımla bedensel farkındalık, duygusal düzenleme ve sosyal etkileşimi geliştirmeyi amaçlar. Bazı olgularda yardımcı bileşen olarak kullanılması önerilmektedir (92); ancak kanıt gücü çekirdek davranışçı-BDT stratejileri kadar yüksek değildir (87).

### **Psikodinamik yaklaşımlar**

Psikodinamik görüşe göre SK, çocuğun çözülmemiş içsel çatışmalarının bir dışavurumudur. Bu yaklaşımda, çocukların duygularını tanımlarına ve ifade etmelerine yardımcı olmak için sanat ve oyun terapisi başlıca teknikler olarak kullanılmaktadır (87).

**Psikodinamik yaklaşımların bir bileşeni olarak psikodinamik oyun terapisi**, çocukların içsel dünyasını, bilinçdışı çatışmalarını ve ilişkisel örüntülerini sembolik oyun aracılığıyla ortaya koyduğu bir bireysel psikoterapi biçimidir (93, 94). “Dinamik” kavramı, sabit yapısal bir bozukluktan çok dürtü ve savunmaların etkileşimiyle şekillenen işlevsel bir ruhsal yapılanmayı ifade eder ve çağdaş yaklaşımlarda nesne ilişkileri, bağlanma kuramı ve biyopsikososyal formülasyonla bütünleştirilmiştir (93). Çocuğun spontan oyun davranışı, bilinçdışı çatışmaların ve içsel temsillerin dışavurumu olarak ele alınır; çocuk tam bilinçli içgörü geliştirilemese bile oyun malzemesiyle çalışmanın bir terapötik değişim yaratabildiği kabul edilmektedir (93). Psikodinamik oyun terapisinde çocuğun oyununda ortaya çıkan ilişkisel temalar, korkular, fanteziler ve savunmalar terapist tarafından gözlemlenir, adlandırılır ve gelişimsel düzeye uygun biçimde yorumlanır. Oyun hem duygusal deneyimi düzenleyen güvenli bir alan, hem de içsel temsillerin yeniden örgütlenmesine imkân sağlayan bir ara alan işlevi görür (93, 94). Tedavide hedef; yalnızca belirti azalması değil; gelişimsel sürecin yeniden yaşa uygun bir hatta oturması, kaygı ve duygu düzenleme becerilerinin güçlenmesi, benlik saygısı ve hayal kırıklığına tahammül kapasitesinin artması, yaşıt ilişkileri ve okul işlevselliğinin

iyileşmesi ve çocuğun kendi ve başkalarının zihinsel durumlarını daha iyi anlamasıdır (94). Bu nedenle sözel ifade kapasitesi veya sembolik oyun kurma becerisi olan, duygusal sıkıntı ya da kayıp, ayrılık, travma gibi zorlayıcı yaşam olaylarıyla baş etmeye çalışan çocuk ve ergenler için özellikle uygun; buna karşılık belirgin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (içe bakış kapasitesinin sınırlı olması), karşıt olma-karşı gelme bozukluğu ya da davranım bozukluğu (sorunu kabul etmeme) ile ağır otizm spektrum bozukluğu veya ağır entelektüel yetersizliği olan olgularda yoğun bireysel psikodinamik terapinin yararı sınırlı ve çoğu durumda kontrendike kabul edilmektedir (93).

### **Sistemsel müdahaleler ve okul-temelli protokoller**

Sistemsel modeller, kaçınmayı istemeden pekiştiren aile ve okul etkileşim döngülerini hedefler. Bu kapsamda psikoeğitim, ebeveyn/öğretmen koçluğu ve ekip koordinasyonu temel araçlardır (87, 88, 90). Okul protokollerinde öğretmen-ebeveyn iş birliği, odak dışı iletişim, ödül sistemleri ve sınıfta kademeli konuşma hedefleri öne çıkar (50, 84). Ev-okul temelli müdahalelerin, bekleme listesi grubuna kıyasla belirti şiddetini anlamlı düzeyde azalttığı; 1 yıllık izlemde katılımcıların yaklaşık yarısının SK tanı ölçütlerini artık karşılamadığı bildirilmiştir (50). 5 yıllık bir izlem çalışmasında ise okul-temelli BDT'yi tamamlayan 30 çocuğun %70'inde tam, %17'sinde kısmi remisyon gözlenmiş olup; %13'ünde ise SK'nin sürdüğü ve örneklemin %23'ünde sosyal kaygı bozukluğunun eşlik ettiği saptanmıştır (84).

### **Yoğun/grup protokolleri**

Haftalık BDT oturumlarına ek olarak, yoğun ve grup temelli protokoller özellikle daha büyük çocuk ve ergenlerde umut verici sonuçlar sunmaktadır. 5 günlük Yoğun Grup Davranışçı Tedavi açık çalışmasında, kısa ve orta vadede belirgin semptom azalması olduğu bildirilmiştir (95). Güncel çalışmaların çoğunda davranışsal stratejiler tedavi protokollerinin standart bileşeni haline gelmiştir (20).

### **Eğitim ortamı dzenlemeleri**

Bireyselleştirilmiş eğitim programı (BEP) süreçlerinde pratik tanılama kategorileri olarak “Dil-Konuşma Bozukluğu”, “Diğer Sağlık Sorunları” veya “Duygusal Bozukluk” sınıflandırmaları kullanılabilir (52).

### **Farmakoterapi**

SK tedavisinde birincil yaklaşım psikososyal müdahalelerdir. Bununla birlikte, ilaç tedavisi seçeneği olarak seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin etkinliğine ilişkin kanıtlar ise sınırlı ve heterojendir. İlaç tedavisi; yüksek semptom şiddeti, belirgin eş tanı varlığı ve/veya BDT’ye yetersiz yanıt olması durumlarında, yakın izlem altında ek/yardımcı tedavi olarak uygulanabilmektedir (14, 15).

Sonuç olarak seçici konuşmazlığın tedavisinde mevcut kanıtlar, okul ve aile ile bütünleşik, davranışçı ağırlıklı ve gelişimsel olarak uyumlu BDT programlarının birinci basamak müdahale olarak önermektedir. Yapılandırılmış maruziyet basamakları, pekiştirme yöntemleri ve öğretmen-ebeveyn koçluğu tedavinin kritik unsurlarıdır. Ergenlerde yoğun/grup protokolleri yararlı bir tedavi seçeneği sunarken, farmakoterapi ise yalnızca seçilmiş olgularda ek/yardımcı bir rol üstlenmektedir (50, 53, 84, 87, 90).

### **2.7. Mükemmeliyetçilik Kavramı ve Psikopatolojiyle İlişkisi**

Mükemmeliyetçilik; ulaşılması güç standartlar koyma, hata yapmaya aşırı duyarlılık ve kendine eleştirel yaklaşım ile karakterize, erken yaşlardan itibaren gözlenen bir kişilik örüntüsüdür. Mükemmeliyetçilik; depresyon (96), akran ilişkilerinde sorunlar (97), kaygı (98) ve kendine zarar verme davranışları (99) gibi çeşitli psikopatolojik durumlarla ilişkilidir.

Mükemmeliyetçilik başlangıçta tek boyutlu bir yapı olarak düşünülse de (100), güncel yaklaşımlar bireysel ve kişilerarası bileşenleri olan çok boyutlu bir kavram olduğunu vurgular (101). Hewitt ve ark. (2017) tarafından önerilen Mükemmeliyetçi Davranışın Kapsamlı Modeli (*The comprehensive model of perfectionistic behavior*), üç bileşenden oluşur:

(i) Kişilik özelliği (*trait*) (öz-yönelimli, sosyal-yönelimli/sosyal beklentili, diğer-yönelimli),

(ii) Kendini sunma (mükemmel görünmeye çalışma, kusur göstermeme, kusur açıklamama),

(iii) Bilişsel boyut (mükemmel olma gerekliliğine ilişkin içsel diyaloglar).

Kişilik özelliğinin (*trait*) ise üç boyutu vardır:

**1. Öz-yönelimli mükemmeliyetçilik:** Kişinin kendinden kusursuzluk bekleme.

**2. Sosyal-yönelimli mükemmeliyetçilik:** Başkalarının kendisinden kusursuzluk beklediğine inanması.

**3. Diğer-yönelimli mükemmeliyetçilik:** Başkalarından kusursuzluk bekleme.

İlk iki boyutta kişi, kendine ve algıladığı dış beklentilere yönelik güçlü içsel baskı ve öz-eleştiri hissederken; diğer-yönelimli boyutta bu baskı başkalarına yönelir.

Mükemmeliyetçilik-Sosyal Kopukluk Modeli (*Perfectionism Social Disconnection Model*), mükemmeliyetçiliğin yakın ilişkilerden faydalanmayı güçleştirerek zaman içinde özellikle depresyonu artırabildiğini öne sürer. Öz-yönelimli ve sosyal-yönelimli boyutların içe dönük belirtilerle daha tutarlı şekilde ilişkili olduğu belirtilmektedir (102). Diğer-yönelimli mükemmeliyetçilik ise narsisizm, antisosyal özellikler ve manipülatif davranışlarla bağlantılandırılmaktadır ve ilişkiler üzerinde belirgin olumsuz etkilerinin olduğu gösterilmiştir. Örneğin, anneleri yüksek düzeyde diğer-yönelimli mükemmeliyetçiliğe sahip olan üniversitede okuyan kızlarda zamanla sosyal özsaygıda azalma ve depresyonda artış olduğu saptanmıştır (102).

Frost ve ark. (1990)'nın mükemmeliyetçilik modeli ise; hata yapma kaygısı, eylemlerden şüphe, ebeveyn beklentileri/eleştirisi, kişisel standartlar ve düzen-organizasyon boyutlarını içerir (103, 104).

### 2.7.1. Uyumsuz (*Maladaptive*) Mükemmeliyetçilik ve Klinik Model

Uyumsuz mükemmeliyetçilik; gerçekçi olmayan standartlar, hata yapma korkusu, başarıyı küçümseme ve özdeğeri bu standartlara aşırı bağlama ile tanımlanır. Uyumsuz mükemmeliyetçiliğe kaçınma/erteleme ve tükenmişlik eşlik edebilir. Klinik mükemmeliyetçilik çerçevesi, döngüyü sürdüren bilişsel önyargılara (başarıdan sonra dahi standartları yükseltme, kusurlara odaklanma vb.) vurgu yapar (105, 106). Literatürde mükemmeliyetçi endişeler (*perfectionistic concerns*) ve mükemmeliyetçi çabalar (*perfectionistic strivings*) iki farklı mükemmeliyetçilik özelliği olarak vurgulanmaktadır. Yetişkin örneklemle yapılan bir çalışmada mükemmeliyetçi endişe boyutu; kaygı, depresyon, OKB ve yeme bozukluğu semptomlarıyla orta düzeyde pozitif ilişkili olarak tanımlanırken mükemmeliyetçi çaba boyutunda bu ilişkiler daha düşük bulunmuştur (38, 107-109). Mükemmeliyetçi endişenin, düşük benlik saygısı ile tutarlı biçimde ilişkili olduğu gösterilmiştir (110-116). Boylamsal çalışmaları içeren meta-analizler benlik saygısı ile kaygı, depresyon ve yeme bozukluğu belirtileri arasında çift yönlü ilişkilerin olduğunu göstermektedir (117, 118). BDT temelli müdahaleler, mükemmeliyetçiliği hedefleyerek benlik saygısını artırabilir ve psikopatolojide eş zamanlı azalma sağlayabilmektedir (119, 120). Ayrıca mükemmeliyetçi çabanın, mükemmeliyetçi endişe kontrol edildiğinde bile yeme bozuklukları ile ilişkili olabileceği ifade edilmektedir (107, 108, 121).

### 2.7.2. Sosyal Kaygı ile Kavramsal Örtüşme

Sosyal kaygı bozukluğunun bilişsel modeline göre, korkulan durumda bir sosyal durumda bireyin inanç ve varsayımları aktive olur; kişi durumu tehlikeli değerlendirir ve performansının kişisel standartlarını karşılamayacağı beklentisine girer (122, 123). Mükemmeliyetçilikle sosyal kaygı arasındaki kavramsal benzerlikler vurgulanmıştır (124). Bu nedenle mükemmeliyetçi endişe-düşük benlik saygısı-sosyal kaygı döngüsü, sosyal etkileşim korkusu barındıran bozukluklar için açıklayıcı bir çerçeve sunar.

### 2.7.3. Gelişimsel ve Ebeveynlik Bağlamı

Mükemmeliyetçilik çoğunlukla çocukluk ve ergenlik dönemlerinde biçimlenir; talepkâr ve eleştirel ebeveynlik örüntüleri bu açıdan risk faktörü olarak görülmektedir. Kontrolcü ebeveyn tutumları ve yüksek ebeveyn beklentileri, çocuklarda mükemmeliyetçi eğilimlerin sürdürülmesinde rol oynayabilir (38, 125-128).

### 2.8. Seçici Konuşmazlık ve Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişki

SK, DSM-5'te anksiyete bozuklukları içinde yer alır ve sosyal kaygı bozukluğuyla (SKB) güçlü bir ilişki gösterir. SK'li çocuklar, başkalarınca olumsuz değerlendirilmeye ilişkin korkuları nedeniyle sosyal kaygı bozukluğuna benzer bir kaygı örüntüsü sergiler. 8-18 yaş aralığındaki SK, SKB ve sağlıklı çocuklara sessiz kalmalarına neden olan korkuların sorulduğu niteliksel bir çalışmada; SK'li çocuklar, kontrol grubuna kıyasla daha fazla “olumsuz değerlendirilmeye ilişkin sosyal korkular”, “hata yapma korkuları” ve “dil/sesle ilgili korkular” bildirmiştir. Ayrıca bu çalışmada SK grubunda, SKB'li çocuklara göre “dil/sesle ilgili korkular” daha yüksek bulunmuş ve SK'li çocukların %70'inden fazlası “hata yapma korkusu” olduğunu ifade etmiştir (24). SK tanılı çocukları içeren olgu bildirimlerinde de “yanlış bir şey söyleme”, “hatalı performans gösterme”, “beklenmeyenden duyulan korku” ve “kontrolü kaybetme korkusu” temaları vurgulanmaktadır (22, 23). Bu örüntüler; “hata yapmaktan korkma” temasının mükemmeliyetçilikteki kusursuzluk gereksinimiyle kesiştiğini, bazı SK vakalarında çocuğun mükemmel olamayacağını düşündüğü durumlarda hiç konuşmamayı tercih edebildiğini düşündürmektedir (22-24).

Seçici konuşmazlık ve mükemmeliyetçilik ilişkisinde sosyal kaygı aracılığının olabileceği de ifade edilmektedir. Hem seçici konuşmazlıkta hem sosyal kaygı bozukluğunda da rezil olma/eleştirilme/standartları karşılayamama korkusu ön plandadır. Clark & Wells'in modeli, performansın kişisel standartların altında kalacağı beklentisinin kaygıyı artırdığını öne sürer (123). Mükemmeliyetçi birey de sosyal ortamlarda yetersiz görülme ve hata yapma endişesi taşıyabilir. Bu ortak bilişsel süreçlerin SK için de açıklayıcı olabileceği belirtilmektedir (124).

SK için bir diğer açıklayıcı unsurun ebeveynlik tutumları ve ebeveyn mükemmeliyetçiliği olabileceği düşünülmektedir. SK'li çocukların aileleri sıklıkla aşırı koruyucu/kontrolcü özellikler göstermektedir. Mükemmeliyetçi ebeveynler de çocuklarından kusursuz performans bekleyebilir, bu da çocukta hataların tolere edilemez olduğu ve hata yaparsa küçümseneceği inancını besleyerek konuşma kaygısını artırabilir. Dolayısıyla ebeveyn mükemmeliyetçiliği ve aşırı kontrolcü tutum ile çocuğun konuşmaktan kaçınması arasında dolaylı bir ilişki olabileceği düşünülebilir (31, 42, 55).

Sonuç olarak, SK ile mükemmeliyetçilik arasındaki ilişki hem bilişsel-duygusal (hata yapma/olumsuz değerlendirilme korkusu) hem de aile dinamikleri (ebeveyn mükemmeliyetçiliği, kontrolcü tutumlar) düzeyinde görünmektedir. Bununla birlikte, doğrudan SK grubunda mükemmeliyetçilik düzeylerini doğrudan ölçen sistematik çalışmalar sınırlıdır; mevcut dolaylı bulgular hipotezi desteklese de bu ilişkiyi doğrulamak için daha fazla ampirik veriye ihtiyaç vardır.

## **2.9. Benlik Saygısının Gelişimi ve Klinik Önemi**

Benlik saygısı, bireyin kendi değerine ilişkin genel değerlendirmesini ya da yargısını ifade eder. Psikolojik ve duygusal iyi oluşun temel bileşenlerinden biri olup; yaşam doyumu, işlevsellik ve ruh sağlığı gibi birçok alanda belirleyici rol oynar (129, 130). Erikson'un psikososyal gelişim kuramı, bebeklikten yaşlılığa uzanan sekiz aşamanın her birinin başarıyla tamamlanmasının sağlıklı kimlik gelişimi ve benlik saygısına katkı sağladığını; bu aşamalardaki aksaklıkların ise ilerleyen dönemlerde çeşitli işlevsel bozulmalara zemin hazırlayabileceğini vurgular (131).

Benlik saygısının sosyal etkileşimlerle yakından ilişkili olduğu; olumlu sosyal deneyimlerin benlik saygısını güçlendirdiği, yüksek benlik saygısına sahip bireylerin daha nitelikli kişilerarası ilişkiler kurabildiği gösterilmiştir (132, 133). Bu çift yönlü etkileşim özellikle ergenlik döneminde belirginleşmekte, düşük benlik saygısı bu dönemde sosyal geri çekilme ve ilişki başlatma/sürdürmede güçlüklerle ilişkilendirilmektedir (133, 134).

Bireyin yaşam öyküsü, maruz kaldığı ebeveynlik stilleri ve içinde yer aldığı kültürel bağlam benlik saygısının oluşumunda önemli rol oynar. Yüksek benlik saygısının birçok ruhsal bozukluğa karşı koruyucu etki gösterdiğine dair bulgular bulunmaktadır (135-138). Düşük benlik saygısını hedefleyen BDT ve öz-şefkatli farkındalık gibi terapötik müdahalelerin benlik saygısını artırmada ve eşlik eden depresif ve anksiyöz belirtileri azaltabildiği, damgalanmaya maruz kalan bireylerde klinik açıdan anlamlı yararlar sağlayabildiği gösterilmiştir (139, 140).

## 2.10. Literatürdeki Boşluklar ve Araştırmanın Gerekçesi

Seçici konuşmazlık nadir görülen ve özellikle uzun dönem izlem çalışmalarının kısıtlı olduğu bir bozukluktur. Literatürde SK'nin seyrine dair az sayıda çalışma mevcut olup, bu çalışmaların bir kısmı çocukların büyüdükçe SK semptomlarında azalma olduğunu ancak tam iyileşmenin sınırlı kaldığını göstermektedir. Örneğin, SK tanılı çocukları ergenlik ve yetişkinlik dönemine dek izleyen bir çalışmada, yaklaşık 12 yıl sonra olguların yalnızca %39'unun semptomlardan tamamen kurtulduğu; geri kalan %61'inde ise sosyal iletişimle ilgili çeşitli güçlüklerin hala devam ettiği bildirilmiştir (39). Bu bulgu, seçici konuşmazlığın birçok olguda tanı düzeyinde ortadan kalksa bile, zamanla sosyal kaygı veya iletişim güçlükleri biçiminde kalıntı belirtiler bırakabileceğini düşündürmektedir. Nitekim, başka bir boylamsal çalışmada, çocuklukta SK tanısı almış bireylerin %42'sinde erişkinlikte fobik bozukluk (çoğunlukla SKB) olduğu saptanmıştır (40). Yakın tarihli bir sistematik derlemede ise incelenen olguların %78'inin takip sürecinde en azından kısmi iyileşme gösterdiği; ancak çocuklukta SK tanısı almış bireylerde, yaşamın ilerleyen dönemlerinde sosyal kaygı bozukluğu başta olmak üzere diğer kaygı bozukluklarının genel popülasyona göre çok daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca daha geç dönemde SK tanısı almanın ve ebeveyn psikopatolojisi öyküsünün daha kötü sonuçlarla ilişkili olduğu belirtilmiştir (5). Dolayısıyla, ailede ruhsal bozukluk varlığının veya belirli ailesel özelliklerin (ör. aşırı kaygılı veya mükemmeliyetçi ebeveyn tutumları) SK'nin uzun vadedeki seyri üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut literatür incelendiğinde, SK ile ilgili çalışmaların büyük oranda çocukluk dönemine odaklandığı görülmektedir. Oysa ergenlik dönemine gelen SK

olgularının psikososyal durumları, kalıcı etkileri ve bu dönemde ortaya çıkabilecek yeni ihtiyaçları hakkında sınırlı bilgi vardır. Türkiye'de SK konusunda yapılmış çalışmaların ise daha çok olguların klinik özellikleri ve eşlik eden tanı sıklıkları üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Ancak SK öyküsü olan bireylerin ileriki yaşlarda karşılaştıkları zorlukları, benlik saygısı düzeylerini veya kişilik özelliklerini (ör. mükemmeliyetçilik) ulusal veya uluslararası literatürde doğrudan araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. SK'nin sosyal kaygı bozukluğu ile ilişkisi iyi belgelenmiş olsa da mükemmeliyetçilik gibi transdiagnostik bir özelliğin SK popülasyonundaki yeri henüz keşfedilmemiştir. Alan yazındaki bu boşluğu doldurmak amacıyla, SK öyküsü bulunan ergenlerin mükemmeliyetçilik profillerini ve benlik saygısı düzeylerini incelemek önem arz etmektedir.

Bunun yanında, SK tanılı çocukların ailelerine yönelik araştırmalarda ebeveynlerin mükemmeliyetçilik düzeyleri ile çocukların uzun dönemdeki uyumları arasında nasıl bir ilişki bulunduğu da bilinmemektedir. Bunun da literatürdeki bir diğer açık olduğu anlaşılmıştır.

Bu araştırma ile elde edilecek bulguların, SK'nin uzun vadeli sonuçları ve ilişkili risk etmenlerine ilişkin bilgi eksikliğinden hareketle, erken müdahale stratejileri ve önleyici ruh sağlığı hizmetleri açısından yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Özetle, bu çalışmanın gerekçesi; SK öyküsü olan ergenlerde psikopatolojinin devam etme durumunu, bu ergenlerdeki mükemmeliyetçilik ve benlik saygısı gibi kişisel özellikleri ve ailelerindeki mükemmeliyetçi tutumların mevcut psikiyatrik durum ile ilişkisini ortaya koyarak literatürdeki önemli bir eksikliği gidermektir.

## 3. YÖNTEM

### 3.1. Araştırma Deseni

Bu çalışma tek merkezli, kesitsel ve tanımlayıcı-korelasyonel bir araştırmadır. Araştırma planı, geçmişe dönük tarama ile güncel değerlendirmeyi bir araya getiren bir yaklaşım içermektedir. Öncelikle önceki tıbbi kayıtlar taranarak SK tanılı çocuklar belirlenmiş, ardından bu kişiler ergenlik dönemlerinde tekrar değerlendirilmiştir. Çalışma, gözlemsel bir nitelik taşıyıp herhangi bir müdahale veya tedavi uygulanmamıştır; yalnızca var olan durum saptanmış ve değişkenler arası ilişkiler incelenmiştir.

### 3.2. Araştırmanın Örneklemi

Veri toplama süreci Mart 2025 - Eylül 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın örneklemini, Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde 2015-2020 yılları arasında "seçici konuşmazlık" tanısı ile değerlendirilmiş olup şu anda 12-18 yaş aralığında olan ergenler oluşturmaktadır.

Çalışmada 2015-2020 yılları arasındaki kayıtların seçilmesinin birkaç nedeni bulunmaktadır. İlk olarak, bu dönem seçici konuşmazlık tanısının çocukluk döneminde konduğu bireylerin ergenlik dönemindeki uzun dönem izlem sonuçlarının değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Nitekim 2025 yılı itibarıyla 12-18 yaş aralığında olan örneklemin, 2015-2020 yılları arasında 2-13 yaş aralığında olduğu hesaplanmaktadır. İkinci olarak, bu yıllarda hastane kayıtlarının elektronik veri tabanına aktarılmış olması tanısal ve kayıt güvenilirliğini artırmıştır. Ayrıca çalışma döneminin 2020 yılı ile sınırlandırılması, COVID-19 pandemisinin klinik başvurular ve sosyal işlevsellik üzerindeki olası karıştırıcı etkilerinin araştırmaya dahil edilmesini sınırlamayı amaçlamaktadır.

### 3.2.1. Araştırma Grubu Dahil Olma Ölçütleri:

- Ergenin 12-18 yaşları aralığında olması
- Katılımcıların klinik dosya kayıtlarının DSM-5 kriterlerine dayalı olarak “seçici konuşmazlık” tanısını içermesi
- ÇDŞG-ŞY-T-DSM-5-T (K-SADS-PL) ile geçmişteki “seçici konuşmazlık” tanısının doğrulanması
- Ergenin ve ebeveynin çalışmaya katılmaya gönüllü olması ve aydınlatılmış onam vermesi
- Türkçe bilmesi

### 3.2.2. Araştırma Grubu Dışlama Ölçütleri:

- Ergenlerin 12 yaşından küçük veya 18 yaşından büyük olması
- Ergenin ve/veya ebeveyninin çalışmaya katılmayı reddetmesi

### 3.3. Araştırmanın Yöntemi

Etik kurul onayının ardından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın arşiv ve elektronik hasta kayıtları 1 Ocak 2015 - 31 Aralık 2020 tarihleri arasını kapsayacak şekilde taranmıştır. Bu dönemde “seçici konuşmazlık” tanısı almış ve çalışma sırasında 12-18 yaş aralığında bulunan olgular belirlenmiştir. Uygunluk ölçütlerini karşılayan ergenlere ve ailelerine kayıtlı iletişim bilgileri üzerinden telefon yoluyla ulaşılarak; çalışma kapsamı, amacı, olası yararları ve yöntemleri açıklandı. Hem ergenden hem ebeveyninden ayrı ayrı aydınlatılmış onam alınmıştır.

Değerlendirmeler, tercih eden katılımcılar için çevrimiçi platformlar (örn. Zoom, Microsoft Teams, WhatsApp görüntülü görüşme) üzerinden bire bir olarak gerçekleştirilmiştir. Kullanılan platformlarda kişisel verilerin korunmasına ilişkin ulusal mevzuat (KVKK) ve ilgili uluslararası düzenlemeler doğrultusunda veri güvenliği ve mahremiyet koşulları sağlanmıştır. Katılımcılara çevrimiçi görüşmenin işleyişi, olası teknik aksaklıklar ve yüz yüze değerlendirmenin yapılamamasına ilişkin sınırlılıklar

önceden açıklanmıştır. Görüşmeler sesli ya da görüntülü olarak kayda alınmamıştır. Yüz yüze değerlendirme talep eden ailelerle görüşmeler yüz yüze yapılmıştır. Tüm veriler kodlanarak anonimleştirilmiş ve yalnızca araştırma amacıyla kullanılmıştır.

Tüm klinik görüşmeler çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları anabilim dalında uzmanlık eğitimi almakta olan hekim tarafından gerçekleştirilmiştir. Önce Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu (Ek-2.1) araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Ardından ergen ve ebeveyn(ler) ile ayrı ayrı Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu DSM-5 (ÇDŞG-ŞY-T-DSM-5-T) (Ek-2.2) yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi uygulanmıştır. Bu görüşme sırasında; geçmişteki SK tanısı geriye dönük olarak teyit edilmiş, güncel psikiyatrik tanıları belirlenmiş ve SK ile ilişkili belirtiler sorgulanmıştır. ÇDŞG-ŞY-T-DSM-5-T ile taranamayan/kapsam dışında kalan bozukluklara ilişkin tanısal değerlendirme, araştırmacının DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşü ile yapılmıştır.

Tanısal görüşmeyi takiben öz bildirim ve ebeveyn bildirim ölçekleri çevrimiçi olarak (ör. Google Forms) uygulanmıştır:

- Ergen ölçekleri: Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) (Ek-2.2), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Ek-2.3), Çocuk ve Ergen Mükemmeliyetçilik Ölçeği (CAPS) (Ek-2.4), Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ) (Ek-2.5).
- Ebeveyn ölçekleri: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği - Hewitt (ÇBMÖ-H) (Ek-2.6), Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Anketi (PARI) (Ek-2.7).

Tüm değerlendirme yaklaşık 1-1,5 saat sürmüştür. Tüm süreç Dünya Tabipler Birliği Helsinki Bildirgesi ve ilgili etik standartlara uygun olarak yürütülmüştür.

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu tarafından 18.03.2025 tarih ve 2024/07-02 karar sayısı ile onaylanmıştır.

### 3.4. Kullanılan Ölçekler

#### 3.4.1. Klinisyen Tarafından Uygulanan Yarı-yapılandırılmış Görüşmeler ve Ölçekler

##### a. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Ergenlerin sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırma ekibi tarafından yarı yapılandırılmış bir veri formu oluşturulmuştur. Bu formda; ergenin cinsiyeti, doğum tarihi, sınıf düzeyi, gelişimsel dönüm noktaları, eşlik eden tıbbi hastalıkları ve psikiyatrik öyküsü sorgulanmıştır. Psikiyatrik öykü kapsamında seçici konuşmazlık (SK) semptomlarının başlama yaşı, tanı alma yaşı, uygulanan tedaviler (farmakoterapi ve psikoterapi), kullanılan ilaçların türü/dozu/süresi, tedaviye yanıt durumu, izlem süresi, eşlik eden diğer psikiyatrik tanılar, farklı bir merkeze başvuru öyküsü, belirtilerin seyri ve okul reddi/devamsızlık durumu değerlendirilmiştir.

Form ayrıca ebeveynlere ilişkin bilgileri de içermektedir: anne ve babanın yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, ailenin aylık ortalama geliri, kardeş sayısı ve doğum sırası, aile yapısı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede SK ve kaygı bozukluğu öyküsü gibi değişkenler kaydedilmiştir.

Bu yarı yapılandırılmış form araştırmacı tarafından ergen ve ebeveyn(ler) ile yapılan görüşme sırasında doldurulmuştur. Formun tam içeriği Ek 2.1’de sunulmuştur.

##### b. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdiki ve Yaşam Boyu, DSM-5 Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T-DSM-5-T / K-SADS-PL DSM-5):

Çalışmamızda *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version DSM-5*’in (K-SADS-PL DSM-5) Türkçe uyarlanmış versiyonu kullanılmıştır. K-SADS-PL DSM-5, Kaufman ve arkadaşları tarafından 2016 yılında DSM-5 tanı ölçütlerine göre güncellenmiştir. Çocuk ve ergenlerde hem mevcut hem de yaşam boyu var olan psikopatolojileri değerlendirmeye yönelik yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme formudur (141).

Formun Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ünal ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (142, 143).

Görüşme; (i) bir tarama bölümünü, (ii) belirtiyeye özgü ayrıntılı sorgulama maddelerini ve (iii) çocuğun genel işlevselliğini derecelendiren bir ölçeği içerir. İlk tarama aşamasında herhangi bir belirti pozitif yanıtlanırsa, ilgili bozukluğa ilişkin ayrıntılı belirti listeleri uygulanarak semptomların niteliği, süresi ve şiddeti değerlendirilir. Görüşmenin son bölümünde ise değerlendirmenin yapıldığı zamandaki genel işlevsellik düzeyi puanlanır. Belirtilerin varlığı ve şiddetine ilişkin nihai klinik karar, çocuk/ergen bildirim, ebeveyn bildirim ve klinisyenin gözlemi birlikte ele alınarak verilir (142).

Bu araştırmada K-SADS-PL DSM-5 görüşmesi her katılımcı için hem ergene hem ebeveyn(ler)e ayrı ayrı uygulanmıştır. Görüşme sırasında “yaşam boyu” bölümü kullanılarak geçmişte konuşmuş seçici konuşmazlık tanısının doğrulanması ve eşlik eden diğer tanıların belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, K-SADS-PL'nin SK'ye ilişkin ek modülü de uygulanarak seçici konuşmazlık belirtileri sistematik biçimde değerlendirilmiştir.

Çalışmada kullanılan yarı yapılandırılmış görüşmenin giriş formları Ek 2.1'de sunulmuştur.

### **3.4.2. Ergen Tarafından Doldurulan Ölçekler**

#### **a. Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, SCARED- ÇATÖ*):**

Çocuk ve Ergen Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ), orijinal adıyla *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)*, Birmaher ve arkadaşları tarafından çocukluk çağındaki kaygı bozukluklarını taramak amacıyla geliştirilmiş, 41 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir (1999) (144). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama ve standardizasyon çalışması Çakmakçı tarafından 2004 yılında yapılmıştır (145), ancak Türkiye'de toplum temelli epidemiyolojik bir çalışma bulunmadığından, ölçek kesme puanları orijinal çalışmalara dayanmaktadır.

Bu çalışmada ergenlerde kaygı belirtilerinin varlığını ve şiddetini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. ÇATÖ’de her madde, belirtilerin görülme sıklığına göre 0 (“Hiç”) ile 2 (“Sık”) arasında puanlanır. Toplam puan 0 ile 82 arasında değişir; daha yüksek puanlar daha yoğun kaygı düzeyine işaret eder. Toplam puanın 25 ve üzerinde olması, klinik olarak anlamlı olabilecek bir kaygı bozukluğuna işaret eden uyarı düzeyi olarak kabul edilmektedir.

Ölçek beş alt boyuttan oluşmaktadır:

- **Panik/Somatik Belirtiler:** 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34, 38 numaralı maddeleri içerir. Bu alt ölçek için toplam puanın 7 ve üzerinde olması anlamlı kabul edilir.
- **Yaygın Kaygı:** 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35, 37 numaralı maddeleri içerir. Toplam puanın 9 ve üzeri olması anlamlı kabul edilir.
- **Ayrılık Kaygısı:** 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29, 31 numaralı maddeleri içerir. Toplam puanın 5 ve üzeri olması anlamlı kabul edilir.
- **Sosyal Kaygı:** 3, 10, 26, 32, 39, 40, 41 numaralı maddeleri içerir. Toplam puanın 8 ve üzeri olması anlamlı kabul edilir.
- **Okul Fobisi:** 2, 11, 17, 36 numaralı maddeleri içerir. Toplam puanın 3 ve üzeri olması anlamlı kabul edilir.

Ölçeğin orijinal geliştirme çalışmasında alt boyutlara ait iç tutarlılık katsayılarının (Cronbach alfa) 0,74 ile 0,93 arasında değiştiği bildirilmiştir. Türkçe formunda da iç tutarlılık yüksek bulunmuş; genel Cronbach  $\alpha$  değerleri yaklaşık 0,88-0,90 aralığında rapor edilmiştir. Bu çalışmada ergenler tarafından öz bildirim şeklinde doldurulan ÇATÖ formu kullanılmış olup, elde edilen verilerde ölçeğin toplam iç tutarlılığı Cronbach  $\alpha = 0,91$ ; sosyal kaygı bozukluğu alt boyutu için Cronbach  $\alpha = 0,83$  olarak hesaplanmıştır. Yani bu örnekleme de ölçüm güvenilirliği yüksektir. Formun tam metni Ek 2.2.’de sunulmuştur.

### **b. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ):**

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Morris Rosenberg (1965) tarafından bireylerin genel benlik saygısını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (146). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır (147). Çuhadaroğlu'nun Türkiye uyarlamasında benlik saygısına ilişkin değerlendirme, Guttman tipi puanlamaya dayanan 6 madde 10 soruluk benlik saygısı bölümü üzerinden yapılmıştır. Bu formda her madde 0-1 arasında puanlanmakta, toplam puan 0 ile 6 arasında değişmektedir. Toplam puanın artması düşük benlik saygısını işaret etmektedir. Buna göre 0-1 puan aralığı yüksek benlik saygısını, 2-4 puan aralığı orta düzey benlik saygısını, 5-6 puan aralığı ise düşük benlik saygısını göstermektedir.

Bu çalışmada benlik saygısının değerlendirilmesinde ölçeğin benlik saygısını ölçen ilgili maddeleri kullanılmıştır. Ölçeğin bu örneklemdaki iç tutarlılığı Kuder-Richardson-20 (KR-20) katsayısı ile değerlendirilmiş ve KR-20=0,68 olarak bulunmuştur; bu değer, bu örneklemda ölçümün kabul edilebilir düzeyde güvenirlik gösterdiğine işaret etmektedir. Ölçeğin kullanılan ilk 10 sorusu Ek 2.3'te sunulmuştur.

### **c. Çocuk ve Ergen Mükemmeliyetçilik Ölçeği (*Child and Adolescent Perfectionism Scale- CAPS*):**

Çocuk-Ergen Mükemmeliyetçilik Ölçeği (*Child and Adolescent Perfectionism Scale; CAPS*), Hewitt ve Flett tarafından yetişkinler için geliştirilen Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği'nin (*Multidimensional Perfectionism Scale, MPS*) çocuk ve ergenlere uyarlanmış biçimidir (148, 149). CAPS, ergenlerde mükemmeliyetçilik eğilimlerini iki temel boyutta değerlendirir:

#### **1. Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik (*Self-Oriented Perfectionism*):**

Bireyin kendisine çok yüksek ve katı standartlar koyması, hata yapmaktan rahatsız olması ve "mükemmel olmak zorundayım" biçimindeki inançları yansıtır. Örnek madde: "Yaptığım bir şeyde mükemmel olmak zorundayım."

**2. Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik (*Socially Prescribed Perfectionism*):** Bireyin çevresinin (özellikle aile ve öğretmenlerin) kendisinden

kusursuz performans beklendiğine inanması, “her zaman en iyisi olmalıyım, yoksa hayal kırıklığı yaratırım” algısını yansıtır. Örnek madde: “Ailem benden her zaman en iyisi olmamı bekler.”

Orijinal CAPS formu 22 maddeden oluşmakta ve maddeler 5’li Likert tipi bir derecelendirme üzerinden puanlanmaktadır. Yüksek puan, ilgili alt boyutta daha yüksek mükemmeliyetçilik eğilimini göstermektedir. Ölçek kuramsal olarak bu iki alt boyut üzerinden değerlendirilmekte, klasik kullanımda tek bir “resmî toplam puan” rapor edilmemektedir. Bununla birlikte, literatürde araştırma amaçlı olarak iki alt boyuttaki maddelerin bir araya getirilmesiyle “genel mükemmeliyetçilik düzeyi”ni yansıtan bir toplam puan da kullanılmaktadır. Daha yüksek toplam puan, daha belirgin genel mükemmeliyetçilik eğilimine işaret etmektedir (148, 149).

CAPS’in Türkçe uyarlaması Uz-Baş ve Siyez (2010) tarafından yapılmıştır (150). Uyarlama sürecinde dil eşdeğerliği ve kültürel uygunluk çalışmaları sonrasında dört madde çıkarılmış ve 18 maddelik bir yapı elde edilmiştir. Türkçe formda da iki alt boyut (“Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik” ve “Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik”) korunmuştur. Uyarlama çalışmasında güvenilirlik göstergeleri kabul edilebilir ile yüksek aralığında bulunmuştur: iç tutarlılık katsayıları (Cronbach  $\alpha$ ) Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik için 0,72; Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik için 0,86 olarak bildirilmiştir. Test-tekrar test güvenirliliği de anlamlı ve güçlüdür (öz-yönelimli boyut için  $r = 0,63$ ; sosyal-dayatılan boyut için  $r = 0,72$ ; her ikisi için  $p < 0,001$ ) (150).

Puanlama alt boyut bazında yapılmıştır. Türkçe uyarlamada:

- **Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik:** 1, 2, 4, 5, 8, 11, 13, 15 (ters puanlanan madde), 17 numaralı maddeleri içerir.
- **Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik:** 3, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 18 numaralı maddeleri içerir.

Bu çalışmada hem her bir alt boyut puanı ayrı ayrı analiz edilmiş, hem de bu iki boyuttan elde edilen puanların toplamı araştırma amaçlı bir “genel mükemmeliyetçilik puanı” olarak hesaplanarak istatistiksel analizlerde kullanılmıştır. Mevcut

örneklemimizde ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur: toplam ölçek için Cronbach  $\alpha = 0,88$ ; kendine yönelik mükemmeliyetçilik alt boyutu için Cronbach  $\alpha = 0,73$ ; sosyal olarak dayatılan mükemmeliyetçilik alt boyutu için Cronbach  $\alpha = 0,85$  olarak hesaplanmıştır. Bu değerler, ölçeğin bu örnekte güvenilir bir şekilde çalıştığını göstermektedir. Ölçeğin kullanılan formu Ek 2.4’te sunulmuştur.

#### **d. Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ):**

Ebeveynlik tutumlarını değerlendirmek için Lamborn ve ark. (1991) tarafından geliştirilen ve Türkçe uyarlaması Yılmaz (2000) tarafından yapılmıştır. 26 maddeden oluşan likert-tipi bir ölçektir (151, 152). Ölçek üç alt boyuttan oluşur:

- i. **Kabul/ilgi boyutu:** Çocukların ebeveynleriyle ilgili ne kadar sıcak, alakadar ve katılımcı oldukları algısını ölçer. 1-17 arasındaki tek numaralı 9 madde doğrudan puanlanır.
- ii. **Kontrol/denetleme boyutu:** Çocukların ebeveynleriyle ilgili ne kadar kontrolcü ve denetimci oldukları algısını ifade etmektedir. 19-26. maddelerden oluşur. 19-20. maddeler 1-7 arası puanlanır (“hayır” yanıtı 7 olacak şekilde), 21-26. maddeler 1-3 arası puanlanır.
- iii. **Psikolojik özerklik boyutu:** Ebeveynin çocuğun bireyselliğini gösterme konusunda kendisini ne kadar cesaretlendirdiği algısını barındırmaktadır. 2-18 arasındaki çift numaralı maddeler ters puanlanır (yalnızca 12. madde doğrudan puanlanır).

Ölçek, kabul/ilgi ve denetleme puanlarının ortanca kesimi temel alınarak ebeveynlik stillerini “demokratik”, “otoriter”, “izin verici-hoşgörülü” ve “izin verici-ihmkâr” biçiminde sınıflamaya olanak tanır. Bu çalışmada kullanılan ikinci ölçüm ise, kabul/ilgi ve denetleme boyutunda ortancanın üzerinde puan alan deneklerin anne-babalarını “demokratik”, altında puan alanları ise “izin verici-ihmkâr”, kabul/ilgi boyutunda ortancanın altında ve denetleme boyutunda ortancanın üzerinde puan alan çocukların anne-babalarını “otoriter”, kabul/ilgi boyutunda ortancanın üzerinde ve denetleme boyutunda ise ortancanın altında puan alan çocukların anne-babalarını “izin

verici-hoşgörülü” olarak sınıflandırmaktadır (*Tablo 3.*). Ölçekten toplam puan elde edilmemektedir (151, 152).

Ölçeğin bu örnekteki iç tutarlılık katsayısı kabul/ilgi alt boyutu için Cronbach  $\alpha = 0,66$ ; psikolojik özerklik alt boyutu için Cronbach  $\alpha = 0,67$ ; denetleme alt boyutu için ise Cronbach  $\alpha = 0,59$  olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin kullanılan formu Ek 2.5’te sunulmuştur.

**Tablo 3.1.** ABTÖ - Ebeveynlik Stilleri

	Denetleme ↑	Denetleme ↓
Kabul/İlgi ↑	Demokratik	Hoşgörülü
Kabul/İlgi ↓	Otoriter	İhmalkâr

Not: Sınıflama Lamborn ve ark. (1991) modeline göre. (151)

### 3.4.3. Ebeveynler Tarafından Doldurulan Ölçekler

#### a. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği - Hewitt (*ÇBMÖ-H / Multidimensional Perfectionism Scale, MPS*):

Ebeveynlerin mükemmeliyetçilik düzeylerini değerlendirmek için Hewitt ve Flett (1991) tarafından geliştirilen Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (*Multidimensional Perfectionism Scale, MPS*) kullanıldı. Ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışması Oral (1999) tarafından yapılmıştır (149, 153). MPS, 45 maddeden oluşan ve 7’li Likert tipi (1=kesinlikle katılmıyorum, 7=kesinlikle katılıyorum) bir öz bildirim ölçeğidir.

Ölçek üç alt boyuttan oluşur:

1. **Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik:** Bireyin kendine çok yüksek standartlar koyması, hata kabul etmeme, “mükemmel olmalıyım” inancını ölçer.

2. **Başkalarına Yönelik Mükemmeliyetçilik:** Bireyin başkalarından kusursuzluk beklemesi, çevresine yönelik eleştirici/kusursuzluk talep eden tutumunu ölçer.

3. **Toplum Tarafından Dayatılan Mükemmeliyetçilik:** Bireyin çevresinin (aile, toplum) kendisinden sürekli kusursuz performans beklediği ile ilgili inancını ölçer.

Ölçekte maddeler ters kodlanmaktadır (ör. “mükemmel olmak zorunda değilsin” tipi ifadeler). Türkçe uyarlamada faktör yapısının orijinal ölçeğe büyük ölçüde benzer olduğu ve alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayılarının yaklaşık 0,73-0,91 arasında olduğu bildirilmiştir (153).

Bu çalışmada her ebeveyn için üç alt boyut puanı ayrı ayrı hesaplanmıştır. Ek olarak, çalışma keşfedici nitelikte olduğu ve örneklem görece küçük olduğu için tüm maddelerin ortalaması alınarak “genel mükemmeliyetçilik puanı” da elde edilmiştir. Daha yüksek puanlar hem alt boyutlarda hem bu toplam göstergede daha yüksek mükemmeliyetçilik eğilimini ifade eder.

Bu örnekleme iç tutarlılık katsayıları; toplam ölçek için Cronbach  $\alpha = 0,84$ ; kendine yönelik mükemmeliyetçilik için  $\alpha = 0,82$ ; başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik için  $\alpha = 0,48$ ; toplum tarafından dayatılan mükemmeliyetçilik için  $\alpha = 0,77$  olarak hesaplanmıştır. Başkalarına yönelik boyuttaki düşük değer, ölçeğin bu örnekleme sınırlı güvenirlikle çalıştığını düşündürmektedir. Ölçeğin kullanılan formu Ek 2.6’da sunulmuştur.

#### **b. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (*Parental Attitude Research Instrument - PARI*):**

Bu çalışmada ebeveynlik tutumlarını değerlendirmek için *Parental Attitude Research Instrument (PARI)* kullanıldı. Ölçek, Schaefer ve Bell tarafından geliştirilmiş olup Türkiye’ye LeCompte ve Özer tarafından uyarlanmıştır (38, 154). PARI, 60 maddeden oluşan, 4’lü Likert tipi (1=Hiç uygun değil, 4=Çok uygun) bir ölçektir ve ebeveynin çocuk yetiştirme tutumlarını beş boyutta değerlendirir:

1. **Aşırı annelik:** 16 madde içerir. Ebeveynin çocuğa aşırı müdahalesi, çocuğu kendine bağımlı tutma eğilimi, koruyucu/kollayıcı ama aynı zamanda kontrolcü yaklaşımı değerlendirir.

2. **Demokratik tutum ve eşitlik tanıma:** 9 madde içerir. Ebeveynin çocuğa söz hakkı verme, duygusal paylaşım, cesaretlendirme ve kabul düzeyini değerlendirir.

3. **Ev kadınlığını reddetme:** 13 madde içerir. Annenin ev içi rollerden memnuniyeti/memnuniyetsizliği, ev ve çocuk bakımını yük gibi algılayıp algılamadığını ölçer.

4. **Karı-koca geçimsizliği:** 6 madde içerir. Ebeveynler arasındaki çatışmanın, destek eksikliğinin ve eşler arası gerginliğin aile ortamına nasıl yansıdığını değerlendirir.

5. **Baskı ve disiplin:** 16 madde içerir. Katı disiplin, ceza kullanımı ve baskıcı kontrolü ölçer.

Maddelerin büyük bölümü doğrudan puanlanır; yalnızca 2., 29. ve 44. maddeler ters puanlanır. Her alt boyut için ayrı puan hesaplanır; tek bir toplam puan verilmez. “Demokratik tutum ve eşitlik tanıma” alt boyutunda yüksek puan olumlu ebeveynlik göstergesi olarak kabul edilirken, diğer dört boyutta (aşırı annelik, ev kadınlığını reddetme, karı-koca geçimsizliği, baskı ve disiplin) yüksek puan daha sorunlu/işlevsel olmayan tutumlara işaret eder.

PARI'nin güvenilirliği yüksektir; genel iç tutarlılık katsayısı literatürde yaklaşık  $\alpha = 0,91$  olarak bildirilmiştir. Demokratik tutum alt ölçeği dışındaki dört alt ölçek toplanarak ebeveynlerin genel olumsuz tutum düzeyi incelenmiştir. Bizim örnekleminizde de iç tutarlılık yüksek bulunmuştur: toplam ölçek için Cronbach  $\alpha = 0,90$ ; alt boyutlar için sırasıyla aşırı annelik  $\alpha = 0,86$ , demokratik tutum  $\alpha = 0,63$ , ev kadınlığını reddetme  $\alpha = 0,73$ , karı-koca geçimsizliği  $\alpha = 0,78$  ve baskı/disiplin  $\alpha = 0,81$  olarak bulunmuştur. Ölçeğin kullanılan formu Ek 2.7'de sunulmuştur.

### 3.5. İstatistiksel Analiz

Analizler IBM SPSS Statistics v29 (IBM Corp.) ve R (R Foundation for Statistical Computing) ile gerçekleştirilmiştir. Analizler, tanımlayıcı istatistikler, karşılaştırmalı testler, korelasyonlar ve çok değişkenli modelden oluşmuştur.

Çalışmaya dâhil edilen 36 ergen ve ebeveyninden elde edilen veriler analiz edilmiştir. Analizlerde anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak alınmıştır.

### **Tanımlayıcılar**

Sürekli değişkenlerin dağılımı Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılan sürekli değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma (SS), normal dağılmayanlar ortanca [çeyrekler arası aralık] olarak; kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) olarak raporlanmıştır.

### **Karşılaştırmalar**

- Kategorik değişkenler ki-kare testi ile, beklenen hücre frekanslarının yetersiz olduğu durumlarda Fisher'in kesin testi ile karşılaştırılmıştır.
- Sürekli değişkenlerde iki grup karşılaştırmalarında: normal dağılan sürekli değişkenler için bağımsız örneklem t-testi; normal dağılmayanlar için Mann-Whitney U testi; üç ve üzeri grup karşılaştırmalarında: normal dağılanlar için tek yönlü ANOVA (anlamlılıkta Tukey HSD post-hoc), normal dağılmayanlar için Kruskal-Wallis (anlamlılıkta Dunn-Bonferroni post-hoc) uygulanmıştır.
- Etki büyüklükleri uygun yerlerde raporlanmıştır: Cohen's d (t-testi), etakare (ANOVA), r (Mann-Whitney U/Kruskal-Wallis sonrası).

### **Korelasyonlar**

Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler için, parametrik varsayımları sağlayan çiftlerde Pearson r; normal dağılmayan/sıralı değişkenlerde Spearman rho ( $r_s$ ) kullanılmıştır. Tablolarda katsayı (r veya  $r_s$ ) ve p-değeri verilmiş olup;  $p < 0,05$  tek yıldız (\*),  $p < 0,01$  çift yıldız (\*\*) ile gösterilmiştir.

### **İkili Lojistik Regresyon Analizi**

K-SADS-PL değerlendirmesine göre SK belirtilerinin varlığını (0=belirti yok, 1=eşik altı/tanı) yordayan etmenleri incelemek amacıyla uygulanmıştır. Aday yordayıcılar tek değişkenli analizlerde (karşılaştırma ve korelasyon) istatistiksel olarak

anlamli olan değişken (CAPS-KYM) ile literatürde SK seyriyle ilişkili olabileceği düşünölen değişkenler (CAPS-SOD, yaş) aday yordayıcı olarak belirlenmiş ve klinik önemleri göz önünde bulundurularak modele dahil edilmiştir.

- Analiz enter yöntemiyle yürütölmüş; sonuçlar OR (odds ratio), %95 güven aralığı ve p değerleriyle raporlanmıştır.

### **Güvenirlik**

Kullanılan psikometrik ölçekler için iç tutarlılık hesaplanmıştır. Likert tipleri (ÇATÖ, CAPS, ÇBMÖ-H, ABTÖ, PARI) için Cronbach  $\alpha$ ; iki kategorili puanlanan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği için KR-20 kullanılmıştır. Bu katsayılar her alt ölçek için ayrıca verilmiştir.

### **Gruplandırma**

K-SADS-PL verileri temel alınarak ergenlikteki SK belirtilerine göre iki grup oluşturulmuştur:

- Belirtinin olmadığı (1),
- Eşik altı belirtileri olan ya da tanı kriterlerini karşılayan (2-3).

### **3.6. Etik Onay**

Bu çalışma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu tarafından SBA 24/899 numaralı dosya ile onaylanmıştır (Oturum: 2025/07, Karar: 2025/07-02, 18.03.2025; değerlendirme tarihi: 13.08.2024). Onay, 01.01.2015-31.12.2020 tarihleri arasındaki arşiv kayıtlarının 19.03.2025-19.09.2025 arasında incelenmesini kapsamaktadır. Kurulun 20.05.2025 tarihli ek kararında (Oturum: 2025/11, Karar: 2025/11-10) sorumlu araştırmacı değişikliği uygun bulunmuş; proje sorumluluğu Dr. Öğr. Üyesi Cihan ASLAN olarak güncellenmiştir. Çalışma süresince kişisel verilerin gizliliği ve ilgili mevzuat ile etik ilkelere uyulmuştur.

## 4. BULGULAR

Mart-Eylül 2025 arasında yürütülen veri toplama sürecinde, bilgi-işlem kayıtlarından taranan 86 olgunun 6'sına ulaşılamamıştır. 80 olgu ile iletişim kurulmuş olup; bunların 36'sı çalışmaya katılmayı kabul ederek değerlendirmeyi tamamlamışken, 44 olgu katılmayı kabul etmediği için çalışmada yer almamıştır (toplam katılım: %41,9; ulaşılanlar içinde katılım: %45,0). Katılımcıların 6'sı (%16,7) çevrim içi, 30'u (%83,3) yüz yüze değerlendirilmiştir.

İki katılımcının elektronik hasta kayıtları, bilişsel düzeylerinin hafif düzeyde zihinsel yetersizlik ile uyumlu olduklarını göstermiştir. Psikometrik değerlendirme geçmişi bulunan diğer katılımcıların WISC-R'daki toplam zekâ bölümü puanları  $\geq 70$ 'ti. Geçmişte psikometrik değerlendirmesi olmayanlar ise klinik gözleme göre zihinsel açıdan normal olarak değerlendirilmiştir. Hafif düzeyde zihinsel yetersizlik saptanan iki katılımcı ve ebeveynleri öz bildirim ölçeklerinin uygulanmasına dâhil edilmemiştir. Bununla birlikte, örneklemin temsiliyetini korumak amacıyla bu olgular çalışma örnekleminde tutulmuştur. Ayrıca doldurduğu ölçeklerde eksik veri saptanan ve zihinsel yetersizliği olmayan katılımcılardan biri de ölçeklere ilişkin analizlerden çıkarılmıştır.

Katılımcıların SK semptomlarının başlangıcından bu çalışmadaki değerlendirmeye kadar geçen süre ortalama  $9,9 \pm 2,49$  yıl (5-15), ilk tanı konulmasından değerlendirmeye kadar geçen süre ise ortalama  $7,35 \pm 2,53$  yıl olarak hesaplanmıştır.

### 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya dahil edilen 36 ergen ve ebeveynlerine ait veriler analiz edilmiştir. Katılımcıların yaş ortancası 14,3 [12,8–15,7] yıl olarak saptanmıştır. Örneklemin %66,7'sinin kız, %33,3'ünün erkek ergenlerden oluştuğu gözlenmiştir. Akraba evliliği oranı %33,3 olarak bulunmuştur. Çalışma grubuna ilişkin diğer sosyodemografik değişkenler *Tablo 4.1.*'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.1.** Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Değişken	Bulgular (N=36)
Yaş (Yıl)	14,3 [12,8–15,7]
Cinsiyet	Kız: 24 (%66,7); Erkek: 12 (%33,3)
Ebeveyn Evlilik Durumu	Evli: 33 (%91,7); Boşanmış: 2 (%5,6); Ayrı: 1 (%2,8)
Aile Yapısı	Çekirdek: 31 (%86,1); Geniş: 5 (%13,9)
Kardeş Sayısı	2,00 [2,00–3,00]
Kaçıncı Çocuk	Birinci.: 13 (%36,1); İkinci: 18 (%50,0); Üçüncü: 4 (%11,1); Beşinci: 1 (%2,8)
Anne Eğitim Durumu	Okur yazar değil: 1 (%2,8); İlkokul: 13 (%36,1); Ortaokul: 5 (%13,9); Lise: 5 (%13,9); Üniversite/ Yüksekokul: 12 (%33,3)
Baba Eğitim Durumu	İlkokul: 11 (%30,6); Ortaokul: 2 (%5,6); Lise: 10 (%27,8); Üniversite/Yüksekokul: 13 (%36,1)
Annenin Çalışma Durumu	Çalışıyor: 12 (%33,3); Çalışmıyor: 24 (%66,7)
Babanın Çalışma Durumu	Çalışıyor: 32 (%88,9); Çalışmıyor: 4 (%11,1)
Akraba Evliliği	Evet: 12 (%33,3); Hayır: 24 (%66,7)

Veriler ortalama  $\pm$  standart sapma ve ortanca [çeyrekler arası aralık] olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) olarak rapor edilmiştir.

#### 4.2. Katılımcıların Özgeçmiş Özellikleri

Katılımcıların %41,7'sinde prenatal stresli yaşam olayı varlığı bildirilmiştir. Doğumların %61,1'i sezaryen ile, %38,9'u normal vajinal yolla gerçekleşmiştir. Katılımcıların %13,9'unda doğumda komplikasyon görülmüş, %22,2'sinde yenidoğan yoğun bakım gereksinimi, %16,7'sinde yenidoğan sarılığı, %11,1'inde doğumda ağlamama, %8,3'ünde mekonyum aspirasyonu öyküsünün olduğu saptanmıştır (*Tablo 4.2.*).

Motor ve dil gelişim basamaklarının ortanca yaşları değerleri sırasıyla yürüme için 13 ay (ÇAA: 12–17), ilk kelime 12 ay (ÇAA: 12,0–18,0) ve ilk cümle için 24 ay (ÇAA: 24,0–25,5) olarak bulunmuştur. Ayrıca tuvalet eğitimi yaşı ortalama  $29,9 \pm 7,7$  ay olarak saptanmıştır (*Tablo 4.2.*).

Katılımcıların 4'ünde (%11,1) febril konvülsiyon, ikisinde (%5,6) epilepsi öyküsü bulunmaktadır. Epilepsi öyküsü olan iki katılımcıdan biri hâlâ antiepileptik tedavi almaktadır. Elektronik hasta kayıtlar, her iki katılımcının da psikometrik değerlendirmeler sonucunda genel zihinsel işlevsellik düzeylerinin normal sınırlar içinde olduğunu göstermiştir (*Tablo 4.2.*).

Okuma-yazmayı öğrenme zamanı değerlendirildiğinde; katılımcıların %13,9'u okul öncesi dönemde, %58,3'ü birinci sınıfın ilk döneminde, %22,2'si ikinci döneminde, %5,6'sı ise daha geç öğrenmiştir. Daha geç öğrenen iki katılımcının elektronik hasta kayıtları, zihinsel işlevselliklerinin düzeylerinin hafif düzeyde zihinsel yetersizlik ile uyumlu olduğunu göstermektedir (*Tablo 4.2.*).

**Tablo 4.2.** Katılımcıların Özgeçmiş Özellikleri

Değişken	Bulgular (N=36)
<b>Prenatal Stresli Yaşam Olayı</b>	Var: 15 (%41,7); Yok: 21 (%58,3)
<b>Prenatal İlaç Kullanımı</b>	Var: 2 (%5,6); Yok: 34 (%94,4)
<b>Prenatal Enfeksiyon</b>	Var: 2 (%5,6); Yok: 34 (%94,4)
<b>Doğum Şekli</b>	Normal: 14 (%38,9); Sezaryen: 22 (%61,1)
<b>Gebelik Haftası</b>	Term: 23 (%63,9); Preterm: 7 (%19,4); Postterm: 6 (%16,7)
<b>Doğumda Komplikasyon</b>	Var: 5 (%13,9); Yok: 31 (%86,1)
<b>Doğum Ağırlığı</b>	3026 ± 689 g
<b>Yenidoğan Yoğun Bakım Yatışı</b>	Var: 8 (%22,2); Yok: 28 (%77,8)
<b>Yenidoğan Sarılığı</b>	Var: 6 (%16,7); Yok: 30 (%83,3)
<b>Hemen Ağlamama</b>	Var: 4 (%11,1); Yok: 32 (%88,9)

**Tablo 4.2. (devamı)**

<b>Değişken</b>	<b>Bulgular (N=36)</b>
<b>Mekonyum Aspirasyonu</b>	Var: 3 (%8,3); Yok: 33 (%91,7)
<b>Yürüme (Ay)</b>	13,0 [12,0–17,0]
<b>İlk Kelime (Ay)</b>	12,0 [12,0–18,0]
<b>İlk Cümle (Ay)</b>	24,0 [24,0–25,5]
<b>Tuvalet Eğitimi (Ay)</b>	29,9 ± 7,71
<b>Nöbet Öyküsü</b>	Febril Konvülsiyon: 4 (%11,1); Epilepsi: 2 (%5,6); Yok: 30 (%83,3)
<b>Okula Başlama Zamanı</b>	Zamanında: 27 (%75) Erken: 3 (%8,3) Geç: 6 (%16,7)
<b>Okuma Öğrenme Zamanı</b>	Okul öncesi: 5 (%13,9); Birinci sınıf ilk dönem: 21 (%58,3); Birinci sınıf ikinci dönem: 8 (%22,2); Geç: 2 (%5,6)

Veriler ortalama ± standart sapma ve ortanca [çeyrekler arası aralık] olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) olarak rapor edilmiştir.

### 4.3. Katılımcıların Soygeçmiş Özellikleri

Araştırmaya katılan ergenlerin %88,9’unda birinci, ikinci ve üçüncü derece akrabalar arasında en az bir psikiyatrik hastalık öyküsü saptanmıştır. Katılımcıların kardeşlerinde psikiyatrik hastalık görülme oranı %47,2’dir. Katılımcıların ebeveynlerinde (anne ve/veya baba) psikiyatrik hastalık öyküsü %55,6 olarak tespit edilmiştir. Aile öyküsünde en sık bildirilen tanılar Seçici Konuşmazlık (%41,7) ve Sosyal Kaygı Bozukluğu (%41,7) olmuştur. Aile öyküsünde bildirilen psikiyatrik hastalıkların dağılımı *Tablo 4.3.*’te verilmiştir.

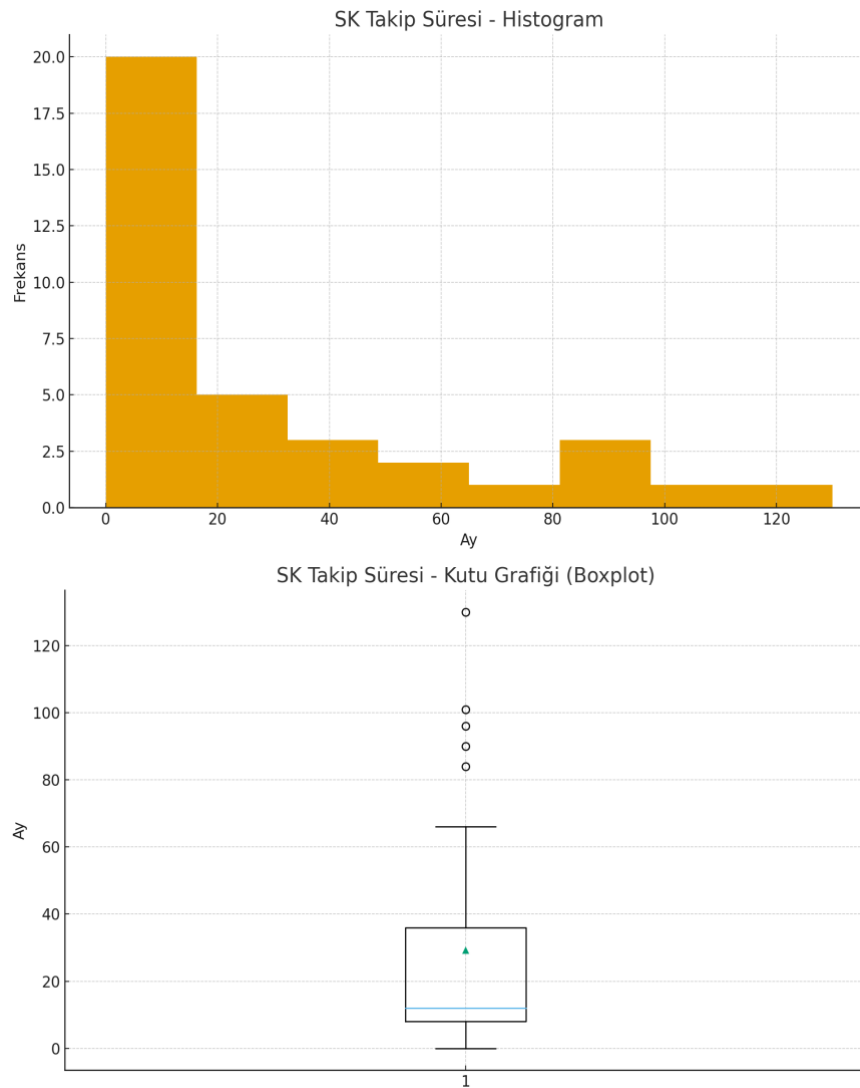
**Tablo 4.3.** Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

Değişken	Bulgular (N=36)
<b>Kardeşlerde Psikiyatrik Hastalık</b>	Var: 17 (%47,2); Yok: 19 (%57,8)
Seçici Konuşmazlık:	5 (%13,9)
Sosyal Kaygı Bozukluğu:	2 (%5,6)
SK ve SKB Dışındaki Diğer Kaygı Bozuklukları:	4 (%11,1)
Duygudurum bozuklukları:	0
DEHB:	4 (%11,1)
Obsesif Kompulsif bozukluk:	2 (%5,6)
Zihinsel Yetersizlik:	1 (%2,8)
Şizofreni:	0
OSB:	1 (%2,8)
Özgül Öğrenme Bozukluğu:	3 (%8,3)
Davranım Bozukluğu:	1 (%2,8)
<b>Anne ve/veya Babada Psikiyatrik Hastalık</b>	Var: 20 (%55,6); Yok: 16 (%44,4)
Seçici Konuşmazlık:	2 (%5,6)
Sosyal Kaygı Bozukluğu:	11 (%30,6)
SK ve SKB Dışındaki Diğer Kaygı Bozuklukları:	2 (%5,6)
Duygudurum bozuklukları:	7 (%19,4)
DEHB:	5 (%13,9)
Obsesif Kompulsif bozukluk:	2 (%5,6)
Zihinsel Yetersizlik:	1 (%2,8)
Şizofreni:	0
OSB:	0
Özgül Öğrenme Bozukluğu:	0
Davranım Bozukluğu:	0
<b>Ailede Psikiyatrik Hastalık</b>	Var: 32 (%88,9); Yok: 4 (%11,1)
Seçici Konuşmazlık:	15 (%41,7)
Sosyal Kaygı Bozukluğu:	15 (%41,7)
SK ve SKB Dışındaki Diğer Kaygı Bozuklukları:	9 (%25)
Duygudurum bozuklukları:	9 (%25,0)
DEHB:	8 (%22,2)
Obsesif Kompulsif bozukluk:	5 (%13,9)
Zihinsel Yetersizlik:	5 (%13,9)
Şizofreni:	4 (%11,1)
OSB:	5 (%13,9)
Özgül Öğrenme Bozukluğu:	2 (%5,6)
Davranım Bozukluğu:	3 (%8,3)
Diğer: Kumar Bağımlılığı:	1 (%2,8)

Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) olarak rapor edilmiştir. **SK:** Seçici konuşmazlık **SKB:** Sosyal kaygı bozukluğu **DEHB:** Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu **OSB:** Otizm spektrum bozukluğu

#### 4.4. Seçici Konuşmazlığın Başlangıç ve Seyrine İlişkin Bulgular

Katılımcıların şikâyetlerinin başlama yaşı için ortanca değer 4,0 yıl [3,0–5,0], tanı yaşı için ise ortanca değer 6,5 yıl [5,5–7,6] olarak saptanmıştır. SK başlangıç ve tanı yaşları arasındaki farkın ortancası 2,0 yıl [1,0–4,1] olarak bulunmuştur. Katılımcıların %27,8'i erken çocukluk döneminde travmatik (yakın kaybı, trafik kazası, istismar vb.) bir yaşam olayı bildirmiştir. Katılımcıların psikiyatrik takip süresi 0-130 ay arasında değişmekte olup tepe değeri (modu) 12 ay olduğu saptanmıştır (Şekil 4.1.) (Tablo 4.5.).



Şekil 4.1. SK Takip Süresi Grafikleri

Çalışmaya katılan 36 ergenin yarısının (%50) geçmişte oyun terapisi ve/veya dil ve konuşma terapisi (DKT) öyküsü bulunmaktadır. Katılımcıların %5,6'sı her iki

terapiyi de almış, %27,8'i yalnızca oyun terapisi, %16,7'si ise yalnızca DKT almıştır. Farmakoterapi oranı %80,6 (n=29) olup farmakoterapi kullanım süresinin ortancası 11 [1–24] aydır. Ailelerin tedaviye ilişkin öznel değerlendirmelerine göre, olguların %27,8'inde tam yanıt ve %33,3'ünde kısmi yanıt olduğu; %38,9'unda ise belirgin düzelme olmadığı bildirilmiştir. (Tablo 4.5.)

Kullanılan ilaçlar arasında en sık kullanılan molekül fluoksetin olup, katılımcıların %89,7'si (n=26) tarafından 5-40 mg doz aralığında kullanılmıştır. Sertralin %17,2 (n=5; doz aralığı: 25-75 mg), aripiprazol %11,1 (n=4) ve risperidon %5,6 (n=2) oranında kullanılmıştır. (Tablo 4.4.)

**Tablo 4.4.** Katılımcıların Seçici Konuşmazlık Tedavisinde Kullandığı İlaçlar

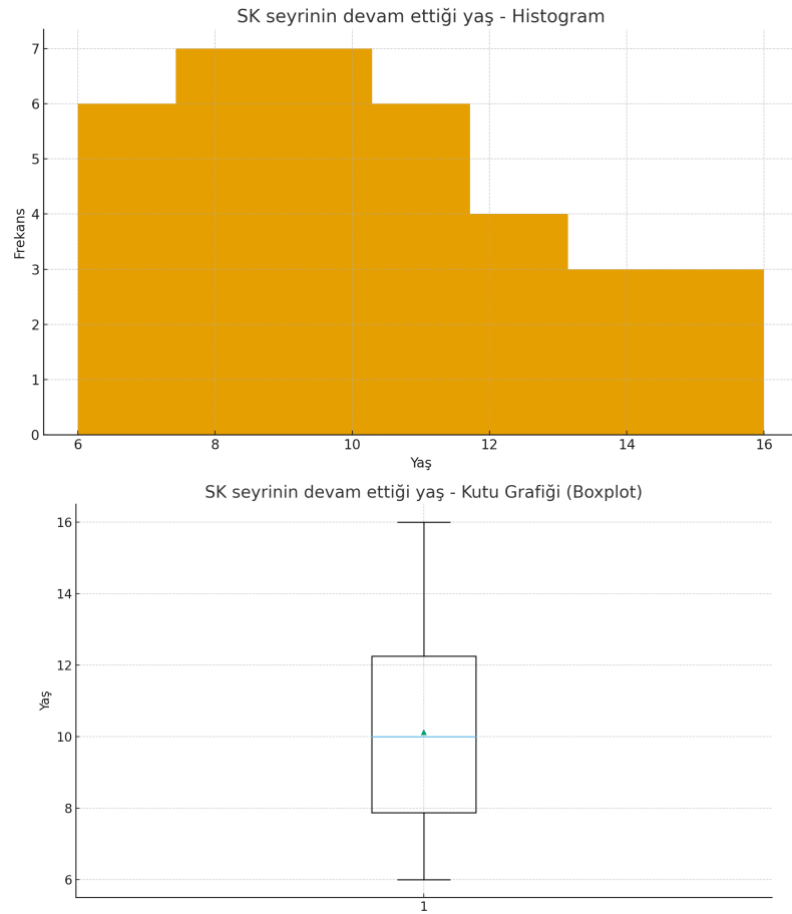
Kullanılan İlaç	Kullanım Oranı (n=29)
Fluoksetin	26 (%89,7)
Sertralin	5 (%17,2)
Risperidon	2 (%6,9)
Aripiprazol	4 (%13,8)

Kategorik değişkenler yüzde (%) olarak rapor edilmiştir.

Geçmişte SK'ye eşlik eden psikiyatrik tanılar K-SADS-PL ve elektronik hasta kayıtları ile doğrulanmıştır. Geçmişte SK'ye %91,7 oranında başka bir psikiyatrik tanının eşlik ettiği gözlenmiştir. En sık eş tanılar dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB, %50) ve özgül öğrenme bozukluğu (%41,7) olarak bulunmuştur. Bunları sosyal kaygı bozukluğu (%33,3), obsesif kompulsif bozukluk (%19,4), enürezis (%19,4), ayrılık kaygısı bozukluğu (%13,9), artikülasyon bozukluğu (%11,1), karşıt olma karşı gelme bozukluğu (%8,3) izlemiştir (Tablo 4.5.).

Katılımcıların %44,4'ünde okul reddi (gitmek istememe, zorlanma) ve %13,8'inde okul devamsızlığı öyküsü saptanmıştır (Tablo 4.5.). Katılımcıların %85,7'sinin örgün eğitime devam ettiği, %8,6'sı açık öğretimde okuduğu, %5,7'sinin ise eğitimine ara verdiği bulunmuştur. Akademik başarı düzeyi “çok iyi” olanlar %11,1, “iyi” olanlar %22,2, “orta” olanlar %27,8, “kötü” olanlar %25,0, “çok kötü” olanlar %13,9 olarak bildirilmiştir. Akran ilişkileri açısından ise katılımcıların %37,1'i ilişkilerini “iyi/çok iyi”, %31,4'ü “orta”, %31,4'ü ise “kötü/çok kötü” olarak değerlendirmiştir. Başka bir çocuk ruh sağlığı kurumuna başvuru oranı %54,3'tür.

Ebeveyn bildirimine göre, SK'nin devam ettiği yaşın ortancası 10,0 yıl [7,9–12,3] olarak bulunmuştur (Şekil 4.2.) (Tablo 4.5.). SK belirtilerinin süresi, belirtilerin ilk ortaya çıktığı yaştan ebeveyn tarafından bildirilen son görülme yaşına kadar geçen süre olarak hesaplanmıştır. Buna göre SK belirtilerinin ortalama süresi  $6,0 \pm 2,0$  yıl olarak saptanmıştır. Yapılan yarı yapılandırılmış klinik değerlendirmede yalnızca 6 ergenin (%16,7) SK tanı kriterlerini karşılıyorken, 10 ergenin ise (%27,8) “eşik altı” düzeyde SK belirtileri gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.6.).



Şekil 4.2. SK Belirtilerinin Sürekliliği Grafikleri

**Tablo 4.5. SK Öyküsüne İlişkin Tanımlayıcı Bulgular**

Değişken	Bulgular (N=36)
<b>Şikayetlerin Başlama Yaşı (Yıl)</b>	4 [3–5]
<b>Tanı Yaşı (Yıl)</b>	6,5 [5,5–7,6]
<b>Oyun Terapisi ve/veya Dil Konuşma Terapisi</b>	Var: 18 (%50); Yok: 18 (%50)
	Oyun terapisi ve DKT: 2 (%5,6) Oyun terapisi: 10 (%27,8) DKT: 6 (%16,7) Hiçbiri: 18 (%50)
<b>Farmakoterapi Kullanımı</b>	Var: 29 (%80,6); Yok: 7 (%19,4)
<b>Farmakoterapi Kullanım Süresi (Ay)</b>	11,0 [1,0–24,0]
<b>Takip Süresi Dağılımı</b>	Min-Maks: 0–130 ay Tepe Değeri: 12 ay (n=8); 36 ay (n=3); 8 ay (n=3); 0 ay (n=4)
<b>Seçici Konuşmazlıkta Geçmiş Psikiyatrik Eş Tanı (K-SADS-PL ve Elektronik Hasta Kayıtlarına Göre)</b>	Var: 33 (%91,7) Yok: 3 (%8,3)
	DEHB: 18 (%50) ÖÖB: 15 (%41,7) SKB: 12 (%33,3) OKB: 7(%19,4) Enürezis: 7 (%19,4) AKB: 5 (%13,9) Fobik Bzk.: 5 (%13,9) Artikülasyon Bzk.: 4 (%11,1) KOKGB: 3 (%8,3) Tik Bzk.: 3 (%8,3) YKB: 2 (%5,6) MDB: 1 (%2,8) TSSB: 1 (%2,8) Enkoprezis: 1 (%2,8)
<b>Okul Reddi (Gitmek İstememe, Zorlanma)</b>	Var: 16 (%44,4); Yok: 20 (%55,6)
<b>Okul Devamsızlığı</b>	Var: 5 (%13,8); Yok: 31 (%86,1)
<b>Belirti Süresi (Yıl)</b>	6,0 ± 2,0
<b>SK Belirtilerinin Devam Ettiği Yaş (Yıl)</b>	10,0 [7,9–12,3] Min-Maks: 6-16

Veriler ortalama ± standart sapma ve ortanca [çeyrekler arası aralık] olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) olarak rapor edilmiştir. **DKT**: Dil konuşma terapisi **K-SADS-PL**: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli **SK**: Seçici konuşmazlık **SKB**: Sosyal kaygı bozukluğu **DEHB**: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu **ÖÖB**: Özgül öğrenme bozukluğu **OKB**: Obsesif-kompulsif bozukluk **AKB**: Ayrılık kaygısı bozukluğu **OSB**: Otizm spektrum bozukluğu **KOKGB**: Karşıt olma karşı gelme bozukluğu **YKB**: Yaygın kaygı bozukluğu **MDB**: Major depresif bozukluk **TSSB**: Travma sonrası stres bozukluğu

#### 4.5. Ergenlikteki Ek Psikiyatrik Tanılar, Kaygı ve Benlik Saygısı Düzeyleri

Katılımcıların %47,2'si hala çocuk ve ergen psikiyatrisi izlemi altındadır ve 12 ergen (%33,3) psikiyatrik ilaç (6'sı antidepresan, 4'ü antipsikotik, 6'sı DEHB'ye yönelik stimulan ya da stimulan olmayan) kullanmaktadır.

Çalışmaya dahil edilen 36 ergenin büyük çoğunluğu ergenlik döneminde en az bir psikiyatrik tanı almıştır. K-SADS-PL görüşmesi ve klinik değerlendirme sonucunda yalnızca 2 ergen (%5,6) herhangi bir psikiyatrik tanı almamışken, geri kalan 34'ünde (%94,4) en az bir tanı saptanmıştır. Birey başına bildirilen en yüksek tanı sayısı ise 4 olarak bulunmuştur. Katılımcıların 15'i (%41,7) daha önce özgül öğrenme bozukluğu tanısı almış olup, yalnızca 3 ergenin geçmiş öyküsünde SK dışında ek bir tanı bulunmamaktadır. En sık saptanan tanı DEHB (n=20, %55,6), ÖÖB (n=15, %41,7) ve SKB (n=13, %36,1) olmuştur. Bunlara ek olarak özgül fobi (n=6, %16,7), obsesif-kompulsif bozukluk (n=4, %11,4) ve ayrılık kaygısı bozukluğu (n=2, %5,6) saptanmıştır. Ergenlerin %36,1'inin (n=13) sosyal kaygı bozukluğu için tanı ölçütlerini tam olarak karşıladığı; %38,9'unun (n=14) ise eşik altı düzeyde sosyal kaygı belirtileri gösterdiği belirlenmiştir (*Tablo 4.6.*).

**Tablo 4.6.** K-SADS-PL Değerlendirmesine Göre Psikiyatrik Tanılar

Tanılar		N=36	
		Şimdi	Geçmiş
Majör Depresif Bozukluk	Tanı	-	1 (%2,8)
	Eşik altı	6 (%16,7)	-
Bipolar Bozukluklar	Tanı	-	-
	Eşik altı	-	-
Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu	Tanı	-	-
	Eşik altı	-	-
Panik Bozukluk	Tanı	-	-
	Eşik altı	-	-
Agorafobi	Tanı	-	-
	Eşik altı	-	-
Fobik Bozukluklar	Tanı	6 (%16,7)	5 (%13,9)
	Eşik altı	-	-
Ayrılık Kaygısı Bozukluğu	Tanı	2 (%5,6)	5 (%13,9)
	Eşik altı	3 (%8,3)	1 (%2,8)
Sosyal Kaygı Bozukluğu	Tanı	13 (%36,1)	12 (%33,3)
	Eşik altı	14 (38,9)	2 (%5,6)
Seçici Konuşmazlık	Tanı	6 (%16,7)	36 (%100)
	Eşik altı	10 (27,8)	-
Yaygın Kaygı Bozukluğu	Tanı	3 (%8,3)	2 (%5,6)
	Eşik altı	4 (%11,4)	-
TSSB	Tanı	-	1 (%2,8)
	Eşik altı	-	1 (%2,8)
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Tanı	4 (%11,4)	7 (%19,4)
	Eşik altı	3 (%8,3)	3 (%8,3)
DEHB	Tanı	20 (%55,6)	18 (%50)
	Eşik altı	1 (%2,8)	4 (%11,4)
KOKGB	Tanı	1 (%2,8)	3 (%8,3)
	Eşik altı	1 (%2,8)	-
OSB	Tanı	-	-
	Eşik altı	1 (%2,8)	-
Basit ve Karmaşık Motor Bzk.	Tanı	2 (%5,6)	3 (%8,3)
	Eşik altı	1 (%2,8)	-
Davranım Bozukluğu	Tanı	-	-
	Eşik altı	1 (%2,8)	-
Enürezis	Tanı	1 (%2,8)	7 (%19,4)
	Eşik altı	1 (%2,8)	-
Enkoprezis	Tanı	1 (%2,8)	1 (%2,8)
	Eşik altı	-	1 (%2,8)
Alkol-madde Kullanım Bozukluğu	Tanı	-	-
	Eşik altı	-	-
Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar	Tanı	-	-
	Eşik altı	-	-
Yeme Bozukluğu	Tanı	-	-
	Eşik altı	-	-

Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) olarak rapor edilmiştir. **TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu, **DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, **OSB:** Otizm Spektrum Bozukluğu

ÇATÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (145); ancak Türkiye'de toplum temelli epidemiyolojik bir çalışma bulunmadığı için, ölçeğin klinik eşik değerleri orijinal çalışmalara dayandırılmaktadır. Çalışmamızda ÇATÖ toplam puanı  $22,2 \pm 12,4$  olduğu saptanmıştır ve toplam puanı  $\geq 25$  olanların oranı %30,3'tür. Katılımcıların ÇATÖ'nün Sosyal Kaygı Bozukluğu alt ölçeğindeki puan ortalaması ise  $6,33 \pm 3,97$ 'dir. Klinik eşik değerleri yönünden incelendiğinde Sosyal Kaygı Bozukluğu alt ölçeğinden  $\geq 8$  puan alanların oranı %36,4, Panik/Somatik Bozukluk alt ölçeğinden  $\geq 7$  puan alanlar oranı %36,4, Yaygın Kaygı Bozukluğu alt ölçeğinden  $\geq 9$  puan alanların oranı %18,2, Ayrılık Kaygısı Bozukluğu alt ölçeğinden  $\geq 5$  puan alanların oranı %42,4 ve Okul Fobisi alt ölçeğinden  $\geq 3$  puan alanların oranı %33,3 olarak bulunmuştur (Tablo 4.7.).

**Tablo 4.7.** Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişken	Bulgular (n=33)
ÇATÖ Toplam Puanı	22,2 (12,4)
ÇATÖ Alt Boyutları	$\geq 25$ : 10 (%30,3); <25: 23 (%69,7)
- SKB Puanı	$6,33 \pm 3,97$
- SKB $\geq 8$	Evet: 12 (%36,4); Hayır: 21 (%63,6)
- Panik/Somatik Bozukluk $\geq 7$	Evet: 12 (%36,4); Hayır: 21 (%63,6)
- YKB $\geq 9$	Evet: 6 (%18,2); Hayır: 27 (%81,8)
- AKB $\geq 5$	Evet: 14 (%42,4); Hayır: 19 (%57,6)
- Okul Fobisi $\geq 3$	Evet: 11 (%33,3); Hayır: 22 (%66,7)

Veriler ortalama  $\pm$  standart sapma ve ortanca [çeyrekler arası aralık] olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) olarak rapor edilmiştir. **ÇATÖ**: Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği **SKB**: Sosyal kaygı bozukluğu **YKB**: Yaygın kaygı bozukluğu **AKB**: Ayrılık kaygısı bozukluğu

Katılımcıların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan ortanca değeri 2,0 [1,0–4,0] olarak bulunmuştur. Kategorik değerlendirildiğinde ergenlerin 14'ü (%39,4) yüksek düzey, 19'u (%51,5) orta düzey ve 3'ü (%9,1) ise düşük düzey benlik saygısı grubunda yer aldığı gösterilmiştir.

#### **4.6. Ergenlikte Seçici Konuşmazlık Belirtisi Olan ve Olmayan Ergenlerin Karşılaştırılması**

K-SADS-PL bulgularına dayanarak katılımcılar ergenlikteki SK belirtilerine göre iki grup oluşturulmuştur: belirtinin olmadığı (1) ve eşik altı belirtileri olan ya da tanı kriterlerini karşılayan (2-3).

Çalışmada “eşik altı seçici konuşmazlık belirtileri”, SK tanı ölçütlerini tam olarak karşılamamakla birlikte sosyal ortamlarda konuşma davranışında belirgin kısıtlılık ve kaçınma örüntülerinin bulunmasını ifade etmektedir. Bu kapsamda değerlendirilen başlıca belirtiler şunlardır:

##### **Seçici Konuşmazlık Eşik Altı Belirtileri**

- Sosyal ortamlarda konuşma başlatmada güçlük ve konuşmadan kaçınma
- Otorite figürleri veya performans gerektiren durumlar karşısında belirgin konuşma ketlenmesi
- Konuşmanın beklendiği sosyal veya akademik ortamlarda konuşmanın azalması ya da kaçınılması
- Bazı durumlarda yalnızca fısıltı düzeyinde veya tek sözcüklerle konuşma
- Konuşmaya zorlanma durumlarında artan kaygı, sessizleşme ve geri çekilme
- Sözlü yanıt yerine baş sallama, işaret etme gibi alternatif iletişim yollarını kullanma
- Ev ortamında görece akıcı konuşma mevcutken okul veya toplum içinde konuşmanın belirgin biçimde sınırlı olması (143, 155).

##### **4.6.1. Klinik Değişkenlerin Karşılaştırılması**

Ergenlikte SK belirtisi olan ve olmayan ergenler ile kategorik klinik değişken analizlerinde, cinsiyet, ailede SK varlığı, ailede SKB varlığı, farmakoterapi kullanımı, ilaç dışı terapi alma durumu (oyun terapisi ve/veya DKT) ve oyun terapisi alma

durumu ile K-SADS-PL SK grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (tüm  $p > 0,05$ ) (Tablo 4.8.).

Sadece ailede sosyal kaygı bozukluğu öyküsü bulunan olgularda ergenlikte SK belirtisi açısından anlamlılık sınırında bir ilişki (ki-kare testi;  $\phi = 0,32$ ;  $p = 0,054$ ) gözlenmiştir; ailede sosyal kaygı öyküsü olan bireylerde SK belirtileri daha sık görülme eğilimindedir (Tablo 4.8.)

**Tablo 4.8.** SK Durumuna Göre Kategorik Değişkenlerin Karşılaştırılması

		K-SADS-PL SK		
		(1) Belirti yok N=20	(2-3) Eşikaltı/ Tanı N=16	p-değeri
Cinsiyet	Kız	14 (%58,3)	10 (%41,7)	0,906 <sup>a</sup>
	Erkek	6 (%50,0)	6 (%50,0)	
Ailede Seçici Konuşmazlık	Var	7 (%46,7)	8 (%53,3)	0,571 <sup>a</sup>
	Yok	13 (%61,9)	8 (%38,1)	
Ailede Sosyal Kaygı Bozukluğu	Var	5 (%33,3)	10 (%66,7)	0,054 <sup>a</sup>
	Yok	15 (%71,4)	6 (%28,6)	
SK Tedavisi-Farmakoterapi Kullanımı	Var	15 (%51,7)	14 (%48,3)	0,426 <sup>b</sup>
	Yok	5 (%71,4)	2 (%28,6)	
İlaç Dışı Terapiler (Oyun terapisi ve/veya DKT)	Var	12 (%60,0)	8 (%40,0)	0,549 <sup>a</sup>
	Yok	8 (%50,0)	8 (%50,0)	
Oyun Terapisi	Var	6 (%50,0)	6 (%50,0)	0,906 <sup>a</sup>
	Yok	14 (%58,3)	10 (%41,7)	

Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) olarak rapor edilmiştir. Gruplar arasındaki farklar şu testler kullanılarak analiz edilmiştir: <sup>a</sup> Ki-kare testi, <sup>b</sup> Fisher's exact testi. \* $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$  anlamlı düzeyini göstermektedir. **K-SADS-PL:** Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli **SK:** Seçici konuşmazlık

Sürekli klinik değişken analizlerinde, ergenlikte SK belirtisi gösterenler ile göstermeyenler arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p = 0,196$ ). K-SADS-PL SK gruplarına göre SK tanı yaşı, cümle üretimi ayı ve farmakoterapi kullanım süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (tüm  $p > 0,05$ ) (Tablo 4.9.).

**Tablo 4.9.** SK Durumuna Göre Sürekli Değişkenlerin Karşılaştırılması

	K-SADS-PL SK		
	(1) Belirti yok N=20	(2-3) Eşikaltı/Tanı N=16	p-değeri
Yaş (yıl)	14.00 ± 1.97	14.81 ± 1.72	0.196 <sup>b</sup>
SK Tanı Yaşı (yıl)	6.75 [5.50–7.38]	6.50 [5.75–8.75]	0.424 <sup>a</sup>
Cümle (ay)	24.0 [24.0–34.5]	24.0 [24.0–24.0]	0.105 <sup>a</sup>
Farmakoterapi Kullanım Süresi (ay)	8.00 [0.25–16.5]	24.0 [6.00–35.0]	0.066 <sup>a</sup>

Veriler ortalama ± standart sapma ve ortanca [çeyrekler arası aralık] olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) olarak rapor edilmiştir. Gruplar arasındaki farklar şu testler kullanılarak analiz edilmiştir: <sup>a</sup> Mann-Whitney U Testi, <sup>b</sup> Bağımsız Örneklem t-testi. \*p<0,05, \*\* p<0,01 anlamlı düzeyini göstermektedir. **K-SADS-PL:** Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli **SK:** Seçici konuşmazlık

#### 4.6.2. Benlik Saygısı Açısından Karşılaştırılması

Ergenlikte SK belirtisi olan ve olmayan ergenler Rosenberg Benlik Saygısı kategorileri açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (tüm p > 0,05) (Tablo 4.10.).

**Tablo 4.10.** SK Durumuna Göre Benlik Saygısı Kategorilerinin Karşılaştırılması

		K-SADS-PL SK		
		(1) Belirti yok N=18	(2-3) Eşikaltı/ Tanı N=15	p-değeri
Rosenberg Kategorisi	Yüksek	7 (%53,8)	6 (%46,2)	0,345
	Orta	8 (%47,1)	9 (%52,9)	
	Düşük	3 (%100)	0	

Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) olarak rapor edilmiştir. Gruplar arasındaki farklar Fisher's exact testi kullanılarak analiz edilmiştir. \*p<0,05, \*\* p<0,01 anlamlı düzeyini göstermektedir. **K-SADS-PL:** Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli **SK:** Seçici konuşmazlık **Rosenberg:** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Rosenberg Benlik Saygısı puanı, K-SADS-PL'ye göre SK grupları arasında anlamlı farklılık göstermemiştir (p > 0.05) (Tablo 4.11.).

**Tablo 4.11.** SK Durumuna Göre Benlik Saygısı Puanlarının Karşılaştırılması

	K-SADS-PL SK		
	(1) Belirti yok N=18	(2-3) Eşikaltı/Tanı N=15	p-değeri
<b>Rosenberg Puanı</b>	3,0 [1,0–4,0]	2,0 [1,0–3,0]	0,259 <sup>a</sup>

Veriler ortalama  $\pm$  standart sapma ve ortanca [çeyrekler arası aralık] olarak sunulmuştur. Gruplar arasındaki farklar şu testler kullanılarak analiz edilmiştir: <sup>a</sup> Mann-Whitney U Testi. \* $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$  anlamlı düzeyini göstermektedir. **K-SADS-PL:** Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli **Rosenberg:** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

#### 4.6.3. Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin Karşılaştırılması

Ergenlerin mükemmeliyetçilik düzeyleri Çocuk ve Ergen Mükemmeliyetçilik Ölçeği (CAPS) ile değerlendirilmiştir. K-SADS-PL sonuçlarına göre SK belirtileri gösteren ergenlerde, hem CAPS toplam puanı ( $46,3 \pm 13,7$ ) hem de CAPS Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik puanı ( $23,1 \pm 6$ ) SK belirtisi olmayanlara göre beklenenin aksine istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha düşük bulunmuştur (Mann-Whitney U Testi; sırasıyla  $p=0,037$  ve  $p=0,001$ ). Bu farkın etki büyüklüğü CAPS toplam puanı için orta-büyük (Cohen's  $d=0,77$ ), CAPS-KYM için ise büyük düzeydedir (Cohen's  $d=1,25$ ). Sosyal olarak dayatılan mükemmeliyetçilik açısından ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p=0,361$ ) (Tablo 4.12.).

**Tablo 4.12.** SK Durumuna Göre Mükemmeliyetçilik Puanlarının Karşılaştırılması

	K-SADS-PL SK		
	(1) Belirti yok N=18	(2-3) Eşikaltı/Tanı N=15	p-değeri
<b>CAPS Toplam</b>	$56.6 \pm 13.1$	$46.3 \pm 13.7$	<b>0.037<sup>*a</sup></b>
<b>CAPS KYM</b>	$30.6 \pm 6.12$	$23.1 \pm 5.96$	<b>0.001<sup>**a</sup></b>
<b>CAPS SOD</b>	$25.9 \pm 7.85$	$23.2 \pm 8.93$	0.361 <sup>a</sup>

Veriler ortalama  $\pm$  standart sapma ve ortanca [çeyrekler arası aralık] olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) olarak rapor edilmiştir. Gruplar arasındaki farklar şu testler kullanılarak analiz edilmiştir: <sup>a</sup>Mann-Whitney U Testi. \* $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$  anlamlı düzeyini göstermektedir. **K-SADS-PL:** Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli **SK:** Seçici konuşmazlık **CAPS:** Çocuk ve Ergen Mükemmeliyetçilik Ölçeği **CAPS KYM:** CAPS Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik, **CAPS SOD:** CAPS Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik

#### 4.6.4. Ebeveyn Mükemmeliyetçiliği ve Ebeveynlik Tutumlarının Karşılaştırılması

Ebeveynlerin mükemmeliyetçilik düzeyleri Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği-Hewitt (ÇBMÖ-H) ile değerlendirilmiştir. Ergenlikte SK belirtisi olan ve olmayan ergenler ÇBMÖ-H ölçeğinin tüm puanları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (tüm  $p > 0,05$ ) (Tablo 4.13.).

**Tablo 4.13.** SK Durumuna Göre Ebeveyn Mükemmeliyetçilik Puanlarının Karşılaştırılması

	K-SADS-PL SK		
	(1) Belirti yok N=18	(2-3) Eşikaltı/Tanı N=15	p-değeri
ÇBMÖ-H KYM	84.3 ± 11.6	82.5 ± 22.5	0.782 <sup>a</sup>
ÇBMÖ-H BYM	42.4 ± 10.8	37.5 ± 8.49	0.155 <sup>a</sup>
ÇBMÖ-H SOD	46.7 ± 16.8	51.6 ± 16.8	0.408 <sup>a</sup>
ÇBMÖ-H Toplam	173 ± 28.7	172 ± 37.7	0.882 <sup>a</sup>

Veriler ortalama ± standart sapma ve ortanca [çeyrekler arası aralık] olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) olarak rapor edilmiştir. Gruplar arasındaki farklar şu testler kullanılarak analiz edilmiştir: <sup>a</sup> Mann-Whitney U Testi. \* $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$  anlamlı düzeyini göstermektedir. **K-SADS-PL:** Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli **SK:** Seçici konuşmazlık **ÇBMÖ-H:** Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği - Hewitt **ÇBMÖ-H KYM:** ÇBMÖ-H Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik, **ÇBMÖ-H BYM:** ÇBMÖ-H Başkalarına Yönelik Mükemmeliyetçilik, **ÇBMÖ-H SOD:** ÇBMÖ-H Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik

K-SADS-PL'ye göre SK grupları arasında ergenlerin doldurduğu ABTÖ'deki ebeveynlik stillerinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (tüm  $p > 0,05$ ) (Tablo 4.14.).

**Tablo 4.14.** SK Durumuna Göre ABTÖ Ebeveynlik Stillerinin Karşılaştırılması

		K-SADS-PL SK		
		(1) Belirti yok N=18	(2-3) Eşikaltı/Tanı N=15	p-değeri
ABTÖ Ebeveynlik Stilleri	Demokratik	5 (%50,0)	5 (%50,0)	0,869
	İhmalkâr	6 (%66,7)	3 (%33,3)	
	Otoriter	3 (%42,9)	4 (%57,1)	
	Hoşgörülü	4 (%57,1)	3 (%42,9)	

Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) olarak rapor edilmiştir. Gruplar arasındaki farklar Fisher's exact testi kullanılarak analiz edilmiştir. \* $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$  anlamlı düzeyini göstermektedir. **K-SADS-PL:** Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli **SK:** Seçici konuşmazlık **ABTÖ:** Anne-Baba Tutum Ölçeği

Ebeveynlik tutumları açısından ergenlerin doldurduğu ABTÖ incelendiğinde, ABTÖ alt boyut puanlarının büyük kısmı, ergenlikte SK belirtisi olan ve olmayan ergenler arasında anlamlı farklılık göstermemiştir (tüm  $p>0,05$ ) (Tablo 4.15.).

**Tablo 4.15.** SK Durumuna Göre ABTÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	K-SADS-PL SK		
	(1) Belirti yok N=18	(2-3) Eşikaltı/Tanı N=15	p-değeri
<b>ABTÖ Kabul/İlgi</b>	26.2 ± 4.33)	26.2 ± 4.95	0.989 <sup>a</sup>
<b>ABTÖ Psikolojik Özerklik</b>	26.0 [20.0–29.0]	28.0 [25.5–29.0]	0.412 <sup>a</sup>
<b>ABTÖ Denetleme</b>	27.0 [24.2–29.0]	28.0 [26.0–30.0]	0.362 <sup>a</sup>

Veriler ortalama ± standart sapma ve ortanca [çeyrekler arası aralık] olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) olarak rapor edilmiştir. Gruplar arasındaki farklar şu testler kullanılarak analiz edilmiştir: <sup>a</sup> Mann-Whitney U Testi. \* $p<0,05$ , \*\*  $p<0,01$  anlamlı düzeyini göstermektedir. **K-SADS-PL:** Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli **SK:** Seçici konuşmazlık **ABTÖ:** Anne-Baba Tutum Ölçeği

Aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumları açısından ebeveynlerin doldurduğu PARI incelendiğinde, PARI alt boyut puanlarının genel olarak ergenlikte SK belirtisi olan ve olmayan ergenler arasında anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür (tüm  $p>0,05$ ). Bu bulgu, çalışmamızda kullanılan sınıflama temelinde, PARI ile değerlendirilen ebeveyn tutum örüntülerinin SK belirtilerinin ergenlikte sürmesi açısından belirgin bir ayrışma sunmadığını düşündürmektedir (Tablo 4.16.).

**Tablo 4.16.** SK Durumuna Göre PARI Puanlarının Karşılaştırılması

	K-SADS-PL SK		
	(1) Belirti yok N=18	(2-3) Eşikaltı/Tanı N=15	p-değeri
<b>PARI - Aşırı Annelik Boyutu Puanı</b>	41.3 ± 9.27	42.7 ± 11.0	0.687 <sup>a</sup>
<b>PARI - Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma Boyutu</b>	27.0 [22.5–29.8]	28.0 [27.5–30.0]	0.445 <sup>a</sup>
<b>PARI - Ev Kadınlığını Reddetme Boyutu</b>	25.9 ± 5.25	28.2 ± 7.19	0.322 <sup>a</sup>
<b>PARI - Karı-Koca Geçimsizliği Boyutu</b>	14.2 ± 4.48	15.5 ± 4.53	0.436 <sup>a</sup>
<b>PARI - Baskı ve Disiplin Boyutu</b>	35.3 ± 7.76	35.6 ± 8.93	0.914 <sup>a</sup>

Veriler ortalama ± standart sapma ve ortanca [çeyrekler arası aralık] olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) olarak rapor edilmiştir. Gruplar arasındaki farklar şu testler kullanılarak analiz edilmiştir: <sup>a</sup> Mann-Whitney U Testi. \* $p<0,05$ , \*\*  $p<0,01$  anlamlı düzeyini göstermektedir. **K-SADS-PL:** Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli **SK:** Seçici konuşmazlık **PARI:** Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği

## 4.7. Belirti Süresi, ÇATÖ ve Benlik Saygısı Puanları ile Diğer Klinik Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

### 4.7.1. Klinik Değişkenlerin İlişkisi

Örnekleme cinsiyet, ailede SK ve SKB öyküsü varlığı, farmakoterapi kullanımı ve oyun terapisi alma açısından incelendiğinde, oluşturulan gruplar arasında belirti süresi, ÇATÖ toplam, ÇATÖ-SKB ve Rosenberg puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (tüm  $p>0.05$ ). Ancak ailede SK öyküsü bulunan olgularda ÇATÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine yaklaştığı gözlenmiştir (Mann-Whitney U testi,  $r = 0.34$ ,  $p=0.053$ ). İlaç dışı terapilere katılan (oyun terapisi ve/veya DKT) olgularda belirti süresinin istatistiksel olarak anlamlı olarak daha küçük olduğu bulunmuştur (T-testi,  $p=0.010$ ). İlaç dışı terapilere katılan (oyun terapisi ve/veya DKT) ve oyun terapisi alan olgularda ÇATÖ ve Rosenberg puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (tüm  $p>0.05$ ).

**Tablo 4.17.** Kategorik Değişkenlerin Belirti Süresi, ÇATÖ ve Benlik Saygısı Puanlarına Göre Karşılaştırılması

		Belirti Süresi			ÇATÖ Toplam Puan			ÇATÖ SKB Puanı			Rosenberg Puanı		
		n	Ortalama/ Ortanca	p-değeri	n	Ortalama/ Ortanca	p-değeri	n	Ortalama	p-değeri	n	Ortanca	p-değeri
Cinsiyet	Kız	24	6.56 ± 2.96	0.063 <sup>a</sup>	23	24.74 ± 11.54	0.106 <sup>a</sup>	23	6.96 ± 3.87	0.190 <sup>a</sup>	23	2.0 [1.0–4.0]	0.192 <sup>c</sup>
	Erkek	12	4.75 ± 2.45		10	16.50 ± 13.12		10	4.90 ± 4.01		10	1.5 [1.0–2.0]	
Ailede Seçici Konuşmazlık	Var	15	7.0 [5.5–8.0]	0.175 <sup>c</sup>	15	14.00 [11.50–26.50]	0.053 <sup>c</sup>	15	5.53 ± 3.94	0.297 <sup>a</sup>	15	2.0 [1.0–2.5]	0.374 <sup>c</sup>
	Yok	21	4.5 [4.0–7.0]		18	20.00 [18.00–34.75]		18	7.00 ± 3.97		18	2.5 [1.0–4.0]	
Ailede Sosyal Kaygı Bozukluğu	Var	15	7.0 [5.0–8.0]	0.142 <sup>c</sup>	15	23.93 ± 14.71	0.499 <sup>a</sup>	15	7.33 ± 4.58	0.206 <sup>a</sup>	15	2.0 [1.0–4.0]	0.739 <sup>c</sup>
	Yok	21	4.5 [4.0–7.0]		18	20.83 ± 10.41		18	5.50 ± 3.28		18	2.0 [1.0–3.0]	
SK Tedavisi-Farmakoterapi Kullanımı	Var	29	5.97 ± 2.95	0.977 <sup>a</sup>	27	18.00 [14.00–27.50]	0.326 <sup>c</sup>	27	6.33 ± 3.81	1.000 <sup>a</sup>	27	2.0 [1.0–3.5]	0.774 <sup>c</sup>
	Yok	7	5.93 ± 2.92		6	26.50 [20.00–34.50]		6	6.33 ± 5.01		6	1.5 [1.0–3.5]	
İlaç Dışı Terapiler (Oyun terapisi ve/veya DKT)	Var	18	4.75 ± 2.52	0.010* <sup>a</sup>	18	20.39 ± 13.17	0.351 <sup>a</sup>	18	5.94 ± 4.15	0.543 <sup>a</sup>	18	2.0 [1.0–4.0]	0.482 <sup>c</sup>
	Yok	18	7.17 ± 2.81		15	24.47 ± 11.55		15	6.80 ± 3.82		15	2.0 [1.0–3.00]	
Oyun Terapisi	Var	12	4.83 ± 2.14	0.066 <sup>a</sup>	12	20.42 ± 13.73	0.551 <sup>a</sup>	12	6.33 ± 4.52	1.000 <sup>a</sup>	12	2.0 [1.0–3.0]	0.893 <sup>c</sup>
	Yok	24	6.52 ± 3.10		21	23.29 ± 11.87		21	6.33 ± 3.73		21	2.0 [1.0–4.0]	

Veriler ortalama ± standart sapma ve ortanca [çeyrekler arası aralık] olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) olarak rapor edilmiştir. Gruplar arasındaki farklar şu testler kullanılarak analiz edilmiştir<sup>a</sup> t-testi, <sup>c</sup> Mann-Whitney U testi. \*p<0,05, \*\* p<0,01 anlamlı düzeyini göstermektedir. **SK:** Seçici konuşmazlık **SKB:** Sosyal kaygı bozukluğu **ÇATÖ:** Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği **Rosenberg:** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Örnekleme yaş (yıl), SK tanı yaşı (yıl), ilk cümle kurma zamanı (ay) ve farmakoterapi kullanım süresi (ay) gibi sürekli değişkenler ile belirti süresi, kaygı ve benlik saygısı puanları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde, yaş ile belirti süresi arasında pozitif ve güçlü düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Spearman,  $r=0,609$ ;  $p<0,001$ ). SK tanı yaşı ile belirti süresi arasındaki ilişki incelendiğinde de, belirti süresi ile pozitif ve orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (Spearman,  $r_s=0,464$ ;  $p<0,004$ ). Buna göre, SK tanısının daha ileri yaşta olduğu olgularda, SK'ye özgü belirtilerin de daha uzun süre devam etme eğiliminde olduğu görülmektedir (*Tablo 4.18.*).

Farmakoterapi kullanım süresi ile ÇATÖ toplam puanı arasında ise negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ( $r_s = -0,352$ ;  $p=0,045$ ); bu desen, tedavi süresi uzadıkça bildirilen kaygı düzeyinin bir miktar daha düşük olma eğiliminde olabileceğine işaret etmektedir. Bununla birlikte, diğer değişkenler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (tüm  $p>0,05$ ) (*Tablo 4.18.*).

**Tablo 4.18.** Sürekli Değişkenler ile Belirti Süresi, ÇATÖ ve Benlik Saygısı Puanları Arasındaki Korelasyonlar

	Belirti Süresi		ÇATÖ Toplam Puan		ÇATÖ SKB Puanı		Rosenberg Puanı	
	Korelasyon	p-değeri	Korelasyon	p-değeri	Korelasyon	p-değeri	Korelasyon	p-değeri
<b>Yaş (yıl)</b>	$r_s = 0.609$	$< 0,001^{**b}$	$r = 0.049$	$0.830^a$	$r = 0.266$	$0.134^a$	$r_s = -0.162$	$0.368^b$
<b>SK Tanı Yaşı (yıl)</b>	$r_s = 0.464$	$0.004^{**b}$	$r_s = -0.050$	$0.781^b$	$r_s = 0.071$	$0.695^b$	$r_s = -0.232$	$0.194^b$
<b>Cümle (ay)</b>	$r_s = -0.007$	$0.967^b$	$r_s = 0.075$	$0.677^b$	$r_s = 0.173$	$0.336^b$	$r_s = 0.237$	$0.184^b$
<b>Farmakoterapi Kullanım Süresi (ay)</b>	$r_s = -0.040$	$0.816^b$	$r_s = -0.352$	$0.045^{*b}$	$r_s = -0.227$	$0.204^b$	$r_s = -0.147$	$0.413^b$

Değişkenler arasındaki ilişkiler şu yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir: <sup>a</sup>Pearson Korelasyon, <sup>b</sup>Spearman Sıra Korelasyonları. \* $p<0,05$ , \*\*  $p<0,01$  anlamlı düzeyini göstermektedir. **ÇATÖ:** Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği **SK:** Seçici konuşmazlık **SKB:** Sosyal kaygı bozukluğu **Rosenberg:** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

#### 4.7.2. Mükemmeliyetçilik Puanlarının İlişkisi

Ergenin kaygı düzeyi ile mükemmeliyetçilik özellikleri arasındaki ilişkiler, ÇATÖ toplam puanı ile CAPS puanları arasındaki korelasyonlar üzerinden değerlendirilmiştir. Korelasyon analizleri sonucunda, ÇATÖ toplam puanı ile ergen mükemmeliyetçiliğinin tüm boyutları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (CAPS-KYM:  $r=0,452$ ,  $p=0,008$ ; CAPS-SOD:  $r=0,354$ ,  $p=0,043$ ; CAPS toplam:  $r=0,434$ ,  $p=0,012$ ). Bu korelasyon katsayıları, özellikle CAPS toplam ve CAPS-KYM için orta düzeyde, CAPS-SOD için ise küçük-orta düzeyde etki büyüklüğüne karşılık gelmekte; buna göre, ergenlerin bildirdiği kaygı düzeyi arttıkça hem kendine yönelik hem de sosyal olarak dayatılan mükemmeliyetçilik düzeylerinin klinik açıdan dikkate değer biçimde yükseldiği görülmektedir. Başka bir ifadeyle, ergenlerin bildirdiği kaygı düzeyi ile ergenin “kendine yönelik yüksek talepleri” ve “dış dünyanın ondan kusursuzluk beklediği inancı” birlikte artma eğilimindedir (Tablo 4.19.).

Buna karşın, ergenin mükemmeliyetçilik puanları ile belirti süresi, ÇATÖ-SKB puanı ve Rosenberg Benlik Saygısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.19.).

**Tablo 4.19.** Mükemmeliyetçilik Puanları ile Belirti Süresi, ÇATÖ ve Benlik Saygısı Puanları Arasındaki Korelasyonlar

	Belirti Süresi		ÇATÖ Toplam Puan		ÇATÖ SKB Puanı		Rosenberg Puanı	
	Korelasyon	p-değeri	Korelasyon	p-değeri	Korelasyon	p-değeri	Korelasyon	p-değeri
<b>CAPS KYM</b>	$r = -0.124$	0.492 <sup>a</sup>	<b><math>r = 0.452</math></b>	<b>0.008**<sup>a</sup></b>	$r = 0.184$	0.306 <sup>a</sup>	$r_s = 0.303$	0.087 <sup>b</sup>
<b>CAPS SOD</b>	$r = -0.150$	0.404 <sup>a</sup>	<b><math>r = 0.354</math></b>	<b>0.043**<sup>a</sup></b>	$r = 0.058$	0.749 <sup>a</sup>	$r_s = 0.048$	0.793 <sup>b</sup>
<b>CAPS Toplam</b>	$r = -0.150$	0.404 <sup>a</sup>	<b><math>r = 0.434</math></b>	<b>0.012**<sup>a</sup></b>	$r = 0.126$	0.485 <sup>a</sup>	$r_s = 0.176$	0.328 <sup>b</sup>

Değişkenler arasındaki ilişkiler şu yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir: <sup>a</sup>Pearson Korelasyon, <sup>b</sup>Spearman Sıra Korelasyonları. \* $p<0,05$ , \*\*  $p<0,01$  anlamlı düzeyini göstermektedir. **ÇATÖ:** Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği **SKB:** Sosyal kaygı bozukluğu **Rosenberg:** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği **CAPS:** Çocuk ve Ergen Mükemmeliyetçilik Ölçeği **CAPS KYM:** CAPS Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik, **CAPS SOD:** CAPS Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik

#### 4.7.3. Ebeveyn Mükemmeliyetçiliği ve Ebeveynlik Tutumlarının İlişkisi

Ebeveyn mükemmeliyetçiliği açısından bakıldığında, yalnızca ÇBMÖ-H Başkalarına Yönelik Mükemmeliyetçilik alt boyutunun ÇATÖ toplam puanı ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur ( $r=0,346$ ,  $p=0,049$ ); bu değer küçük-orta düzeyde bir etki gücüne işaret etmektedir. Bu bulgu, ebeveynin başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik puanı arttıkça, çocuğun kaygı düzeyinin de bir miktar artma eğiliminde olduğunu düşündürmektedir. Başka bir deyişle, ebeveynin başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik düzeyi ile çocuğun kaygı düzeyi birlikte yükselme eğilimindedir. Buna karşılık belirti süresi, ÇATÖ-SKB ve Rosenberg Benlik Saygısı puanları ile ebeveyn mükemmeliyetçiliği puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (tüm  $p>0,05$ ) (Tablo 4.20).

**Tablo 4.20.** Ebeveyn Mükemmeliyetçiliği Puanları ile Belirti Süresi, ÇATÖ ve Benlik Saygısı Puanları Arasındaki Korelasyonlar

	Belirti Süresi		ÇATÖ Toplam Puan		ÇATÖ SKB Puanı		Rosenberg Puanı	
	Korelasyon	p-değeri	Korelasyon	p-değeri	Korelasyon	p-değeri	Korelasyon	p-değeri
<b>ÇBMÖ-H KYM</b>	$r = -0.093$	0.600 <sup>a</sup>	$r = 0.105$	0.563 <sup>a</sup>	$r = 0.168$	0.349 <sup>a</sup>	$r_s = 0.068$	0.706 <sup>b</sup>
<b>ÇBMÖ-H BYM</b>	$r = 0.106$	0.552 <sup>a</sup>	<b><math>r = 0.346</math></b>	<b>0.049*<sup>a</sup></b>	$r = 0.297$	0.094 <sup>a</sup>	$r_s = 0.237$	0.185 <sup>b</sup>
<b>ÇBMÖ-H SOD</b>	$r = -0.075$	0.672 <sup>a</sup>	$r = 0.202$	0.261 <sup>a</sup>	$r = 0.292$	0.099 <sup>a</sup>	$r_s = 0.221$	0.216 <sup>b</sup>
<b>ÇBMÖ-H Toplam</b>	$r = -0.048$	0.786 <sup>a</sup>	$r = 0.265$	0.136 <sup>a</sup>	$r = 0.330$	0.061 <sup>a</sup>	$r_s = 0.190$	0.288 <sup>b</sup>

Değişkenler arasındaki ilişkiler şu yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir: <sup>a</sup>Pearson Korelasyon, <sup>b</sup>Spearman Sıra Korelasyonları. \* $p<0,05$ , \*\*  $p<0,01$  anlamlı düzeyini göstermektedir. **ÇATÖ:** Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği **SKB:** Sosyal kaygı bozukluğu **Rosenberg:** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği **ÇBMÖ-H:** Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği – Hewitt, **ÇBMÖ-H KYM:** ÇBMÖ-H Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik, **ÇBMÖ-H BYM:** ÇBMÖ-H Başkalarına Yönelik Mükemmeliyetçilik, **ÇBMÖ-H SOD:** ÇBMÖ-H Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik.

ABTÖ'ye göre belirlenen ebeveynlik stilleri arasında belirti süresi, ÇATÖ toplam ve ÇATÖ-SKB puanları ile Rosenberg Benlik Saygısı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (tüm  $p > 0.05$ ). (Tablo 4.21.)

**Tablo 4.21.** ABTÖ Ebeveynlik Stillерinin Belirti Süresi, ÇATÖ ve Benlik Saygısı Puanları ile Karşılaştırılması

		Belirti Süresi			ÇATÖ Toplam Puan			ÇATÖ SKB Puanı			Rosenberg Puanı		
		n	Ortanca	p-değeri	n	Ortanca	p-değeri	n	Ortalama	p-değeri	n	Ortanca	p-değeri
ABTÖ Ebeveynlik Stilleri	Demokratik	10	5.50 [4.63–10.00]	0.644 <sup>d</sup>	10	20.00 [19.00–29.00]	0.300 <sup>d</sup>	10	7.40 ± 3.10	0.561 <sup>b</sup>	10	2.00 [1.25–3.00]	0.924 <sup>d</sup>
	İhmalkâr	9	6.00 [5.00–8.00]		9	17.00 [13.00–23.00]		9	5.56 ± 4.16		9	3.00 [1.00–4.00]	
	Otoriter	7	7.00 [3.25–7.50]		7	24.00 [18.50–31.00]		7	7.14 ± 4.78		7	2.00 [0.50–3.50]	
	Hoşgörülü	7	6.00 [3.50–6.50]		7	14.00 [11.00–27.00]		7	5.00 ± 4.24		7	2.00 [1.00–2.00]	

Veriler ortalama ± standart sapma ve ortanca [çeyrekler arası aralık] olarak sunulmuştur. Gruplar arasındaki farklar şu testler kullanılarak analiz edilmiştir: <sup>b</sup> ANOVA testi, <sup>d</sup> Kruskal-Wallis testi. \*p<0,05, \*\* p<0,01 anlamlı düzeyini göstermektedir. **ÇATÖ:** Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği **SKB:** Sosyal kaygı bozukluğu **Rosenberg:** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği **ABTÖ:** Anne-Baba Tutum Ölçeği

ABTÖ alt boyut puanları ile belirti süresi, ÇATÖ toplam ve ÇATÖ-SKB puanları ile Rosenberg Benlik Saygısı puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (tüm p>0,05) (Tablo 4.22.).

**Tablo 4.22.** ABTÖ Puanlarını ile Belirti Süresi, ÇATÖ ve Benlik Saygısı Puanları Arasındaki Korelasyonlar

	Belirti Süresi		ÇATÖ Toplam Puan		ÇATÖ SKB Puanı		Rosenberg Puanı	
	Korelasyon	p-değeri	Korelasyon	p-değeri	Korelasyon	p-değeri	Korelasyon	p-değeri
ABTÖ Kabul/İlgi	r = 0.064	0.724 <sup>a</sup>	r = 0.105	0.562 <sup>a</sup>	r = -0.004	0.982 <sup>a</sup>	r <sub>s</sub> = -0.092	0.612 <sup>b</sup>
ABTÖ Psikolojik Özerklik	r <sub>s</sub> = -0.028	0.877 <sup>b</sup>	r <sub>s</sub> = -0.258	0.147 <sup>b</sup>	r <sub>s</sub> = -0.328	0.063 <sup>b</sup>	r <sub>s</sub> = -0.335	0.057 <sup>b</sup>
ABTÖ Denetleme	r <sub>s</sub> = 0.015	0.934 <sup>b</sup>	r <sub>s</sub> = 0.252	0.157 <sup>b</sup>	r <sub>s</sub> = 0.164	0.361 <sup>b</sup>	r <sub>s</sub> = 0.016	0.928 <sup>b</sup>

Değişkenler arasındaki ilişkiler şu yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir: <sup>a</sup>Pearson Korelasyon, <sup>b</sup>Spearman Sıra Korelasyonları. \*p<0,05, \*\* p<0,01 anlamlı düzeyini göstermektedir. **ÇATÖ:** Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği **SKB:** Sosyal kaygı bozukluğu **Rosenberg:** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği **ABTÖ:** Anne-Baba Tutum Ölçeği

Aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumları açısından ebeveynlerin doldurduğu PARI incelendiğinde, PARI alt boyut puanları ile belirti süresi, ÇATÖ toplam ve ÇATÖ-SKB puanları ile Rosenberg Benlik Saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir korelasyon gözlenmemiştir (tüm  $p>0,05$ ) (Tablo 4.23.).

**Tablo 4.23.** PARI Puanları ile Belirti Süresi, ÇATÖ ve Benlik Saygısı Puanları Arasındaki Korelasyonlar

	Belirti Süresi		ÇATÖ Toplam Puan		ÇATÖ SKB Puanı		Rosenberg Puanı	
	Korelasyon	p-değeri	Korelasyon	p-değeri	Korelasyon	p-değeri	Korelasyon	p-değeri
<b>PARI- Aşırı Annelik Boyutu Puanı</b>	$r = 0.010$	$0.954^a$	$r = -0.056$	$0.757^a$	$r = -0.076$	$0.673^a$	$r_s = -0.066$	$0.716^b$
<b>PARI- Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma Boyutu</b>	$r_s = -0.108$	$0.543^b$	$r_s = -0.017$	$0.925^b$	$r_s = -0.164$	$0.361^b$	$r_s = 0.057$	$0.754^b$
<b>PARI- Ev Kadınlığını Reddetme Boyutu</b>	$r = 0.096$	$0.590^a$	$r = 0.126$	$0.484^a$	$r = 0.182$	$0.311^a$	$r_s = 0.014$	$0.938^b$
<b>PARI- Karı-Koca Geçimsizliği Boyutu</b>	$r = -0.167$	$0.347^a$	$r = 0.055$	$0.762^a$	$r = 0.013$	$0.943^a$	$r_s = 0.085$	$0.640^b$
<b>PARI- Baskı ve Disiplin Boyutu</b>	$r = 0.293$	$0.093^a$	$r = -0.069$	$0.703^a$	$r = 0.106$	$0.556^a$	$r_s = -0.203$	$0.256^b$

Değişkenler arasındaki ilişkiler şu yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir: <sup>a</sup> Pearson Korelasyon, <sup>b</sup> Spearman Sıra Korelasyonları. \* $p<0,05$ , \*\*  $p<0,01$  anlamlı düzeyini göstermektedir. **ÇATÖ:** Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği **SKB:** Sosyal kaygı bozukluğu **Rosenberg:** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği **PARI:** Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği

#### 4.8. Çocuk ve Ebeveyn Mükemmeliyetçilik Puanları Arasındaki İlişkiler

Çocuk ve ebeveyn mükemmeliyetçilik özellikleri arasındaki ilişkiler, CAPS ve ÇBMÖ-H puanları üzerinden Pearson korelasyon analizleri ile değerlendirilmiştir. Öncelikle, çocuk mükemmeliyetçiliği alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, CAPS Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik ile CAPS Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik puanları arasında güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (Pearson,  $r=0,689$ ;  $p<0,001$ ). Başka bir deyişle, ergenin doldurduğu CAPS'in iki temel bileşeni olan Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik (KYM) ile Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik (SOD) puanlarının birlikte artma eğiliminde olduğu görülmüştür. Pearson korelasyon katsayısının  $r=0,689$  olması, bu iki boyut arasında güçlü düzeyde pozitif bir ilişki bulunduğunu göstermektedir; buna göre, çocuk kendine yönelik yüksek standartlar belirledikçe, başkalarının ondan beklentilerine ilişkin algıladığı baskı da aynı yönde artmaktadır (*Tablo 4.24.*).

Ebeveyn mükemmeliyetçiliği alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, ÇBMÖ-H Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik ve ÇBMÖ-H Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik puanları arasında orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (Pearson,  $r=0,446$ ;  $p=0,008$ ). Başka bir deyişle, ebeveynin doldurduğu ÇBMÖ-H'nin bu iki alt boyutu arasında Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik (KYM) ile Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik (SOD) puanlarının birlikte artma eğiliminde olduğu görülmüştür. Buna göre, ebeveynin kendi içsel standartları yükseldikçe, aynı zamanda toplumun ya da çevrenin kendisinden beklentilerine ilişkin algısının da arttığını göstermektedir. Başka bir deyişle, ebeveynin “kendine yönelik yüksek talepleri” ile “dış dünyanın ondan kusursuzluk beklediği inancı” birlikte artma eğilimindedir (*Tablo 4.24.*).

ÇBMÖ-H Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik ve ÇBMÖ-H Başkalarına yönelik Mükemmeliyetçilik puanları arasında orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (Pearson,  $r=0,349$ ;  $p=0,043$ ). Başka bir deyişle, ebeveynin doldurduğu ÇBMÖ-H'nin iki temel bileşeni olan Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik (KYM) ile Başkalarına yönelik Mükemmeliyetçilik (BYM) puanlarının birlikte artma eğiliminde olduğu görülmüştür. Buna göre, ebeveyn kendine yönelik yüksek standartlar belirledikçe, ebeveynin başkalarına yönelik beklentileri de aynı yönde artmaktadır. Bunlara

karşın, ebeveynin Başkalarına Yönelik (ÇBMÖ-H BYM) ve Sosyal Olarak Dayatılan (ÇBMÖ-H SOD) mükemmeliyetçilik alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p=0,548$ ) (*Tablo 4.24.*).

Çocuk mükemmeliyetçiliği ve ebeveyn mükemmeliyetçiliği arasındaki ilişkiler incelendiğinde, CAPS toplam ve alt boyut puanları, ebeveynin Başkalarına Yönelik Mükemmeliyetçilik (ÇBMÖ-H BYM) puanı ile düşük-orta düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler göstermiştir (CAPS Toplam-ÇBMÖ-H BYM:  $r=0,432$ ,  $p=0,012$ ; CAPS Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik-ÇBMÖ-H BYM:  $r=0,395$ ,  $p=0,023$ ; CAPS Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik-ÇBMÖ-H BYM:  $r=0,400$ ,  $p=0,021$ ). Buna göre, ebeveynin başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik düzeyi arttıkça, çocuğun hem toplam mükemmeliyetçilik puanlarının hem de kendine yönelik ve sosyal olarak dayatılan mükemmeliyetçilik puanlarının da yükselme eğiliminde olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle, çocuğundan yüksek standartlar bekleyen veya çevresine daha talepkâr yaklaşan ebeveynlerin çocuklarında mükemmeliyetçiliğin her iki boyutu da daha yüksek olma eğilimindedir (*Tablo 4.24.*).

Bunlara karşın, ebeveynin Kendine Yönelik (ÇBMÖ-H KYM) ve Sosyal Olarak Dayatılan (ÇBMÖ-H SOD) mükemmeliyetçilik alt boyutları ile çocuk mükemmeliyetçilik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (tüm  $p>0,10$ ). Buna göre, ebeveynin toplumun kendisinden mükemmeliyet beklediği algısı çocukların mükemmeliyetçiliğiyle ilişkili bulunmamıştır ve ebeveynin kendine yönelik mükemmeliyetçiliği de, çocuğun mükemmeliyetçilik puanlarıyla ilişkili bulunmamıştır.

Sonuç olarak, ebeveyn mükemmeliyetçiliğinin çocuk üzerindeki etkisi ise sınırlı ve seçici görünmektedir. Özellikle ebeveynin başkalarına yönelik mükemmeliyetçiliği, çocuk mükemmeliyetçiliğinin hem kendine yönelik hem sosyal dayatılan boyutlarıyla ilişkili bulunmuştur. Buna karşılık ebeveynin kendine yönelik veya toplumsal beklenti algısına ilişkin mükemmeliyetçilik boyutları çocuk üzerinde belirgin bir etki göstermiyor olabileceği düşünülmüştür. Ancak bu ilişkilerin yönü ve nedenselliğine dair çıkarım yapılamamaktadır (*Tablo 4.24.*).

**Tablo 4.24.** Çocuk ve Ebeveyn Mükemmeliyetçilik Puanları Arasındaki Korelasyonlar

Değişkenler	CAPS Toplam		CAPS KYM		CAPS SOD		ÇBMÖ-H KYM		ÇBMÖ-H BYM		ÇBMÖ-H SOD		ÇBMÖ-H Toplam	
	Korelasyon (r)	p-değeri	Korelasyon (r)	p-değeri	Korelasyon (r)	p-değeri	Korelasyon (r)	p-değeri	Korelasyon (r)	p-değeri	Korelasyon (r)	p-değeri	Korelasyon (r)	p-değeri
<b>CAPS Toplam</b>			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>CAPS KYM</b>	<b>0,905</b>	<b>&lt;0,001**</b>			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>CAPS SOD</b>	<b>0,932</b>	<b>&lt;0,001**</b>	<b>0,689</b>	<b>&lt;0,001**</b>			-	-	-	-	-	-	-	-
<b>ÇBMÖ-H KYM</b>	0,208	0,246	0,257	0,149	0,135	0,453			-	-	-	-	-	-
<b>ÇBMÖ-H BYM</b>	<b>0,432</b>	<b>0,012*</b>	<b>0,395</b>	<b>0,023*</b>	<b>0,400</b>	<b>0,021*</b>	<b>0,349</b>	<b>0,043*</b>			-	-	-	-
<b>ÇBMÖ-H SOD</b>	0,004	0,982	0,059	0,745	-0,043	0,813	<b>0,446</b>	<b>0,008*</b>	0,107	0,548			-	-
<b>ÇBMÖ-H Toplam</b>	0,244	0,170	0,287	0,106	0,172	0,338	<b>0,871</b>	<b>&lt;0,001**</b>	<b>0,546</b>	<b>&lt;0,001**</b>	<b>0,749</b>	<b>&lt;0,001**</b>		

Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. \*p<0,05, \*\* p<0,01 anlamlı düzeyini göstermektedir. **CAPS:** Çocuk ve Ergen Mükemmeliyetçilik Ölçeği **ÇBMÖ-H:** Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği – Hewitt **CAPS KYM:** CAPS Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik, **CAPS SOD:** CAPS Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik, **ÇBMÖ-H KYM:** ÇBMÖ-H Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik, **ÇBMÖ-H BYM:** ÇBMÖ-H Başkalarına Yönelik Mükemmeliyetçilik, **ÇBMÖ-H SOD:** ÇBMÖ-H Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik

#### 4.9. Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişkiler

Bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman sıra korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. ÇATÖ toplam puanı ile belirti süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (*Tablo 4.25.*).

ÇATÖ-SKB puanı, belirti süresi ( $r_s=0,351$ ;  $p=0,045$ ) ile düşük düzeyde, ÇATÖ toplam puanı ( $r_s=0,681$ ;  $p<0,001$ ) ile güçlü düzeyde pozitif korelasyon göstermiştir. Bu desen, bir yandan SK belirtilerinin daha uzun devam ettiği olgularda sosyal kaygı belirtilerinin belirgin biçimde arttığını, diğer yandan ÇATÖ'nün sosyal kaygı alt boyutunun, toplam kaygı yükü ile yakından paralel seyrettiğini düşündürmektedir (*Tablo 4.25.*).

Rosenberg Benlik Saygısı puanı ile belirti süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Dolayısıyla, SK'ye özgü belirtilerin daha uzun sürdüğü olgularda benlik saygısının sistematik olarak artma ya da azalmasına dair bir örüntü gözlenmemektedir. Rosenberg Benlik Saygısı puanı, ÇATÖ toplam ( $r_s=0,589$ ;  $p=0,002$ ) ve ÇATÖ-SKB ( $r_s=0,512$ ;  $p=0,002$ ) puanlarıyla güçlü düzeyde pozitif ilişkili bulunmuştur. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinde daha yüksek puanın daha düşük benlik saygısını yansıtması nedeniyle, bu bulgu kaygı düzeyi arttıkça (toplam ve SKB) benlik saygısının da istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü düzeyde azalma eğiliminde olduğunu göstermektedir (*Tablo 4.25.*).

K-SADS-PL'ye göre belirlenen SK grupları ile belirti süresi, ÇATÖ toplam ve ÇATÖ-SKB puanları ile Rosenberg Benlik Saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (tüm  $p>0,05$ ). Bu bulgu, ergenlik döneminde K-SADS-PL'ye göre belirlenen SK belirtilerinin şiddetinin, SK'ye özgü belirtilerin ne kadar sürdüğü, ergenin kaygı düzeyi ya da benlik saygısı düzeyi ile paralel bir biçimde artıp azalmadığını; diğer bir deyişle bu değişkenler arasında tutarlı bir doğrusal ilişki örüntüsü gözlenmediğini düşündürmektedir (*Tablo 4.25.*).

**Tablo 4.25.** Bağımlı Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar

	Belirti Süresi		ÇATÖ Toplam Puan		ÇATÖ SKB Puanı		Rosenberg Puanı		K-SADS-PL SK	
	Korelasyon (r <sub>s</sub> )	p-değeri	Korelasyon (r <sub>s</sub> )	p-değeri	Korelasyon (r <sub>s</sub> )	p-değeri	Korelasyon (r <sub>s</sub> )	p-değeri	Korelasyon (r <sub>s</sub> )	p-değeri
<b>Belirti Süresi</b>			-	-	-	-	-	-	-	-
<b>ÇATÖ Toplam</b>	0,086	0,633			-	-	-	-	-	-
<b>ÇATÖ SKB Puanı</b>	<b>0,351</b>	<b>0,045*</b>	<b>0,681</b>	<b>&lt;0,001**</b>			-	-	-	-
<b>Rosenberg Puanı</b>	-0.089	0,621	<b>0.589</b>	<b>0.002**</b>	<b>0.512</b>	<b>0.002**</b>			-	-
<b>K-SADS-PL SK</b>	0,194	0,264	0,038	0,832	0,112	0,533	-0,210	0,24		

Not: K-SADS-PL SK ve K-SADS-PL SKB ordinal değişkenlerdir. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman sıra korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. \*p<0,05, \*\*p<0,01 anlamlı düzeyini göstermektedir. **ÇATÖ:** Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği **SK:** Seçici konuşmazlık **SKB:** Sosyal kaygı bozukluğu **Rosenberg:** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği **K-SADS-PL:** Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli

#### 4.10. Ergenlikte SK Belirtilerinin Yordayıcıları (İkili Lojistik Regresyon)

Ergenlik döneminde seçici konuşmazlık belirtilerinin varlığını (0=belirti yok, 1=eşik altı/tanı) yordayan etmenleri incelemek amacıyla ikili lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Aday yordayıcılar tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişken (CAPS Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik; CAPS-KYM) ile literatürde SK seyriyle ilişkili olabileceği düşünülen değişkenler (CAPS Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik; CAPS-SOD ve yaş) arasından seçilerek klinik önemleri göz önünde bulundurularak modele dahil edilmiştir.

Model genel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=16,024$ ,  $p=0,001$ ; Nagelkerke  $R^2=0,514$ ). Modelde CAPS Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik değişkeninin yordayıcı etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $B= -0,402$ ,  $p=0,007$ ,  $OR=0,669$ , %95  $GA=0,500-0,895$ ). Buna göre CAPS kendine yönelik mükemmeliyetçilik puanının artması ile ergenlikte seçici konuşmazlık belirtilerinin saptanma olasılığı arasında ters yönde bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır ( $OR<1$ ). Diğer bir deyişle, CAPS Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik puanındaki her 1 puan artış, ergenlikte K-SADS-PL değerlendirmesine göre seçici konuşmazlık belirtisi saptanma olasılığını yaklaşık %33 oranında azaltmaktadır ( $B= -0,402$ ,  $p=0,007$ ,  $OR=0,669$ , %95  $GA=0,500-0,895$ ).

Sosyal olarak dayatılan mükemmeliyetçilik değişkeni ve ergenlikteki SK belirtisi saptanma olasılığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,058$ ). Yaş değişkeni modele anlamlı katkı sağlamamıştır ( $p=0,421$ ). Modelin sınıflandırma doğruluğu %78,8'dir (*Tablo 4.26*).

**Tablo 4.26.** Ergenlikte SK Belirtilerinin Yordayıcıları: İkili Lojistik Regresyon Analizi

	Yordayıcı Değişken	B	p-değeri	OR = Exp(B)	95% GA (OR)
Model	Yaş	0.223	0.421	1.250	0.726–2.149
	CAPS SOD	0.168	0.058	1.183	0.994–1.406
	CAPS KYM	<b>-0.402</b>	<b>0.007**</b>	<b>0.669</b>	<b>0.500–0.895</b>
	Sabit	3.271	0.457	26.349	—
	<b>Omnibus <math>\chi^2(3) = 16.024, p = 0.001^{**}</math>, Nagelkerke <math>R^2=0,514</math></b>				

\*p<0,05, \*\* p<0,01 anlamlı düzeyini göstermektedir. **B:** Standardize Olmayan Regresyon Katsayısı **S.E.:** Standart hata **Exp (B):** Odds Ratio **GA:** Güven Aralığı **R:** Çoklu Korelasyon Katsayısı **R<sup>2</sup>:** Çoklu Açıklayıcılık Katsayısı **OR:** Göreceli Olasılıklar Oranı (Odds ratio) **CAPS:** Çocuk ve Ergen Mükemmeliyetçilik Ölçeği **CAPS KYM:** CAPS Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik, **CAPS SOD:** CAPS Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik **K-SADS-PL:** Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli

Regresyon analizleri, birden fazla değişkenin aynı anda modele dahil edilmesiyle her bir değişkenin diğer değişkenler sabit tutulduğunda bağımlı değişken üzerindeki bağımsız etkisini incelemeyi sağlar. Bu nedenle elde edilen bulgular, yaş ve sosyal olarak dayatılan mükemmeliyetçilik düzeyi kontrol edildiğinde de CAPS Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik puanının ergenlikte SK belirtilerinin varlığı ile ters yönlü bağımsız ilişki gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte tüm bulgular ilişki düzeyindedir ve nedensel çıkarım yapılamaz.

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Genel Değerlendirme

Bu çalışmada, çocukluk döneminde Seçici Konuşmazlık (SK) tanısı almış bireylerin ergenlikteki psikiyatrik durumları, kaygı düzeyleri ve bunların psikososyal belirleyicilerle (benlik saygısı, mükemmeliyetçilik, ebeveynlik tutumları) ilişkileri incelenmiştir. Bulgular, SK'nin erken çocuklukta başlayıp kendiliğinden kaybolan basit bir iletişim sorunu olmadığını; ergenlik döneminde de klinik açıdan anlamlı etkilerle seyredebileceğini düşündürmektedir. rneklemede ergenlerin çok büyük bir bölümü en az bir psikiyatrik tanı taşımakta (%94,4), yaklaşık yarısı izlem altında bulunmakta ve üçte biri farmakoterapi kullanmaktadır. Bu oranlar birlikte ele alındığında, SK öyküsünün ergenlikte de duygusal, bilişsel ve sosyal alanlarda klinik yk oluşturabildiği anlaşılmaktadır.

Seçici konuşmazlık (SK) seyrine ilişkin olarak, ergenlerin küçük bir bölümünde SK için tam tanı düzeyinde belirtiler sürerken (%16,7), kayda değer bir alt grupta (%27,8) SK'ye özgü kabul edilebilecek, eşik altı düzeyde konuşma kısıtlılığı, içe kapanma ve değerlendirildikleri sosyal durumlarda sözel ketlenme gibi belirtiler devam etmektedir. Bu durum, tanı düzeyindeki sessizliğin zamanla azalabildiğini; ancak sosyal etkileşim ve performans baskısı altında ortaya çıkan çekinme ve kaçınma eğilimlerinin ergenlikte de klinik olarak anlamlı düzeyde devam edebildiğini düşündürmektedir. Nitekim bu örneklemede sosyal kaygı bozukluğu oranı yüksektir (%36,1) ve buna ek olarak eşik altı sosyal kaygı belirtilerinin de yaygın olduğu görülmektedir (%38,9). Birlikte değerlendirildiğinde, SK ile sosyal kaygı arasında gelişimsel bir süreklilik hattı olabileceği; sessizliğin azalmasına karşın değerlendirilmeye ilişkin bilişsel-duygusal yükünün devam edebildiği düşünülebilir.

rneklememizde eşlik eden nörogelişimsel bozukluk oranları dikkat çekicidir. DEHB (%55,6) ve özgül öğrenme bozukluğu (%41,7) gibi nörogelişimsel özellikler, bu grupta yalnızca sosyal kaygının değil aynı zamanda dikkat, yürütücü işlev ve akademik beceri alanlarının da büyük oranda etkilenebildiğini ve SK'nin tek eksenli bir kaygı bozukluğu gibi ele alınmasının klinik değerlendirmeyi yetersiz kılacağını düşündürmektedir. SK öyküsünün birçok olguda hem kaygı belirtileriyle hem de

nörogelişimsel güçlüklerle birlikte seyrettiği ve dolayısıyla işlevselliği (okula devam, akademik performans, akran ilişkileri, sosyal özerklik) çok boyutlu olarak etkileyebildiği izlenimi oluşturmaktadır.

Benlik saygısı ortalamada korunmuş görünse de, bu grupta yüksek kaygı düzeyinin benlik saygısında düşüşle ilişkili olduğu gözlenmiştir. Benzer biçimde, ergen bildirimlerindeki mükemmeliyetçiliğin iki boyutu ve ebeveynlerin başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik eğilimlerinin ergende kaygı düzeyinde artış ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ebeveyn mükemmeliyetçiliği ve ebeveynlik tutumları ile ergenlikte SK belirtilerinin devam etmesi arasında anlamlı bir ilişki izlenmemiştir.

Genel olarak SK; çocuklukta başlayan ve ergenlikte de psikososyal işlevsellikte aksamayla ilişkili olabilen, yüksek eş tanı yükü, dikkat/yürütücü işlev ve akademik alanlarda zorluklar, belirgin sosyal kaygı ve kimi bireylerde kırılğan benlik saygısı ile seyreden heterojen bir tablodur. Aşağıda bu bulgular, çalışmanın önceden tanımlanmış hipotezleri ve güncel alan yazın ışığında ayrıntılı biçimde tartışılacaktır.

## 5.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızın örneklemini %66,7'si kız, %33,3'ü erkek olan 36 ergenden oluşturmaktadır. Bu oran (2:1), literatürde SK'nin kızlarda erkeklere göre daha sık görüldüğünü bildiren bulgularla tutarlıdır. Toplum temelli çalışmalarda kızlarda görülme oranının erkeklere kıyasla yaklaşık 1,3- 2,6 kat fazla olduğu bildirilmiştir. (14, 156). Dolayısıyla, çalışmamızdaki cinsiyet dağılımı hem önceki epidemiyolojik verilerle hem de klinik serilerde bildirilenle uyumludur.

Çalışmamızda akraba evliliği oranı %33,3 olarak bulunmuştur; bu oran Türkiye'de rapor edilen genel popülasyon oranlarının (%16-24) üzerindedir (157, 158). Bu durum, örneklemin biyolojik yakınlıkların ve çevresel faktörlerin bir arada olduğu bir grubu temsil edebileceğini düşündürmektedir. Literatürde akraba evliliğinin nörogelişimsel ve psikiyatrik bozukluklar açısından risk oluşturabileceği; genetik çeşitliliğin azalması ile kaygı, konuşma ve öğrenme güçlüklerine yakınlığa neden olabileceği bildirilmiştir (159, 160). Bulgularımız, SK gibi erken başlangıçlı ve heterojen bir bozuklukta genetik yakınlık ile çevresel stresörlerin etkileşiminin,

özellikle davranışsal inhibisyon gibi mizaç özelliklerinin aile içinde kümelenmesinde etkin olabileceğini düşündürmektedir.

### **5.3. Katılımcıların Özgeçmiş Özelliklerinin Değerlendirilmesi**

Çalışmamızda ebeveyn öz bildirimine göre prenatal stresli yaşam olayı öyküsü %41,7'dur; bu oran, erken gelişimsel risklere duyarlılığın arttığını düşündürür. Prenatal stresin fetal dönemde hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenini duyarlılığını artırarak stres yanıtını, davranışsal inhibisyonu ve kaygı bozukluklarına yatkınlığı güçlendirdiği; ayrıca ebeveynlik tutumları ve aile içi duygusal iklim üzerinden dolaylı etkiler yaratabileceği gösterilmiştir (161, 162).

Katılımcıların yürüme, ilk kelime ve ilk cümle üretim yaşlarının ortancaları tipik normlarla uyumludur; ancak bireysel farklılıklar belirgindir ve örneklemin yaklaşık %25'inde dil gelişimi gecikmiştir (ilk cümle yaşı  $\geq 30$ . ay). Literatür, SK'li çocuklarda dil gecikmeleri, artikülasyon sorunları ve ince motor güçlüklerinin daha sık bildirildiğini desteklemektedir (30, 163). Bu profil, bazı çocuklarda sessizliğin altında "sözel performansın yetersiz olacağı" korkusunun bulunabileceğini; yani konuşmama davranışının çocuğun sosyal kaygısını düzenleme stratejisi olabileceğini düşündürmektedir.

### **5.4. Katılımcıların Soygeçmiş Özelliklerinin Değerlendirilmesi**

Örnekleme kardeşlerde %47,2, ebeveynlerde %55,6 ve geniş ailede %88,9 oranında psikiyatrik hastalık öyküsü saptanmış; aile öyküsünde en sık bildirilen tanıların seçici konuşmazlık (%41,7) ve sosyal kaygı bozukluğu (%41,7) olduğu görülmüştür. Black ve Uhde (1995), SK'li çocukların %37'sinde birinci derece akrabalarında da SK öyküsü bulunduğunu bildirmiştir (10); ayrıca aile öyküsünde kaygı bozukluklarının daha yüksek oranlarda görüldüğü de raporlanmıştır (26, 57). Literatürde, özellikle sosyal anksiyete ve depresyon başta olmak üzere ebeveyn psikopatolojisinin, çocuklardaki SK için hem görülme riski hem de semptom şiddeti açısından önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (164, 165). Özellikle anksiyete ve depresyonu da içeren baba psikopatolojisinin, SK'li çocukların ailelerinde kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek

olduğu; anne psikopatolojisinin ise çocuğun duygusal ve davranışsal sorunlarının şiddetiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (165). Bizim örneklemimizdeki yüksek SK-SKB ve diğer kaygı bozukluğu oranları, ailelerde kaygı spektrumu ile ilişkili belirgin bir psikiyatrik yük bulunduğuna işaret etmektedir. SK'nin gelişiminde genetik yatkınlık ile paylaşılan çevresel koşulların (model alma, ebeveynlik stilleri, aile içi duygu düzenleme örüntüleri vb.) etkileşimiyle oluşan ailevi bir duyarlılığın rol oynadığı düşünülebilir.

### **5.5. Seçici Konuşmazlığın Başlangıç ve Seyir Özelliklerinin Değerlendirilmesi**

Bu çalışmada SK şikâyetlerinin başlama yaşı ortanca 4,0 yıldır ve bu değer, SK'nin erken çocuklukta başladığını bildiren literatürle ( $\approx 2,7-4,1$  yıl) uyumludur (6-11). Tanı yaşı ortancası 6,5 yıl; şikâyetlerin başlangıcı ile tanı konulması arasındaki farkının ortancası 2,0 yıl [1,0-4,1] olarak hesaplanmıştır. Tanının çoğunlukla okul döneminde öğretmen gözlemleriyle netleşmesi bu gecikmeyi kısmen açıklasa da, bu durum klinik açıdan anlamlıdır. Literatür erken müdahale geciktikçe sessizliğin kaçınmayı pekiştiren öğrenilmiş bir davranış olarak yerleştiğini ve uzun vadede sosyal kaçınma döngüsünü sürdürebildiğini göstermektedir (6, 20).

Katılımcıların %27,8'inde erken çocuklukta travmatik yaşam olayı (yakın kaybı, trafik kazası, istismar vb.) bildirilmiştir. Bu gözlem, bazı vakalarda SK'nin çevresel tetikleyiciler sonrası ortaya çıkabildiğine dair literatürle uyumludur (9) ve etiolojide tek bir yol yerine birden fazla patika (kaygı temelli, dil/gelişim temelli, çevresel stresörlerle ilişkili vb.) olabileceği görüşünü destekler (60). Bulgular, SK'nin yalnızca içsel kaygıyla açıklanamayacağını; stresörlerin, çocuğun mevcut nörogelişimsel/mizaçsal kırılabilirliği ile etkileşerek “konuşmama” davranışını tetikleyebileceğini düşündürür. Ancak, çalışmanın kesitsel tasarım nedeniyle nedensellik kurulamaz.

Katılımcıların %80,6'sının SK tedavisinde farmakoterapi kullandığı ve en sık reçete edilen ilacın fluoksetin olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, SK'de seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) sık tercih edildiğini bildiren literatürle uyumludur (8, 166). Ortalama 11 aylık tedavi süresi, SK'nin kısa sürede kendiliğinden düzelen bir

tablo olmaktan ziyade, uzun süreli izlem ve müdahale gerektiren bir bozukluk olduğunu düşündürmektedir.

Ailelerin yalnızca üçte birinin tedaviye “tam yanıt” bildirmesi, mevcut uygulamalarda yararın sınırlı veya değişken algılandığına işaret etmektedir. Farmakoterapi kullanımının ve ilaç dışı terapilerin (oyun terapisi ve/veya DKT) etkililiğine ilişkin daha kesin sonuçlara ulaşılabilmesi için geniş örneklemle, kontrol gruplu ve uzunlamasına tasarımlarla yürütülecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda K-SADS-PL ve elektronik hasta kayıtlarına göre geçmişte SK'ye eşlik eden psikiyatrik tanı oranı %91,7'dir, en sık eş tanılar ise DEHB (%50) ve ÖÖB (%41,7)'dir. Literatürde SK'nin sosyal kaygı bozukluğu, gelişimsel gecikmeler, dil/konuşma güçlükleri ve OSB ile birlikte görülebildiği (55) ve nörogelişimsel özellikler ile dil/bilişsel süreçlerin kesişiminde yer alan heterojen bir klinik tablo olduğu vurgulanmaktadır (9, 35, 37, 55, 58-60). Bizim örneklemimizdeki nörogelişimsel bozukluk/tanı sıklığı da, SK'nin tek eksenli bir kaygı bozukluğu olarak değerlendirilemeyeceğini; aksine kaygı süreçleri ile nörogelişimsel ve dil/bilişsel özelliklerin etkileşimi içinde şekillenen çok boyutlu bir örüntü olabileceğini düşündürmektedir.

İşlevsellik boyutunda da belirgin etkiler gözlenmiştir. Katılımcıların %44,4'ünde okul reddi (gitmek istememe, zorlanma) ve %13,8'inde okul devamsızlığı öyküsü mevcuttur; ayrıca birçok ergen akademik başarısını düşük ve akran ilişkilerini sorunlu olarak bildirmiştir. Cunningham ve ark. (2004), SK'li çocukların objektif akademik testlerde akranlarına benzer performans gösterdiğini, fakat öğretmen gözlemlerinde daha düşük sosyal girişkenlik ve sınıf içi katılım sergilediklerini bildirmiştir (11). Benzer biçimde Bergman ve ark. (2002), okul temelli örneklemde öğretmenlerin SK'li çocukları akademik olarak düşük değerlendirdiğini ve bunun bilişsel kapasite yetersizliğinden değil, konuşmamanın sınıf içi performansı sınırlamasından kaynaklandığını vurgulamıştır (32). Shumka ve ark. (2019) ise çocuklukta SK tanısı alan bireylerin önemli bir bölümünde 10 yıl ve sonrasında dahi sosyal kaygı/çekingenlik belirtilerinin sürdüğünü; akademik kapasiteleri korunmuş olsa da sosyal ve mesleki işlevsellikte kalıcı sınırlılıklar yaşandığını göstermiştir (63). Bu durum, SK'nin yalnızca konuşma davranışını değil; okula devamı, sınıf içi katılımı,

öğretmenden yardım isteme davranışını, akran ilişkilerini ve okulda görünür olabilme kapasitesini de etkilediğini düşündürmektedir. Örneklemimizdeki akademik güçlüklerin yalnızca sosyal kaçınma ve performans kaygısından kaynaklanmadığı; eşlik eden ÖÖB ve DEHB'nin de okul başarısını olumsuz etkileyebileceği dikkate alınmalıdır.

Ebeveyn bildirimine göre SK'nin devam ettiği yaşın ortancası 10,0 [7,9–12,3] yıl, SK belirtilerinin ortalama süresi  $6,0 \pm 2,0$  yıldır. Bu bulgu, birçok olguda belirtilerin yalnızca okul başlangıcıyla sınırlı kalmayıp ilkokul yılları boyunca sürdüğünü düşündürmektedir. Literatür, erken tanı ve müdahalenin hem semptomların süresini kısaltmada hem de sosyalleşme ve öğrenme güçlükleri gibi uzun dönemli komplikasyonları azaltmada kritik olduğunu vurgulamaktadır (5, 167). Tedaviye erişilemediğinde veya müdahaleler geciktiğinde SK belirtilerinin yıllarca sürebildiği ve belirgin akademik ile sosyal sonuçlara yol açabildiği; buna karşılık olguların önemli bir kısmında ergenliğe doğru kısmi ya da tam iyileşme izlense bile anksiyete bozukluklarının ileri yaşlarda da devam edebildiği bildirilmektedir (5, 168, 169). Vaka bildirimleri ise bazı bireylerde SK benzeri semptomların ergenlik ve yetişkinlik dönemine kadar uzayabildiğini, dolayısıyla seyrin oldukça değişken olabileceğini göstermektedir (169).

SK'nin ergenlikteki görünümünün heterojen bir tablo oluşturduğu gözlenmiştir. **Çalışmanın hipotezlerinden biri, “Geçmişte seçici konuşmazlık tanısı alan çocukların çoğunun ergenlik döneminde tanı kriterlerini tam olarak karşılamayacağı ancak çeşitli seçici konuşmazlık belirtileri eşik altı düzeyde devam edecektir” şeklindeydi ve bulgular bu hipotezi desteklemiştir.** K-SADS-PL değerlendirmesinde yalnızca altı ergen (%16,7) halen SK için tam tanı ölçütlerini karşılamış; buna karşılık 10 ergende (%27,8) SK'ye özgü kabul edilebilecek ancak tam tanı düzeyine ulaşmayan eşik altı belirtiler (sosyal ortamlarda konuşma başlatmada güçlük, sosyal ortamlardan kaçınma, otorite karşısında ketlenme vb.) saptanmıştır. Yani konuşmanın tamamen ketlendiği tablo çoğu katılımcıda gerilese de, belirgin bir alt grupta SK'ye özgü kaçınma örüntüleri ergenlikte de sürmektedir. Bu durum, önceki uzun dönem izlem çalışmalarında da tanımlanan örüntüyle uyumludur: SK semptomları zamanla hafiflese bile sosyal kaçınma, iletişimsel kısıtlılık ve

ketlenme ergenlik ve hatta erişkinlik dönemine kadar devam edebilmektedir (5, 39, 40, 84); nitekim Oerbeck ve ark. (2018) çalışmasında SK öyküsü bulunan çocukların %70'inin artık tanı ölçütlerini karşılamadığı, ancak sosyal ortamlarda belirgin kaçınma davranışlarının sürdüğü bildirilmiştir (84).

Bu tablo, SK'nin ergenlik döneminde de iletişim, akademik performans ve sosyal işlevsellik alanlarında güçlüklerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızdaki akademik güçlüklerin yalnızca sosyal kaçınma ve performans kaygısıyla açıklanamayacağı; eşlik eden nörogelişimsel bozuklukların da akademik performansı anlamlı şekilde etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

### **5.6. Ergenlikteki Ek Psikiyatrik Tanılar, Kaygı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Değerlendirilmesi**

Ergenlik dönemindeki katılımcıların yaklaşık yarısının (%47,2) halen çocuk ve ergen psikiyatrisi izleminde olması ve üçte birinden fazlasının (%33,3) psikiyatrik ilaç kullanmaya devam etmesi, çocuklukta SK tanısı almanın uzun vadede de psikiyatrik destek gerektiren bir klinik tabloya işaret ettiğini göstermektedir. K-SADS-PL değerlendirmesine göre katılımcıların %94,4'ü ergenlikte en az bir psikiyatrik tanı almış, yalnızca iki ergen (%5,6) herhangi bir tanı almamıştır. Bu bulgu, **SK öyküsü olan ergenlerde psikopatoloji yükünün yüksek olacağı yönündeki hipotezi desteklemekte** ve literatürde SK'li çocuklarda bildirilen yüksek eş tanı oranlarıyla uyumlu görünmektedir (3, 8, 26-29, 84). Tanı almayan 2 ergen dışında kalan 34 ergende (%94,4) en az bir tanı bildirilmiştir; birey başına bildirilen en yüksek tanı sayısı dördür.

Ergenlik döneminde en sık görülen tanılar dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB; n=20, %55,6), özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB; n=15, %41,7) ve sosyal kaygı bozukluğudur (SKB; n=13, %36,1). Bunun yanı sıra özgül fobi (n=6, %16,7), obsesif-kompulsif bozukluk (n=4, %11,4) ve ayrılık kaygısı bozukluğu (n=2, %5,6) gibi diğer tanılar da saptanmıştır. Genel ergen popülasyonunda sosyal kaygı bozukluğu prevalansının yaklaşık %8 civarında bildirildiği göz önüne alındığında (72), çalışmamızda hem tam tanı alan (%36,1) hem de eşik altı düzeyde SKB belirtileri gösteren (%38,9) ergenlerin oranlarının belirgin biçimde yüksek olması, SK ile sosyal

değerlendirilme korkusu arasındaki yakın ilişkiyi destekleyen önceki çalışmalarla uyumludur (3, 8, 26-29). Bununla birlikte sosyal kaygı tanısı almayan SK olgularının da bulunması, SK'nin heterojen yapısını ve sosyal fobiden bağımsız bazı özgül mekanizmaların (örn. iletişimsel ketlenme, ebeveyn kaygısı, dil gelişimi farklılıkları) de tabloda rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Bulgular, sosyal kaygı ve nörogelişimsel güçlüklerin (dikkat sorunları, öğrenme güçlüğü) SK'ye eşlik eden çekirdek bileşenler olabileceğini düşündürmektedir. Örneğimizde DEHB ve öğrenme güçlüğü oranlarının literatüre göre (ör. Oerbeck ve ark., 2018: DEHB  $\approx$  %20; (84)) daha yüksek olması, hastane temelli bir izlem grubundan kaynaklanan seçim etkisine bağlı olabilir. Literatürde SK çoğu zaman tek başına görülmediği; özellikle kaygı bozukluklarının en sık eş tanılar olduğu ve SK'li çocukların yaklaşık %80'inde en az bir ek kaygı bozukluğu bulunduğu, bunların başında sosyal kaygı bozukluğunun (~%69) geldiği, bunu özgül fobi, ayrılık kaygısı ve yaygın kaygı bozukluğunun izlediği bildirilmiştir (3). Çalışmamızdaki SKB tanı oranı (%36,1), bazı uzun dönem izlem çalışmalarında bildirilen %60-70 düzeylerinin altında olmakla birlikte (3, 28, 32), ülkemizden bildirilen klinik kesitsel veriler (13, 79, 156) ve Koskela ve ark.'nın (2023) sistematik derlemesindeki uzunlamasına bulgularla uyumludur (5). Dağılım, sosyal kaygının SK ile sık birlikteliğini gösterirken; bu birlikteliğin örneklem yaşı, kullanılan değerlendirme araçları (ör. K-SADS-PL, DSM-5 ölçütleri) ve izlem süresine göre değişkenlik gösterebileceğini düşündürmektedir. Türkiye'den bildirilen serilerde kaygı bozukluklarıyla birlikte DEHB, dil/konuşma güçlükleri ve öğrenme sorunlarının sık görülmesi (13, 79) de bizim sonuçlarımızla uyumludur ve bu farkın, kültürel normlar ile tanı yöntemlerindeki farklılıklarla ilişkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

SK ile OSB arasındaki ilişkiler (eş görülme, kardeşlerde artmış OSB riski vb.) kısmen ortak nörogelişimsel mekanizmalara işaret etmektedir (35-37). Bu bağlamda, örneklerimizdeki yüksek DEHB ve öğrenme güçlüğü oranları, SK'nin yalnızca sosyal kaygı temelli bir sorun değil; dikkat, yürütücü işlev, dil/öğrenme, sosyal biliş alanlarında kırılganlık içeren, çok boyutlu bir klinik profilin parçası olabileceğini düşündürmektedir.

ÇATÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiş olmakla birlikte (145), Türkiye için toplum temelli epidemiyolojik veriler bulunmadığı için ölçeğin klinik eşik değerleri orijinal çalışmalara dayandırılmaktadır. Bizim örneklemimizde ÇATÖ toplam puan ortalaması  $22,2 \pm 12,4$  olup,  $\geq 25$  puan eşiğini aşanların oranı %30,3'tür. Klinik eşik değerlerine göre en sık bildirilen kaygı alanları ayrılık kaygısı bozukluğu (%42,4), sosyal kaygı bozukluğu (%36,4), panik/somatik bozukluk (%36,4), okul fobisi (%33,3) ve yaygın kaygı bozukluğu (%18,2) olmuştur. Türkiye'de toplum temelli normların bulunmaması klinik eşik puanlarının yorumunu kısmen kısıtlasa da, oranların yüksekliği örneklemin kaygı bozukluklarına yatkınlığını desteklemektedir.

Bu çalışmanın **dördüncü hipotezi, seçici konuşmazlık (SK) öyküsü bulunan ergenlerde benlik saygısının düşük olacağı yönündeydi. Bulgular, bu hipotezi grup düzeyinde tam olarak desteklememiştir.** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği toplam puan ortancası 2,0 [1,0–4,0] olarak bulunmuştur. Puanların kategorik değerlendirmesinde ergenlerin %39,4'ü yüksek benlik saygısı düzeyinde, %51,5'i orta düzey benlik saygısında, yalnızca %9,1'i düşük benlik saygısı düzeyinde yer almıştır. Literatürde seçici konuşmazlıkta benlik saygısı daha önce doğrudan araştırılmamıştır. Bununla birlikte, SK'li çocukların öz saygının gelişimi için kritik öneme sahip olan eğitim sürecinde ve sosyal becerilerin kazanımında güçlükler yaşayabildiği; okul ortamında etkili iletişim kuramamanın izolasyon ve yetersizlik duygularına yol açarak öz saygıyı olumsuz etkileyebileceği bildirilmektedir (68, 170). Çalışmamızdaki dağılım ise, yüksek kaygı yükü ve yaygın eş tanıılara rağmen katılımcıların önemli bir kısmının kendine yönelik görece sağlıklı bir benlik değerlendirmesini sürdürdüğünü düşündürmektedir.

Sonuç olarak, SK yüksek eş tanı oranları, yoğun sosyal kaygı ve nörogelişimsel sorunlarla ergenlik dönemine kadar klinik olarak anlamlı bir yük taşımaktadır. Bu nedenle SK öyküsü olan çocukların ergenliğe geçişte yalnızca konuşma ekseninden değil; dikkat işlevleri, akademik performans, sosyal katılım, özgüven ve kaygı düzeyi açısından bütüncül olarak değerlendirilmesi ve multidisipliner, uzun dönemli izlem planlarına alınması gerektiği söylenebilir.

## **5.7. Ergenlikte Seçici Konuşmazlık Belirtisi Olan ve Olmayan Ergenlerin Değerlendirilmesi**

### **5.7.1. Klinik Değişkenlerin Değerlendirilmesi**

Bu bölümde sosyodemografik ve klinik değişkenlerin ergenlik dönemindeki SK belirtilerine göre oluşturulan gruplarla ilişkileri incelenmiştir.

Klinik verilerin K-SADS-PL grupları ile kategorik değişken analizlerinde, cinsiyet, ailede SK varlığı, ailede SKB varlığı, farmakoterapi kullanımı, ilaç dışı terapi alma durumu ve oyun terapisi alma durumu ile K-SADS-PL SK grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (tüm  $p > 0,05$ ).

Sadece ailede sosyal kaygı bozukluğu öyküsü bulunan olgularda, K-SADS-PL SK kategorileri açısından anlamlılık sınırında bir ilişki gözlenmiştir (ki-kare testi;  $\phi = 0,32$ ;  $p = 0,054$ ). Ailede sosyal kaygı bozukluğu öyküsü olan ergenlerde SK belirtileri daha sık görülme eğilimindedir. Bu bulgu, özellikle sosyal anksiyete ve depresyon başta olmak üzere ebeveyn psikopatolojisinin çocuklardaki SK için hem görülme riski hem de semptom şiddeti açısından önemli bir risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalarla uyumludur (164, 165).

K-SADS-PL sonuçlarına göre SK belirtisi olanlar ile olmayanlar arasında yaş açısından fark bulunmamıştır ( $p = 0,196$ ). Yaş faktörünün anlamlı çıkmaması, örneklemin 12-18 yaş aralığı gibi görece dar bir gelişimsel dönemi kapsamasına bağlanabilir.

K-SADS-PL SK gruplarına göre SK tanı yaşı, cümle üretimi yaşı ve farmakoterapi kullanım süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (tüm  $p > 0,05$ )

### **5.7.2. Benlik Saygısı Açısından Değerlendirilmesi**

K-SADS-PL'ye göre belirlenen SK grupları, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin kategorik değerlendirilmesi (yüksek-orta-düşük benlik saygısı düzeyleri) açısından karşılaştırıldığında, alt gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (tüm  $p > 0,05$ ). Benzer şekilde, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin

sürekli puanları kullanılarak yapılan analizde de SK gruplarının benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Bu iki bulgu birlikte ele alındığında, benlik saygısının ergenlik döneminde SK belirtilerinin varlığını ayırt eden bir değişken olmadığı görülmektedir.

### 5.7.3. Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmanın üçüncü hipotezi, SK semptomları daha belirgin olan ergenlerde mükemmeliyetçilik düzeylerinin daha yüksek olacağı yönündeydi; ancak bulgular bu hipotezi tam olarak desteklememiştir. K-SADS-PL'e göre SK semptomları bulunan ergenlerde hem ergenlerin mükemmeliyetçilik düzeyleri Çocuk ve Ergen Mükemmeliyetçilik Ölçeği (CAPS) toplam puanı ( $p=0,037$ ) hem de CAPS kendine yönelik mükemmeliyetçilik puanı ( $p=0,001$ ) semptomu olmayan ergenlere kıyasla daha düşük bulunmuştur. "CAPS Sosyal olarak dayatılan mükemmeliyetçilik" boyutunda ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,361$ ).

Literatürde SK'li bireylerin konuşma eylemini "kusursuz" biçimde gerçekleştirme arzusu nedeniyle konuşmaktan kaçınabildiği ve bunun sosyal mükemmeliyetçilikle ilişkili bilişsel şemalarla bağlantılı olabileceği öne sürülmektedir (20, 25). Ancak bu çalışmada kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin daha düşük bulunması, SK semptomları olan ergenlerde mükemmeliyetçiliğin klasik anlamda yüksek performans standartlarından ziyade hata yapma ve olumsuz değerlendirilme riskinden kaçınmaya yönelik bilişsel eğilimlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Başka bir ifadeyle bazı ergenlerde konuşmama davranışı, sosyal performansın değerlendirilmesiyle ilişkili kaygıdan kaçınmayı sağlayan bir baş etme stratejisi olarak işlev görebilir.

Bununla birlikte bu bulgunun yorumlanmasında bazı etmenlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Öncelikle çalışmanın örneklem büyüklüğünün sınırlı olması, mükemmeliyetçilik boyutları ile SK semptomları arasındaki ilişkilerin yönünü ve gücünü etkileyebilecek bir faktör olabilir. Ayrıca ergenlik döneminde SK belirtisi göstermeyen grubun bir kısmının daha önce SK tanısı almış ancak zaman içinde klinik olarak düzelmiş bireylerden oluşması, bu grupta genel işlevselliğin ve performans odaklı özelliklerin daha yüksek görünmesine katkıda bulunmuş olabilir. Bu nedenle

bulgular, SK'li ergenlerde mükemmeliyetçiliğin yalnızca düzey açısından değil, işlevsel niteliği bakımından da farklı bir örüntü gösterebileceğine işaret etmekte ve bu ilişkinin daha geniş örneklerle yapılacak izlem çalışmalarında yeniden incelenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

#### **5.7.4. Ebeveyn Mükemmeliyetçiliği ve Ebeveynlik Tutumlarının Değerlendirilmesi**

Bu hipotezin ikinci kısmı, SK semptomları olan ergenlerin ebeveynlerinde daha yüksek mükemmeliyetçilik ve daha olumsuz ebeveynlik tutumları olacağı yönündeydi; ancak bulgular bu varsayımı da desteklememiştir.

K-SADS-PL'ye göre belirlenen SK grupları ÇBMÖ-H ölçeğinin tüm puanları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (tüm  $p > 0,05$ ). K-SADS-PL'ye göre SK grupları arasında ergenlerin doldurduğu ABTÖ'deki ebeveynlik stillerinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (tüm  $p > 0,05$ ). K-SADS-PL SK gruplarında ABTÖ alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (tüm  $p > 0,05$ ).

Literatürde SK'li çocukların ebeveynlerinde daha kaygılı, koruyucu ve bazen aşırı kontrolcü tutumların daha sık bildirildiği ve bu tutumların çocuğun sosyal ortamlardan kaçınmasına zemin hazırlayarak SK davranışını pekiştirebileceği belirtilmektedir (46-48). Ancak bizim örneklemimizde ebeveyn tutumlarının SK belirtilerinin ergenlikte devam etmesi ile doğrudan ilişkili olmadığı görülmüştür.

Aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumları açısından ebeveynlerin doldurduğu PARI incelendiğinde, alt boyut puanlarının ergenlik dönemindeki SK belirtilerinin varlığına göre oluşturulan gruplar arasında anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür (tüm  $p > 0,05$ ). Literatürde de bazı öz bildirim temelli çalışmalarda ebeveynlik tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadığı (50, 90) ve ebeveynlerin aşırı kontrolcü tutumları kendi raporlarında daha nötr bir profil olarak yansıtılabildikleri belirtilmiştir (46, 47). Bu bulgular, öz-bildirim ölçeklerinin ebeveynlik davranışlarının tüm nüanslarını yakalamakta sınırlı kalabileceğine işaret etmektedir.

Dolayısıyla veriler, SK'nin ergenlik dönemindeki klinik görünümünün yalnızca ebeveynlik stiliyle açıklanamayacağını göstermektedir; ancak aile de sürecin tamamen dışında değildir. Çalışmamızda aile öyküsünde psikiyatrik bozukluk oranının oldukça yüksek olması (%88,9), aile içinde hem biyolojik yatkınlık hem de öğrenilmiş bir "kaygı atmosferi" bulunabileceğine işaret etmektedir. Bu bağlamda mesele yalnızca ebeveynin disiplin tarzı değil; çocuğa dolaylı ya da doğrudan aktarılan kaygı mesajları olabilir. Bu örüntü, aileye yönelik psikoeğitimin suçlayıcı bir dilden uzak, işbirlikçi bir yaklaşımla planlanmasını; çocuğun özerklik duygusunu, sosyal girişkenliğini ve hata yapabilme toleransını destekleyen ebeveynlik becerilerinin güçlendirilmesini klinik açıdan gerekli kılmaktadır.

## **5.8. Belirti Süresi, ÇATÖ ve Benlik Saygısı Puanları ile Diğer Klinik Değişkenler Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi**

### **5.8.1. Klinik Değişkenlerin Değerlendirilmesi**

Örneklem cinsiyet, ailede SK ve SKB öyküsü varlığı, farmakoterapi kullanımı ve oyun terapisi alma açısından belirti süresi, ÇATÖ-Toplam, ÇATÖ-SKB ve Rosenberg puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (tüm  $p > 0.05$ ). Ailede SK öyküsü bulunan olgularda ÇATÖ toplam puanlarının daha yüksek eğilimde olduğu görülmüş, fark istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine yaklaşmıştır ( $r = 0,34$ ;  $p = 0.053$ ).

Çalışmamızda oyun ve/veya dil-konuşma terapisi (DKT) alan olgularda, bu tür müdahalelerin uygulanmadığı olgulara kıyasla SK belirti süresinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha küçük olduğu saptanmıştır ( $p = 0,010$ ). Koskela ve ark. (2023) sistematik derlemelerinde, erken teşhis ve tedavinin belirtilerin kalıcılığını ve eşlik eden bozuklukları azaltmak için kritik olduğunu vurgular (5). IACAPAP (2019); erken, davranışçı bileşenleri yoğun ve okul-ev işbirliğine dayalı protokolleri standart yaklaşım olarak önerir (168). Bu çerçevede odak dışı iletişim (defocused communication) ve davranış teknikleri ile yürütülen okul-ev temelli BDT'nin konuşmayı kısa sürede sınıfın geneline yaydığı ve izlemde etkilerini sürdürdüğü gösterilmiştir (50, 84). Bu bulgu, erken dönemde başlatılan psikososyal ve iletişim

temelli müdahalelerin sessizlik davranışının kronikleşmesini önleyebileceğini desteklemektedir.

SK tanı yaşı ile SK belirti süresi arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur (Spearman,  $r_s=0,464$ ;  $p<0,004$ ). Bu bulgu, geç tanı alan çocuklarda semptomların daha uzun sürdüğünü bildiren literatürle uyumludur (5).

ÇATÖ Toplam, ÇATÖ-SKB ve Rosenberg benlik saygısı puanları yaşla ilişkili bulunmamıştır (tüm  $p>0,05$ ). Bu durum, 12-18 yaş aralığının dar olması ve değişkenlik yaratmamasıyla ilişkili olabilir. Bulgular, kaygı ve benlik saygısının yaş yerine bireysel özellikler, mizaç, ebeveynlik tutumları ve geçmiş klinik öykülerle daha yakından ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Farmakoterapi kullanım süresi ile ÇATÖ-Toplam kaygı şiddeti arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ( $r_s= -0,352$ ;  $p=0,045$ ); daha uzun tedavi süresi kaygıda azalma ile ilişkili görülmüştür; bu durum süregelen tedavinin yarar sağlayabileceği şeklinde yorumlanabilir. Kesitsel tasarım nedenselliğe izin vermese de bu bulgu, uzun süreli tedavinin kaygı düzeyleri üzerinde koruyucu etkisi olabileceğini düşündürmektedir.

### 5.8.2. Mükemmeliyetçilik Puanlarının Değerlendirilmesi

Genel kaygı düzeyi arttıkça ergenin mükemmeliyetçilik puanlarının da yükseldiği görülmüştür: ÇATÖ-Toplam puanı ile CAPS Toplam puanı ( $r=0,434$ ;  $p=0,012$ ), CAPS “kendine yönelik mükemmeliyetçilik” puanı ( $r=0,452$ ;  $p=0,008$ ) ve CAPS "sosyal olarak dayatılan mükemmeliyetçilik" puanı ( $r=0,354$ ,  $p=0,043$ ) arasında orta düzeyde anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur. Uyumsuz (Maladaptif) mükemmeliyetçiliğin erken ergenlikte kaygıyla anlamlı biçimde ilişkili olduğu, “mükemmeliyetçi endişeler” olarak tanımlanan ve hata yapma korkusu ile eleştirilme hassasiyetini içeren boyutların ise özellikle orta-geç ergenlikte (16-19 yaş) kaygı belirtilerindeki artışı öngördüğü bildirilmektedir (171, 172). Bizim örneklemimizde de bu tür yüksek performans standartları ve öz-eleştirel tutumların, kaygı düzeyini yükselten ve sürdürülmesine katkıda bulunan bilişsel-duygusal bir zemin oluşturduğu düşünülebilir.

Belirti süresi, ÇATÖ-SKB puanı ve Rosenberg benlik saygısı puanları ile ergenin mükemmeliyetçilik puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (tüm  $p > 0.05$ ).

Bu bulgular, çalışmanın üçüncü hipotezini kısmen desteklemektedir. SK semptomlarının devamı ile mükemmeliyetçilik puanları arasında beklenen yönde bir artış gözlenmemiştir. Bununla birlikte mükemmeliyetçiliğin bazı boyutlarının kaygı düzeyi ile ilişkili bulunması, mükemmeliyetçiliğin SK ile doğrudan değil, kaygı belirtileri üzerinden dolaylı bir ilişki içinde olabileceğini düşündürmektedir.

### **5.8.3. Ebeveyn Mükemmeliyetçiliği ve Ebeveynlik Tutumlarının Değerlendirilmesi**

Ebeveyn mükemmeliyetçiliği açısından bakıldığında, yalnızca ÇBMÖ-H "başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik" puanları -yani çevresindeki kişilere (çocuk dahil) yüksek standartlar dayatma, başkalarından kusursuzluk bekleme ve eleştirel/kusursuzluk talep eden bir tutum sergileme eğilimi- arttıkça, ergenin kaygı düzeyinin (ÇATÖ-Toplam;  $r=0,346$ ;  $p=0,049$ ) arttığı görülmüştür. Ergenin kaygı düzeyi ile ebeveynin talepkâr/eleştirel mükemmeliyetçi tutumu arasındaki bu ilişki, literatürde tarif edilen aşırı kontrolcü ve hata odaklı ebeveynlik örüntülerinin çocukta kaygıyı artırdığı ve kendine yönelik mükemmeliyetçiliği beslediğine dair bulgularla uyumludur (173, 174).

ABTÖ'ye göre belirlenen ebeveynlik stilleri ile belirti süresi, ÇATÖ-Toplam ve ÇATÖ-SKB puanları ile Rosenberg benlik saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (tüm  $p > 0.05$ ). Ebeveynlik tutumu alt boyutları (PARI ve ABTÖ) ile belirti süresi, ÇATÖ toplam ve sosyal kaygı puanları ile Rosenberg benlik saygısı puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır (tüm  $p > 0.05$ ). Psikolojik özerklik alt boyutu ile ÇATÖ-SKB arasında zayıf-orta düzeyde negatif korelasyon eğilimi gözlenmiştir ( $r_s = -0.328$ ,  $p = 0.063$ ), ancak istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır.

### 5.9. Çocuk ve Ebeveyn Mükemmeliyetçilik Puanları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

Çocuk ve ebeveyn mükemmeliyetçilik özellikleri arasındaki ilişkiler, CAPS ve ÇBMÖ-H puanları üzerinden Pearson korelasyon analizleri ile değerlendirilmiştir. Çocuk mükemmeliyetçiliği alt boyutları kendi içinde incelendiğinde, CAPS Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik ile CAPS Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik puanları arasında güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ( $r = 0,689$ ;  $p < 0,001$ ). Bu bulgu, ergenin kendine yönelik yüksek standartları ile başkalarının kendisinden beklentilerine ilişkin algıladığı baskının birlikte artma eğiliminde olduğunu ve çocuk mükemmeliyetçiliğinin bütüncül bir yapı olarak değerlendirilebileceğini göstermektedir. Ebeveyn tarafında da ÇBMÖ-H Kendine Yönelik ve ÇBMÖ-H Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik puanları arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki ( $r = 0,446$ ;  $p = 0,008$ ), ÇBMÖ-H Kendine Yönelik ve ÇBMÖ-H Başkalarına Yönelik Mükemmeliyetçilik puanları arasında ise orta düzeyde pozitif bir ilişki saptanmıştır ( $r = 0,349$ ;  $p = 0,043$ ); buna karşın ÇBMÖ-H Başkalarına Yönelik ve ÇBMÖ-H Sosyal Olarak Dayatılan alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ( $p = 0,548$ ). Bu desen, ebeveynin kendi iç standartları, dış dünyadan algıladığı beklentiler ve başkalarına yönelttiği taleplerin kısmen örtüşen, kısmen de ayrışan boyutlar olduğunu düşündürmektedir.

Ebeveynin Başkalarına Yönelik Mükemmeliyetçilik (ÇBMÖ-H BYM) puanları arttıkça, ergenin hem toplam mükemmeliyetçilik düzeyinin hem de iki alt boyutunun da yükseldiği görülmüştür (CAPS Toplam-ÇBMÖ-H BYM:  $r = 0,432$ ;  $p = 0,012$ ; CAPS Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik-ÇBMÖ-H BYM:  $r = 0,395$ ;  $p = 0,023$ ; CAPS Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik-ÇBMÖ-H BYM:  $r = 0,400$ ;  $p = 0,021$ ). Başka bir deyişle, ebeveynin çocuğuna ve çevresine yönelik daha talepkâr, eleştirel ve yüksek standart dayatan bir tutum sergilemesi, ergenin hem kendine yönelik hem de başkalarının beklentisine ilişkin algıladığı mükemmeliyetçi baskının artmasıyla ilişkili görünmektedir. Bu bulgu, ebeveyn mükemmeliyetçiliğinin çocuk ve ergenlerde mükemmeliyetçilik gelişimine etkisini vurgulayan literatürle uyumludur; çeşitli çalışmalar özellikle başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik boyutunun, çocukta gerek kendine yönelik gerek sosyal olarak dayatılan

mükemmeliyetçiliğin artışıyla ilişkili olabileceğini ve bu etkinin model alma, ebeveyn beklentilerinin içselleştirilmesi ve psikolojik kontrol gibi mekanizmalar üzerinden işleyebileceğini bildirmektedir (175, 176).

Buna karşın, ebeveynin Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik (ÇBMÖ-H KYM) ve Sosyal Olarak Dayatılan Mükemmeliyetçilik (ÇBMÖ-H SOD) puanları ile çocuk mükemmeliyetçilik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (tüm  $p > 0,10$ ). Ebeveynin yalnızca kendi iç standartlarını yansıtan “kendine yönelik mükemmeliyetçilik” boyutunun ergenin mükemmeliyetçilik düzeyleri ile ilişkili bulunmaması, çocuk açısından daha belirleyici olanın ebeveynin dışa yansıyan, başkalarına yönelik talepkâr ve eleştirel mükemmeliyetçi tutumları olabileceğini düşündürmektedir. Benzer biçimde, ebeveynin toplumun kendisinden kusursuzluk beklediğine ilişkin algısını yansıtan sosyal olarak dayatılan mükemmeliyetçilik boyutu da çocuk mükemmeliyetçiliği ile anlamlı bir ilişki göstermemiştir. Bu durum, çocuğun mükemmeliyetçilik örüntüsünün, ebeveynin kendi içsel baskısından çok, çocuğa yönelen açık ya da örtük performans beklentileri üzerinden şekillenebileceğine işaret etmektedir.

Sonuç olarak, ebeveyn mükemmeliyetçiliğinin çocuk üzerindeki etkisi sınırlı fakat seçici görünmektedir. Özellikle ebeveynin başkalarına yönelik mükemmeliyetçiliği, çocuk mükemmeliyetçiliğinin hem kendine yönelik hem de sosyal olarak dayatılan boyutlarıyla ilişkili bulunmuştur. Buna karşılık, ebeveynin kendine yönelik veya toplumsal beklenti algısına ilişkin mükemmeliyetçilik boyutları çocuk üzerinde belirgin bir etki göstermiyor olabilir. Bununla birlikte, bu ilişkilerin yönü ve nedenselliğine dair çıkarım yapılamamaktadır. Ergenin kaygı düzeyi ile kendi mükemmeliyetçilik puanları arasındaki paralellik ve ebeveynin başkalarına yönelik talepkâr/eleştirel tutumunun ergenin kaygı ve mükemmeliyetçilik profiliyle ilişkisi, sosyal değerlendirilme korkusunun SK'nin ergenlik döneminde sürmesinde merkezi bir rol oynayabileceğine işaret etmektedir.

### **5.10. Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi**

Bu bölümde, seçici konuşmazlık seyrine ilişkin ölçütler olarak belirlenen belirti süresi ile ergenlerin kaygı düzeyi (ÇATÖ Toplam ve ÇATÖ SKB alt ölçeği),

benlik saygısı (Rosenberg puanı) ve K-SADS-PL'ye göre ergenlikteki SK durumu arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Belirti süresi arttıkça anksiyete belirginleşmektedir: ÇATÖ-Sosyal Kaygı ile düşük düzeyde (Spearman,  $r_s=0,351$ ;  $p=0,045$ ) pozitif korelasyon bulunmuştur. K-SADS-PL Seçici Konuşmazlık puanları ile belirti süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Literatür de kalıcı SK semptomlarının daha yüksek anksiyete ve sosyal anksiyete ile ilişkili olduğunu desteklemektedir (85). Ayrıca, SK'li çocuklarda arkadaşlık kurma güçlüğü ve sosyal izolasyonun sosyal anksiyeteyi besleyebileceği belirtilir (80). Bu örüntü, SK belirtilerinin daha uzun süre devam ettiği bireylerde sosyal değerlendirilme korkusu ve sosyal anksiyetenin ergenlikte daha belirgin hale geldiğini düşündürmektedir. Rosenberg Benlik Saygısı puanı ile belirti süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Benlik saygısı ile kaygı düzeyi puanları arasında güçlü ve anlamlı bir ilişkiler saptanmıştır. ÇATÖ-Toplam puanı ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları arasında pozitif yönde güçlü ( $r_s = 0,589$ ;  $p = 0,002$ ) ve ÇATÖ-SKB alt ölçeği ile de benzer biçimde ( $r_s = 0,512$ ;  $p = 0,002$ ) güçlü anlamlı korelasyon bulunmuştur. Rosenberg ölçeğinde yüksek puan düşük benlik saygısını ifade ettiğinden, bu sonuçlar kaygı düzeyi arttıkça benlik saygısının azaldığını göstermektedir. Bu örüntü, kaygı ve benlik saygısı arasındaki güçlü negatif ilişkiyi göstermiş olan geniş literatürle uyumludur (177-179). Farklı yaş gruplarında ve çeşitli örneklerde yürütülen çalışmalar, yüksek benlik saygısının daha düşük kaygı düzeyi ile ilişkili olduğunu ve benlik saygısının yalnızca kaygıyla eşzamanlı olarak ilişkili değil, aynı zamanda ilerleyen dönemdeki kaygı düzeylerini öngören koruyucu bir faktör olduğunu göstermiştir ("vulnerability" modeli) (137, 179). SK öyküsü olan ergenlerde bu çift yönlü döngü, içselleştirilmiş öz-eleştiri, hata yapma korkusu ve sosyal ortamlardan çekinme biçiminde klinik olarak görünür hâle gelebilir. Dolayısıyla sessizliğin ardında yalnızca konuşma başlatma güçlüğü değil, benlik saygısını azaltan ve kaygıyı besleyen daha geniş bir bilişsel-duygusal şemalar bulunabilir.

Klinik ölçümler bulguları desteklemektedir: ÇATÖ-Toplam ( $r_s = 0,37$ ;  $p = 0,035$ ) ve ÇATÖ-Sosyal Kaygı Bozukluğu (SKB) puanları ( $r_s = 0,518$ ;  $p = 0,002$ ) ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, SK ve SKB semptomlarının sıklıkla eşzamanlı seyrettiği, semptom süresi uzadıkça kaygı yükünün arttığı ve bunun benlik saygısında azalma ile ilişkili olduğu görülmektedir. Klinik açıdan bu bulgular, SK müdahalelerinde yalnızca konuşma davranışını hedeflemenin yeterli olmayabileceğini göstermektedir. Tedavi planlarında kaygı düzenleme, benlik saygısını güçlendirme ve öz-yeterlik inancını destekleme hedefleri de yer almalıdır. Düşük benlik saygısı riski taşıyan ergenlerde bilişsel yeniden yapılandırma, öz-eleştirel düşüncelerin esnetilmesi ve sosyal beceri eğitimlerinin faydalı olabileceği düşünülmektedir. Erken yaşlardan itibaren benlik saygısının desteklenmesi hem SK'nin kalıcılığını hem de ergenlik dönemindeki sosyal kaygı riskini azaltmada koruyucu bir etmen olabilir.

### 5.11. Ergenlikte SK Belirtilerinin Yordayıcılarının Değerlendirilmesi

Ergenlik döneminde seçici konuşmazlık belirtilerini yordayan etmenleri değerlendirmek amacıyla ikili lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. İkili lojistik regresyon analizinde, ergenin kendine yönelik mükemmeliyetçiliği (CAPS-KYM) SK semptomlarının devam etmesiyle anlamlı biçimde negatif ilişkili bulunmuştur ( $B = -0,402$ ;  $p=0,007$ ;  $OR=0,669$ ,  $GA=0.500-0.895$ ); diğer değişkenler sabitken CAPS-KYM puanı daha yüksek olan ergenlerde SK semptomlarının devam etme olasılığı daha düşüktür. Başka bir ifadeyle, CAPS Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik puanındaki her 1 puan artış, ergenlikte K-SADS-PL değerlendirmesine göre seçici konuşmazlık belirtisi saptanma olasılığını yaklaşık %33 oranında azaltmaktadır.

Bu bulgu, SK semptomlarının gelişimsel süreçte tek bir faktörle açıklanamayacağını ve bireysel bilişsel özelliklerin bu süreçte rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Nitekim bu çalışmada beklenenin aksine, ergenlik döneminde SK belirtisi bulunmayan grupta kendine yönelik mükemmeliyetçilik puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun birkaç olası açıklaması bulunmaktadır. İlk olarak, kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin bazı bireylerde performans odaklı bir baş etme biçimi olarak işlev görebileceği ve bu bireylerin sosyal ortamlarda beklentileri karşılayabilmek amacıyla konuşma davranışını sürdürmeye daha fazla çaba gösterebileceği düşünülebilir. Buna karşılık, daha düşük mükemmeliyetçilik düzeyine sahip bazı ergenlerin kaygı uyandıran sosyal performans durumlarından kaçınma eğilimi göstererek konuşmama davranışını sürdürebilmeleri olasıdır.

İkinci olarak, çalışmanın örneklem büyüklüğünün sınırlı olması istatistiksel ilişkilerin yönünü ve gücünü etkileyebilecek bir etmen olarak değerlendirilebilir. Üçüncü olarak ise, ergenlik döneminde SK belirtisi göstermeyen bireylerin bir kısmının daha önce SK tanısı almış ancak zaman içinde klinik olarak düzelmiş olgular olması, bu grupta genel işlevselliğin ve performans odaklı özelliklerin daha yüksek olmasına katkıda bulunmuş olabilir. Bu nedenle elde edilen bulgunun, mükemmeliyetçilik ile SK arasındaki ilişkinin gelişimsel süreç içinde daha karmaşık bir örüntü gösterebileceğine işaret ettiği ve daha geniş örneklerle yapılacak izlem çalışmalarında yeniden incelenmesi gerektiği düşünülmektedir. Bununla birlikte çalışmanın kesitsel tasarımı nedeniyle bu ilişkilerin nedensel olarak yorumlanması mümkün değildir.

## **5.12. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları**

### **Güçlü yönler:**

Çalışmanın güçlü yönlerinden biri, verilerin çoklu bilgi kaynaklarına dayalı olarak değerlendirilmiş olmasıdır. Klinik tanılar K-SADS-PL yarı yapılandırılmış görüşmesi ile belirlenmiş; ergen ve ebeveynlerle ayrı ayrı görüşmeler yapılmış ve ayrıca elektronik hasta kayıtları incelenerek bilgiler doğrulanmıştır. Sosyal kaygı ve genel kaygı belirtileri hem klinik görüşme hem de standart öz bildirim ölçekleri (örn. Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği) kullanılarak değerlendirilmiş ve eş tanılar açısından kapsamlı bir komorbidite taraması yapılmıştır.

Çalışmanın bir diğer güçlü yönü, verilerin yalnızca ebeveyn bildirimlerine dayanmaması; doğrudan ergenlerden elde edilen öz bildirim verilerini de içermesidir. Katılımcıların öz bildirim ölçeklerini güvenle doldurabilecek okuryazarlık düzeyinde olması, özellikle kaygı, benlik saygısı ve mükemmeliyetçilik gibi içsel deneyimlere ilişkin değişkenlerin daha güvenilir biçimde değerlendirilmesine olanak sağlamıştır. Bu durum, literatürdeki birçok SK çalışmasından farklı olarak ergen perspektifinin doğrudan incelenmesine katkı sunmaktadır.

Çalışmanın bir diğer önemli yönü, seçici konuşmazlığın uzun dönem seyrine ilişkin veri sağlamasıdır. Semptom başlangıcından bu çalışmadaki değerlendirmeye

kadar geçen süre ortalama  $9,9 \pm 2,49$  yıl (5–15 yıl), ilk tanı konulmasından değerlendirmeye kadar geçen süre ise ortalama  $7,35 \pm 2,53$  yıl olarak hesaplanmıştır. Uzun dönem etkilerinin incelenmesi, SK'nin ergenlik dönemindeki klinik görünümünü değerlendirme açısından çalışmaya önemli bir katkı sağlamaktadır.

Son olarak, çalışmada ergen ve ebeveyn mükemmeliyetçiliğinin birlikte ele alınması ve mükemmeliyetçilik ile benlik saygısı değişkenlerinin SK belirtileri ile ilişkilerinin incelenmesi literatüre özgün bir katkı sunmaktadır. Mevcut çalışmaların çoğu SK'yi ağırlıklı olarak kaygı ve dil gelişimi çerçevesinde ele alırken, bu çalışmada mükemmeliyetçilik ve benlik saygısı gibi bilişsel-duygusal süreçlerin de incelenmesi SK'nin psikolojik bileşenlerinin daha kapsamlı biçimde değerlendirilmesine olanak sağlamıştır. Ayrıca ergenlik döneminde bireylerin sosyal değerlendirilme ve öz-farkındalık düzeylerinin artması, bu tür bilişsel özelliklerin daha belirgin biçimde gözlenmesine katkıda bulunmuş olabilir.

#### **Sınırlılıklar:**

Bu çalışmanın bazı yöntemsel sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle örneklem tek merkezli olup görece küçük bir örneklem büyüklüğüne sahiptir. Katılımcıların çocukluk döneminde aynı merkezde seçici konuşmazlık tanısı almış bireylerden oluşması ve çalışmaya katılım oranının sınırlı kalması (%45), seçim yanlılığı ve sınırlı sosyodemografik çeşitlilik riski taşımakta ve bu durum bulguların genellenebilirliğini kısıtlayabilmektedir. Ayrıca çalışmaya katılmayı kabul eden olguların, katılmayı reddeden bireylerden klinik özellikler, belirti şiddeti veya aile özellikleri açısından farklılık gösterebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmada kontrol grubunun bulunmaması, SK öyküsü olmayan ergenlerle veya yalnızca sosyal kaygı bozukluğu olan ergenlerle doğrudan karşılaştırma yapılmasını engellemiştir. Bu nedenle bulgular, SK öyküsü olan ergenlerin özelliklerini betimlemek açısından değerli olmakla birlikte, farklı klinik gruplarla karşılaştırmalı çıkarımlar yapmayı sınırlamaktadır.

Çalışma tasarımının kesitsel olması ve bazı verilerin geriye dönük kayıtlara dayanması nedeniyle değişkenler arasındaki ilişkiler nedensel olarak yorumlanamaz.

Ayrıca ergen ve ebeveyn öz bildirimlerine dayalı ölçümler ile geriye dönük klinik kayıtlar, hatırlama yanlılığı, yanıt yanlılığı ve veri eksikliği gibi yöntemsel riskler içerebilmektedir.

Bu sınırlılıklar göz önünde bulundurularak çalışmanın bulgularının dikkatli biçimde yorumlanması ve daha büyük, çok merkezli ve uzunlamasına araştırmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın bulguları aşağıdaki temel sonuçları ortaya koymaktadır:

- Ergenlik döneminde yalnızca katılımcıların %16,7'sinin hâlen tam SK tanı ölçütlerini karşıladığı, ancak %27,8'inde eşik altı düzeyde SK belirtilerinin devam ettiği saptanmıştır. Bu durum SK belirtilerinin çoğu bireyde zaman içinde azalmakla birlikte önemli bir alt grupta kalıntı belirtilerin sürdüğünü göstermektedir.
- Örnekleme psikiyatrik eş tanı yükünün oldukça yüksek olduğu bulunmuştur. Ergenlerin %94,4'ünde en az bir psikiyatrik tanı saptanmış olup en sık görülen tanıları dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB, %55,6), özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB, %41,7) ve sosyal kaygı bozukluğu (SKB, %36,1) olarak belirlenmiştir.
- SK öyküsü olan ergenlerin önemli bir kısmının halen psikiyatrik izlem altında olduğu (%47,2) ve katılımcıların üçte birinden fazlasının (%33,3) psikiyatrik ilaç kullandığı görülmüştür. Bu bulgular, SK öyküsü olan bireylerin ergenlik döneminde de ruh sağlığı hizmetlerine ihtiyaç duyabildiğini göstermektedir.
- SK öyküsü, ergenlik döneminde okul işlevselliği, akademik performans ve akran ilişkileri üzerinde kalıcı etkiler yaratabildiği görülmüştür.
- SK öyküsü olan ergenlerde sosyal kaygı ve genel kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Sosyal kaygı bozukluğu tanısı örneklemin %36,1'inde saptanmış, ayrıca önemli bir grupta eşik altı sosyal kaygı belirtileri bildirilmiştir. SK belirtilerinin daha uzun sürdüğü olgularda sosyal kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular SK ile sosyal kaygı arasında gelişimsel bir süreklilik olabileceğini düşündürmektedir.
- Benlik saygısının genel olarak korunmuş olduğu, ancak benlik saygısındaki düşüşün SK öyküsünden çok mevcut kaygı düzeyi ile ilişkili olduğu görülmüştür.

- Mükemmeliyetçilik ile SK belirtileri arasındaki ilişki beklenen yönde bulunmamıştır. SK belirtisi olan ergenlerde toplam mükemmeliyetçilik puanı ve kendine yönelik mükemmeliyetçilik puanı daha düşük bulunmuştur.
- Buna karşın kaygı düzeyi arttıkça mükemmeliyetçilik puanlarının da arttığı saptanmıştır. Bu durum mükemmeliyetçiliğin SK belirtilerinin devamından ziyade ergenin mevcut kaygı düzeyi ile daha yakından ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.
- Ebeveyn mükemmeliyetçiliği ve ebeveynlik tutumları ile ergenlik dönemindeki SK belirtilerinin devamı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte ailede psikiyatrik bozukluk öyküsünün oldukça yüksek olduğu (yaklaşık %89) görülmüş; özellikle kaygı bozuklukları ve SK öyküsünün sık bildirildiği belirlenmiştir. Ayrıca ebeveyn mükemmeliyetçiliğinin çocukların mükemmeliyetçilik düzeyleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde seçici konuşmazlığın yalnızca erken çocukluk dönemine özgü geçici bir konuşmama davranışı olmadığı; ergenlik döneminde kaygı, nörogelişimsel güçlükler ve psikososyal işlevsellik ile ilişkili çok boyutlu bir klinik tablo olarak devam edebileceği görülmektedir. SK belirtileri çoğu bireyde azalmakla birlikte önemli bir alt grupta kalıntı belirtiler sürmekte ve sosyal kaygı bu sürecin merkezi bir bileşeni olmaya devam etmektedir.

Gelecek araştırmaların çok merkezli ve daha geniş örneklemelerle yürütülmesi, prospektif izlem tasarımlarının kullanılması ve kontrol gruplu çalışmalarla SK öyküsü olmayan bireyler ile yalnızca sosyal kaygı bozukluğu olan grupların karşılaştırılması önerilmektedir. Ayrıca DEHB ve özgül öğrenme bozukluğu gibi eş tanıların eğitsel ve işlevsel sonuçlarının ayrı ayrı incelenmesi, klinik belirtilerin yanı sıra akademik işlevsellik, sosyal katılım ve öznel iyi oluş gibi çoklu sonuç alanlarının da değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

## 7. KAYNAKLAR

1. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. th e, editor. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Organization WH. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). 11 ed. Geneva: World Health Organization; 2019.
3. Driessen J, Blom JD, Muris P, Blashfield RK, Molendijk ML. Anxiety in Children with Selective Mutism: A Meta-analysis. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2020;51(2):330-41.
4. Muris P, Ollendick TH. Selective mutism and its relations to social anxiety disorder and autism spectrum disorder. *Clinical child and family psychology review.* 2021;24(2):294-325.
5. Koskela M, Stahlberg T, Yunus W, Sourander A. Long-term outcomes of selective mutism: a systematic literature review. *BMC Psychiatry.* 2023;23(1):779.
6. Viana AG, Beidel DC, Rabian B. Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(1):57-67.
7. Sharp WG, Sherman C, Gross AM. Selective mutism and anxiety: a review of the current conceptualization of the disorder. *J Anxiety Disord.* 2007;21(4):568-79.
8. Dummit ES, 3rd, Klein RG, Tancer NK, Asche B, Martin J, Fairbanks JA. Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(5):653-60.
9. Kristensen H. Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39(2):249-56.
10. Black B, Uhde TW. Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34(7):847-56.
11. Cunningham CE, McHolm A, Boyle MH, Patel S. Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *J Child Psychol Psychiatry.* 2004;45(8):1363-72.
12. Ford MA, Sladeczek IE, Carlson J, Kratochwill TR. Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly.* 1998;13(3):192.

13. Dogru H, Ucuz I, Uzun Cicek A, Comertoglu Arslan S. Clinical characteristics according to sex and symptom severity in children with selective mutism: a four-center study. *Nord J Psychiatry*. 2023;77(2):158-64.
14. Hua A, Major N. Selective mutism. *Curr Opin Pediatr*. 2016;28(1):114-20.
15. Oerbeck B, Manassis K, Overgaard KR. Selective mutism. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2019.
16. Van Ameringen M, Mancini C, Oakman JM. The relationship of behavioral inhibition and shyness to anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(7):425-31.
17. Warren SL, Dadson N. Assessment of anxiety in young children. *Curr Opin Pediatr*. 2001;13(6):580-5.
18. Muris P, Monait N, Weijsters L, Ollendick TH. Symptoms of Selective Mutism in Non-clinical 3- to 6-Year-Old Children: Relations With Social Anxiety, Autistic Features, and Behavioral Inhibition. *Front Psychol*. 2021;12:669907.
19. Schwenck C, Gensthaler A, Vogel F, Pfeffermann A, Laerum S, Stahl J. Characteristics of person, place, and activity that trigger failure to speak in children with selective mutism. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31(9):1419-29.
20. Muris P, Ollendick TH. Children Who are Anxious in Silence: A Review on Selective Mutism, the New Anxiety Disorder in DSM-5. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2015;18(2):151-69.
21. Gensthaler A, Khalaf S, Ligges M, Kaess M, Freitag CM, Schwenck C. Selective mutism and temperament: the silence and behavioral inhibition to the unfamiliar. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(10):1113-20.
22. Christon LM, Robinson EM, Arnold CC, Lund HG, Vrana SR, Southam-Gerow MA. Modular cognitive-behavioral treatment of an adolescent female with selective mutism and social phobia: A case study. *Clinical Case Studies*. 2012;11(6):474-91.
23. Crumley FE. The masquerade of mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29(2):318-9.
24. Vogel F, Gensthaler A, Stahl J, Schwenck C. Fears and fear-related cognitions in children with selective mutism. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019;28(9):1169-81.
25. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality and social psychology*. 1991;60(3):456.

26. Chavira DA, Shipon-Blum E, Hitchcock C, Cohan S, Stein MB. Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(11):1464-72.
27. Manassis K, Tannock R, Garland EJ, Minde K, Mc IA, Clark S. The sounds of silence: language, cognition, and anxiety in selective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(9):1187-95.
28. Gensthaler A, Maichrowitz V, Kaess M, Ligges M, Freitag CM, Schwenck C. Selective Mutism: The Fraternal Twin of Childhood Social Phobia. *Psychopathology*. 2016;49(2):95-107.
29. Bergman RL, Gonzalez A, Piacentini J, Keller ML. Integrated Behavior Therapy for Selective Mutism: a randomized controlled pilot study. *Behav Res Ther*. 2013;51(10):680-9.
30. Manassis K, Fung D, Tannock R, Sloman L, Fiksenbaum L, McInnes A. Characterizing selective mutism: is it more than social anxiety? *Depress Anxiety*. 2003;18(3):153-61.
31. Carbone D, Schmidt LA, Cunningham CC, McHolm AE, Edison S, St Pierre J, et al. Behavioral and socio-emotional functioning in children with selective mutism: a comparison with anxious and typically developing children across multiple informants. *J Abnorm Child Psychol*. 2010;38(8):1057-67.
32. Bergman RL, Piacentini J, McCracken JT. Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(8):938-46.
33. Bogels SM, Alden L, Beidel DC, Clark LA, Pine DS, Stein MB, et al. Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010;27(2):168-89.
34. Cholemkey H, Mojica L, Rohrmann S, Gensthaler A, Freitag CM. Can autism spectrum disorders and social anxiety disorders be differentiated by the social responsiveness scale in children and adolescents? *J Autism Dev Disord*. 2014;44(5):1168-82.
35. Steffenburg H, Steffenburg S, Gillberg C, Billstedt E. Children with autism spectrum disorders and selective mutism. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:1163-9.
36. Klein ER, Ruiz CE, Morales K, Stanley P. Variations in Parent and Teacher Ratings of Internalizing, Externalizing, Adaptive Skills, and Behavioral Symptoms in Children with Selective Mutism. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(21).
37. Koskela M, Jokiranta-Olkonieni E, Luntamo T, Suominen A, Sourander A, Steinhausen HC. Selective mutism and the risk of mental and

- neurodevelopmental disorders among siblings. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33(1):291-302.
38. Schaefer ES, Bell RQ. Development of a parental attitude research instrument. *Child Dev*. 1958;29(3):339-61.
  39. Remschmidt H, Poller M, Herpertz-Dahlmann B, Hennighausen K, Gutenbrunner C. A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;251(6):284-96.
  40. Steinhausen HC, Wachter M, Laimbock K, Metzke CW. A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(7):751-6.
  41. Smith-Schrandt HL, Ellington E. Unable to Speak: Selective Mutism in Youth. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2018;56(2):14-8.
  42. Rapee RM. Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clin Psychol Rev*. 1997;17(1):47-67.
  43. Bohlin G, Hagekull B, Rydell AM. Attachment and social functioning: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Social development*. 2000;9(1):24-39.
  44. Wood JJ, McLeod BD, Sigman M, Hwang WC, Chu BC. Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003;44(1):134-51.
  45. McLeod BD, Wood JJ, Weisz JR. Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(2):155-72.
  46. Edison SC, Evans MA, McHolm AE, Cunningham CE, Nowakowski ME, Boyle M, et al. An investigation of control among parents of selectively mute, anxious, and non-anxious children. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2011;42(3):270-90.
  47. Buzzella BA, Ehrenreich-May J, Pincus DB. Comorbidity and family factors associated with selective mutism. *Child Development Research*. 2011;2011:1–10.
  48. Flett GL, Hewitt PL, Oliver JM, MacDonald S. Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. In: Flett GL, Hewitt PL, editors. *Perfectionism: Theory, research, and treatment: American Psychological Association*; 2002. p. 89–132.
  49. Koskela M, Chudal R, Luntamo T, Suominen A, Steinhausen HC, Sourander A. The impact of parental psychopathology and sociodemographic factors in selective mutism - a nationwide population-based study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):221.

50. Oerbeck B, Stein MB, Pripp AH, Kristensen H. Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2015;24(7):757-66.
51. Capobianco M, Costa A. Selective mutism and comorbidity with specific learning disorders: evaluation and multimodal intervention in a clinical case of a female child from 7 to 11 years of age. *Children*. 2024;11(6):746.
52. Kotrba A. *Selective mutism: An assessment and intervention guide for therapists, educators & parents*: PESI publishing & Media; 2014.
53. Bergman RL. *Treatment for children with selective mutism: An integrative behavioral approach*: Oxford University Press; 2013.
54. Bell CC. DSM-IV: diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Jama*. 1994;272(10):828-9.
55. Muris P, Ollendick TH. Current challenges in the diagnosis and management of selective mutism in children. *Psychology Research and Behavior Management*. 2021:159-67.
56. Muris P, Hendriks E, Bot S. Children of Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3- to 6-Year-Olds. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2016;47(1):94-101.
57. Kristensen H, Torgersen S. A case-control study of EAS child and parental temperaments in selectively mute children with and without a co-morbid communication disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2002;56(5):347-53.
58. Elizur Y, Perednik R. Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42(12):1451-9.
59. Steinhausen HC, Juzi C. Elective mutism: an analysis of 100 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(5):606-14.
60. Kearney CA, Rede M. The heterogeneity of selective mutism: A primer for a more refined approach. *Frontiers in psychology*. 2021;12:700745.
61. Higa-McMillan CK, Francis S, Chorpita BF. Anxiety Disorders. In: Mash EJ, Barkley RA, editors. *Child Psychopathology*. 3 ed. New York, NY: Guilford Press; 2014. p. 345-428.
62. Cunningham CE, McHolm AE, Boyle MH. Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *European child & adolescent psychiatry*. 2006;15(5):245-55.
63. Shumka EM. *Multimethod assessment of social-emotional competence in children with selective mutism*: University of British Columbia; 2019.

64. Connolly SD, Bernstein GA. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46(2):267-83.
65. Krysanski VL. A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology*. 2003;137(1):29-40.
66. Sauter FM, Heyne D, Michiel Westenberg P. Cognitive behavior therapy for anxious adolescents: developmental influences on treatment design and delivery. *Clinical child and family psychology review*. 2009;12(4):310-35.
67. Bunnell BE, Beidel DC. Incorporating technology into the treatment of a 17-year-old female with selective mutism. *Clinical Case Studies*. 2013;12(4):291-306.
68. McInnes A, Manassis K, editors. *When silence is not golden: an integrated approach to selective mutism*. *Seminars in Speech and Language*; 2005: Copyright© 2005 by Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, New ....
69. de Jonge MV, Nibbering N, Brand I, van der Voort A. It's about more than just talking; Exploring computer-mediated communication in adolescents with selective mutism. *Journal of communication disorders*. 2024;107:106389.
70. Key risk factors of generalized anxiety disorder in adolescents. *Frontiers in Public Health*. 2024.
71. Agoraphobia - StatPearls - NCBI Bookshelf: StatPearls Publishing / NCBI Bookshelf; [updated 2025/10/26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554387/>.
72. Salari N, Heidarian P, Hassanabadi M, Babajani F, Abdoli N, Aminian M, et al. Global prevalence of social anxiety disorder in children, adolescents and youth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Prevention*. 2024;45(5):795-813.
73. Separation anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management.
74. Separation Anxiety Disorder - StatPearls - NCBI Bookshelf: StatPearls Publishing / NCBI Bookshelf; [updated 2025/10/26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560793/>.
75. Specific Phobia - Statistics: National Institute of Mental Health (NIMH); [updated 2025/10/26. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/specific-phobia>.
76. The prevalence of specific phobia and associated co-morbid features in children and adolescents.

77. Panic Disorder - Statistics: National Institute of Mental Health (NIMH); [updated 2025/10/26. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/panic-disorder>.
78. Türkiye'de çocuklarda anksiyete bozuklukları prevalansına ilişkin bir çalışma (makale PDF). DergiPark (article PDF link).
79. Akıncı MA, Uzun N. Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniğinde Selektif Mutizm Tanısı Alan Çocukların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2022;29(3):167-73.
80. Milic MI, Carl T, Rapee RM. Similarities and differences between young children with selective mutism and social anxiety disorder. Behav Res Ther. 2020;133:103696.
81. Schwenck C, Gensthaler A, Vogel F. Anxiety levels in children with selective mutism and social anxiety disorder. Current Psychology. 2021;40(12):6006-13.
82. Poole KL, Cunningham CE, McHolm AE, Schmidt LA. Distinguishing selective mutism and social anxiety in children: a multi-method study. European child & adolescent psychiatry. 2021;30(7):1059-69.
83. Mulligan CA, Hale J, Shipon-Blum E. Selective mutism: identification of subtypes and implications for treatment. Journal of education and human development. 2015;4(1):79-96.
84. Oerbeck B, Overgaard KR, Stein MB, Pripp AH, Kristensen H. Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. European Child & Adolescent Psychiatry. 2018;27(8):997-1009.
85. Kamani Z, Monga S. Understanding the outcome of children who selectively do not speak: A retrospective approach. Journal of the canadian academy of child and adolescent psychiatry. 2020;29(2):58.
86. Kumpulainen K, Räsänen E, Raaska H, Somppi V. Selective mutism among second-graders in elementary school. European child & adolescent psychiatry. 1998;7(1):24-9.
87. Steains SY, Malouff JM, Schutte NS. Efficacy of psychological interventions for selective mutism in children: A meta-analysis of randomized controlled trials. Child: care, health and development. 2021;47(6):771-81.
88. Feinberg L, Kerns C, Pincus DB, Comer JS. A preliminary examination of the link between maternal experiential avoidance and parental accommodation in anxious and non-anxious children. Child Psychiatry & Human Development. 2018;49(4):652-8.
89. Anstendig K. Selective mutism: A review of the treatment literature by modality from 1980–1996. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 1998;35(3):381.

90. Cohan SL, Chavira DA, Stein MB. Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of child Psychology and Psychiatry*. 2006;47(11):1085-97.
91. Zakszeski BN, DuPaul GJ. Reinforce, shape, expose, and fade: a review of treatments for selective mutism (2005–2015). *School Mental Health*. 2017;9(1):1-15.
92. Esposito M, Gimigliano F, Barillari MR, Precenzano F, Ruberto M, Sepe J, et al. Pediatric selective mutism therapy: a randomized controlled trial. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017;11(23736):S1973-9087.16.
93. Lewis M, Rudolph KD. *Child and Adolescent Psychiatry*. 5 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
94. Dulcan MK. *Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. 2 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2016.
95. Kupferberg R, Avny S, Ortiz C. Intensive group behavioral treatment for older youth with selective mutism: an open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2024.
96. Hewitt PL, Caelian CF, Flett GL, Sherry SB, Collins L, Flynn CA. Perfectionism in children: Associations with depression, anxiety, and anger. *Personality and Individual Differences*. 2002;32(6):1049-61.
97. Melero S, Morales A, Espada JP, Fernández-Martínez I, Orgilés M. How does perfectionism influence the development of psychological strengths and difficulties in children? *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(11):4081.
98. Mitchell JH, Newall C, Broeren S, Hudson JL. The role of perfectionism in cognitive behaviour therapy outcomes for clinically anxious children. *Behaviour Research and Therapy*. 2013;51(9):547-54.
99. O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: The role of perfectionism and acute life stress. *Behaviour research and therapy*. 2010;48(1):52-9.
100. Flett GL, Hewitt PL, Blankstein KR, Gray L. Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. *Journal of personality and social psychology*. 1998;75(5):1363.
101. Stoeber J, Kobori O, Brown A. Examining mutual suppression effects in the assessment of perfectionism cognitions: Evidence supporting multidimensional assessment. *Assessment*. 2014;21(6):647-60.
102. Hewitt PL, Flett GL, Mikail SF. *Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment*: Guilford Publications; 2017.

103. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*. 1990;14(5):449-68.
104. Frost RO, Glossner K, Maxner S. Social anxiety disorder and its relationship to perfectionism. *Social anxiety*. 2010:119-45.
105. Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG. Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*. 2002;40(7):773-91.
106. Shafran R, Egan S, Wade T. *Overcoming Perfectionism 2nd Edition: A self-help guide using scientifically supported cognitive behavioural techniques*: Robinson; 2018.
107. Limburg K, Watson HJ, Hagger MS, Egan SJ. The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*. 2017;73(10):1301-26.
108. Stackpole R, Greene D, Bills E, Egan SJ. The association between eating disorders and perfectionism in adults: A systematic review and meta-analysis. *Eating behaviors*. 2023;50:101769.
109. Callaghan T, Greene D, Shafran R, Lunn J, Egan SJ. The relationships between perfectionism and symptoms of depression, anxiety and obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2024;53(2):121-32.
110. Athulya J, Sudhir P, Philip M. Procrastination, perfectionism, coping and their relation to distress and self-esteem in college students. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 2016;42(1):82.
111. Juwono ID, Kun B, Demetrovics Z, Urbán R. Healthy and unhealthy dimensions of perfectionism: Perfectionism and mental health in Hungarian adults. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2023;21(5):3017-32.
112. Moroz M, Dunkley DM. Self-critical perfectionism and depressive symptoms: Low self-esteem and experiential avoidance as mediators. *Personality and Individual Differences*. 2015;87:174-9.
113. Murray SB, Rieger E, Karlov L, Touyz SW. An investigation of the transdiagnostic model of eating disorders in the context of muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*. 2013;21(2):160-4.
114. Piotrowski K, Bojanowska A, Nowicka A, Janasek B. Perfectionism and community-identity integration: the mediating role of shame, guilt and self-esteem. *Current Psychology*. 2023;42(2):1308-16.
115. Raedeke TD, Blom V, Kenttä G. Perfectionism and self-perception profile comparisons on burnout and life satisfaction in aesthetic performers. *Journal of Clinical Sport Psychology*. 2020;15(4):351-72.

116. Khossousi V, Greene D, Shafran R, Callaghan T, Dickinson S, Egan SJ. The relationship between perfectionism and self-esteem in adults: a systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2024;1-20.
117. Sowislo JF, Orth U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*. 2013;139(1):213.
118. Krauss S, Dapp LC, Orth U. The link between low self-esteem and eating disorders: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychological Science*. 2023;11(6):1141-58.
119. Egan SJ, van Noort E, Chee A, Kane RT, Hoiles KJ, Shafran R, et al. A randomised controlled trial of face to face versus pure online self-help cognitive behavioural treatment for perfectionism. *Behaviour research and therapy*. 2014;63:107-13.
120. Handley AK, Egan SJ, Kane RT, Rees CS. A randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*. 2015;68:37-47.
121. Bills E, Greene D, Stackpole R, Egan SJ. Perfectionism and eating disorders in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Appetite*. 2023;187:106586.
122. Wells A. A cognitive model of social phobia. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*1995.
123. Wells A, Clark DM, Salkovskis P, Ludgate J, Hackmann A, Gelder M. Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*. 1995;26(1):153-61.
124. Rais O, Norton PJ. The effects of fear of evaluation as a mediator of the relationship between perfectionism and social anxiety in college students. *Current Psychology*. 2024;43(48):36921-32.
125. Azizi K, Besharat MA. The relationship between parental perfectionism and parenting styles. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011;15:1484-7.
126. Kawamura KY, Frost RO, Harmatz MG. The relationship of perceived parenting styles to perfectionism. *Personality and individual differences*. 2002;32(2):317-27.
127. Flett GL, Hewitt PL. Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. 2002.
128. Damian LE, Stoeber J, Negru O, Băban A. On the development of perfectionism in adolescence: Perceived parental expectations predict longitudinal increases in socially prescribed perfectionism. *Personality and Individual Differences*. 2013;55(6):688-93.

129. Westfall RS. Self-esteem, Theory of. *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Models and Theories*. 2020:381-5.
130. Hepper EG. Self-esteem. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*: Elsevier Inc; 2017. p. V3-125-V3-39.
131. Orenstein GA, Lewis L. Erikson's stages of psychosocial development. *StatPearls [Internet]*: StatPearls Publishing; 2022.
132. Harris MA, Orth U. The link between self-esteem and social relationships: A meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of personality and social psychology*. 2020;119(6):1459.
133. Pan Y, Chan MM, Liu G, Li S, Deng X. The Longitudinal Association Between Self-Esteem and Social Relationships Among Chinese Adolescents: Roles of Developmental Stages and Gender. *Journal of Happiness Studies*. 2024;25(7):106.
134. Cameron JJ, Granger S. Does self-esteem have an interpersonal imprint beyond self-reports? A meta-analysis of self-esteem and objective interpersonal indicators. *Personality and Social Psychology Review*. 2019;23(1):73-102.
135. Peng B, Hu N, Yu H, Xiao H, Luo J. Parenting style and adolescent mental health: The chain mediating effects of self-esteem and psychological inflexibility. *Frontiers in psychology*. 2021;12:738170.
136. Clarity DS-C, Matter S-E. *Cultural Identity Conflict and Psychological Well-Being in Bicultural Young Adults*. 2021.
137. Chen D, Zhang Q, Yu S, Chong ZY, Xu W. Longitudinal Relations Between Adolescent Self-Esteem and Mental Health Concerns: The Mediation of Self-Control and Moderation of Parental Autonomy Support. *Journal of Adolescence*. 2025;97(3):840-9.
138. In-Albon T, Meyer AH, Metzke CW, Steinhausen H-C. A cross-lag panel analysis of low self-esteem as a predictor of adolescent internalizing symptoms in a prospective longitudinal study. *Child Psychiatry & Human Development*. 2017;48(3):411-22.
139. Bridge L, Langford K, McMullen K, Rai L, Smith P, Rimes KA. Acceptability, feasibility and preliminary efficacy of a compassion-based cognitive behavioural intervention for low self-esteem in sexual minority young adults. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2024;31(1):e2911.
140. Kolubinski DC, Frings D, Nikčević AV, Lawrence JA, Spada MM. A systematic review and meta-analysis of CBT interventions based on the Fennell model of low self-esteem. *Psychiatry research*. 2018;267:296-305.

141. Kaufman J, Birmaher B, Axelson D, Perepletchikova F, Brent D, Ryan N. The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children–present and lifetime version for DSM5 (K-SADS-PL-DSM5). Western Psychiatric Institute and Clinic: Advanced Center for Intervention and Services Research (ACISR) for Early Onset Mood and Anxiety Disorders, Yale University: Child and Adolescent Research and Education (CARE) Program. 2016.
142. Unal F, Oktem F, Cetin Cuhadaroclu F, Cengel Kultur S, Akdemir D, Foto Ozdemir D, et al. Reliability and validity of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version. DSM-5 november. 2016.
143. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroğlu F, Çengel Kültür SE, AKDEMİ D, Foto Özdemir D, et al. Reliability and validity of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version, DSM-5 November 2016-Turkish adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). Turkish Journal of Psychiatry. 2019;30(1).
144. Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L, Bridge J, Monga S, Baugher M. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(10):1230-6.
145. Karaceylan Çakmakçı F. Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Kocaeli. 2004.
146. Rosenberg M. Rosenberg self-esteem scale. *Journal of Religion and Health*. 1965.
147. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara. 1986.
148. Flett G, Hewitt P, Boucher DJ, Davidson LA, Munro Y. The child-adolescent perfectionism scale: Development, validation, and association with adjustment. Unpublished manuscript. 2000.
149. Hewitt PL, Flett GL, Turnbull-Donovan W, Mikail SF. The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991;3(3):464.
150. Uz-Baş A, Siyez DM. Adaptation of the Child and Adolescent Perfectionism Scale to Turkish: The validity and reliability study. *Elementary Education Online*. 2010;9(3):898-909.

151. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Dev.* 1991;62(5):1049-65.
152. YILMAZ A. Anne-baba tutum ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.* 2000;7(3):160-72.
153. Oral M. The relationship between dimensions of perfectionism, stressful life events and depressive symptoms in university students'a test of diathesis-stress model of depression': Middle East Technical University; 1999.
154. LeCompte G, LeCompte A, Özer S. Child-rearing attitudes of mothers in three socio-economic level, the adaptation of Parental Attitudes Research Inventory. *Journal of Turkish Psychology.* 1978;1:5-8.
155. Gensthaler A, Dieter J, Raisig S, Hartmann B, Ligges M, Kaess M, et al. Evaluation of a novel parent-rated scale for selective mutism. *Assessment.* 2020;27(5):1007-15.
156. Karakaya I, Şişmanlar Ş, Öç Ö, Memik N, Coşkun A, Ağaoğlu B, et al. Selective mutism: A school-based cross-sectional study from Turkey. *European child & adolescent psychiatry.* 2008;17(2):114-7.
157. Koç İ. Türkiye'de akraba evliliklerinin yaygınlığının değişimi ve dirençli grupların belirlenmesi: 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'ndan evlilik kuşaklarına göre analizler. *Turkish Journal of Public Health.* 2022;20(3):423-38.
158. Kaplan S, Pinar G, Kaplan B, Aslantekin F, Karabulut E, Ayar B, et al. The prevalence of consanguineous marriages and affecting factors in Turkey: a national survey. *Journal of biosocial science.* 2016;48(5):616-30.
159. Shafique A, Sultan T, Alzahrani F, Seo GH, Alkuraya FS, Naz S. Genomic analysis of multiplex consanguineous families reveals causes of neurodevelopmental disorders with epilepsy. *Gene.* 2023;879:147599.
160. Ghasemi M-R, Sadeghi H, Hashemi-Gorji F, Mirfakhraie R, Gupta V, Ben-Mahmoud A, et al. Exome sequencing reveals neurodevelopmental genes in simplex consanguineous Iranian families with syndromic autism. *BMC medical genomics.* 2024;17(1):196.
161. O'donnell KJ, Glover V, Barker ED, O'connor TG. The persisting effect of maternal mood in pregnancy on childhood psychopathology. *Development and psychopathology.* 2014;26(2):393-403.
162. Van den Bergh BR, van den Heuvel MI, Lahti M, Braeken M, de Rooij SR, Entringer S, et al. Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* 2020;117:26-64.

163. Cohan SL, Chavira DA, Shipon-Blum E, Hitchcock C, Roesch SC, Stein MB. Refining the classification of children with selective mutism: A latent profile analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2008;37(4):770-84.
164. Shorer M, Ben-Haim Z, Krispin O, Ben-Ami N, Fennig S. Parents' social anxiety, authority style and accommodation are associated with symptom severity in children with selective mutism. *Journal of Child and Family Studies*. 2023;32(9):2748-60.
165. Alyanak B, Kılınçaslan A, Harmancı HS, Demirkaya SK, Yurtbay T, Vehid HE. Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism. *Journal of anxiety disorders*. 2013;27(1):9-15.
166. Manassis K, Oerbeck B, Overgaard KR. The use of medication in selective mutism: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*. 2016;25(6):571-8.
167. Hung S-L, Spencer MS, Dronamraju R. Selective mutism: Practice and intervention strategies for children. *Children & Schools*. 2012;34(4):222-30.
168. Oerbeck B, Manassis K, Overgaard K. *Selective Mutism (norskspråklig utgave)*. I: Rey JM, Martin A, red. *Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* Geneve: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. 2019.
169. Güleşen O, Sönmez SA, Bodur Ş, Cöngöloğlu A. 17-year-old Selective Mutism Case without Treatment for A Long Time. *Duzce Medical Journal*. 2022;24(2):212-4.
170. Henkin Y, Bar-Haim Y. An auditory-neuroscience perspective on the development of selective mutism. *Developmental cognitive neuroscience*. 2015;12:86-93.
171. Karababa A. The moderating role of hope in the relationship between maladaptive perfectionism and anxiety among early adolescents. *The Journal of Genetic Psychology*. 2020;181(2-3):159-70.
172. Damian LE, Negru-Subtirica O, Stoeber J, Băban A. Perfectionistic concerns predict increases in adolescents' anxiety symptoms: A three-wave longitudinal study. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2017;30(5):551-61.
173. Affrunti NW, Woodruff-Borden J. Parental perfectionism and overcontrol: examining mechanisms in the development of child anxiety. *Journal of abnormal child psychology*. 2015;43(3):517-29.
174. Mitchell JH, Broeren S, Newall C, Hudson JL. An experimental manipulation of maternal perfectionistic anxious rearing behaviors with anxious and non-anxious children. *Journal of Experimental Child Psychology*. 2013;116(1):1-18.

175. Cook LC, Kearney CA. Parent and youth perfectionism and internalizing psychopathology. *Personality and Individual Differences*. 2009;46(3):325-30.
176. Smith MM, Sherry SB, Gautreau CM, Mushquash AR, Saklofske DH, Snow SL. The intergenerational transmission of perfectionism: Fathers' other-oriented perfectionism and daughters' perceived psychological control uniquely predict daughters' self-critical and personal standards perfectionism. *Personality and Individual Differences*. 2017;119:242-8.
177. Riketta M. Does social desirability inflate the correlation between self-esteem and anxiety? *Psychological reports*. 2004;94(3\_suppl):1232-4.
178. Rasmussen MK, Pidgeon AM. The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. *Anxiety Stress Coping*. 2011;24(2):227-33.
179. Cao X, Liu X. Self-esteem as a predictor of anxiety and academic self-efficacy among Chinese university students: a cross-lagged analysis. *Current Psychology*. 2024;43(22):19628-38.

## 8. EKLER

### EK-1: Aydınlatılmış Onam Formları

#### “GEÇMİŞTE SEÇİCİ KONUŞMAZLIK TANISI ALAN HASTALARIN İZLEM ÇALIŞMASI VE SEÇİCİ KONUŞMAZLIK SEMPTOMLARI İLE MÜKEMMELİYETÇİLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ” ADLI ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Araştırma Grubu)

#### (Hekimin Açıklaması)

Geçmişte seçici konuşmazlık tanısı alan gençler ve onların aileleri ile bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Geçmişte Seçici Konuşmazlık Tanısı Alan Hastaların İzlem Çalışması ve Seçici Konuşmazlık Semptomları ile Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, geçmişte seçici konuşmazlık tanısı alan ergenlerin şimdiki ruhsal durumlarını değerlendirmek, ergenin ve ebeveynlerinin sosyodemografik, klinik ve mükemmeliyetçilik özelliklerinin bunlar ile ilişkisi hakkında bilgi sahibi olmaktır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yürütülecek bu araştırmaya gönüllü olarak katılımanız araştırmanın başarısı için çok önemlidir.

Sizin çocuğunuz ve siz bu çalışma grubunu oluşturmaktasınız. Sizinle ve çocuğunuzla çevrimiçi psikiyatrik görüşme yapılmasının ardından, çevrimiçi olarak doldurmanız için ölçekler gönderilecektir. Size verilen formların doldurulması ve görüşme yaklaşık yarım saat; velisi olduğunuz çocuğunuzla görüşme, formları doldurması yaklaşık bir saat olacaktır. Araştırmadan elde edilecek bulguların, geçmişte seçici konuşmazlık tanısı alan gençlerin klinik profillerinin incelenmesi ve aydınlatılmasına ve eşlik eden başka psikopatoloji varlığının araştırılmasına, elde edilen veriler ile bu hastalığın daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Bu amaçla bu çalışmaya sizin de gönüllü olarak katılmanızı teklif ediyoruz. Bu uygulamalar sırasında sizin ve çocuğunuz için herhangi bir rahatsızlık veya risk beklenmemektedir. Araştırma kapsamında sizlere klinik görüşme haricinde ek herhangi bir tetkik yapılmayacaktır. Sizinle ilgili olarak alınan bilgi yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, isimler gizli tutulacak ve mahremiyetinize azami titizlik gösterilecektir. Bu çalışma size ya da bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumuna herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya

katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Araştırma süresince herhangi bir nedenle sorumlu araştırmacı Dr. Cihan ASLAN ve Dr. Zeliha Büşra ÖZDEMİR

Bu çalışmaya katılmayı kendi isteğinizle, gönüllü olarak kabul edebilirsiniz. Eğer istemezseniz bu çalışmaya katılmayabilirsiniz, kabul ettikten sonra da istediğiniz herhangi bir anda mazeret göstermeksizin araştırmadan çıkabilirsiniz. Araştırmacı da sizin araştırmaya uyum sağlayamamanız veya benzeri nedenlerle sizi araştırma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çalışmadan çıkarılmanız, size uygulanması gereken tedavileri değiştirmeyecektir.

### **(Hasta Yakınının Beyanı)**

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümünde sorumlu araştırmacı Dr. Cihan ASLAN ve Dr. Zeliha Büşra ÖZDEMİR tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı tarafıma belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra ben ve çocuğum böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildik.

Eğer bu araştırmaya katılırsak hekim ile aramda kalması gereken bana ve çocuğuma ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine 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 ben ve çocuğum araştırmadan çekilebiliriz. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca çocuğumun tıbbi durumuna herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından çocuğum ve ben araştırma dışı tutulabiliriz. 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 çocuğumun herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim). Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, sorumlu araştırmacı Dr. Cihan ASLAN ve Dr. Zeliha Büşra ÖZDEMİR

Çocuğum ve ben bu araştırmaya katılmak zorunda değiliz ve katılmayabiliriz. Araştırmaya katılmamız konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun çocuğumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye 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.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

**Kabul ediyorum**

<p><b>Katılımcının annesi</b></p> <p>Adı, soyadı:</p> <p>Adres:</p> <p>Telefon:</p> <p>İmza:</p>	<p><b>Katılımcının babası</b></p> <p>Adı, soyadı:</p> <p>Adres:</p> <p>Telefon:</p> <p>İmza:</p>
<p><b>Görüşme tanığı</b></p> <p>Adı, soyadı:</p> <p>Adres:</p> <p>Telefon:</p> <p>İmza:</p>	<p><b>Katılımcı ile görüşen hekim</b></p> <p>Adı soyadı, unvanı:</p> <p>Adres:</p> <p>Telefon:</p> <p>İmza:</p>

**Tarih:**

## ERGEN BİLGİLENDİRME FORMU

(Araştırma Grubu)

Sevgili Kardeşim,

Geçmişte seçici konuşmazlık tanısı alan gençler ve onların aileleri ile bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Geçmişte Seçici Konuşmazlık Tanısı Alan Hastaların İzlem Çalışması ve Seçici Konuşmazlık Semptomları ile Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”dir. Bu araştırma ile geçmişte seçici konuşmazlık tanısı alan ergenlerin şimdiki ruhsal durumlarını değerlendirmek, ergenin ve ebeveynlerinin sosyodemografik, klinik ve mükemmeliyetçilik özelliklerinin bunlar ile ilişkisi hakkında yeni bilgiler öğreneceğiz. Bu araştırmaya katılmanı öneriyoruz.

Araştırmayı sorumlu araştırmacı Dr. Cihan ASLAN ve Dr. Zeliha Büşra Özdemir olarak birlikte yapıyoruz. Bu araştırmaya katılacak olursan seninle ve annen ve/veya baban ile çevrimiçi platformlar (ör. Zoom, Microsoft Teams) aracılığıyla toplam bir buçuk saat süren bir görüşme yapacağız. Sizden bazı anket formlarını doldurmanızı isteyeceğiz. Bu görüşmeler yorucu olursa o gün mola vereceğiz ya da bir kısmını ikinci görüşmeye bırakacağız. Bu araştırma geçmişte seçici konuşmazlık tanısı alan gençlerin klinik profillerinin aydınlatılmasında ve bu hastalığın daha iyi anlaşılmasında bize fikir verecektir. Bu araştırmanın sonuçlarını başka doktorlara da söyleyeceğiz, sonuçları bildireceğiz ama senin adını söylemeyeceğiz.

Bu araştırmaya katılıp katılmamak için karar vermeden önce anne ve baban ile konuşup onlara danışmalısın. Onlara da bu araştırmadan bahsedip onaylarını/izinlerini alacağız. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı. Önce katılmayı kabul etsen bile

sonradan vazgeçebilirsin, bu tamamen sana bağılı. Kabul etmediğin durumda da doktorlar muayene ve diğer işlemlerde sana önceden olduğu gibi iyi davranır, önceye göre farklılık olmaz.

Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek olan soruları istediğin zaman bana sorabilirsin. Telefon numaram ve adresim bu kâğıtta yazıyor. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan aşağıya lütfen adını ve soyadını yaz ve imzanı at.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte sorumlu araştırmacı Dr. Cihan ASLAN ve Dr. Zeliha Büşra ÖZDEMİR

<p><b><u>Çocuğun adı, soyadı:</u></b></p> <p><b>Çocuğun İmzası:</b>  <b>Telefon:</b>  <b>İmza:</b></p>	<p><b><u>Velisinin adı, soyadı:</u></b></p> <p><b>Velinin İmzası:</b>  <b>Telefon:</b>  <b>İmza:</b></p>
<p><b><u>Araştırmacının adı, soyadı, ünvanı:</u></b></p> <p><b>Adres:</b>  <b>Telefon:</b>  <b>İmza:</b></p>	

**Tarih:**

**EK-2: Veri Toplama Formu****SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK BİLGİ FORMU:**

**Katılımcı No:**  
**Başvuru Tarihi:**

**Cinsiyet:**  
**Doğum tarihi:**  
**Yaş: ... yıl ... ay**  
**Okul ve sınıfı:**  
**Öğrenim durumu:**

**Mevcut tıbbi hastalık:** 1- Var 2- Yok  
 Var ise hastalığın türü:  
**Mevcut ilaç kullanımı:** 1- Var 2- Yok  
 Var ise ilacın adı ve dozu:  
**Psikiyatrik hastalık öyküsü:**

**ÖZGEÇMİŞ:**  
**Geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü (Seçici Konuşmazlık):**

Şikayet:

Şikayetlerin başlama yaşı:

İlk başvuru yaşı:

Tanı alma yaşı:

Aldığı tedaviler (psikoterapi/farmakoterapi):

Dozları ve süreleri:

Tedaviden fayda görüp görmediği:

Takip süresi:

Eşlik eden tanıları:

Başka kuruma başvurusunun olup olmadığı:

Şikayetlerinin seyri:

Okul reddi/devamsızlık durumu:

**Geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü (Diğer):** 1- Var 2- Yok

Var ise ilk başvuru yaşı:

Başvuru yakınması:

Hastalığının tanısı:

Hastalığına yönelik psikiyatrik ilaç kullanımı:

**Geçmiş tıbbi hastalık öyküsü:** 1- Var 2- Yok

Var ise hastalığın türü ve zamanı:

**Son 3 ay içerisinde psikiyatrik ilaç kullanımı:** 1- Var 2- Yok

Var ise ilacın adı:

**Prenatal öykü:**

Düşük tehdidi: 1- Var 2- Yok

Sigara kullanımı: 1- Var 2- Yok

Alkol/ Madde kullanımı: 1- Var 2- Yok

Çay/ Kahve kullanımı: 1- Var 2- Yok

X- Ray: 1- Var 2- Yok

Travma: 1- Var 2- Yok

Operasyon: 1- Var 2- Yok

Stres: 1- Var 2- Yok

İlaç kullanımı: 1- Var 2- Yok

Enfeksiyon: 1- Var 2- Yok

**Doğum öyküsü:** 1- NSVY 2- Sezaryen 3- Forseps yardımı ile 4- Vakum yardımı ile

1- Term 2- Prematurite 3- Postmaturite

Doğum sırasında komplikasyon: 1- Var 2- Yok

Doğum ağırlığı:

**Doğum sonrası:** Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalmış olma: 1- Var 2- Yok

Doğumdan hemen sonra ağlamama: 1- Var 2- Yok

Mor doğum: 1- Var 2- Yok

Mekonyum aspirasyonu: 1- Var 2- Yok

Kordon dolanması: 1- Var 2- Yok

Kan uyuşmazlığı: 1- Var 2- Yok

Doğum sonrasında sarılık: 1- Var 2- Yok

Kan Transfüzyonu: 1- Var 2- Yok

Havale Öyküsü: 1- Var 2- Yok

Operasyon: 1- Var 2- Yok

Travma: 1- Var 2- Yok

**Gelişim öyküsü:** Başını dik tutma:

Destekli oturma:

Desteksiz oturma:

Yürüme:

Konuşma: Kelime: Cümle:

Tuvalet eğitimi:

**Bakım veren:** 0-1 yaş: 1-3yaş: 3-6yaş:

Ayrılık var mı? (Varsa süresi):

**Okul Öyküsü:** Okula Başlama Zamanı:

Normal: Erken: Geç:

Okuma Öğrenme:

Okul Öncesi: İlk Dönem: 2. Dönem: Daha Geç:

Başarı Düzeyi:

**AİLE ÖYKÜSÜ:**  
**ANNE**

Doğum sırasında yaşı: a.18-25 b. 26-34 c.35-40 d.>40  
Eğitim durumu:1-Okuryazar değil 2-İlkokul 3-Ortaokul 4-Lise/5-Yüksekokul/Üniversite  
Mesleği:

**BABA**

Doğum sırasında yaşı: a.18-25 b. 26-34 c.35-40 d.>40  
Eğitim durumu:1-Okuryazar değil 2-İlkokul 3-Ortaokul 4-Lise/5-Yüksekokul/Üniversite  
Mesleği:

Anne ve Babanın birliktelik durumu: 1- Evli2-Boşanmış 3-Ayrı oturuyorlar  
4- Anne ya da babadan birisi/ ikisi vefat etmiş

Ailenin Yapısı: 1- Çekirdek 2- Geniş  
Akraba evliliği: 1- Var 2- Yok  
Akrabalık derecesi (1. derece, 2.derece, 3.derece, uzak)  
Ailenin ortalama aylık geliri:

**KARDEŞ**

Kardeş sayısı: 1 2 3 4 5 ve üstü  
Ailenin kaçınıcı çocuğu: 1 2 3 4 5 ve üstü  
Kardeşlerde tıbbi hastalık öyküsü: 1- Var 2- Yok  
Var ise hastalığın türü:  
Kardeşlerde psikiyatrik hastalık öyküsü: 1- Var 2- Yok  
Var ise hastalığın türü:

**Soygeçmiş Bilgileri:**

Ailede tıbbi hastalık öyküsü: 1-Var 2- Yok  
Var ise hastalığın türü ve yakınlık derecesi:  
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü: 1- Var 2- Yok  
Var ise hastalığın türü ve yakınlık derecesi:  
1. Seçici Konuşmazlık  
2. OSB  
3. Şizofreni  
4. Duygudurum bozuklukları  
5. Kaygı bozukluğu  
6. Obsesif Kompulsif bozukluk  
7. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu  
8. Mental retardasyon

**Ek-2.1. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli DSM-5**

# **ÇDŞG – ŞY DSM – 5**

## **KASIM 2016**

<i>İçindekiler:</i>	
A.	Tarama Görüşmesi
B.	Ekler
I.	Depresyon ve Bipolar Bozukluklar Eki
II.	Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar Eki
III.	Anksiyete Bozuklukları, Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Travma ile ilişkili Bozukluklar Eki
IV.	Nörogelişimsel, Yıkıcı ve Davranım Bozuklukları Eki
V.	Yeme Bozuklukları ve Madde ile ilişkili Bozukluklar Eki

**Erken Başlangıçlı Duygulanım ve Anksiyete Bozuklukları için  
İleri Düzey Müdahale ve Hizmet Araştırma Merkezi (ACISR)  
Batı Psikiyatri Enstitüsü ve Kliniği**

**Çocuk ve Ergen Araştırma ve Eğitim (CARE)  
Programı, Yale Üniversitesi**

### **Türkçe Çeviri**

*Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) DSM-5 Kasım 2016'nın Türkçe çeviri ve geri-çevirisi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üye ve yardımcıları tarafından yapılmıştır (Bu versiyon için katkıda bulunanlar: Fatih Ünal, Ferhunde Öktem, Füsun Çuhadaroğlu Çetin, S.Ebru Çengel Kültür, Devrim Akdemir, Dilşad Foto Özdemir, Halime Tuna Çak, Kevser Tıraş, Cihan Aslan, Merve Bilge Bekler, Büşra Sultan Doğan, Funda Kütük, Emine Taşyürek, Remzi Karaokur, Başak Karabucak, Burak Karakök, Yusuf Karaer, Abdülbaki Artık).*

Katılımcı

Tarih   /   / 2 0

Görüşmeci

## TEŞEKKÜR

ÇDŞG-ŞY DSM-5 Kasım 2016, Dr. Joan Kaufman, Dr. Boris Birmaher, Dr. David Axelson, Dr. Francheska Perepletchikova, Dr. David Brent ve Dr. Neal Ryan tarafından yazılmıştır. ÇDŞG'nin bu baskısı, DSM-5 tanıları ile uyumlu olacak şekilde yenilenmiştir ve hem boyutsal hem de kategorik tanısal değerlendirmeler içermektedir.

Yazarlar, bu görüşme aracının eski baskısı üzerinden yürütülen kapsamlı yeniden yapılandırma hizmetlerinden ötürü Dr. Oscar Bukstein, Dr. John Campo, MSW Carrie Christopher Fascetti, Dr. Andrew Gilbert, Dr. Benjamin Goldstein, Dr. Tina Goldstein, Dr. Diane Goudreau, MA Megan Muir Grivas, Dr. Ben Handen, Dr. Ami Klin, Dr. David Kolko, Dr. Walter Kaye, Dr. Rolf Loeber, Dr. Catherine Lord, Dr. Martin Lubetsky, Dr. William Pelham, Dr. David Rosenberg, BA Rita Scholle, MS Eunice Torres ve Dr. John Walkup dahil olmak üzere bu görüşme aracının oluşturulmasında katkıda bulunan bütün danışmanlara teşekkürlerini sunar. Denise Carter-Jackson ve Jason Lyons, MA, eski versiyonları yeniden yapılandırılmaları nedeniyle özellikle teşekkür edilmesi gereken kişilerdir.

ÇDŞG-ŞY DSM-5 Kasım 2016 yazarları, ayrıca, mevcut ÇDŞG-ŞY için temel oluşturan eski versiyonlar ve bunların yazarlarına da teşekkürlerini sunar; Dr. William Chambers ve Dr. Joaquim Puig-Antich tarafından geliştirilen ve sonrasında Dr. Joaquim Puig-Antich ve Dr. Neal Ryan tarafından revize edilen K-SADS-P (Şimdiki Dönem Şekli); Dr. Helen Orvaschel ve Dr. Joaquim Puig-Antich tarafından geliştirilen K-SADS-E, Dr. Joan Kaufman, Dr. Boris Birmaher, Dr. David Brent, Dr. Uma Rao ve Dr. Neal Ryan tarafından geliştirilen K-SADS-PL ve İleri Düzey Müdahale ve Hizmet Araştırma Merkezi (ACISR, MH66371- Dr. David Brent) desteğiyle Dr. David Axelson, Dr. Boris Birmaher, RN, MPH Jamie Belazny, Dr. Joan Kaufman ve MSN Mary Kay Gill tarafından geliştirilen K-SADS-PL-2009 Geçici Taslak. Bu görüşme aracı aynı zamanda, SADS-L (Spitzer ve Endicott), SCID (Spitzer, Williams, Gibbon ve First), DIS (Robins ve Helzer), ISC (Kovacs), DICA (Reich, Shayka ve Taibleson) ve DUSI (Tarter, Laird, Bukstein ve Kaminer) gibi yapılandırılmış ya da yarı-yapılandırılmış birçok psikiyatrik görüşme aracı ile ilgili çalışmalara da teşekkür borçludur. Bu görüşme aracının başlangıcında yer alan görüşme rehberi, öncelikle Dr. Michael Rutter ve Dr. Philip Graham tarafından sağlanmış, yapılan düzenlemelerle son şeklini almıştır.

# İÇİNDEKİLER

## Tarama Görüşmesi

Giriş.....	i
Ön Bilgi.....	iv
Depresif Bozukluklar.....	1
Mani.....	6
Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu.....	9
Psikoz.....	10
Panik Bozukluk.....	12
Agorafobi.....	13
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu.....	14
Sosyal Fobi/Seçici Konuşmazlık.....	16
Özgül Fobiler.....	17
Yaygın Anksiyete Bozukluğu .....	18
Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	20
Enürezis.....	22
Enkoprezis.....	24
Yeme Bozuklukları.....	26
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.....	29
Karşıt Olma/Karşı Gelme Bozukluğu.....	31
Davranım Bozukluğu.....	33
Tik Bozuklukları.....	36
Otizm Spektrumu Bozuklukları.....	37
Sigara/Tütün Kullanımı.....	40
Alkol Kötüye Kullanımı.....	41
Madde Kötüye Kullanımı .....	43
Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	46
Ek Tamamlayıcı Kontrol Listesi.....	52

## **Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (6-18 Yaş)**

### **Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY DSM-5 Kasım 2016)**

ÇDŞG-ŞY DSM-5 Kasım 2016, DSM-5 tanı ölçütleri uyarınca çocuk ve ergenlerin geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla boyutsal ve kategorik değerlendirme yaklaşımlarını bir araya getirmektedir. ÇDŞG-ŞY kapsamında görüşme süreci başlatılmadan önce anne-baba ve çocuklardan DSM-5 ölçütlerini içeren 25 maddelik bir belirti değerlendirme ölçeği doldurmaları istenir. Bu boyutsal derecelendirme ölçeklerine verilen yanıtlar daha sonra değerlendirmenin görüşme kısmı sırasında dikkate alınır. ÇDŞG-ŞY şu temel tanıları içerir: Major Depresyon, Süreğen Depresyon, Mani, Hipomani, Siklotimi, Bipolar Bozukluklar, Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu, Şizoaffektif Bozukluklar, Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Kısa Tepkisel Psikoz, Panik Bozukluk, Agorafobi, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Basit Fobi, Sosyal Fobi, Seçici Konuşmazlık, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Dikkat Eksikliği Hiperaktifite Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Karşıt Olma/Karşı Gelme Bozukluğu, Entürezis, Enkoprezis, Anoreksiya Nervosa, Bulimiya, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Geçici Tik Bozuklukları, Tourette Bozukluğu, Kronik Motor ya da Vokal Tik Bozukluğu, Alkol Kötüye Kullanımı, Madde Kötüye Kullanımı, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Otizm Spektrumu Bozuklukları.

ÇDŞG-ŞY DSM-5 Kasım 2016 yarı yapılandırılmış bir görüşmedir. Görüşme formundaki tarayıcı soruların kelimesi kelimesine uygulanması zorunlu değildir. Bu sorular daha çok her bir maddenin değerlendirilebilmesi için gerekli bilgilere ulaşmanın yollarını göstermek amacıyla verilmiştir. Görüşmeci, bu soruları çocuğun gelişim düzeyine göre uyarlamakta ve özgül bir belirtiyi sorgularken anne-baba ve çocuğun kullandığı dili kullanmakta kendini özgür hissetmelidir.

Anne-baba ve çocuğun DSM-5 değerlendirme ölçeklerine verdiği yanıtları inceledikten sonra ÇDŞG-ŞY DSM-5 Kasım 2016, anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan (anne-baba, çocuk, okul, çizelge ve diğer) alınan bilgilerin doğrultusunda değerlendirme yapılır. Çizelge ergenlik öncesi döneme uygulanırken önce anne-baba ile görüşme yapılır. Ergenlerle çalışılıyorsa, önce ergenin kendisi ile görüşülür. Klinik nedenlerden ötürü uygulama sırasında değişiklik yapılabilir.

Farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında uyumsuzluk olması halinde klinisyen kendi klinik yargısını kullanır. Ebeveynler ve çocuk arasındaki uyumsuzluk genellikle öznel sorunlarla ilgili maddelerde ortaya çıkar. Bu durum özellikle suçluluk, ümitsizlik, uyku düzenindeki bozukluklar, varsanılar ve intihar düşünceleri gibi anne-babanın bilemeyebileceği, ancak çocuğun kendisinin var olup-olmadığını kesin olarak söyleyebileceği maddeler için geçerlidir. Uyumsuzluklar gözlemlenebilir bir davranış (okuldan kaçma, yangın çıkarma ya da kompulsif ritüeller gibi) ile ilişkili ise, görüşmeci çelişkili bilgi hakkında anne-baba ve çocukla görüşmelidir. Eğer hala uyumsuzluk sürüyorsa anne-baba ve çocukla birlikte uyumsuzluk nedenlerini konuşmak yararlı olabilir. Sonuçta değerlendirme yapılırken, klinisyen kendi klinik yargısını kullanmak zorunda olacaktır.

*Belirtileri değerlendirirken aşağıdaki rehber kullanılmalıdır.*

- 1) *Şimdiki Tanılar:* Bozuklukların şimdi durumunu (ŞD) değerlendirirken, belirtiler o atak sırasındaki en şiddetli döneme göre derecelendirilmelidir. *Bu süre içinde bazı belirtilerin (örn: uykusuzluk) azaldığı ya da kaybolduğu dönemler varsa zamanı kaydedilmelidir.* Hastalar genellikle belirtiler en şiddetli dönemdeyken başvururlar. İzlem görüşmesi kapsamındaki değerlendirmelerde belirtiler kısmi remisyonunda olabilir.
- 2) *İlaçla Tedavi Edilen Bozukluklar:* İlaçla tedavi edilen bozuklukları (ör: DEHB) değerlendirirken, ilaç tedavisine başlamadan önceki ya da ilaca ara verilen dönemlerdeki en ağır düzeydeki belirti derecelendirmeleri kullanılmalıdır. *İlaçla etkin kontrol sağlanan belirtiler işaretlenmelidir.*
- 3) *Geçmişteki Tanılar:* Bir atağın 'düzelmış' ya da 'geçmiş' olduğunu söyleyebilmek için, çocuğun o bozukluğa ilişkin belirtileri en az iki aydır göstermiyor olması gereklidir. Geçmişteki bozukluklar bölümü içinde derecelendirilen ataklar, bozukluğun geçmişteki en ağır atağını (GEA) yansıtmalıdır.
- 4) *Zaman Çizgisi:* Tekrarlayan ya da ataklarla seyreden bozuklukları olan çocuklar için, bozukluğun yaşam boyu seyirini çıkarmak ve her bir атаğa eşlik eden belirtilerin değerlendirilmesini kolaylaştırmak amacıyla bir zaman çizelgesi oluşturulması önerilir.

Görüşme sürecinde, ilk başta geçmişte kaldığı düşünülen bir hastalığın daha sonra aslında kısmi remisyonunda olduğu anlaşılabilir. Şu andaki ve geçmiş dönemdeki ciddiyet değerlendirilirken yapılan düzeltmeler, görüşmenin tamamlanmasından sonra yapılabilir.

ÇDŞG-ŞY DSM-5 Kasım 2016 uygulanırken şu bölümlerin tamamlanması gerekir: 1) Anne-baba ve çocuk DSM-5 belirti ölçekleri (DSM-5-BÖ); 2) Yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi; 3) Tanı amaçlı tarama görüşmesi; 4) Ek tamamlayıcı kontrol listesi; 5) Uygun tanı ekleri ve 6) Özet yaşam boyu tanı kontrol listesi. ÇDŞG-ŞY başlangıçta her bir bilgi kaynağı ile ayrı ayrı tamamlanır. Eğer geçmişte ya da şu anda bir psikopatoloji bulunmamışsa, Tarama Görüşmesinin ardındaki değerlendirmelere gerek olmayacaktır. Özet Yaşam Boyu Tanı Kontrol Listesi, tüm veriler sentezlendikten ve tüm uyumsuzluklar çözümlendikten sonra tamamlanır. ÇDŞG-ŞY görüşmesinin her bir aşaması aşağıda kısaca açıklanmıştır.

*DSM-5 Belirti Ölçekleri (DSM-5-BÖ).* DSM-5 -BÖ, ÇDŞG görüşmesi başlatılmadan önce anne-baba ve çocuk tarafından ayrı ayrı tamamlanan öz bildirim ölçekleri olarak tasarlanmıştır. Bu öz bildirim ölçeklerindeki puanlar, ÇDŞG kapsamındaki görüşme aşamasına geçilmeden önce incelenmeli ve ayrılmış olan alana kaydedilmelidir.

- 1) *DSM-5 Belirti Ölçekleri,* geçtiğimiz son iki hafta içerisindeki belirtilerin şiddetlerini değerlendirmek için kullanılan 25 maddeden oluşmaktadır. Anne-baba ve çocuk için DSM-5-BÖ, ÇDŞG çizelgesinin sonuna iliştirilmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), DSM-5-BÖ ile ilgili kesim noktaları aşıldığında bu kişilerin izlenmelerini ve ilgili bozukluklara ilişkin özgün ölçeklerin kullanılmasını önermektedir. Bu ek ölçeklere <http://www.psychiatry.org/practice/dsm5/online-assessment-measures#Level1> adresinden erişim sağlanabilir ancak bunların ÇDŞG tanı amaçlı değerlendirmenin bir parçası olarak tamamlanması zorunlu değildir.
- 2) *Yapılandırılmamış Başlangıç Görüşmesi.* Bu bölümü tamamlamak yaklaşık 10-15 dakika sürmektedir. Bu bölümde demografik bilgiler, sağlık durumu, şu andaki yakınması, geçmişte aldığı psikiyatrik tedavilere ilişkin bilgilerle birlikte çocuğun okuldaki durumu, hobileri, arkadaş ve aile ilişkileri gibi bilgiler edinilir. Özellikle ikinci sırada sayılan konularla ilgili bilgi almayı unutmamak gerekir. Çünkü bu bilgiler duygudurum belirtilerini (huzursuzluk ve depresyon) seçmede ve işlevsellikteki bozulmayı değerlendirmede çok yardımcı olacaktır. Bu bölüm anne-baba ve çocukla ilk ilişkinin kurulmasını sağlamak için kullanılmalıdır, bu nedenle de uygulamada çok önem verilmelidir.
- 3) *Tanı Amaçlı Tarama Görüşmesi.* Bu kısımda ÇDŞG-ŞY'de yer alan başlıca tanılarının temel belirtileri taranmaktadır. Her bir belirtiyi değerlendirmek için belli tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri verilmiştir. *Değerlendirme yapan kişinin, her bir maddeyi değerlendirmesini sağlayacak kadar soru sorması yeterlidir; soruların hepsini ve kelimesi kelimesine sorması zorunlu değildir.* Sorular mümkün olduğunca yansız olmalıdır, yönlendirici sorulardan (ör: üzgün hissediyorsun değil mi? şeklinde) kaçınılmalıdır.

Tarama görüşmesinde derecelendirilen belirtiler hem *şimdiki* hem de *geçmişteki en ağır* ataklar (GEA) için eşzamanlı olarak sorgulanır. Çocukla görüşmeye o belirtiyi hiç yaşayıp yaşamadığını sorarak başlanabilir. Eğer yanıt hayır ise, belirti her iki dönem için olumsuz olarak kaydedilir ve diğer soruya geçilir. Eğer yanıt evet ise, belirtinin zamanı sorgulanır. Eğer belirti belli bir zaman aralığında (ör: şu anda) görülüyor ise, başka herhangi bir zamanda (ör: geçmişte) olup olmadığı araştırılır.

2013

## ÇDŞG-ŞY TARAMA GÖRÜŞMESİ:

Giriş

sayfa iii/xiv

Tarama görüşmesinde, tanıları listedeki sıraya göre sorgulamak zorunlu değildir. Görüşmeci, araştırmaya yapılandırılmamış görüşme sırasında alınan bilgiler doğrultusunda varolan yakınmalarla ilişkili bölümlerden başlayabilir. Ancak tarama görüşmesinin tüm bölümleri tamamlanmalıdır ve bunun en kolay yolu baştan sona görüşme aracının takip edilmesi olarak kabul edilir.

**Dışlama Ölçütleri.** Her bir tanı ile ilişkili temel belirtilerin sorgulanmasından sonra, her bir bozukluğun şimdiki ve geçmiş dönemleri için o bozukluğu dışlama ölçütleri oluşturulmuştur. Çocuğun bu ölçütlerini karşılayıp karşılamadığını ya da çocuğun özgül tanı ile ilişkili birincil belirtileri olup olmadığını belirtmek için bir boşluk bırakılmıştır. Eğer çocuk herhangi bir tanı için dışlama ölçütlerini karşılamazsa (o bozukluk dışlanamamışsa), tarama görüşmesi tamamlandıktan sonra uygun ekler uygulanmalıdır.

**Derecelendirme:** Her ne kadar görüşmecilere, hangi belirtilerin sorgulandığına yönelik esneklik sağlanıyor olsa da puanlar katı bir şekilde verilmelidir. ÇDŞG-ŞY DSM-5 Kasım 2016 kapsamındaki maddelerin çoğunluğu, 0-3 değerleri arasında derecelendirilir. 0 puan, gerekli bilginin olmadığını, 1 puan belirtinin görülmediğini, 2 puan semptomatoloji kapsamında eşik altı düzeylerini ve 3 puan eşik ölçütlerini ifade etmektedir. Bunların dışında kalan diğer maddeler ise 0-2 değerleri arasında derecelendirilir. Bu durumda 0 puan gerekli bilginin olmadığını, 1 puan belirtinin görülmediğini ve 2 puan belirtinin mevcut olduğunu ifade etmektedir. Belirtinin eşik ya da eşik altı ölçütlerini karşılayıp karşılamadığını belirlerken belirtinin şiddeti, sıklığı ve süresi dikkate alınmalıdır. Belli davranış ya da belirtilerin örneklendirilmesini istemek süreci kolaylaştıracaktır. Bir belirti için eşik düzeyini temsil eden 3 puan verilmesi için çocuk eşik değerlendirme ölçütlerini karşılamalı ya da aşmalıdır. Belirti, şiddet açısından, eşik ile eşik altı ölçütleri arasında yer alması halinde belirti, eşik altı (2) olarak derecelendirilir.

**Eşik Altı Belirtiler.** Belirtilerin eşik altı seyri, bir bozukluğun teşhis edilmesi için yeterli olamayacağından ötürü bazı vakalarda daha kapsamlı araştırma yürütülmesi talep edilebilir. Belirli bir tanı ile ilişkili belirti kümelerinin eşik altı seyri, uzman doktorun ya da araştırma sorumlusunun dikkatine sunulmalıdır. Tarama görüşmesi kapsamında belirli bir tanı ile ilişkili maddelerin her birinde eşik altı seyir gözlemlenmesi halinde bu bölüme ilişkin ek, ilgili klinik semptomatoloji için daha kapsamlı değerlendirme yürütmek adına tamamlanabilir.

4)

**Ek Tamamlayıcı Kontrol Listesi.** Tarama görüşmesinin en son sayfasındadır. Görüşme sonlandırılana kadar bu bölüm kapalı tutulmalıdır. Uygun boşluklara tamamlanması gereken eklerin, şimdiki ve geçmişteki olası atakların zamanlarıyla birlikte not edilmesi gereklidir.

5)

**Tanı Ekleri.** ÇDŞG-ŞY içinde beş adet tanı eki yer almaktadır: Ek 1: Depresyon ve Bipolar Bozukluklar; Ek 2: Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar; Ek 3: Anksiyete Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Travma ile İlişkili Bozukluklar; Ek 4: Nörogelişimsel, Yıkıcı ve Davranım Bozuklukları; Ek 5: Yeme Bozuklukları ve Maddeye Bağlı Bozukluklar. ÇDŞG-ŞY yapısal olarak ayırıcı tanı sürecini kolaylaştırmak için tasarlanmıştır. Tarama görüşmesi ilgili tanıları hakkında genel bilgi sağlarken, ekler farklı bozukluklar ile ilişkili belirtilerin ayrıntılı olarak incelenmesini sağlamaktadır.

Bu eklerde yer alan her tanı, Ek Tamamlayıcı Kontrol Listesinde ve her ekin başındaki içindekiler bölümlerinde belirtilmiştir. Tarama görüşmesindeki dışlama ölçütleri, duruma göre hangi ekin tamamlanması gerektiğini belirtmektedir. Tarama görüşmesinde olduğu gibi, eklerde de bir belirti listesi, tarama soruları ve bozukluğun şimdiki ve geçmişteki en ağır ataklarını (GEA) değerlendirmek için gerekli olan ölçütleri bulunmaktadır.

Ek tanı listesi değişik tanıların ortaya çıkış sırasında uygun bir şekilde uygulanmalıdır. Örneğin, eğer bir çocukta Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) 5 yaşında, olası bir Major Depresyon (MD) atağı da 9 yaşında başlamışsa, DEHB için kullanılan ek, MD için kullanılan ekten önce tamamlanmalıdır. Eğer bu çocukta DEHB ile ilişkili bir dikkat sorunu varsa MD araştırması sırasında dikkat sorunlarını araştırırken, başlangıcının ya da daha kötüleşmesinin depresif belirtilerle ilişkili olup olmadığını mutlaka soruşturulması gerekir. Eğer depresif belirtilerin başlaması sonrasında dikkat sorunlarında bir değişiklik yoksa bu belirti, MD ek listesinde kaydedilmemelidir.

Eğer hastalıkların zamanlaması konusunda binişiklik varsa diğerinin seyrini etkileyebilecek hastalıkla ilgili ek önce tamamlanmalıdır. Örneğin madde kötüye kullanımı ve olası Mani ya da Psikoz belirtilerinin olması durumunda, önce madde kullanımı ile ilgili ek tamamlanmalı ve mani ve/veya psikoz belirtileri ile madde kullanımı arasındaki ilişki konusunda dikkatli olunmalıdır.

2013

**ÇDŞG-ŞY TARAMA GÖRÜŞMESİ:****Giriş**

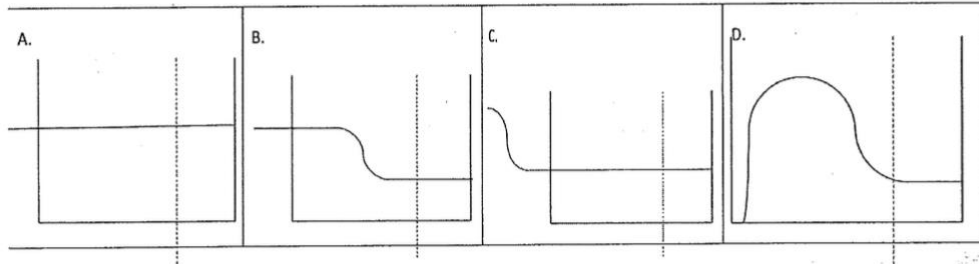
sayfa iv/xiv

6)

*Özet Yaşam Boyu Tanı Kontrol Listesi*, temel yaşam boyu ve şimdiki durum tanı bilgilerinin kaydedilmesi için tasarlanmış şablondur. Klinisyenler / Araştırmacılar ek olarak daha özgün bilgiler girmekte serbesttir (ör; atak başlangıç/bitiş tarihleri ya da atak süreleri). İzlem Özet Tanı Kontrol Listesi, hastalığın zamansal seyrini kaydetmek adına tasarlanmış bir şablondur. Bu şablon kontrol listeleri, ÇDŞG kapsamındaki her bir ekin sonunda yer almaktadır.

- *İzlem Çalışmalarında ÇDŞG'nin Uygulanması*: Katılımcıların boylamsal olarak gözlemlenmesinde ÇDŞG uygulanırken en son yürütülen görüşmeden itibaren belirtilerin ve tanılarının derecelendirilmesi önemlidir. Şimdiki Durum değerlendirmeleri için zaman çizelgesi, çalışmanın amacı doğrultusunda tanımlanmalıdır. Örneğin, Şimdiki Durum belirtileri, görüşme gerçekleştirilmeden 1 ay önceki ay döneme ilişkin olabilir (ya da 2 hafta ya da 2 ay öncesi, vs.). Buna bağlı olarak, belirtiler ve tanılar, şimdiki durum dönemi içerisinde belirtilerin en çok gözlemlendiği zamanı temel alarak değerlendirilir. Geçmiş belirtiler ve tanılar, son görüşmenin yapıldığı tarih ile Şimdiki Durum değerlendirme dönemi olarak belirlenen tarih arasındaki en şiddetli semptomatoloji verilerine dayanarak değerlendirilir. Bu kurallar daha çok depresyon ve mani/hipomani gibi ataklar şeklinde seyreden bozukluklar için geçerlidir. Boylamsal değerlendirmelerde ÇDŞG uygulanırken geçerli olacak zaman çizelgelerin *önceden* hazırlanması önerilir. Daha sonra izlem görüşmelerinden elde edilen sonuçlar, Boylamsal Özet Tanı Kontrol Listesi'ne kaydedilir. Araştırmacılar tarafından boylamsal özet tanı kontrol listesinde her bir çalışmanın amacı, yöntemi ve çıktı tanımlamalarına (ör; remisyon, iyileşme, remisyon, nüks etme) uyarlanması için bazı değişikliklerin yapılması gerekli olabilir.

Aşağıda gösterildiği üzere, ÇDŞG hastalığın seyrini betimlemek için kullanılabilir. Aşağıda verilen her bir şemanın sol tarafında yer alan ilk iki çizgi arasındaki boşluk, son değerlendirme ile "şimdiki durum atağı" arasında geçen zaman dilimi kapsamında hastalığın seyrini ve sağ tarafındaki boşluk şimdiki durum (ör; son iki ay) semptomatolojinin karakterizasyonunu betimlemektedir.



**Açıklayıcı Bilgiler.** A) Şekil A, bir çocuğun son görüşme itibariyle kronik hastalık seyrini betimlemekte; B) Şekil B, bir çocuğun son görüşmede bütün belirtileri gösterdiğini ve izlem görüşmesine kadar geçen sürede geçmişteki en ağır atak sırasında belirtileri göstermeye devam ettiğini, sonrasında izlem görüşmesinde belirlenen "şimdiki durum" zaman aralığında kısmi remisyonunda olduğunu betimlemekte; C) Şekil C, bir çocuğun "geçmiş" ya da "şimdiki durum" izlem görüşmelerinde kısmi remisyonunda olduğunu ve şu anda da bu kısmi remisyonun devam ettiğini betimlemekte; D) Şekil D, ilk görüşmede hiçbir belirti göstermeyen bir çocuğun izlem görüşmesi için belirlenen zaman aralığında bütün belirtileri gösterdiğini ancak "şimdiki durum" izlem zaman aralığı sırasında kısmi remisyonunda olduğunu betimlemekte.

#### Yapılandırılmamış Başlangıç Görüşmesinin Uygulanması için Öneriler

Yapılandırılmamış görüşme 15 dakika sürmelidir. Bu görüşmede amaç; aile ile ilk ilişkiyi kurmak, çocuğun şu andaki belirtileri, önceki psikiyatrik sorunları ve genel işlev düzeyi hakkında ayrıntılı bilgi almaktır. Çocuğun ve anne-babanın kendilerini rahat hissetmeleri için ilk birkaç dakika genel konular hakkında sohbet edilmesi önerilir.

Önce basit demografik bilgilerle başlanabilir. Bu birçok insan için üstünde konuşması kolay bir konudur ve görüşmecinin de ailenin o andaki durumunu ve yaşam koşullarını anlamasını sağlar. Diğer tıbbi hastalıklar ve gelişim öyküsü ile ilgili bilgiler anne-babadan alınmalıdır. Bu bilgiler ayrıntılı tanı yapmayı kolaylaştırır. Çocuğu bu konular hakkında sorular yönelterek yormanın gereği yoktur.

2013

**ÇDŞG-ŞY TARAMA GÖRÜŞMESİ:**Katılımcı Bilgileri

sayfa v/xiv

Çocuklar belirtilerin başlangıcı ve süresi ile ilgili bilgi veremeyebilir, bu gelişimsel olarak çok doğaldır. Eğer ilk sorulduğunda uygun yanıt alınmazsa, daha fazla ısrar edilmemelidir.

Anne-baba ile konuşurken sorular çocuk ile ilişkilendirilerek sorulabilir.

Başlangıç görüşmesi ve ÇDŞG sürecinin tamamında belirtiler hakkında sorular yöneltirken ailenin kullandığı sözcüklerle yani onların dili ile konuşmak uygun olacaktır (ör; "Ne zamandır kendini üzgün hissediyorsun?").

Başvuru nedenleri ile ilgili görüşmeyi tamamlayınca çocuğun aldığı tedavilerle ilgili bilgi toplanmalıdır. Daha sonra çocuğun okuldaki durumuna geçebilir ve okul başarısı, arkadaş ilişkileri sorulabilir.

Çocukla görüşürken, giriş görüşmesini tam olarak tamamlamaya çalışmak gerekli olmayabilir. Demografik bilgileri (yaş, sınıf, kardeşlerin yaşları ve isimler, vb.), yakınmaları (anne-baba görüşmesine göre daha az ayrıntıyla) ve aile, okul ve akran ilişkilerini gözden geçirmek yeterli olacaktır. Bu görüşme sırasında açığa çıkan duygudurum belirtileri (depresyon ve huzursuzluk) hakkında bilgi sağlanması, ilgili tanı alanları ile ilgili hipotez geliştirilmesi ve işlevsel bozukluk değerlendirmesi için ön bilgi sağlanması açısından çok değerli bir katkı sağlayacaktır.

**Katılımcı BİLGİLERİ**

Adı:

Soyadı:

Doğum Tarihi:

 /  / 

Cinsiyet:

 Erkek  Kız

Etkin Köken:

 Hispanik ya da Latin  Hispanik ya da Latin Amerikalı değil  
 Amerikalı

İrk (Uygun olanları işaretleyin):

 Siyahi ya da Afrikalı Amerikalı  Havai ya da Pasifik Adası Yerlisi  
 Asyalı  Amerika ya da Alaska Yerlisi  
 Beyaz ya da Kafkasyalı  
 Diğer Belirtin: **Çocukla birlikte evde yaşayanlar (birini işaretleyin):**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Biyolojik Anne-Baba                      | <input type="radio"/> Sadece biyolojik baba                  | <input type="radio"/> Bakım evi            |
| <input type="radio"/> Biyolojik Anne-Baba, fakat ortak velayet | <input type="radio"/> Sadece üvey anne                       | <input type="radio"/> Kurum Bakımı         |
| <input type="radio"/> Biyolojik anne ve üvey baba              | <input type="radio"/> Sadece üvey baba                       | <input type="radio"/> Yurt                 |
| <input type="radio"/> Biyolojik baba ve üvey anne              | <input type="radio"/> Büyükanne-baba                         | <input type="radio"/> Evden kaçmış         |
| <input type="radio"/> Biyolojik anne ve erkek/kız arkadaşı     | <input type="radio"/> Evlat edinen anne-baba                 | <input type="radio"/> Üniversite öğrencisi |
| <input type="radio"/> Biyolojik baba ve erkek/kız arkadaşı     | <input type="radio"/> Diğer akrabalar/akraba olmayan kişiler | <input type="radio"/> Aileden uzak yaşıyor |
| <input type="radio"/> Sadece biyolojik anne                    | <input type="radio"/> Koruyucu aile                          | <input type="radio"/> Diğer                |



## EK-2.2. Çocuklar İçin Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ)

**0: Doğru değil ya da nadiren doğru**

**1: Biraz ya da bazen doğru**

**2: Doğru ya da çoğu zaman doğru**

1	Korktuğum zaman nefes almam zorlaşır.	0	1	2
2	Okuldayken başım ağrır.	0	1	2
3	İyi tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
4	Evden uzak bir yerde uyursam korkarım.	0	1	2
5	Başka insanların beni sevip sevmediğinden endişelenirim.	0	1	2
6	Korktuğum zaman bayılacak gibi hissederim.	0	1	2
7	Huzursuzum.	0	1	2
8	Nereye giderlerse gitsinler annemin ve babamın peşinden giderim.	0	1	2
9	Birçok insan bana huzursuz göründüğümü söyler.	0	1	2
10	İyi tanımadığım insanların yanında kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
11	Okuldayken karnım ağrır.	0	1	2
12	Korktuğum zaman aklımı kaçıracak gibi hissederim.	0	1	2
13	Yalnız yatmaktan endişe duyarım.	0	1	2
14	Diğer çocuklar kadar iyi olmadığımdan endişelenirim.	0	1	2
15	Korktuğum zaman olayları gerçek değilmiş gibi hissederim.	0	1	2
16	Annemin ve babamın başına kötü şeylerin geldiği kabuslar görürüm.	0	1	2
17	Okula gitmekten endişe duyarım.	0	1	2
18	Korktuğum zaman kalbim hızlı çarpar.	0	1	2
19	Titrerim.	0	1	2
20	Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2
21	İşlerim yolunda gitmeyecek diye endişelenirim.	0	1	2
22	Korktuğum zaman çok terlerim.	0	1	2

23	Her şeyi kendime dert ederim.	0	1	2
24	Hiçbir neden olmadığı halde çok korktuğum olur.	0	1	2
25	Evde yalnız kalmaktan korkarım.	0	1	2
26	İyi tanımadığım insanlarla konuşmak bana zor gelir.	0	1	2
27	Korktuğum zaman boğuluyormuş gibi hissederim.	0	1	2
28	Birçok insan bana çok endişelendiğimi söyler.	0	1	2
29	Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
30	Heyecan nöbetleri geçirmekten korkarım.	0	1	2
31	Annemin ve babamın başına kötü şeyler gelecek diye endişelenirim.	0	1	2
32	İyi tanımadığım insanların yanında utanırım.	0	1	2
33	Gelecekte olacaklar konusunda endişelenirim.	0	1	2
34	Korktuğum zaman kusacakmış gibi olurum.	0	1	2
35	İşlerimi ne kadar iyi yaptığımdan endişelenirim.	0	1	2
36	Okula gitmekten korkarım.	0	1	2
37	Olup bitmiş şeyler hakkında endişe duyarım.	0	1	2
38	Korktuğum zaman başım döner.	0	1	2
39	Başka çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar benim yaptığım şeyi seyredirken kendimi huzursuz hissederim. (Ör: Yüksek sesle okurken, konuşurken, oyun oynarken, spor yaparken)	0	1	2
40	İyi tanımadığım insanların bulunacağı partiye, dansa ya da herhangi bir yere giderken kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
41	Utangacım.			

### EK-2.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

#### ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki maddeler, kendiniz hakkında ne düşünüp genel olarak nasıl hissettiğinize ilişkin olarak hazırlanmıştır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyun ve kendiniz hakkında nasıl hissettiğinizi karşılardaki bölmelerden uygun olanını işaretleyerek belirtiniz.

(A) Hiç katılmıyorum (B) Katılıyorum (C) Katılmıyorum (D) Tamamen katılıyorum

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum A( ) B( ) C( ) D( )
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum A( ) B( ) C( ) D( )
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim. A( ) B( ) C( ) D( )
4. Ben de diğer insanların bir çoğunun yapabileceği kadar bir şeyler yapabilirim. A( ) B( ) C( ) D( )
5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum. A( ) B( ) C( ) D( )
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim A( ) B( ) C( ) D( )
7. Genel olarak kendimden memnunum A( ) B( ) C( ) D( )
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim A( ) B( ) C( ) D( )
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum. A( ) B( ) C( ) D( )
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum. A( ) B( ) C( ) D( )

#### EK-2.4. Çocuk ve Ergen Mükemmeliyetçilik Ölçeği (CAPS)

Sevgili öğrenci, aşağıda bazı cümleler yer almaktadır. Bu cümleleri okuyarak seni en iyi tanımlayan rakamı **yuvarlak içine al**. Doğru yanıtlar vermen, araştırmadan sağlıklı sonuçlar elde etmek için çok önemlidir. **LÜTFEN HİÇBİR SORUYU BOŞ BIRAKMA !**

Eğer okuduğun cümle senin için **hiç uygun değilse 1'i yuvarlak içine al**.  
Eğer okuduğun cümle senin için **çoğunlukla uygun değilse 2'yi yuvarlak içine al**.  
Eğer okuduğun cümle senin için **ne doğru ne yanlışsa 3'ü yuvarlak içine al**.  
Eğer okuduğun cümle senin için **çoğunlukla doğruysa 4'ü yuvarlak içine al**.  
Eğer okuduğun cümle senin için **çok doğruysa 5'i yuvarlak içine al**.

Yanlış.

Doğru

1	Yaptığım her şeyin mükemmel olmasına çalışırım.	1	2	3	4	5
2	Yaptığım her şeyde en iyi olmak isterim.	1	2	3	4	5
3	Yaşamımda benden mükemmel olmamı isteyen bekleyen insanlar var.	1	2	3	4	5
4	Her zaman sınavda en yüksek notu almaya çalışırım.	1	2	3	4	5
5	Her zaman yapabileceğim en iyisini yapmamam beni gerçekten rahatsız eder.	1	2	3	4	5
6	Ailem benden mükemmel olmamı bekler.	1	2	3	4	5
7	İnsanlar benden yapabileceğimden daha fazlasını bekliyorlar.	1	2	3	4	5
8	Bir hata yaptığımda kendime çok kızarım.	1	2	3	4	5
9	Eğer her zaman yapabileceğim en iyisini yapmazsam, diğer insanlar başarısız olduğumu düşünür.	1	2	3	4	5
10	Diğer insanlar daima mükemmel olmamı beklerler.	1	2	3	4	5
11	Eğer ödevimde bir hata bile varsa moralim bozulur.	1	2	3	4	5
12	Çevremdeki insanlar her konuda kusursuz olmamı bekliyorlar.	1	2	3	4	5
13	Yaptığım her şey mükemmel olmalı.	1	2	3	4	5
14	Öğretmenler ödevimin mükemmel olmasını bekliyorlar.	1	2	3	4	5
15*	Yaptığım her şeyde en iyisi olmak zorunda değilim.	1	2	3	4	5
16	Her zaman diğerlerinden daha iyi olmam beklenir.	1	2	3	4	5
17	Başarılı olsam da, sınıftaki en yüksek notlardan birini almamışsam başarısız olduğumu hissederim.	1	2	3	4	5
18	İnsanların benden çok şey istediklerini hiss ediyorum.	1	2	3	4	5

◇ Kendine yönelik mükemmeliyetçilik

◇ Sosyal kaynaklı mükemmeliyetçilik

\* Tersine çevrilen madde

### EK-2.5. Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ)

Lütfen aşağıdaki soruları kendi **anne** ve **babanızı** düşünerek dikkatle okuyunuz. Aşağıdaki durumun anne ve babanızın davranışına ne kadar benzediğini düşününüz.

Aşağıdaki cümlelerin yanındaki boşluğa eğer;

**TAMAMEN BENZİYORSA** 4;  
**BİRAZ BENZİYORSA** 3;  
**BENZEMİYORSA** 2;  
**HİÇ BENZEMİYORSA** 1 yazınız.

1. Herhangi bir sorunum olduğunda, eminim annem ve babam bana yardım ederler.
2. Annem ve babam büyüklerle tartışmamam gerektiğini söylerler.
3. Annem ve babam yaptığım her şeyin en iyisini yapmam için beni zorlarlar.
4. Annem ve babam herhangi bir tartışma sırasında başkalarını kızdırmamak için, susmam gerektiğini söylerler.
5. Annem ve babam bazı konularda “**sen kendin karar ver**” derler.
6. Derslerimden ne zaman düşük not alsam, annem ve babam kızar.
7. Ders çalışırken anlayamadığım bir şey olduğunda, annem ve babam bana yardım ederler.
8. Annem ve babam kendi görüşlerinin doğru olduğunu, bu görüşleri onlarla tartışmamam gerektiğini söylerler.
9. Annem ve babam benden bir şey yapmamı istediklerinde, niçin bunu yapmam gerektiğini de açıklarlar.
10. Annem ve babamla her tartıştığimde bana “**büyüdüğün zaman anlarsın**” derler.
11. Derslerimden düşük not aldığımda, annem ve babam beni daha çok çalışmam için desteklerler.
12. Annem ve babam yapmak istediklerim konusunda kendi kendime karar vermeme izin verirler.
13. Annem ve babam arkadaşlarımı tanırlar.
14. Annem ve babam istemedikleri bir şey yaptığımda, bana karşı soğuk davranırlar ve küserler.

15. Annem ve babam sadece benimle konuşmak için zaman ayırırlar.

16. Derslerimden düşük notlar aldığımda, annem ve babam öyle davranırlar ki suçluluk duyar ve utanırım.

17. Ailemle birlikte hoşça vakit geçiririz.

18. Annemi ve babamı kızdıracak bir şey yaptığımda, onlarla birlikte yapmak istediğim şeyleri yapmama izin vermezler.

Aşağıda her ifadenin yanında bulunan kutulardan sadece size uygun olanın içine çarpı (X) işareti koyunuz.

19. Genel olarak annen ve baban okul zamanı hafta içinde gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?

**Evet**  **Hayır**

Eğer cevabınız **Evet** ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Hafta içinde en geç saat kaç kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir (Pazartesi-Cuma arası)?

8:00'den önce.	<input type="text" value="6"/>	10:00 – 10:59 arası	<input type="text" value="3"/>
8:00 – 8:59 arası	<input type="text" value="5"/>	11:00 ya da daha geç	<input type="text" value="2"/>
9:00 – 9:59 arası	<input type="text" value="4"/>	İstediğim saate kadar	<input type="text" value="1"/>

20. Genel olarak annen ve baban hafta sonları gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?

**Evet**  **Hayır**

Eğer cevabınız **Evet** ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Haftanın Cuma ya da Cumartesi akşamları en geç saat kaç kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir?

8:00'den önce	<input type="text" value="6"/>	10:00 – 10:59 arası	<input type="text" value="3"/>
8:00 – 8:59 arası	<input type="text" value="5"/>	11:00 ya da daha geç	<input type="text" value="2"/>
9:00 – 9:59 arası	<input type="text" value="4"/>	İstediğim saate kadar	<input type="text" value="1"/>

Annen ve baban aşağıdakileri öğrenmek için ne kadar çaba gösterirler?

	<b>Hiç çaba göstermez</b>	<b>Çok az çaba gösterir</b>	<b>Çok çaba gösterir</b>
21. Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğini,	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
22. Boş zamanlarında ne yaptığını,	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
23. Okuldan çıktıktan sonra ne yaptığını,	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Annen ve babanın aşağıdakiler hakkında ne kadar bilgileri vardır?

	<b>Bilgileri yoktur</b>	<b>Çok az bilgileri vardır</b>	<b>Çok bilgileri vardır</b>
<b>24.</b> Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğin	1	2	3
<b>25.</b> Boş zamanlarında ne yaptığın			
<b>26.</b> Okuldan çıktıktan sonra nereye gittiğin			

## EK -2.6. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (ÇBMÖ-H)

Aşağıda kişilik özellik ve davranışlarına ilişkin bir dizi ifade bulunmaktadır. Her ifadeyi okuduktan sonra o görüşe ne kadar katıldığınızı belirtiniz. Kesinlikle katılıyorsanız 7 rakamını, kesinlikle katılmıyorsanız 1 rakamını işaretleyiniz. Bu iki görüş arasındaki düşüncelerinizi rakamlardan sizce en uygun olanını yuvarlak içine alarak ifade edebilirsiniz.

Eğer bir ifade ile ilgili fikriniz yoksa ya da kararsızsanız 4 rakamını işaretleyiniz.

	Hiç katılmıyorum							Tamamen katılıyorum
1) Bir iş üzerinde çalıştıyım, iş kusursuz olana kadar rahatlayamam.	1	2	3	4	5	6	7	8
2) Başkalarını kolay pes ettikleri için eleştirmem.	1	2	3	4	5	6	7	8
3) Yakınlarımla başarılı olmaları gerekmez.	1	2	3	4	5	6	7	8
4) Arkadaşlarımla "en iyiden" daha azına razı oldukları için pek eleştirmem.	1	2	3	4	5	6	7	8
5) Başkalarının benden beklentilerini karşılamakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7	8
6) Amaçlarımdan bir tanesi yaptığım her şeyde mükemmel olmaktır.	1	2	3	4	5	6	7	8
7) Başkaları yaptıkları her şeyin en iyisini yapmalıdırlar.	1	2	3	4	5	6	7	8
8) İşlerimde asla mükemmelliği hedeflemem.	1	2	3	4	5	6	7	8
9) Çevremdekiler benim de hata yapabileceğimi kolayca kabul ederler.	1	2	3	4	5	6	7	8
10) Bir yakınımın yapabileceğinin en iyisini yapmamış olması benim için önemli değildir.	1	2	3	4	5	6	7	8
11) Bir işi ne kadar iyi yaparsam çevremdekiler daha da iyisini yapmamı beklerler.	1	2	3	4	5	6	7	8
12) Mükemmel olma ihtiyacını çok az hissederim.	1	2	3	4	5	6	7	8
13) Yaptığım bir şey kusursuz değilse, çevremdekiler tarafından yetersiz bulunur.	1	2	3	4	5	6	7	8
14) Olabildiğim kadar mükemmel olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7	8
15) Giriştiğim her işte mükemmel olmam çok önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7	8
16) Benim için önemli olan insanlardan beklentilerim yüksektir.	1	2	3	4	5	6	7	8
17) Yaptığım her şeyde en iyi olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7	8
18) Çevremdekiler yaptığım her şeyde başarılı olmamı beklerler.	1	2	3	4	5	6	7	8

19) Çevremdeki insanlar için çok yüksek standartlarım yoktur.	1	2	3	4	5	6	7	8
20) Kendim için mükemmelden daha azını kabul edemem.	1	2	3	4	5	6	7	8
21) Başkalarının benden hoşlanması için her konuda üstün başarı göstermem gerekmez.	1	2	3	4	5	6	7	8
22) Kendilerini geliştirmek için uğraşmayan kişilere değer vermem.	1	2	3	4	5	6	7	8
23) Yaptığım işte hata bulmak, beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5	6	7	8
24) Arkadaşımdan çok şey beklemem.	1	2	3	4	5	6	7	8
25) Benim için başarı başkalarını memnun etmek için daha çok çalışmak anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7	8
26) Birisinden bir iş yapmasını istersem, o işi mükemmel yapmasını beklerim.	1	2	3	4	5	6	7	8
27) Yakınlarımdan hata yapmasına tahammül edemem.	1	2	3	4	5	6	7	8
28) Hedeflerimi belirlemede mükemmeliyetçiyimdir.	1	2	3	4	5	6	7	8
29) Değer verdiğim kişiler beni hiç bir zaman hayal kırıklığına uğratmamalıdır.	1	2	3	4	5	6	7	8
30) Başarısız olduğum zamanlar bile başkaları yetersiz olduğumu düşünmezler.	1	2	3	4	5	6	7	8
31) Başkalarının benden çok şey beklediğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7	8
32) Her zaman yapabileceğim en iyisini yapmaya çalıştım.	1	2	3	4	5	6	7	8
33) Bana göstermeseler bile, hata yaptığım zaman diğer insanlar bana çok bozulurlar.	1	2	3	4	5	6	7	8
34) Yaptığım her şeyde mükemmel olmak zorunda değilim.	1	2	3	4	5	6	7	8
35) Ailem benden mükemmel olmamı bekler.	1	2	3	4	5	6	7	8
36) Kendime yüksek hedefler koymam.	1	2	3	4	5	6	7	8
37) Annem ve babam hayatımın her alanında en başarılı olmamı pek beklemezler.	1	2	3	4	5	6	7	8
38) Sıradan insanlara değer veririm.	1	2	3	4	5	6	7	8
39) İnsanlar benden mükemmelden daha azını kabul etmezler.	1	2	3	4	5	6	7	8
40) Kendim için çok yüksek standartlar koyarım.	1	2	3	4	5	6	7	8
41) İnsanlar benden verebileceğimden fazlasını beklerler.	1	2	3	4	5	6	7	8
42) Okulda veya işte her zaman başarılı olmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7	8

43) Bir arkadaşımın elinden gelenin en iyisini yapmaya çalışmaması benim için önemli değildir.	1	2	3	4	5	6	7	8
44) Hata yapsam bile, etrafımdaki insanlar yetersiz ve beceriksiz olduğumu düşünmezler.	1	2	3	4	5	6	7	8
45) Çevremdekilerin yaptığı her şeyde üstün başarı göstermelerini pek beklemem.	1	2	3	4	5	6	7	8

### EK-2.7. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Anketi (PARI)

*Aşağıda verilen ifadeleri okuyup, şu şekilde değerlendiriniz:*

<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Çok Uygun Buluyorum</b>	<b>Oldukça Uygun Buluyorum</b>	<b>Biraz Uygun Buluyorum</b>	<b>Hiç Uygun Bulmuyorum</b>

Görüşünüzü her maddenin yanına puan olarak yazınız. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece kendi görüşünüzü işaretlemeniz gerekiyor. Araştırma için, bütün sorunların cevaplandırılması çok önemli bir noktadır. Onun için, bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa, gene de cevaplandırmanızı rica ederiz.

1. Çocuk, yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.
2. Anne ve babalar çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.
3. Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur.
4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.
5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse, o kadar iyi terbiye edilebilir.
6. Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.
7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken çok şey vardır. Zamanını boşa geçirmesi affedilemez.
8. Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.
9. Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeterince özgür olmamasıdır.
10. Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.
11. Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.
12. Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir insan olacaktır.
13. Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha iyi, daha ahenkli olur.
14. Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.

15. Anne-babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.
16. Bütün genç anneler, bebek bakımında beceriksiz olduklarından korkarlar.
17. Hangi anne olursa olsun eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa sonunda çocuklar onun sinirine dokunur.
18. Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.
19. Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babaların daha anlayışlı olmalarını isterlerdi.
20. Bir çocuğa, ne olursa olsun, dövüşmekten kaçınması gerektiği öğretilmelidir.
21. Çocuklar bencil olduklarında, hep bir şeyler istediklerinde, annenin tepesinin atması çok normaldir.
22. Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorsa, bunu anne-babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.
23. Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.
24. Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.
25. Küçük bir çocuk, cinsiyet konusundan sakınılmalıdır.
26. Bir annenin, çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çocuğu onun önemli parçasıdır.
27. Uyanık bir anne-baba, çocuğun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.
28. Çocuklar, anne-babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.
29. Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilirse büsbütün şikayetçi olurlar.
30. Sıkı terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.
31. Genç bir kadın, henüz geçen yapmak istediğini pek çok şey olduğu için, anne oluca kendisini tutuklanmış duygusuna kaptırır.
32. Anneler, çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.
33. Babalar, daha az bencil olsalar, kendilerine düşen görevi yaparlardı.
34. İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.

35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.
36. Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.
37. Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne-babaya uymalarını istemek doğru değildir.
38. Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.
39. Bir çocuğa başı derde girdiğinde, döğüşmek yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir.
40. Anne-baba arasındaki bazı konular küçük bir tartışma ile çözümlenemez.
41. Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendini evinde tutuklamış gibi hissetmesidir.
42. Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.
43. Oğlan ve kız çocukları soyunurken birbirini görmemelidir.
44. Çocukların sorunlarına eğilirseniz sizi oyalamak için çeşitli masallar uydururlar.
45. Eğer anne-babalar çocukları ile şakalaşp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha istekli olurlar.
46. Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.
47. Bir çocuk eninde sonunda anne-babasından daha akıllı olmayacağı öğrenir.
48. Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştiremiyorsa belki de bu, babanın kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.
49. Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.
50. Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörülle karşılanamaz.
51. Anne-babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmemeleri gerektiğini öğretmelidirler.
52. Akıllı bir kadın, yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.
53. Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması gerekir.

54. Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.
55. Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusu verir.
56. Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.
- 57- Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecekleri bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.
- 58- Çocuklar, aslında, sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.
- 59- Çocuklarının arkadaşlıkları ve sosyal hayatlarıyla yakından ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.
- 60- Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir.