

Modül 2: Ebeveynlerin Zihinsel Zedelenmişliğinin Çocuklar Üzerindeki Etkisi



CONTENT

1. ZİHİNSEL ZEDELENMİŞLİK İLE NEYİ KASTEDİYORUZ?	4
1.1 ZEDELENMİŞLİK	4
1.2 ZİHİNSEL ZEDELENMİŞLİK HAKKINDA	5
1.3 ZEDELENMİŞLİK TERİMİ –BİR ÖRTMECE Mİ?.....	5
1.4 ZİHİNSEL ZEDELENMİŞLİK KAVRAMI İÇERİSİNDE ZİHİNSEL HASTALIK TERİMİNDEN NE ANLIYORUZ?.....	6
2. ÇOCUKLAR İÇİN BİR STRES FAKTÖRÜ OLARAK ZİHİNSEL ZEDELENMİŞLİK/HASTALIK.....	7
3. AİLELERLE İLETİŞİM KURMA.....	7
4. ZİHİNSEL ZEDELENMİŞLİK/ HASTALIK –NE HAKKINDA KONUŞUYORUZ? 8	
5. NEDEN ZİHİNSEL ZEDELENMİŞLİĞİ ÇOCUK İÇİN KRONİK BİR STRES FAKTÖRÜ OLARAK GÖRÜYORUZ?	9
5.1 SÜRE	9
5.2 FARKLI,SAKLI SEMPTOMLAR	9
5.3 GERÇEKLİK KONTROLÜNÜN EKSİKLİĞİ-KÜÇÜK ÇOCUĞUN NORMAL SOSYAL İZOLASYONU	10
5.4 GÜNLÜK HAYATIN ANİDEN BÖLÜNMESİ ,İLİŞKİLERİN İSTİKRARSIZLIĞI.....	10
5.5 BİR AİLE SIRRI OLARAK ZİHİNSEL HASTALIK	10
5.6 ZİHİNSEL HASTALIK SEMPTOMLARININ YOĞUNLUĞU	11
5.7 ÇOCUĞUN YAŞI	11
5.8 EĞER HER İKİ EBEVYN DE ZEDELENMİŞSE?	11
6.ÇOCUKLAR NASIL TEPKİ VERİRLER?.....	12
HAYATIN İLK YILLARINDA,ÇOCUKLAR ,ETKİLENMİŞ DUYGUSAL DÜZEN,AŞIRI AĞLAMA,KONUŞMA GELİŞİMİNDE GECİKMELER,BİLİŞSEL GECİKMELER GİBİ TEPKİLER VEREBİLİRLER.ÖKUL ÖNCESİ YA DA ANASINIFININ BAŞLARINDA,OKUL İÇERİSİNDE AKADEMİK PERFORMANSI YA DA ANASINIFINDA SOSYAL-DUYGUSAL DAVRANIŞI ZEDELEYEN DURUMLAR GÖZLEMLENEBİLİR.AİLE SİSTEMİ İÇERİSİNDE HER ÇOCUK FARKLIDIR.AİLEYE YAKLAŞIM/İLETİŞİM DAİMA BÜYÜK ORANDA BİREYSELDIR.	13
7. GEÇMİŞE DÖNÜK OLARAK ÇOCUKLAR NE RAPOR EDERLER?	13
8. ZİHİNSEL RİSK ALTINDAKİ ÇOCUKLARIN İHTİYAÇLARI (ÖZELLİKLE BKZ.MODÜL 4:YILMAZLIĞI TEŞVİK ETME).....	13
9. ANNE-BABALIK VE ZİHİNSEL ZEDELENMİŞLİK.....	14
10. DEPRESYONDAN MUZDARİP EBEVEYNLERLE YAŞAYAN ÇOCUKLAR (DSM IV TR,2000).....	14
10.1 SEMPTOMOLOJİ (KRİTERİN GENEL AÇIKLAMASININ DİDAKTİK OLARAK YAPILANDIRILMASI).....	15
10.2 GÜNLÜK HAYATTA DEPRESYONUN ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ETKİSİ	16
10.2.1 Depresif ebeveyn için duygu koçluğu yapma.....	16
10.2.2 Etki gören ebeveynin sorumluluklarını alarak koruma sağlama –Ebeveynlik süreci	17
10.2.3 Erken gelişim problemleri	17
10.3 DEPRESYON ORTAMINDA BULUNAN ÇOCUKLAR İÇİN ANA DESTEK STRATEJİLERİ NELERDİR?	17

11. MANİK DEPRESİF (BİPOLAR) EBEVEYNLERLE YAŞAYAN ÇOCUKLAR (DSM IV, 2000).....	18
11.1 SEMPTOMOLOJİ (MANİK DÖNEM KRİTERLERİ İLE TANIMLANAN)	18
11.2 MANİK DEPRESİF BOZUKLUK(BİPOLAR) ORTAMINDA RİSK ALTINDA BULUNAN ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ETKİ	19
11.3 MÜDAHALE REHBERİ	20
12. EBEVEYN/LERİNDE ŞİZOFRENİ BULUNAN ÇOCUKLAR	21
12.1 ŞİZOFRENİNİN SEMPTOMLARI (KRİTERLER BAZINDA YAPILANDIRILAN).....	22
12.2 ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ETKİ	22
12.3 DESTEKLEYİCİ SİSTEMLER İÇİN GENEL STRATEJİLER	23
13. ANSKSİYETE BOZUKLUĞUNDAN ETKİLENEN EBEVEYNLERİN ÇOCUKLARI.....	24
13.1 SEMPTOMOLOJİ (KRİTERLER BAZINDA YAPILANDIRILAN)	24
13.2 ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ETKİ	25
13.3 MÜDAHALE REHBERİ.....	25
14. KİŞİLİK BOZUKULUĞU RİSKİ ALTINDAKİ ÇOCUKLAR.....	26
14.1 KİŞİLİK BOZUKLUKLARI TANIMLARI	27
14.2 KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ETKİSİ (ÖZELLİKLE SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞU OLAN EBEVEYNLERLE YAŞAYAN ÇOCUKLAR)	28
14.3 DESTEKLEYİCİ SİSTEMLER İÇİN GENEL STRATEJİ	28
15. ADİKSİYON (BAĞIMLILIK) VE MADDE İSTİSMARI RİSKİ ALTINDAKİ ÇOCUKLAR	29
15.1. KISA SEMPTOMOLOJİ.....	29
15.2 MADDE İSTİSMARININ ÇOCUĞUN SAĞLIĞI/REFAHI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ.....	30
15.3 DESTEK SİSTEMİNİN GENEL STRATEJİSİ	31
16. SON SÖZLER.....	31
17. REFERANSLAR	33
WHO (1991). INTERNATIONALE KLASSIFIKATION PSYCHISCHER STÖRUNGEN. ICD-10 KAPİTEL V (F). DİAGNOSTISCHE KRİTERİEN FÜR FORSCHUNG UND PRAXIS.....	33

Susie 11 yaşında ve okula devamı düzensiz. Okuldayken çoğunlukla yorgun ve kıyafetleri düzensiz ayrıca saçları kirli.O “otoriter” bir kız ve arkadaş edinmede güçlük çekiyor.Çoğu çocuk onun tarafından korkutuluyor ve tehdit ediliyor ve okul onun davranışlarından gittikçe endişe duymaya başlıyor.

Anne yalnız ve iki kez okula Susie’nin davranışları ve de okula devamı konusunda görüşme için çağrılıyor fakat o hiçbir duruma yanaşmıyor.Bir Eğitim Refahı Görevlisi (EWO) durumla ilgili görevlendiriliyor ve ev ziyareti sırasında annenin manik depresif olduğunu fark ediyor.Tedavi görüyor fakat ilaçlarını devamlı almaması Susie için düzensiz devam durumuna yol açıyor.Susie’nin “otoriter” davranışları ise annesinin ilaçlarını almasını sağlamak ve aynı zamanda annesinin iyi olması için bakımını sağlamak.Aynı zamanda 9 yaşındaki kardeşi Jake’e ebeveyn olmak için çalışıyor.

(<http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/mentalhealthandgrowingup/parentalmentalillness/susiestory.aspx>)

1. Zihinsel zedelenmişlik ile neyi kastediyoruz?

Zihinsel zedelenmişlik terimi psikiyatri literatüründe çok fazla yaygın değildir.(Zubin & Spring 1977). Ailelerle çalışırken ,aileler “zihinsel hastalıklı”olarak nitelendirildiğinde bu durum büyük ölçüde iz bıraktığından ve çoğunlukla tahrike,kızgınlığa ve de aileden korkmaya neden olduğundan “zihinsel zedelenmişlik” terimini kullanıyoruz. **Bu terim daha az iz bırakıcıdır ve etkilenen aile tarafından daha kolayca kabul edilmektedir.Fakat – özellikle şizofreni ya da manic depresif gibi iki yönlü rahatsızlıklarda “hastalık” terimini kullanmanın daha yararlı olacağının farkındayız.**Çocukların “hastalık” terimini daha iyi anlamaları için ;çocukların bu bulguları bedensel hastalıklar ile ilişkilendirmesinin önemi ile paralel olarak kullanılmasının öneminin altının çizilmesi gerekmektedir.Bu görüş bir taraftan damgalama ve tabunun azaltılması gerektiği konusunda ve diğer taraftan ise bedensel modelleri çocukların daha iyi anlayabilmesi için daha kolay bir süreç imkanı sunmaktadır.

1.1 Zedelenmişlik

Stres-yatkınlığı modelinde ,biyolojik ya da genetik zedelenmişlik ya da doğal yatkınlık ,çevre ile etkileşim halindedir ve hayat şartları (stress etkenleri) davranışları ya da psikolojik bozuklukları tetiklemektedir. Boggarts & Lußcz (1999) ‘in farklı tanıları gösterebildiği gibi, genetik faktörlerin etkileri,bazen tersine görülebilmektedir.Zedelenmişliğin altı ne kadar çok çizilirse,problemleri ya da davranış bozukluklarını tetiklemek için daha az stres ihtiyacı duyulur.Bu nedenle,bozukluğa karşı yatkınlığı olan birisinin bu bozukluğu geliştireceği anlamına gelmez.Bu gelişmenin olması için hem yatkınlık hem de stres olması gerekmektedir. Bu teori (Holmes & Rahe, 1967) tarafından ortaya atılmıştır.

Bu stres modeli psikiyatrik rehabilitasyon alanında çalışan, Liberman (2007, 2009) tarafından son 20 yılda stres-zedelenmişlik-koruyucu faktörler modeli olarak yeniden formüle edilmiştir.

Stres-zedelenmişlik durumunun çocuk üzerinde ne gibi etkileri vardır? Özellikle eğer iki ebeveyn zedelenmişliğin işaretlerini gösteriyorsa, çocuklar için stres faktörlerini azaltmak için strateji üzerine büyük bir dikkat gösterilmelidir.

1.2 Zihinsel zedelenmişlik hakkında

Profesyoneller olarak, ebeveynlik süreci tehlikede olan ailelerle karşılaşmaktayız. Genellikle bu tür tehlikenin zihinsel hastalığın tıbbi tanısı ile ilişkili olduğunu fakat günlük çalışmalarımız esnasında karşılaştığımız ailelerin çoğunun problemlerini zihinsel bir hastalık olarak görmediklerini ya da yardım isteğinde bulunmadıklarını gözlemlemekteyiz. Sadece bir kaç aile yetersiz orandaki kapasitelerini günlük ebeveynlik süreçleri ile başa çıkmada yetersiz oranda psikolojik destek ile ilişkilendirmektedir. Zihinsel hastalık daima stres etkenleri karşısında etkilenen aileyi, semptomlardan uzak oldukları zamanlarda dahi , etkilenmemiş olana nazaran daha da zedelenmiş hale getirmektedir.

Zedelenmişlik kendi başına, Salutogen yaklaşıma göre (Antonovsky, 1967) ; zihinsel zedelenmişlik riski altındaki ailelerin ve çocukların ya da her bir ya da iki ebeveynin sağlıklı kalmak ya da tekrar sağlıklı olmak için aktif olarak bir şeyler “yapabilme”lerini belirtmektedir.

Zihinsel zedelenmişlik kavramı kimi zaman zihinsel hastalığın kriterlerini yerine getiren duygusal, bilişsel, sosyal ve davranışsal ruhsal bozuklukları kapsamaktadır. Spektrum, anksiyete bozuklukları gibi “hafif” düzeydeki rahatsızlıklardan madde bağımlılığına ve daha “ciddi” tanılar olan manik depresif bozukluk ya da şizofreni gibi rahatsızlıklara kadar genişletilebilmektedir. Zedelenmişliğin az olduğu durumlarda aile ve çocuğu güçlendirme olasılığının olduğunu belirtmek ümit verici bir durumdur.

1.3 Zedelenmişlik terimi –bir örtmece mi?

“Zedelenmişlik” terimini kullanmamızın sebebinin zihinsel hastalığı “örtme” amaçlı olmadığını açıkça belirtmek durumundayız. Yukarıda da belirtildiği gibi , bu terim kullanıldığında ailenin (ebeveyn) zihninde sahip olduğu –sosyal damgalamayı da içine alan - “zihinsel hastalık” kavramı ve zorlukları, güçlendirme ve yılmazlık terimleri ile yer değiştirmektedir. Zedelenmişlik kavramı aynı zamanda zihinsel zedelenmişlik işaretleri

gösteren ve zihinsel hastalık kriterlerinde tam olarak yer almayan kişileri de(örn,yüksek ölçüde duyarlılık ,asabiyet,tolerans eksikliği gibi) ele almaktadır. Bu nedenle,zedelenmişlik kavramı zihinsel hastalık teriminden daha geniş kapsamlıdır.Materyallerimiz arasında değişebilirlik aşağıdaki etmenlere bağlı olarak gözlemlenebilir;

- a) tarihsel ve bilimsel olarak kabul edilen “hastalık” kavramı
- b) yüksek oranda birbiriyle üst üste gelen kavramlar

Bu kavramdan dolayı her iki terimde bazı konularda paralel olabilmektedir.

1.4 Zihinsel zedelenmişlik kavramı içerisinde zihinsel hastalık teriminden ne anlıyoruz?

Psikolojik fonksiyon alanı içerisinde (duygular,biliş,algılama) belirgin değişiklikler,normallikten aberasyon gibi durumlar zihinsel hastalığın belirtileri olarak ele alınabilir.Yukarıda bahsi geçen “zedelenmişlik” kavramı tartışmasına rağmen,zihinsel bozuklukların tanımı ve sınıflandırılması zihinsel hastalık ve zihinsel sağlık hizmetleri sağlayanlar için anahtar bir kavramdır. Çoğu uluslar arası klinik “zihinsel davranış bozukluğu” terimini kullanmaktadır. Ana kategorize sistemleri Major categorisation systems (ICD-10, 1991)Alman alanı için, DSM IV TR (APA, 2000) Amerikan Psikiyatri Birliği yaklaşımlarına dayalı olarak) **profesyoneller arasında daha iyi bir anlayış elde etmek için semptomların tanımı (tanı kriterlerini karşılaştırmak açısından)**

KIDS STRENGTHS projesinde çalışanlar zihinsel tanı sürecine aşık olmadıkları ve semptomatoloji hakkında bilgi sahibi olmadıklarından,en yaygın tanı çocuğun durumunun daha iyi anlaşılması açısından elde edilecektir.Zihinsel sağlık alanında herhangi bir tanının daima normlar,sosyo-kültürel içerikler açısından bir tartışma ortamı ortaya çıkardığı dikkate alındığında,bir kişinin zihinsel olarak hasta ya da zedelenmiş olarak tanınması ve bunun doğuracağı sonuçların ciddiyeti belirgin bir şekilde görülebilmektedir.

Fakat tanı sürecinde tanılayıcı (çoğunlukla) semptomları algılar ve bir “etiket” ile (örn,depresyon) nitelendirir.Bu bir çalışma tezi olarak değerlendirilebilir.Bazen semptomların ve kaynakların daha iyi anlaşılabilmesi açısından çalışma tezlerinin düzeltilmesi gerekir.(Olabileceği konusunda bir şüphe yoktur,tanılar değiştirilebilir).

Tanısal bir süreç daima bir diyalog sürecidir ve profesyonel kişi hem çocuğun hem de ebeveynin yüz yüze geldiği ;

- bilinmeyen kişi (tanılayıcı)
- değerlendirmek için garip durumlar (testler,oyunlar)
- alıılmadık sorular ve araçları dikkate almalıdır.

Tanısal süreçler,aileye karşı duyulan sevgi ve gurur gibi kavramlarla, kaynakların değerlendirilmesi ve perspektifini de içermek zorundadır .

2. Çocuklar için bir stres faktörü olarak zihinsel zedelenmişlik/hastalık

Her 4 kişiden birisinin hayatının bazı dönemlerinde zihinsel hastalık kriterlerine uyan dönemler geçirdiği tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO 2008, The Royal College of Psychiatrists) Zihinsel zedelenmişlik riski altında bulunan-madde bağımlılığı (alkol gibi) da dahil –çocukların tanımını yaparken kullanılan unutulmuş ve küçümsenmiş terimlerini kullanmaktadır ve bu terimler bu çocukların durumunu ortaya koyan en güçlü terimlerdir. Bu tür çocuklara duyulan hassasiyetin çok da uzun bir geçmişi yoktur.Ölümcül durumlar ya da ciddi ihmaller,profesyonelleri ve toplumu bu konu ile ilgili farkındalık yaratma çabalarına sebep olmuştur. (e.g. EUFAMI Conference 2009)

Zihinsel zedelenmişlik riski altında bulunan ebeveynlerle yaşayan çocukların durumu kronik ya da ciddi bir hastalık yaşayan ebeveynlerin çocukları ile aynı ciddiyette değerlendirilmelidir .Bu durumda en büyük fark ebeveynin yaşadığı bedensel hastalığın (diyabet,kanser,kalp rahatsızlığı) toplum tarafından kabul görmesi ve rahatsız kişilerin şikayetlerinin “hasta” olarak nitelendirilmesidir. Aynı zamanda çocuklar ebeveynlerinin hastalıklarından kendilerini sorumlu tutmazlar.Çoğunlukla çevre hasta ve çocuk için anlayış gösterir.Diğer taraftan,zihinsel zedelenmişlik riski altında bulunan çocuklar kendilerini “ebeveynlerinin iyi olmaması”ndan dolayı suçlarlar.Bu suçluluk hissi çoğunlukla etki gören ebeveyn ya da diğer yetişkin (büyük aile,baba,anne)nedeniyle utanç duymaktan kaynaklanır ve eğer ailelerine destek verirlerse “cezalandırılacak”larını düşünürler.

Kaynaklar ,ciddi zihinsel hastalığı olanların 30% - 60% ının çocuklarının olduğunu göstermektedir.12 çocuktan 1 sinin bu şekilde iyi olmayan ailelerinin olduğunu biliyor muydunuz? Son birkaç yılda zihinsel zedelenmişliğin modern formlarının (tükenmişlik sendromu,depresyon) ortaya çıkmasına ve bu modern formların toplum tarafından kabul görmesine rağmen zihinsel hastalık büyük oranda damgalayıcıdır.Şizofreni,manik depresif bozukluk,madde bağımlılığı,sınırdaki kişilik bozukluğu gibi durumlar gibi ne kadar derine inersek o kadar az ölçüde toplum bilinci ve farkındalığı ile karşılaşmaktayız.

3. Ailelerle İletişim Kurma

Farklı alanlardan çocuklarla çalışan bir çok profesyonel (örn,ana sınıfı öğretmenleri,öğretmenler,erken çocuklukta müdahale uzmanları)zihinsel olarak zedelenmiş ailelerle görüşmeleri sonucunda ,güvensizlik,emniyette hissetmeme ve hatta anksiyete durumları rapor etmişlerdir. Zihinsel hastalık,semptomları,başta çıkma mekanizmaları ve çocuğun sağlığı üzerindeki etkisi hakkında bilgi eksikliği, bu “ duyguların” ana sebepleridir.

Git gide profesyoneller bu konunun farkına varmakta ve genellikle uygun bir açıklama aramaktadırlar.(özel akıl sağlığı hizmetlerinde çalışmıyor olsalar bile)

- *Zihinsel zedelenmişlik/zihinsel hastalık ne anlama gelmektedir ve farklı teşhisler ne gibi sonuçlar göstermektedir?*

İkinci grup sorular algıların tanımlanması ve algılar üzerine yoğunlaşma üzerinedir:

- *Ben (bir uzman olarak) aile ve çocuklarla çalışırken olası değişiklikleri ve semptomları algılayıp gözlemleyebilir miyim?*

Üçüncü grup sorular ise çocuk üzerinde yoğunlaşma şeklinde ortaya çıkmaktadır:(dördüncü soru ile bağlı olarak)

- *Bu çocuk için ne ifade etmektedir?-bir uzman olarak ne yapabilirim?*

-*Çocukların nasıl bir yardıma ihtiyacı var?*

Bu modülün yapısı bu dört soruyu etkili bir şekilde takip etmektedir.

4. Zihinsel zedelenmişlik/ hastalık –Ne hakkında konuşuyoruz?

Zihinsel hastalık tüm ülkelerde ortaktır ve yoğun bir acıya sebep olur.Tüm dünya çağında bazıları için dağılım eşittir (örn,şizofreni,manik depresif bozukluk) fakat diğerleri için (anksiyete bozuklukları,alkolizm gibi) çok farklıdır.Bu bozukluklara sahip insanlar çoğunlukla sosyal izolasyon,kötü hayat kalitesi ve artan ölümlerle yaşamaktadırlar.Bu bozukluklar değişen ekonomik ve sosyal maliyetlerin sonucudur. (WHO 2008)

Dünya çapında milyonlarca insan zihinsel,davranışsal ve madde bağımlılığı gibi bozukluklardan etkilenmektedir.Örneğin,Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tahminlere göre,2002 yılında dünyada 154 milyon insanın depresyondan,25 milyonun şizofreniden,91 milyonun alkol bağımlılığı ve 15 milyonun da ilaç bağımlılığından dolayı acı çekmektedir.

Datalar göstermektedir ki,genel nüfus içerisinde zihinsel hastalık semptomları artış göstermektedir.

Depresyona bağlı olarak maluliyet maaşı alan kadınların sayısı gittikçe artmaktadır.Bu aynı zamanda şu anlama gelmektedir ki,daha ve daha fazla çocuk ,hayatının belli dönemlerinde,hasta ya da ciddi oranda rahatsızlık yaşayan anne ya da baba ile yaşamaktadırlar.Zihinsel zedelenmişliğin artışını açıklayacak tek-nedenli ulusal bir model yoktur.Zihinsel zedelenmişliğin artış nedenleri biyo-psikolojik modellerin her seviyesinde zihinsel hastalığın modeli olarak ele alınabilir:artan stres,artış gösteren ailevi

zorluklar,ekonomik kriz,yer değiştirme ihtiyaçı,baskı,demografik değişiklikler,ailedeki değişiklikler vs.

2020 yılına kadar ,DSÖ kayıtlarına göre,depresyon en önemli ikinci hastalık haline gelmiştir.Diğer taraftan ,ailedeki zihinsel zedelenmişlik,özellikle annedeki,çocukta meydana gelen gelişimsel bozukluğun habercisi olabilir (Laucht, 2009).

10 yaşıında,intihar girişiminde bulunan bir erkek çocuğun annesi ile ilgili söyledikleri:”yapbozun çok fazla parçası var,bazen bu parçalar bir araya gelmiyor ve çerçeve yeterli güven ve emniyeti vermiyor.”

5. Neden zihinsel zedelenmişliği çocuk için kronik bir stres faktörü olarak görüyoruz?

Zihinsel hastalığın kronik bedensel bozukluklarla karşılaştırılabilir olsa da,çocuğa yük getiren anahtar bir rol oynamaktadır.

5.1 Süre

Temel tanısal kriterlere dayandırılarak (ICD-10, DSM IV) zihinsel hastalıklar kronik olma yolunda bir eğilim göstermektedir örn,6 aydan fazla süren semptomlar için.Diğer taraftan,deneyisel datalar göstermektedir ki, (Chaudron et al., 2006)_zihinsel zedelenmişliği olan ailelerde yaşayan çocuklar 3 ay sonra stresin ve gelişimsel bozuklukların ilk işaretlerini göstermeye başlamaktadırlar.

Çoğu rahatsızlıkta semptomların yoğunluğu zaman sürecinde artabilir. Deneyimler göstermektedir ki, çoğu zedelenmişlik dönemleri altı aydan fazla sürmektedir.Etki gören bir ailenin kendi duygusal,sosyal ve davranışsal problemlerini olası bir zihinsel hastalık olarak farkına varıp itiraf etmesi üç yıldan yedi yıla kadar sürmekte olduğu bilinmektedir.Bu zaman sürecinde (bazen daha uzun)özellikle ailelerin çözüm aramadığı ya da çocukların belirti göstermediği durumlarda, çocuklar bu durum ile yaşamak zorundadırlar.

5.2 Farklı,saklı semptomlar

Zihinsel zedelenmişliğe katkıda bulunan ikinci bir faktör ise çoğu zaman “evin duvarları arasında kalan” çok ciddi,çok sapkın olmayan kronik stres faktörü olarak değerlendirilmektedir.Bu gibi semptomlar günlük hayat şartlarının sonuçları olarak nitelendirilebilirler ,örneğin,bir annenin boşanma ya da işini kaybetmeden sonra yaşadığı

üzüntü ya da bu gibi bir durum normal olarak değerlendirilmektedir.Çocuklar eğer aileler yardım gerektiğinin farkına varmazlarsa kendileri yardım sağlayabilirler.

5.3 gerçeklik kontrolünün eksikliği-küçük çocuğun normal sosyal izolasyonu

Küçük çocuklar “gerçeklik-kontrolüne” sahip değillerdir çünkü yaşlarına bağlı olarak aileleri içerisinde “izole” bir şekilde yaşayabilirler. Aileleri onlara “normallığı” sunan tek ve asıl “bağıl kişiler”dir ve çok az ölçüde doğrulayıcı geri dönüt olasılığı vardır (çocuğun ailesinin bakış açısını takip ettiği “folie á deux-paylaşılmış psikotik bozukluk” riskini de içerebilir) :Örneğin onlar pencere perdelerinin devamlı kapalı olmasını, anne ya da babasının bahçeye oyun alanına gitmek istemedikleri için normal olarak görebilirler.

5.4 Günlük hayatın aniden bölünmesi ,ilişkilerin istikrarsızlığı

Davranış ya da durumların tahmin edilebilmesi çocuklara güven ve emniyet duygusu verir.Az ya da çok rahat yaşayabilirler.Ebeveynin zihinsel hastalık semptomları bu tahmin olasılığını tehlikeye atabilir:baba hastaneye gitmek zorundadır,çocuk annesini intihar girişiminden dolayı yataktan kalkamaz bir şekilde bulur ve ambulans gelir.Normalde çocuklar böyle durumlara hazırlıklı değillerdir ve genellikle bu durumlar başa çıkma mekanizmalarını ve stratejilerini ambale etmektedir.Eğer ebeveynler alkol bağımlısı değillerse,davranışlardaki gözlemlenemeyen nedenler çocukları daha da korkutur:anne yataktan çıkmaz,anne tüm mumları yakar vs. Etkileşim örüntülerinin tahmin edilmeyen değişimleri güvensizlik duygusu yaratır.Baba Sarah ile dışarı çıkma sözü vermiştir ama bu olmamıştır.Peter annesine yaptığı bir şeyi gösterir ama annesi ona bağırır.Lisa annesini yerde yatarken bulur.Güvensiz bağlılık önceden tahmin edilemeyen davranışların bir etkisi olabilir.

5.5 Bir Aile Sırrı Olarak Zihinsel Hastalık

Çocuklar için büyük değişikliklerden birisi –örn ,kronik bedensel hastalıklı bir aile ile yaşayan çocukla karşılaştırıldığında,zihinsel hastalıklı ebeveynlerle yaşayan çocuk bu zihinsel zedelenmişliği sosyal bir tabu olduğundan bir aile sırrı olarak saklayabilir.

Ebeveynin zihinsel hastalığı hakkındaki bilgi eksikliği ve konuşmak için bir tabu olması,çocuğun duruma uygun bir yorum yapmasını zorlaştırır.Her çocuk ebeveynin tepkilerini kendisine ve kendi davranışlarına yorar ve özellikle sorumluluk duygusu şu cümlelerle kendisini gösterir “Beni hasta eden sensin!Senin yüzünden annen hastanede” Ebeveynlerinin kızgınlık ya da üzgün durumlarını kendi” olası yanlış” davranışlarına yorarlar.Bu durum suçluluk duygusunun ve gelecekte yaşanacak depresyonun ya da anksiyete bozukluklarının ilk tohumlarını olarak değerlendirilebilir.

Bir aile ve toplum sırrı olarak zihinsel hastalığın çift yönlü sonuçları vardır:

- a. Aile içerisinde:çocuk” bazı şeylerin” “olması gerektiği gibi olmadığını” hissetse bile ne olduğunu bilmez
- b.Toplum için:Zihinsel hastalık hakkında farkındalık eksikliği,çocuğun çevreden yardım alma olasılığı olmadan yalnız kaldığı anlamına gelmektedir.

5.6 Zihinsel hastalık semptomlarının yoğunluğu

Algılanan stres öncelikli olarak zihinsel hastalığın tanısı ile değil,semptomların ciddiyeti ile bağlantılıdır.Semptomlar ne kadar ciddi ortaya çıkar ve normal davranışlardan farklı olurlarsa,çocuk üzerinde o kadar büyük ölçüde negatif etkiye bulunur. Şizofreni ya da manik depresif bozukluk ve sınırdaki kişilik bozukluğunun sonucunda ortaya çıkan semptomlar, çocuğun koruyucu faktörleri üzerinde negatif etkiye sahiptir.Bazı durumlarda,çocuk için hayat deneyimleri post travmatik stres bozukluğu kriterlerine erişebilir.

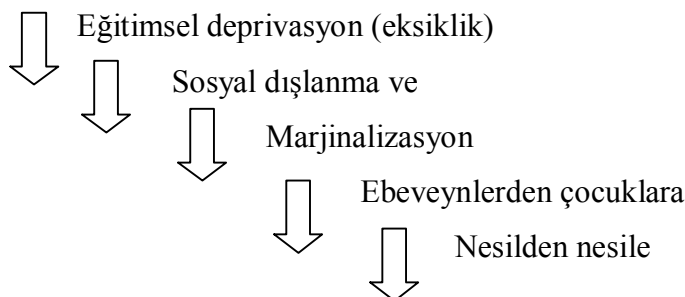
5.7 Çocuğun Yaşı

Bir diğer stres faktörü ise çocuğun yaşıdır;çocuk ne kadar küçükse onun üzerindeki koruyucu kaynaklar o kadar çok negatif etki görür.Bunun bir sebebi,destekleyici (sosyal) sistemlerin eksikliği , normal nörojenez durumlarda olduğu gibi yüksek stres seviyesi tehlikede olabilir,çocuğun biyolojik kaynakları azalabilir,çocuğun azalmış biyolojik kaynaklarına sebep olarak daha da zedelenmiş bir duruma sebep olabilir.

5.8 Eğer her iki ebevyn de zedelenmişse?

Tabi ki iki zedelenmiş ebeveyn çocuk üzerinde bir tanesine nazaran daha da büyük bir etki gösterir (destekleyici bir sosyal ağ olsa dahi). Bu gibi durumlarda, genetik (biyolojik) zedelenmişlik oranının olasılığı ve bazı noktalarda zihinsel problemleri yaşam süresince deneyim edinme oranı %40 ila %50 arasındadır.(örn,şizofren aile)

Fakat, Tytti Solantaus bu tür zedelenmişliğin sadece genetik yatkınlık yoluyla olmadığını altını çizer.Solantus geçiş sürecinin olası basamaklarını tanımlar,
Zihinsel bozuklukların geçiş süreci (Soltanus 2009)



Özetlemek gerekirse,en az bir ebeveyndeki zihinsel zedelenmişlik özellikle küçük çocuğu ve diğer bütün aile bireylerini etkileyen bir stres sistemi olarak görülmek zorundadır.Yukarda bahsi geçen sebeplerden dolayı onların tepki verme ve başa çıkma mekanizmaları baskı altına alınma tehlikesi altındadır.

Diğer taraftan zihinsel zedelenmişlik yaşayan aileler ile yapılan çalışmalar göstermektedir ki,ebeveynler (sağlıklı ve etkilenen)çoğunlukla çocuklarının sıkıntılarının farkında değildirler.Çoğu şu şekilde rapor etmektedir ki,

- çocuklar etki gören ebevyne ne olduğunu algılayamazlar,
- aileler normali “oynamaya” çalışsalar bile ,çocuklar aile sistemi içerisindeki değişiklikleri hissetmezler
- çocuklar problem durumu için sorumluluk hissedebilirler

Çocukların aileleri içerisindeki değişiklikleri önceden “hissetme ve görme” becerileri,uzman yardımı olmadan, profesyonellerin çocukları kendi sıkıntıları ile baş başa bırakmasından kaynaklanır. Fakat uygulamada görmekteyiz ki, (alkol bağımlısı ebeveynlerin kısmen dışında) psikiyatri alanındaki uzmanlar sıklıkla çocukları **aileleri için bir faktör olarak** “kullanırlar”.

Çocuklar kendi gerçekliklerinin aktif yapılandırıcısıdırlar çünkü (alıcıları) algılama sistemleri çoğunlukla uyanık haldedir,ebeveynleri ile aralarında (beklenmeyen) duygusal ya da davranışsal güçleri algılayabilirler.Burada bizim işimizde ilk adımımız ebeveynlerimizi duyarlı hale getirmek ve çocuklarının 3-4 yaşlarında olsalar dahi,çok erken yaşlarda bile durumlarını sözle ifade edemeseler bile bu değişikliklerin farkında oldukları konusunda uyarmaktır.

Ebeveynlerin (etki gören ve sağlıklı olan), özellikle ciddi semptomların şiddetli dönemlerinde ve zihinsel zedelenmişliklerinin artan dönemlerinde, çocuklarının ihtiyaçlarına yönelik duyarlılığını arttırmak çok önemlidir.

6.Çocuklar nasıl tepki verirler?

Çocukların kronik strese (ciddi kronik bedensel hastalıklar ya da kronik zihinsel zedelenmişlik) karşı ortaya koydukları (tepkiler) çok benzerdir fakat genellikle belirsizdir.Bu belirsiz semptomların doğası aynı zamanda çocuğun acı çektiğinin uzmanlar tarafından bile farkında olunmamasından kaynaklanmaktadır. Çocuğun yaşı ebeveynin(lerin) ortaya konulmuş tanısından daha fazla olası sıkıntıya sebep olmaktadır. (Pretis & Dimova 2004).

Çocuklar farklı başa çıkma mekanizmaları ile tepki verebilirler (bkz.modül 3-“rol-alma”)Bundan başka tepkiler büyük ölçüde yaşa,cinsiyete ve mizaca bağlıdır (bkz.modül 4)

Hayatın **ilk yıllarında**,çocuklar ,etkilenmiş duygusal düzen,aşırı ağlama,konuşma gelişiminde gecikmeler,bilişsel gecikmeler gibi tepkiler verebilirler.Okul öncesi ya da anasınıfının başlarında,okul içerisinde akademik performansı ya da anasınıfında sosyal-duygusal davranışı zedeleyen durumlar gözlemlenebilir.Aile sistemi içerisinde her çocuk farklıdır.Aileye yaklaşım/iletişim daima büyük oranda bireyseldir.

7. Geçmişe dönük olarak çocuklar ne rapor ederler?

Zihinsel zedelenmişlik riski altında bulunan ailelerle yaşayan çocukların deneyimleri üzerine yapılan çalışmalar benzer sonuçlar gösterir.Hepsi acizlik (Wagenblass, 2001) ve yalnız bırakılma (Marsh & Dickens 1997),bazende suçluluk duygusu ve ailelerinde ve etki gören ebeveyn olup bitenlerden dolayı sorumluluk hissetme,güvensizlik,anksiyete ve eziklik duygusu belirtmişlerdir.

Psikolojik sağlık açısından çocuğun aşağıdaki fırsatlara sahip olması gerektiğinin önemli olduğunu belirtmek gerekmektedir;

- annenin depresyonda olduğunu ve babanın alkol aldığını ya da halisünasyon gördüğünü anlamama,
- normal (sağlıklı) davranıştan hastalığa bağlı davranışı ayırt edebilme ,
- fakat kızgınlığın,aile düzensizliğinin,üzüntünün sağlıklı tepkilerini ifade edebilmek için destek altında ya da uzmanlardan yardım alarak bir hakka sahip olma.

8. Zihinsel risk altındaki çocukların ihtiyaçları (özellikle bkz.modül 4:Yılmazlığı teşvik etme)

- a. Çocuklar güvende ve emniyette hissetme ihtiyacındadırlar.Çocuklar ile çalışan herhangi bir uzman için ilk soru şu olmalıdır:Bir profesyonel olarak çocuğun güven ve emniyet duygusunu arttırmak için ne yapabilirim?
- b. Çocuklar açıklamaya ihtiyaç duyarlar.Profesyonel için bu durumla ilgili soru şu olmalıdır:Varolan bir aile sistemi içerisinde zedelenmişliği ebeveynlere ve diğer aile bireylerine nasıl açıklayabilirim ve duyarlı hale getirebilirim?Çocukların ihtiyaçları konusunda farkındalığı nasıl arttırabilirim? Metodolojik dosyalar ile somut alıştırma tanımlanmıştır.Çocuklar ihtiyaçlarının karşılanması ve tatmin edilmesi ihtiyacındadırlar.Bir profesyonel olarak ebeveynlerin çocukların ihtiyaçlarını algılamak

ve karşılamak açısından en iyi oldukları ve eğer bu mümkün değilse diğer destekleyici sistemler açısından karşılanması gerektiğini nasıl açıklayabilirim?

- c. Çocuklar yaşlarına uygun konulara ve zorluklara ihtiyaç duyarlar.Zihinsel zedelenmişlik riski altında bulunan çocuklar yaşlarına uygun olmayan “ebevenlik” süreci sorumluluklarını alırlar.

9. Anne-babalık ve zihinsel zedelenmişlik

Velayet davalarının % 25 inin zihinsel olarak zedelenmiş/hasta ailelere ait olmasına rağmen ,bu durum bu ailelerin çocuklarını büyütemedikleri anlamına gelmez.Güvenlik ve emniyet duygusunun bireysel değerlendirmesi,ilgili kişilik,yaşa uygun simulasyon,normların,kuralların ve değerlerin hazırlığı,razı olma ya da desteği ya da yardımı kabul etme iyi (yeterli) anne babalık için gerekli göstergelerdir. Buna rağmen:**ÇOCUKLAR ASLA STABİLİZATÖR FAKTÖRÜ OLARAK KULLANILMAMALI YA DA (AŞIRI DERECEDE ÖNEMLİ) PSİKOLOJİK TIBBİ İLAÇ TEDAVİSİ GÖRMEMELİ ,HASTA EBEVEYNLER İÇİN DESTEK OLARAK KULLANILMAMALIDIR.**

Alkol bağımlılığı alanında bu öneri toplumda fark edilmekte ya da diğer durumlarda (örn,uyum eksikliği) çocuk refahı ya da çocuk koruma sistemleri zorluklar göstermektedir ya da çocuklar için gerekli hizmetleri uygulamada tereddütler göstermektedir.

Buna rağmen,deneyimler göstermektedir ki,bir çok destekleyici sisteme sahip (medikal,sosyal ya da eğitim alanında) zengin toplumlarda bile ,çocuklar yüksek oranda unutulma riski altındadır çünkü bir çok durumda destekleyici sistemler, ilgilerini etki gören ebeveyn üzerine yoğunlaştırmaktadırlar. Ayrıca,episodik (düzensiz) semptom,dekompansasyon durumlarında,yardım zaman olarak limitlidir.

10. Depresyondan muzdarip ebeveynlerle yaşayan çocuklar (DSM IV TR,2000)

Bu modül içerisindeki yaklaşım, zihinsel hastalığın çeşitli durumları göz önüne alınarak ya da daha genel anlamda “zihinsel zedelenmişlik” tanımı Amerikan Psikiyatri Derneğinin (APA) Tanısal ve İstatiksel Kılavuzuna (DSM) dayandırılmıştır. Fakat,psikiyatri alanında çalışmayan profesyoneller için tanısal kriterler 4 grupta toplanmıştır (bu durum dikkate alındığında, pedagojik yöntemi yansıtır):Hissetme,Düşünme ve Vücut tepkileri.

10.1 Semptomoloji (Kriterin Genel Açıklamasının Didaktik olarak yapılandırılması)

HİSSETME

- Günün büyük bir kısmında,nerdeyse her gün, depresif mod,subjektif olarak ifade edilen (örn,üzüntü ya da boşluk hissi)ya da başkaları tarafından ifade edilen gözlemler (örn,ağlamış gibi görünme) (Çocuklarda ve adolesanlarda bu durum asabiyet modu şeklinde tanımlanabilir)
- Neredeyse her gün, günün büyük bir kısmında tüm aktivitelere olan azalan ilgi

DÜŞÜNME

- Tekrar eden ölüm düşüncesi (ölmekten korkmama)tekrar eden intihar düşüncesi ya da girişimi ya da intihar için özel bir plan yapma
- Neredeyse her gün ,d üşünme ve konsantrasyonda azalan beceri ya da kararsızlık

DAVRANIŞ

Neredeyse her gün ;

- Psikomotor ajitasyon (yüksek oranda aktiflik) ya da retardasyon
- Yorgunluk ve enerji kaybı
- Değersizlik hissi ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk

VÜCUT TEPKİLERİ

- Diyet yapmadan belirgin kilo kaybı ya da artışı (bir ayda 5 kilo vücut ağırlığı farkı) ya da iştah artışı ya da azalma ,
- İnsomni (uykusuzluk) ya da hipersomni (aşırı uyuma)

DSM-IV e göre ,majör depresyon bozukluğundan dolayı sıkıntı yaşayan bir insanın depresif bir duygu durumunda olması ya da en az iki haftalık bir periyod sürecinde günlük aktivitelere karşı ilgi ve alınan zevkin azalması durumunda olması gerekmektedir. Bu depresif duygu durumu kişinin normal duygu durumundan farklı halleri göstermesi gerekmektedir;sosyal,eğitim,iş ya da diğer önemli fonksiyonlar bu duygu durumundaki değişikliklerden olumsuz bir şekilde etkilenmelidir.Depresif duygu durumu madde bağımlılığı nedeniyle (ilaç,alkol,medikasyon) ya da genel medikasyonun bir parçası olarak ortaya çıkar ve major depresif bozukluk olarak adlandırılmayabilir. Ayrıca,mahrumiyet (örn,çok sevilen birisinin kaybedilmesi gibi) duygusu gibi durumlarda semptomlar iyi bir şekilde görülmeyebilir ve iki aydan daha fazla süren fonksiyonel eksiklik,değersizlik ile hastalık kaygısı,intihar girişimi,psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyon gibi ısrarcı semptomlar görülebilir.

10.2 Günlük hayatta depresyonun çocuklar üzerindeki etkisi

Majör depresyondan zarar gören ebeveyn ile yaşayan çocuğun duygusal ihtiyaçlarını göz önüne alınabilir. Majör depresyon esnasında bir anne “hiçbir şeyin, çocukları da dahil, onu ilgilendirmediyini” belirtmiştir. “Fakat duraksama evresinde çocukları ile ilgilendiği görülmüştür.”

Özellikle uygun “enerji/motivasyon” anlamında, depresyon halindeki ailelerin çocukları yüksek duyarlılık göstermektedirler. Motivasyon ve enerji sürekli olarak görülmeyebilir ve çocuklar bazen umulmadık enerji, motivasyon ve tepkisizlik kaybı ile karşılaşabilirler

“Bazen annem/babam tepki veriyor, bazen vermiyor, ben nasıl emin olabilirim benim ihtiyaçlarımı ne zaman karşılayacaklarından?”

Bu tutarsız ebeveyn tepkileri ya da bazen olumsuz tepkiler (Sessiz ol, beni rahatsız etme) çoğu (küçük) çocukta artık uğraşı sürdürmeyi bırakma ve güvensiz ilişki davranışı geliştirme riskini doğurmaktadır.

Bazen anne ya da baba çocukların istekleri ne cevap verirler bazende günler ya da haftalarca yataktan çıkmazlar. Küçük çocuklar bu nedenle ,küçük bir çocuğun perspektifinden bakılacak olursa, davranışları tahmin etmekte zorlanırlar. Çocuk açısından ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmamasına dair bir kanıt yoktur. Bazen mümkündür, bazen de değildir. Hangi durumlarda olabileceğine dair açık sinyaller yoktur. Çoğu zaman çocuklar kendi varolan ihtiyaçları ile baş başa bırakılırlar. **Bu önceden görülemeyen düzensizlik ya da güvensizlik bir çocuğun alarm sistemini aktive edebilir ve bu nedenle aktivasyon seviyeleri daha öncesinde yüksek olmalıdır.**

Bundan başka bu çocuklar intihar girişimleri ile karşı karşıya kalabilirler ve bu gibi durumlar onlarda travma yaratabilir (ambulans, anne/babası için endişelenme...)

10.2.1 Depresif ebeveyn için duygu koçluğu yapma

Ebeveynlerinin davranışlarının yavaşladığını ya da yok olduğunu gören genellikle en büyük ya da tek çocuk, onların aktivitelerini hızlandırma ve böylece onları aktif ve de mutlu kılma için çaba sarfederler (eğer ailede sağlıklı başka birey yoksa). Çok sonra çocuk çabalarının zedelenmiş ebeveynde hiçbir davranış değişikliğine sebep olmadığını görür. Etki gören ebeveynlerinin davranışını teşvik etmek amacıyla daha da çok çalışırlar ve boşa giden enerjileri daha da artar. Ve sonuçta alınan geri dönüt hayal kırıcı olabilir. Yardımsızlık ve üzüntü duygusu tahmin edilen sonuçlardır. Juvenil depresyonda ,ebeveynin yüksek oranda zihinsel zedelenmişliği patajenez rol oynarlar.

10.2.2 Etki gören ebeveynin sorumluluklarını alarak koruma sağlama –Ebeveynlik süreci

Genç yaşların çok erken dönemlerinde, çocuklar ebeveynlerinin düşük seviyedeki aktivitelerinden dolayı gün içerisinde evde fonksiyonel bir durum görmezler. Başlayacakları bir diğer aşamadan dolayı eğer ihtiyaçlarını karşılayacak kimse yoksa bazen kendilerinin ve kardeşlerinin ve hatta hasta ebeveynlerinin ihtiyaçlarını karşılarlar. Bu durum örneğin şizofreni ya da manik depresif bozukluk ve hatta alkol problemlerinde görülebilir. Deneyimlerimiz göstermektedir ki, 5 yaşındaki bir çocuk annesine kötüleşme semptomları açısından ilaçlarını almasını hatırlatma sorumluluğunu üstlenir. Çok sevilen bir aile bireyinin psikolojik sağlığının sorumluluğunu almak çocuk için (hatta yetişkinler için), büyük bir azaptır, çünkü yıllarca sürebilir.

10.2.3 Erken gelişim problemleri

Zihinsel zedelenmişlik riski altında bulunan çocukların aileleri ile çalışırken bazı vakalarda gördüğümüz problem organik sebeplerin yokluğundan doğan erken gelişim problemleridir.

Duygusal yoksunluğa maruz kalmanın bir sonucu olarak depresyon ve şizofreni gibi durumlarda ,ilk yıllarda dil becerisinin ifade edilmesinde artış gösteren bir etki görülür. Bulgular göstermektedir ki, depresyon ortamında bulunan çocuklar daha fazla ağlama eğilimi gösterirler (Milgrom et al. 1996), ve ayrıca daha az tanışal davranış gösterirler (Field et al. 1996) ayrıca uygun bir şekilde tepki vermezler örneğin, depresyonlu ebeveynin sözel teşviki .

10.3 Depresyon ortamında bulunan çocuklar için ana destek stratejileri nelerdir?

- a. Ebeveynin (lerin) depresyon tedavisi çocuğun refahı için öncelikle ilk ve ana adımdır. Bu metodla çocuğun yükü azaltılabilir. Depresyonun bir hastalık olduğunun sürekli altı çizilmelidir ve böylelikle problemlerin çoğu başarı ile tedavi edilebilir. It always has to be stressed that depression is an illness which in the majority of cases can be very successfully treated. Tamamlanmış bir remisyon (duraksama) böylece mümkündür (semptomların kaybolması). **Tıbbi tedavi, psikoterapi ve destekleyici psikoterapi kombinasyonu daima en iyi sonuçları verir.**
- b. Depresyon ortamındaki çocukların duygularını ifade edebilecekleri memnuniyet ve geri dönüte ihtiyaçları vardır. Günlük işler için bu durum, sağlıklı aile bireylerini aktive etmek ve memnuniyet, eğlence, optimizm için aile bağları yaratmak demektir. Endişelerden yoksun alanlar yaratılır.

- c. Bilgi:İlk başlarda çocuğa anne ya da babasının zedelenmişliğinin kendi davranışları ile alakası olmadığının açıklanması gerekmektedir.Suçlu olan o değildir.Onun davranışları anne ya da babasının yorgunluğu,hassasiyeti ya da ağlaması ile ilgili değildir.
- d. **Çocuğa kendi duygularını ifade edebilmesi için izin verilmelidir;gürültü yapma,şarkı söyleme,dans etme,ağlama,sinirlenme gibi.** (eğer zedelenmiş bir ebeveyn yoksa çocuğun bu gibi davranışları aile için bir stres unsurudur.)

11. Manik depresif (Bipolar) ebeveynlerle yaşayan çocuklar (DSM IV, 2000)

11.1 Semptomoloji (Manik Dönem Kriterleri ile tanımlanan)

Manik depresif bozukluk için ortaya koyulan kriter heterojen ,çok farklı formlarla ortaya çıkan bir hastalığı tanımlar.Duygu durumu değişikliklerindeki sıklık ve yoğunluk (depresyon ve mania arasında)bir insandan diğerine büyük oranda değişiklik gösterir.Depresyon semptomları 10.1de açıklanmıştır.

HİSSETME

- En az bir hafta(ya da eğer hastane bakımı gerekliyse herhangi bir süre) süren anormal ve sürekli artan hassasiyet duygu durumu. Duygu durumu ,iş hayatında,sosyal aktivitelerinde ya da diğerleri ile ilişkilerinde ortaya çıkan belirgin imperman (değer kaybı) ya da kendine ya da başkalarına zarar vermesini engellemek için hastane tedavisi gerektiren durumlar ya da psikotik özellikler.
- Aşırı benlik duygusu ya da gösteriş,gösteriş oyunları

DÜŞÜNME

- Fikir uçuşları,düşüncelerin yarıştığına dair öznel deneyimler
- Distraksiyon (örn,önemsiz ya da gereksiz dışsal bir uyarana karşı çok kolay ilgi gösterme ya da geri çekilme)

DAVRANIŞ

- Normalden çok fazla konuşma ya da konuşmaya devam etmeyi ısrarcı bir şekilde devam etme
- Amaca yönelik aktivite arştı (sosyal,iş ya da okulda ya da seksüel)ya da psikomotor ajitasyon
- Acı verici sonuçları olmasına rağmen zevk verici aktivitelere aşırı katılma (örn,idaresiz içki alımı,seksüel düşüncesizlik ya da gereksiz yatırım ,harcamalar)

VÜCUT TEPKİLERİ

- Uyku ihtiyacında artan ihtiyaç decreased (örn.3 saat uykudan sonra dinlemiş hissetmek) ya da uykuya dalmada güçlük

- o Semptomlar maddenin direk fizyolojik etkisinden dolayı değildir (örn, ilaç bağımlılığı, medikasyon ya da tedavi) ya da genel medikal durum.

DSM-IV TR Manik Depresif Bozukluğu hastanın son hafta içerisindeki duygu durumunun aylar içerisinde değişikliği olarak tanımlar. Hastalar duygu durumlarını yücelten en az bir manik dönem geçirirler; bu durumu bir normallik periyodu ya da en az iki ay süren bir denge durumu takip eder ve sonrasında majör depresyon evresi başlar. Bu duygu durumu değişiklikleri şizofreni, şizoafektif bozukluk, psikotik bozukluk ya da delüzyon bozukluğu ile ilgili olmayabilir. Ayrıca bu duygu durumu değişiklikleri uyku hapları ya da önerilen amfetaminlerin direk bir sonucu olmayabilir. Fakat madde bağımlılığı (alkol gibi) özellikle manik dönemlerde ortaya çıkabilir.

11.2 Manik depresif bozukluk(bipolar) ortamında risk altında bulunan çocuklar üzerindeki etki

Gerçekler: Manik depresyonun (özellikle manik depresif 1) hayat sürecindeki prevalansı (görülme sıklığı) yaklaşık %1 dir. Eğer çocuğun ebeveynlerinin her ikisi de manik depresif ise her ikinci çocuk semptomları gösterebilir.

Manik depresyon riski altındaki çocuklar olası alkol bağımlılığı ile kendini gösteren aşırı etkili duygu durumu değişiklikleri ile karşı karşıya gelebilirler. Çok küçük bile olsalar çocuklar ebeveynlerindeki değişiklikleri gözlemlediklerini rapor etmişlerdir: 6 yaşındaki bir çocuk babasının çok sık restorana gittiğini ve çocukları bir şeyler içmeye ya da dondurma yemeye davet ettiğini ve hastalığın yeniden başladığını bildiğini söylemiştir. Çocuklar ebeveynlerinin normal zamanlarda kullanmadıkları kelimeleri kullanırken ya da garip sorular sorduklarında değişiklikleri fark edebilirler. Manik dönemlerde çocuklar ebeveynlerinin dışarı çıkma, uyumama, sesli konuşma, sinirli ya da agresif olma gibi aktif davranışları ile karşılaşabilirler.

Bu gibi davranışların başlangıcı çocuk için eğlenceli olabilir çünkü ne isterse alabilir fakat reaksiyonların yoğunluğu korkutucu olabilir. Fakat bir süre sonra eğer çocuk küçükse ve ebeveynin aktivitelerini takip etmeye yetişemiyorsa çocuk için çok yorucu olabilir. Ve daha sonra anne ya da babasının sözünde durmadığını ve ihtiyaçlarının karşılanmadığını fark edecektir. Hayatları tehlikede olabilir. Ebeveynler çocuğu uygun bir şekilde beslemeyi unutabilir ya da dikkat etmeyebilir ya da bazı güvenlik kurallarını izlemesi istenebilir (örn, soğuk havada uzun bir süre kabansız, eldivensiz durma gibi) Günlük hayat

yapısı yoktur.Aşırı toleranslı bir durumdan özellikle çocuk yanlışları doğrulamak istediğinde agresif bir duruma geçiş olabilir.

Etki gören ebeveyn “kontrolü” kaybederse ve garip davranışlar sergilerse bazen çocuklar utanırlar.Eğer çocuk ebeveynin dediklerini yapmaz ve birlikteliği red ederse çoğunlukla sözlü agresyona maruz kalabilirler.

Ve bir süre sonra bütün bunlar tam tersine döner,Bağırır,gülen,şarkı söyleyen ve cömert davranan fakat agresif davranan bireyler.Depresyon aşamasında,enerjisiz ve motivasyonsuz bir şekilde yorgun olabilirler.Mutsuzluk yüzlerinde ve hareketlerinde görülür (depresyon konusuna bakınız) .

Çocuk yalnız başına bırakılır (eğer ailede başka bir yetişkin yoksa) Her iki durumda da onun ihtiyaçları göz ardı edilir.Reaksiyonlar zıtlık gösterir ve çocuk aşırı hassasiyet ve gösterilen duygular arasındaki seviyeyi anlamakta zorlanır;örn,mutsuzluğa ve depresyon sürecine kadar gösterilen patlayıcı davranışlar .Bu tahmin edilemeyen davranış çocuk için takip edilmesi zor bir durumdur.Aşırı derecede tahmin edilemeyen davranış ve ebeveynsel davranış çocuğun kişisel limitlerini aşan bir etki gösterir. Bu durumdaki çocuklar anksiyete bozukluğu ve güvensizlik davranışları gösterirler.

11.3 Müdahale Rehberi

- a. Etki gören ebeveyn için hastanede tedavi uygulaması en önemli amaçtır.Fakat bu biraz zordur,çünkü etki gören birey “ hasta” hissetmediği için ulusal yasalara göre hastanın kendi isteği olmadan hastanede tedavisi yapılamamaktadır.
- b. Profesyoneller için akut manik dönemdeki ebeveynlerle çalışmak azalmış benlik tepkilerinden dolayı mümkün olmamaktadır.
- c. Akut manik dönemdeki ebeveynler, uyum durumunun yok olmasının manik dönemin ana semptomu olmasından dolayı terapatik görüşmeleri düzenli yapamayabilir ya da uyum gösteremeyebilirler. Profesyonel bir bakış açısı ile,bu akut manik dönemdeki ebeveynlerle herhangi bir sözleşme büyük ihtimalle başarısız olacaktır.Büyük ebeveynler ,sağlıklı kişiler ya da destekleyici sosyal ağlar gibi diğer sağlıklı bireyler yoksa **çocuklar akut manik dönemdeki ebeveynlerle yalnız bırakılmamalıdır**,bu durumdaki çocuklar tehlikede olabilirler. **çocuklar akut manik dönemdeki ebeveynlerle yalnız bırakılmamalıdır** çünkü **çok büyük ihtimalle çocuğun refahı tehlikededir**. Eğer çocuk yalnız bırakılırsa,geçici bir çözüm olarak çocuk birlikte kalan büyükanne ya da komşu gibi kişiler tarafından koruma altına alınmalıdır. Çocuk ebeveynin manik dönemlerinde bile belli rutinler içerisinde yaşama “hakkına”

sahiptir.Onlar çocuklara gerekli duygusal ve fiziksel güvenliği sağlarlar. Etki gören ebevyn için hastanede tedavi uygulaması en önemli amaçtır.Fakat bu biraz zordur,çünkü etki gören birey “ hasta” hissetmediği için ulusal yasalara göre hastanın kendi isteği olmadan hastanede tedavisi yapılamamaktadır.

- d. Eğer çocuk yaş olarak biraz büyükse,çocuğa kendisi için riskli bir durum söz konusu olduğunda beklenmeyen bir durumda kullanabileceği bir “kriz planı” yapılabilir.Örn;Eğer annem ya da babam gece benimle dışarı çıkmak isterse ne yapabilirim?Nereye gidebiliriz?Annem ya da babam garip davranışlar gösterdiğind ekimi arayabilirim?
- e. Çocuklar anne ya da babasının davranışlarındaki değişikliğin onların beyin fonksiyonlarında meydana gelen değişikliklerden kaynaklandığını açıklayan (yaşlarına uyumlu) bilgi ve açıklamalara ihtiyaç duyarlar.
- f. Profesyonel “anlaşmalar” sağlıklı birey üzerinde yoğunlaşmalıdır ve onu bilgilendirmelidir:
 - a. Çocuğun ihtiyaçlarının karşılanmasının önemi,çocuğu korumak görevi,
 - b. Çocuk ve aile sistemi için olası destekleyici müdahaleler
 - c. Ebeveynin değişen davranışına yönelik prognoz,tedavi ve bazen tanı hakkında bilgi vermek,
 - d. Yasal durum:Kendi isteği dışında bir birey medikal tedavi sürecine zorlandığında .
- g. Eğer herhangi bir sağlıklı birey yoksa,çocuk refahı/koruması aktive edilmelidir.
- h. Manik depresif bozuklukta genetik bağ çok yüksek olduğundan çocuklar için herhangi bir stres durumundan kaçınılmalıdır.

12. Ebeveyn/lerinde şizofreni bulunan çocuklar

Çoğu eğitim kursunda,şizofreni “Dr.Jekyll ve Mr.Hyde” gibi “iki yöne ayrılan insan”ın belirsiz mistik suretleri olarak tanımlanır.Bu zihinsel bozukluğun eş anlamlısıdır. Psikiyatri alanında öncelikli olarak çalışmayan çoğu profesyonel şizofreninin ne olduğunu anlamakta güçlük yaşarlar.Bu nedenle bu bölümde, şizofreni hastalarının nasıl “davrandıkları” ve çocuklar üzerinde ne gibi etkiler bıraktıklarının tanımlaması üzerinde yoğunlaşılması gerekmektedir.Dünyada genel popülasyon içerisinde %1-2 civarındadır. Perälä et al. (2007) Popülasyon bazlı araştırmalar düşük oranlar göstermektedir. Fakat en az bir ebeveynin rahatsızlığından dolayı etki gören çocukların 100 tanesinden 13 ü semptomları göstermektedir.

12.1 Şizofreninin Semptomları (Kriterler bazında yapılandırılan)

Zihinsel Hastalıkların Tanısal ve İstatiksel El Kitabına(DSM-IV-TR) göre şizofreni tanısı için üç kriterin sağlanması gerekmektedir:

Karakteristik semptomlar: Aşağıdaki kriterlerden iki ya da daha fazlası ,bir aylık süre (ya da daha az,eğer semptomlar tedavi ile teskin edildiyse) zarfında her birinin gün içerisinde çoğunlukla görülmesi durumunda .

HİSSETME

- Negatif semptomlar :Körlük etkisi (duygusal tepkide eksiklik ya da azalma)aloji (konuşmada eksiklik ya da kayıp) ya da irade azlığı (harekette azalma ya da kayıp)

DÜŞÜNME

- Formal düşünce manifestosu, düzensiz konuşma .Konuşma düzensizliği kriteri eğer iletişim eksikliği ciddi boyutlarda ise geçerlidir.
- Delüzyonlar: Takip edildiği düşüncesi, insanların kendisi hakkında konuştuğu düşüncesi.

DAVRANIŞ

Büyük oranda düzensiz davranış (örn,uygunsuz giyinme,sık ağlama) ya da katatonik davranış

ALGILAMA

- Halisünasyonlar

Eğer delüzyonların garip olduğuna karar verilirse,ya da halisünasyonlar hastanın davranışlarını takip eden bir ses duyma ya da bir ya da daha fazla sesin birbirleriyle konuştukları duyuluyorsa .

Sosyal/Mesleki disfonksiyon: Rahatsızlığın hamle yaptığı andan itibaren belirgin bir oranda zaman bölünmesi,bir ya da bir ya da daha fazla iş,kişilerarası ilişkiler ya da öz-bakım alanlarında bir ya da daha fazla temel alanda meydana gelen rahatsızlıklar .

Süre: En az 6 ay ısrarcı bir şekilde devam eden rahatsızlık belirtileri.Bu altı aylık süreç en az bir semptomu içermelidir (ya da daha az,eğer semptomlar tedavi ile azaltıldıysa)

Şizofreni, eğer duygu bozukluğu semptomları ya da yaygın gelişimsel bozukluklar mevcutsa,ya da semptomlar ilaçla tedavi ya da madde bağımlılığı gibi durumların direk sonucu ise.

12.2 Çocuklar üzerindeki etki

Deneyimler göstermektedir ki,şizofreni (manik depresif bozukluk ve sınırda kişilik bozukluğu yanında) zihinsel risk altında yaşayan çocuklar için en ağır rahatsızlıktır. Çocuğun hayatı

üzerindeki etki ciddi olarak nitelendirilebilir çünkü, ortaya koyulan “garip davranış”,düzensiz konuşma,azalan konsantrasyon,sosyal fonksiyonlarda belirgin eksiklik,sosyal izolasyon ilişki kurmada takip eden zorluklara ve artan uyarmalara sebep olur (Mattejat & Lisofsky 1998.).

Sadece küçük çocuklar değil (eğer başka sağlıklı bir birey varsa gerçekliği kontrol etme becerisinin eksikliği) ama aynı zamanda daha yaşlı olanlar da kendilerini saldırgan,korku verici,hilekar dünya içerisinde bulurlar. O bunu sadece ebeveynsel açıklama ile öğrenir.Ebeveynlerin gerçekliği çocuğun gerçekliği haline gelir ve buna “folie à deux”denir. Eğer çocuk bu durumda kalırsa,eğer azalmış bir kompliyans ya da zihinsel rahatsızlığı inkar varsa etki gören ebeveynin psikopatolojik dünyası içerisinde esir olma tehlikesi doğar. Burada bir kural olmadığını belirtmek önemlidir.Etki semptomların yoğunluğuna bağlıdır.Çocukların ebeveynleriyle benzer davranışlar göstermesi gibi durumlardan haberdar olmak önemlidir ,bu psikoza sokma (çocukta şizofreni değil) durumu olabilir. **Psikoza sokma durumunda,çocuğun etki gören ebevynden ayrılması çocuk açısından semptomları azaltabilir.**

Akustik halisünasyon (örn,emir verici sesler),paranoid fikirler (zehirleneceği ya da gizli örgütler tarafından takip edildiği düşüncesi) her an olmayabilir ama şizofreni olmayan bir profesyonel için belirti olabilir.Şizofrenili kişiler korkak da davranabilirler.

Etki gören ebevyenin semptomları ciddi boyutta ise,bu durum kişinin dikkatini angaje eder;süregelen cevapsızlık durumu ise çocuğun ihtiyaçlarını tehlikeye atar.Bu gibi durumlarda çocuk düzensiz ilgi davranışı,güvensizlik ilişkisi,gerekli gelişimsel eksiklik ile karşı karşıya kalabilir.Bu nedenle,özellikle anasınıfı öğrencilerinde bilişsel gelişim gerilikleri (organik bir açıklama olmadan) gözlemlenebilir .

12.3 Destekleyici Sistemler İçin Genel Stratejiler

- a. **Kompliyans (Uyum)** İlaçla tedavi ve iletişim anlamında kendi zihinsel zedelenmişliğini kabul etmeye hazır olma ve tedaviye katılmaya hazır olma durumu, çocuk için asıl rahatsızlık kaynağına karşı çocuğu en iyi şekilde koruyan bir faktör olarak görülebilir.Bu konu aynı zamanda tanımlanan diğer tüm hastalıklar için de geçerlidir.
- b. **Diğer sağlıklı bireylerden destek görme:** Semptomlar çok fazla telfuz edilmese de ve ebeveyn duygusal olarak hassas olsalar da ,kronik hastalıklar anlamında **tekrar edilen ve ani semptomlar dikkate alınmalıdır.Bu gibi durumlarda onlara yakın en az bir**

sağlıklı yetişkin bile çocuğu korumak için önemli bir faktördür ve ona gereken güvenliği verir.

- c. **Cocuğu şizofreni rahatsızlığından muzdarip olan ebeveyni hakkında bilgilendirme ve anlamasını sağlama.** Şizofreninin karakteristik özelliklerini ve ortaya konuş şeklini zihninizde canlandırdığımızda, çocuğa anne ya da babasına ne olduğunu açıklamak zor olacaktır. Prakside (uygulama) şizofreniyi “sıçrayan düşüncelerin hastalığı” olarak açıklamak yardımcı olacaktır. (words of 8j Ilse) Ya da bu açıklama anne ya da babanın “yanlış bir film içerisinde yaşaması” şeklinde de olabilir. Bu durumda bilimsel olarak bu açıklamayı yapmanın “doğru” olmadığını söylemek yersizdir. Çocuk için anne ya da babası tarafından sergilenen davranışların bir hastalık olduğunu, davranışlarından ve kendilerinden bağımsız olduğu farkını anlayabilmesi önemlidir. Detaylı açıklama modül 3 te bulunabilir.
- d. **Psiko-eğitim** :etki gören ebeveynin zihinsel rahatsızlığı, tedavi opsiyonları ve çocuğun sağlıklı psikolojik gelişiminin sonuçları .

13. Anksiyete bozukluğundan etkilenen ebeveynlerin çocukları

Anksiyete bozuklukları genel popülasyon içerisinde en yaygın olanıdır ve çocuğun psikolojik sağlığı açısından etkileri gözlemlenebilir. Bu yaş gurubu içerisinde (Amerikada) yaklaşık %18,1 i bu rahatsızlıktan muzdariptir. (Kessler et al. 2005).

13.1 Semptomoloji (Kriterler bazında yapılandırılan)

HİSSETME

- Olaylar ve durumlar hakkında en az 6 ay süren “aşırı anksiyete ve endişe”. Genel olarak, “aşırı” At least 6 months of "excessive anxiety and worry" about a variety of events and situations. Generally, "excessive" can be interpreted as more than would be expected for a particular situation or event. Most people become anxious over certain things, but the intensity of the anxiety typically corresponds to the situation
- 1. Feeling wound-up, tense, or restless

DÜŞÜNME

- Konsantre problemleri

DAVRANIŞ

- Semptomlar “klinik olarak belrigin stres” ya da günlük hayat fonksiyonlarında problemlere neden olur.”Klinik olarak belirgin” olma durumu tedaviyi yapan kişinin bakış açısına bağlıdır. Bazı insanlar bahsi geçen semptomların çoğuna

sahip olabilirler ve fonksiyonlarını en üst seviyede gerçekleştirmek için uğraşırlar.

- Kaygı ve endişeyi kontrol etmede belirgin bir zorluk vardır.Eğer birisi kontrolü geri elde etmede,rahatlamada ya da kaygı ile başa çıkmada belirgin bir zorluk yaşıyorsa bu gereklilikle karşılaşır.

VÜCUT REAKSİYONLARI

- Kolayca ruhsal çöküntüye uğrama ya da harap olma
- Hassasiyet
- Kaslarda belirgin gerginlik
- Uyuma güçlüğü
- Semptomlar başka bir zihinsel bozukluğun bir parçası ve madde ya da medikal bir duruma bağlı değildir.

13.2 Çocuklar üzerindeki etki

Ailevi anksiyete bozukluğu (semptomların yoğunluğuna bağlı olarak) çocukların bağlılığı ve dışa vurdukları davranışları üzerinde olumsuz bir etki gösterirler.Aşırı bir kaygı ya da endişe içerisinde yaşarken ebeveynler çocuklar ve onların kaygı durumları ile güvenli bir bağ kuramazlar. (Muris et al, 1996). Sonuç olarak,ebeveynler çoğunlukla aşırı koruyucudur ve çocukları kısıtlayıcıdır.Şartlı çaresizlik durumunda çocuklar ebeveynlerinin reaksiyonlarının kendilerini korkutabileceğinden keşif davranışlarından vazgeçerler.Ebeveynin kaygısı içerisinde çocuk kendisine risk ve tehlike dolu bir dünya yaratır.Deneyim ve yetenek eksikliği ve sosyal kaçınma bir sonuç göstergesi olabilir.

13.3 Müdahale rehberi

Güvensiz ilişki yaşayan çocuklar çoğu durumda en az bir tane güvensiz ebeveyne sahiptir.Bu durum biyolojik tanımlamaya bağlı değildir ,”hayat ve dünyayı “kaygılı” bir şekilde algılamalarına bağlıdır.Küçük çocukların(okul öncesi yaşı) olduğu durumlarda hem ailenin hem de çocuğun müdahil olduğu durumlar daha etkilidir.Aşağıdaki birkaç strateji başarılı olarak görülebilir:

- a. Profesyoneller tarafından aile ve çocukla daha fazla sabır göstererek küçük adımlar atma stratejisi .Anksiyeteden muzdarip insanlar için yeni deneyimlerle başa çıkma en büyük problemidir.”Yeni”den ve bilinmeyen durumlardan korkarlar .Daha zorlu bir olan ise bu “yeni”duruma başlama ve denemedir.Aileleri yeni deneyimleri küçük “doz”larda denemeleri için ikna etmek kolay olabilir çünkü bu durumda risk daha azdır.Profesyoneller şunları yapmalıdırlar:

- Ebeveyni değişimin yeni basamaklarını çok küçük adımlarla denemeleri için cesaretlendirme

- Özellikle müdahalenin ilk başlarında, güvensizliklerini ve ebeveynlerin birliktelik konusunda “eksik”liklerini anlama.Ebeveyn ve çocuk için kendilerine güven aşamasında, her bir küçük adımda olumlu teşvikte bulunma
- b. Ebeveynleri çocuklarının dünyayı aktif bir şekilde keşfetmeleri konusunda ihtiyaçlarını karşılamının önemi hakkında bilgilendirme .Bilişsel yapılandırma ile ilgili olarak çoğu ebeveyn yetişkinlik için öz-benlik ve özerklik kavramlarının iki ana basamak olduğunun farkına varırlar. Güvensizlik ve kaygı durumunun anksiyete bozukluğu için ana semptom olmalarına bağlı olarak ,çocuğun gelişiminde meydana gelen gecikmeler bir,iki ya da üç yıl içerisinde onun bağımsızlık gelişimine şans vermez.Bu nedenle çocuğun daha olgun olacağı ve olası risk ve tehlikeleri anlayabileceği konusunda tartışmalar vardır. (onların bakış açısına göre) .
- c. Etki gören ebeveynin psiko-eğitimi ile onun zihinsel zedelenmişliği düşünüldüğünde,tedavi seçenekleri ve çocuğun psikolojik gelişimi üzerindeki etki Çoğu ebeveyn ,eğer kendilerini güvende hissedерlerse,çocuğun daha özerk hissedeceğini kabul ederler. Şartlı çaresizlik ve kaygının çocukların yaşamları üzerinde belirgin bir etki gösterdiğini anlayabilirler ;örn,sosyal ilişkiler,anasınıfı,okul performansı ve genel anlamda özerklik.

14. Kişilik bozukluğu riski altındaki çocuklar

Kişilik bozukluğu alanı profesyoneller için zorlu bir alandır.Kişilik bozukluğu terimi çok iyi bilinmediğinden ve “normal” davranış ile arasındaki bağ ve kişilik bozukluğu bazne güçsüz kalır. Gereksiz tanımlar koymaya yönelik genel bir meyil söz konusudur.Genel olarak,kişilik bozukluğu özellikleri zaman,durum ve terapiye karşı gösterilen direniş açısından gösterilen yüksek stabilite anlamında süregelen kişilik özelliklerinin matrisi olarak görülebilir.Çoğu durumda,kişilik bozuklukları işaretleri retrospektif(geriye dönük) olarak ortaya çıkar ve erken çocukluk döneminde fark edilmiş olsalar bile ergenlikte ortaya çıkmış gibidirler.

Kişilik bozukluğu özellikle sınır kişilik bozukluğu türü (şizofreni ve bipolar bozukluğun ötesinde) duygusal değişkenliğe bağlı olarak çocuğun ruh sağlığı üzerinde büyük etkisi vardır.Genetik zedelenmişliğin ve çevresel faktörlerin kapsamı hala tartışma sürecindedir;çevresel faktörlerin yüksek oranı hipotezdir (Boggarts & Lußcz, 1999)

Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) kişilik bozukluğunu “içsel deneyimlerin daimi örüntüsü ve ortaya koyan kişinin toplumun (kültürün) beklentisinden belirgin bir şekilde ayrıldığı davranışdır.” (DSM IV, 2000).

Bu davranış örüntülerinin hamleleri tipik olarak nereden geldikleri birkaç istisna olarak çocuklukta ve geç ergenlikte ve de yetişkinliğin başlarında ortaya çıkarılabilir. Bu nedenle, davranış bozukluğunun 16 ya da 17 yaşından önce tanısı azdır (...)

Kişilik bozukluklarının tanısı çok nesnel olabilir fakat inatçı ve ısrarcı davranış örüntüleri ciddi kişisel problemleri ve sosyal zorlukları ve hatta genel fonksiyonel imperman ortaya çıkarabilir. Katı ve süregelen hissetme, düşünme ve davranış örüntülerinin altta yatan düşünce sistemlerinden dolayı ortaya çıktığı söylenir ve bu sistemler sabir fanteziler ya da “disfonksiyonel şema” olarak tanımlanır.

DSM-IV on tür kişilik bozukluğunu 3 grupta toplar:

Grup A (garip ya da eksantrik bozukluklar)

Paranoid kişilik bozukluğu : rahatsız edici şüpheler ile kendini gösteren diğerlerine güvenmeme davranışı

Şizoid kişilik bozukluğu : sosyal ilişkilerde ilgi azlığı, diğerleri ile vakit geçirmenin anlamsız olduğu düşüncesi, misantrpi, introspeksiyon (içe bakma)

- **Şizotip kişilik bozukluğu** : garip davranış ya da düşünme ile kendini gösterme

Grup B (dramatik, duygusal ya da kararsız davranış bozuklukları)

Antisosyal kişilik bozukluğu : Kanunları ve diğerlerinin haklarını hiçe sayma Sınırdaki kişilik bozukluğu : aşırı derecede siyah - beyaz düşüncesi, benlik imajı, kişilik ve davranışlarda instabilite

- **Histrionik kişilik bozukluğu** : Uygunsuz seksüel baştan çıkarıcılık ve sıklık ya da abartılmış duygular
- **Narsistik kişilik bozukluğu** : gösteriş örüntüsü, hayranlık uyandırma ihtiyacı ve empati eksikliği
- **Grup C** (endişe ya da korku bozukluğu)
 - **Kaçıngan Kişilik Bozukluğu** : sosyal ketlenme, uygunsuzluk hissi, olumsuz değerlendirmeye karşı aşırı hassasiyet ve sosyal etkileşimden kaçınma
 - **Bağımlı Kişilik Bozukluğu** : diğer insanlara psikolojik bağımlılık
- **Obsesif-kompulsif bozukluk** : kurallara, ahlaki değerlere sıkı bağlılık ve aşırı düzenlilik

14.1 Kişilik bozuklukları tanımları

DSM-IV-TR'ye göre kişilik bozukluklarının tanısı aşağıdaki kişilik bozuklukları adı altında listelenen kriterleri içermelidir.

- A. Bireyin kültür yapısının beklentilerinden ortaya çıkan içsel deneyim ve davranış örüntüsü. Bu örüntü iki (ya da daha fazla) alanda kendini gösterir:

1. **DÜŞÜNME** : (kendini ,diğerlerini ve olayları algılama ve ifade etme)
2. **HİSSETME** (Duygusal tepkinin oranı,yoğunluğu,labilitesi (istikrarsızlık) ve uygunluğu

3.DAVRANIŞ kişilerarası ilişkiler ve dürtü kontrolü

- B. Örüntü inflexibldır ve kişisel ve sosyal durumlar geniş bir alana yayılmıştır.
- C. Stres durumu sosyal,mesleki ve diğer önemli alanlarda klinik olarak belirgindir.
- D. Örüntü uzun bir süre stabldır ve belirtileri en az erken yetişkinlikte ya da ergenlikte görülebilir.
- E. Süregelen örüntünün bir manifesto ya da zihinsel bir bozukluğun sonucu olarak ele alınması uygun değildir.
- F.Süregelen örüntü direk olarak madde bağımlılığının psikolojik etkisine bağılı değildir (örn, madde bağımlılığı ya da medikasyon) ya da genel medikal durum (örn,kafa travması)

14.2 Kişilik bozukluğunun çocuklar üzerindeki etkisi (özellikle sınırda kişilik bozukluğu olan ebeveynlerle yaşayan çocuklar)

Kişilik bozukluklarının çocuklar üzerindeki etkisi –büyük ölçüde-(yukarıda belirtildiği gibi)bozukluğun çeşidine bağılıdır.Fakat genel olarak kişilik problemlerinin sıkı örüntüsü zaman ve durumla karşılıklı ilişki içerisinde Erken çocukluktan itibaren çocuk için kişilik bozukluğuna bağılı olarak risk oluşturmaktadır.

Sınırda bozukluk durumunda çocuk sıklıkla değişen örüntüleriyle,değişen iş ve yaşam alanlarla,tolerans durumundan cezaya kadar giden ,beklenmeyen ve aniden patlama gösteren duygusal tepkilerle karşılaşabilir. Çocuğa karşı duygusal oryantasyon gibi ilgi durumu da istikrarsızlık gösterebilir.Bazen ebeveynler çocuğun “gerçek” yaşını unuturlar ve bütün “yetişkin” rollerini çocuğa yüklerler ve onu bir arkadaş bir partner yaparlar.İlaç bağımlılığı ya da kanunla yaşanan problemler bazı kişilik bozukluklarının semptomlarından bazılarıdır. İstikrarlı bağımlılık ,yani güven ve emniyet duygusu ve tepki veren ebeveyn sıklıkla tehlikede olabilirÇocuklar genellikle güvensiz bir dünyada yaşadıkları hissine kapılabilirler. Bağımsızlık onların yaşları için uygun değildir.Aileye bağımlılık yüksek seviyede olabilir,anne ya da baba tek olabilir.

14.3 Destekleyici Sistemler İçin Genel Strateji

- a. Kişilik bozukluğu rahatsızlığından muzdarip aileler ile iletişim kurmak profesyoneller için büyük bir zorluktur.Kompliyans yaratma,iletişim kurma profesyonel tarafından frustrasyon,tolerans ,amaç ve strateji gerektiren bir durumdur.**Bu durumda olan çoğu ebeveyn kendi durumunun çocuk için risk oluşturmaları durumuna kompliyans ya da kabul göstermeyecektir.Bu durum göz önüne alındığında duygusal instabilite uzun sürecek stratejilere büyük ölçüde “hasar” verecektir. İlk**

istisnai durumda ,profesyonelin odağı, memnuniyet sağlamak için, çocuğun güveni ve emniyeti üzerinde olmak durumundadır.

- b. Fakat,yardım ve profesyonel çabalar hep ailenin bir adım gerisinde görülmektedir.Bu nedenle,eğer mümkünse,ailelerin kendilerine stabl ilgilik sağlamak gereklidir.**Bu durum “küçük adımlar stratejisi “ile çok fazla sabır gerektirmektedir ve yardımcı sistemler gibi aileler açısından güven duygusu yaratmaktır.**
- c. Sistem ile sürekli kaynakların detaylı analizi çocuğa komplementer bir dünya görüşü sağlamak açısından büyük aile ve anaokulu gibi dış etkenlerin değerlendirilmesi için gereklidir.
- d. Sağlıklı yetişkinleri de kapsayan çocuğun günlük durumu büyük ölçüde önleyici faktör olarak görülmektedir.(diğer hastalıklar da olduğu gibi)
- e.

15.Adiksiyon (bağımlılık) ve madde istismarı riski altındaki çocuklar

15.1. Kısa semptomoloji

DSM-IV-TR, madde bağımlılığını şu şekilde tanımlamaktadır ;”bir birey madde kullanımından dolayı ortaya çıkan problemlere rağmen alkol ya da diğer maddeleri kullanmakta ısrar ediyorsa, madde bağımlılığı tanısı konulabilir”

DSM-IV-TR madde bağımlılığını şöyle açıklar;

Klinik olarak belirgin rahatsızlık ya da stres örüntüsünün 12 aylık süreç içerisinde ,aşağıda bahsi geçen durumların bir ya da fazlasının ortaya çıkması durumunda :

DAVRANIŞ

- o İşte,okulda ya da evde ana rolleri yerine getirmede eksiklik (örn, madde bağımlılığına bağlı olarak tekrarlanan devamsızlık ya da performans eksikliği, okuldan kaçma ya da uzaklaştırma, çocuk ya da ev işlerini ihmal etme)
- o Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda dahi madde bağımlılığının devam etmesi (örn, otomobil kullanma ya da makine kullanırken madde bağımlılığından dolayı zarar görme)
- o Madde bağımlılığı sonucu ortaya çıkan yasal problemler (örn, madde bağımlılığına bağlı olarak asayiş bozucu davranış sonucu tutuklanma)
- o Madde bağımlılığı sonucu ortaya çıkan sosyal ya da kişilerarası problemler olmasına rağmen devam eden madde kullanımı (örn, sarhoşluk sonucu eş ile kavga, fiziksel kavgalar)

B. Bu tür bağımlılık sınıftaki semptomlar Madde Bağımlılığı kriterlerini karşılamamaktadır.

15.2 Madde istismarının çocuğun sağılığı/refahı üzerindeki etkisi

Kişilik bozukluklarının ötesinde ,madde istismarı küçük çocuğun ihtiyaçlarını karşılamak açısından bir risk faktörü olarak ele alınabilir.

Bazı yaygın durumlar (<http://www.oas.samhsa.gov/2k7state/2k7State.pdf>)

- 2006-2007de ,Amerikada 12 yaş ve üzeri nüfusun % 8.1 i geçmiş aylarda ilaç kullanma illetine yakalanmışlardır.
- (US)Amerika ulusunun 12 yaş ve üzeri nüfusunun ,neredeyse çeyreği (%23.2)si,2006-2007 yıllarında alkol kullanma alemine katılmışlardır.
- Tütün Amerika’da alkolün yanında en çok kullanılan maddedir.12 yaş ve üzeri kişiler arasında,2006-2007 yıllarında tütün kullanma oranı % 29.1 dir.
- 2006-2007 yıllarında 12 yaş ve üzeri nüfusun % 7.6 sı bağımlılık ya da alkol kullanma sınıflandırması içerisinde.

Ebeveynsel alkol ya da ilaç bağımlılığı riski altında yaşayan çocuklar yerde alkollü yatan bir ebeveynle, madde yoksunluğu durumunda kavgalarla ve kendilerini doğru olarak ifade edemeyen ebeveynlerle karşılaşabilirler ve **aileleri tarafından unutulmuş ve yalnız bırakılmış konumunda kalabilirler.** Eğer ebeveyn madde alımına devam edecekse bir arkadaş ya da komşuya bırakılabilirler. **Çünkü onların günlük “atış”larını ayarlamaları onların hayatlarında bir öncelik durumundadır.**

- Fiziksel olarak
- Davranışı dikkate alarak,
- Ya da parental cevap verme yeteneği açısından.

Genetik ve bedensel belirtilerin yanı sıra ölümcül alkol sendromu veya madde istismarının bağımlılığı bağlamında çocuğun doğum sonrası özlemi de bağımlılıktan dolayı bağılılığın düzenini sıkça bozduğunu gösterir.

Diğer insanların değişmesinden ve sürekli bir teşviğin eksikliğinden dolayı çocuklar günlük hayat rutinlerinde ve becerilerinde eksiklikler göstermektedirler. Diğer bir taraftanda ebeveynlik süreci kararsızdır ve çocuklar ihtiyaçlarının hemen karşılanmadığını öğrenirler ve ilgili kişinin uygunluğunun kararsızlığı yüzünden bu ihtiyaçların karşılanmama riski vardır. **Zihinsel zedelenmişliği olan ebeveynler bağlamındaki bir çok çocuk gibi onlarda kendi sorumluluklarını almayı çok erken öğrenmektedirler.**

Otoriteyle sorunlar ve hayatta daha sonraki sosyal roller “biyolojik temelli değil”, yaşamda kazanılan deneyimlerin bir sonucudur. İşsizlik yoksulluk ve fiziksel saldırganlık çocuk için güvenliği ilgilendiren büyük bir tehditi temsil etmektedir. Ancak batı toplumunda alkolizmin

çocuklar üzerindeki etkisi halen daha az önemseniyor görünmektedir. Diğer bir taraftanda, nüks etme riski çok yüksek olarak değerlendirilmiştir. Tedavi süresince, tekrarlamaların olduğu halde bile, ebeveynler ilaç suistimali alanı içerisinde, çocuklarının içki kullanmalarını ve intihar etmelerini engelleyen tek etken olduklarını bildirmişlerdir. Destek sistemi tarafından bu bağlamdaki çocukların asla ebeveynlerin tedeavi yöntemi olarak kullanılamayacakları belirtilmelidir.

15.3 Destek sisteminin genel stratejisi

- a. Güvenliği sağlayan ve çocuğun ihtiyaçlarını karşılayan minimal bir güvenlik altyapısı yaratmak
- b. Çocuğun cesaretini ve öz yeterliliğini ve de destekleyicinin kendi davranışlarının öngörülebilirliğini artıran sağlıklı stratejileri öğrenmek için çocuğun endişeleri ve üzüntüleri hakkında konuşabileceği sağlıklı sabit kişilerin varlığını sağlamak.
- c. Çocukların temel ihtiyaçları tehlikedeysen geçici bakım gerekli olabilir.(beslenme, günlük rutinler açısından ihtiyaçlar).
- d. Net sınırlamalar koymak. (Zihinsel zedelenmişlik/hastalık olarak diğer bağlamlar için de önemlidir.)

16. Son Sözler

“Zihinsel zedelenmişlik” ve “zihinsel hastalık” terimleriyle ilgili eskiden beri süregelen bir tartışma vardır. Modüllerimizde biz her iki terimi de kullanmaya karar verdik.

-damgalamayı azaltabilmek için “zedelenmişlik”

- herkes tarafından bilindiği ve çocuklar için anlaşılabilir biyolojik modeli ifade ettiğinden dolayı “zihinsel hastalık” olarak kullanılmıştır.

Zihinsel zedelenmişliği bulunan ailelerin çocukları “anne babalarının, anne baba olarak kalmaya devam ettiklerini” bildirmişlerdir. Daha önce de söylediğimiz gibi “zihinsel zedelenmişlik” ya da “zihinsel hastalık” genellikle ebeveynin “yeteri kadar iyi” bir ebeveyn olma konusunda eksikliklerinin bulunduğu ile ilişkilendirilmemektedir. Çocuklar için destek stratejilerinin yanı sıra aşağıda ki konular açısından da ailesel yaklaşım hesaba katılmalıdır;

- ailesel hızlı çözüm bulma yeteneğinin artırılması
- temel iyi itaat yaratma
- saygılı bir şekilde iletişim kurma ve
- net sınırlamalar koyma

Ancak şu da ön plana çıkarılmalıdır ki sosyal ve eēitim alanındaki oēu profesyonel ebeveynler için bir “terapist” haline gelmemelidirler. Zihinsel zedelenmiřliēi/hastalıēı olan ebeveynlerle çalışırken profesyoneller kendi “limitlerine” ulaşabilirler. Saēlık profesyonelleri ile bir iletişim aēı kurmak gerekecektir.

Bir çok vakada destek ve müdahale çocuklar için emniyeti ve gvenliēi, öngörülebilirlik ve baēlılıēı, günlük bakım ve gelişimsel uygun bilgiyi, sosyal olarak kabul edilen norm ve kurallar dahilinde uygun sosyalleşmeyi saēlayabilir. Ancak zihinsel zedelenmiřliēi/ hastalıēı olan ebeveyn(ler)in baēlamında yaşayan çocuklar, aynı zamanda hayatlarının bir bölümünde gveniklerinin tehlikede olabileceēi olan çocuklar anlamına gelmektedir. Sistem (saēlıklı olan anne ya da babadan birisi, büyük anne/baba, komşular ya da sosyal yardım unsurları) bu konuyu her zaman göz önünde bulundurmaları ve ocuēun sıhhatini korumak için bazen harekete geçmeye hazır olmaları gerekmektedir. Bundan dolayı sabit bir ilgili kişinin uygunluēu hayati bir önem taşımaktadır.

Ebeveynler iyi hissetmezlerse, davranışlarının temelinde geniş ölçüde açıklanabilen biyolojik nedenler olduēu, çocuklarda yeterli bir anlama ve net bir bilgi olarak bulunmalıdır. ocuēun bu davranışla ilgili yapacaēı çok fazla bir şey yoktur ama ebeveynler kendilerinin iyiliklerinden ve bazen gerekli tedavilerden sorumludur. Bununla, **zihinsel zedelenmiřliēi/hastalıēı bulunan ebeveynlerin baēlamında olan çocuklar, güçlü ve dayanıklı olma şansına sahiptirler.**

17. References

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th Edition Text Revision
- Antonovsky, A. (1987): Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco
- Boggarts, B., Lußcz, H. (1999). Hirnbiologische Grundlagen psychiatrischer Erkrankungen – Was ist therapeutisch machbar? Psychiatrische Praxis, 26, 7-11
- Chaudron, L.H., Kitzman, H, Szilagyi, P, Sidora-Arcoleo K., Anson, E (2006). Changes in Maternal Depressive Symptoms Across the Postpartum Year at Well Child Care Visits *Ambulatory Pediatrics*, 6, 4, 221-224
- Field, T., Estroff, D.B., Yando, R., del Valle, C., Malphurs., J., Hart, s. (1996). „Depressed“ mothers' perception of infant vulnerability are related to later development. *Development and Psychopathology*, 4, 49-66
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O, Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62.6, 617-27.
- Laucht, M. (2009) Die Mannheimer Längsschnittstudie. Was wir von Mannheimer Risikokindern lernen können. Vortrag am 16. Kölner Kinderpsychiatrie Kolleg, Köln, 16.-17.5.2009
- Liberman, P. (2007). Recovery from Schizophrenia. Retrieved 8.1.2010
http://www.jhsph.edu/bin/s/w/Liberman_Recovery_from_Schizophrenia_Nov_2007.pdf
- Liberman, P, (2008) Recovery From Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation. Washington, D.C., American Psychiatric Publishing
- Marsh D. T., Dickens R.M (1997): Troubled journey. Putnam Pinguin, o. O.
- Mattejat, F., Lisofsky, B. (1998): Kinder psychisch kranker Eltern. Was wir wissen, und was zu tun ist. In: F. Mattejat, B. Lisofsky (Eds.), ...nicht von schlechten Eltern, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 66-78
- Milgrom, J., Westley, D.T., McCloud, P.I. (1996): Do infants of depressed mothers cry more than other infants? *Journal of Paediatrics and Child Health*, 31, 218-221
- Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H., Meesters, C. (1996): Parental modelling and fearfulness in middle childhood. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 263-267
- Perälä, J. et al. (2007) Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population *Arch Gen Psychiatry*;64,1,19-28.
- Pretis, M., Dimova, A. (2004). Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern
- Soltanus, T (2009). Effective Child and Family Programme. Paper presented at the EUFAMI Conference, 26-27.11.2009, Vilnius
- Wagenblass, S. (2001): Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, 513-524
- WHO 2008 http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh_jan08_meeting_report.pdf
- WHO (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability–A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 2, 103-124
- http://www.eufami.org/index.php?option=com_content&task=view&id=814&Itemid=223?language=
- <http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/mentalhealthandgrowingup/16parentalmentalillness.aspx>
- <http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/mentalhealthandgrowingup/parentalmentalillness/susiesstory.aspx>