ISSN : 1301-3904

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

CİLT : 8 SAYI : 3 2001



ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH

Cilt: 8 Sayı: 3, 2001 Mayıs, Eylül ve Aralık aylarında olmak üzere yılda 3 sayı çıkar.

YAYIN KURULU

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Adına
Sahibi ve Sorumlu Müdürü
Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu

Yayın Yönetmeni
Prof. Dr. Bahar Gökler

Yardımcı Yayın Yönetmenleri
Doç. Dr. Füsun Çuhadaroğlu
Doç. Dr. Fatih Ünal
Yrd. Doç. Dr. Berna Pehlivantürk

Üyeler

Psk. Doç. Dr. Melda Akçakın
Prof. Dr. Saynur Canat
Arş. Gör. Ebru Çengel
Uzm. Dr. Hakan Erman
Uzm. Dr. Özlem Erman
Psk. Prof. Dr. Ferhunde Öktem
Yrd. Doç. Dr. Birsen Sonuvar
Doç. Dr. Selahattin Şenol
Uzm. Dr. Özgür Yorbık

DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Belma Ağaoğlu (Kocaeli)
Uzm. Dr. Zafer Atasoy (Ankara)
Prof. Dr. Ayşe Avcı (Adana)
Prof. Dr. Cahide Aydın (İzmir)
Prof. Dr. Kemal Aydınalp (Ankara)
Prof. Dr. Kayıhan Aydoğmuş (İstanbul)
Doç. Dr. Ayla Aysev (Ankara)
Prof. Dr. Ayşen Baykara (İzmir)
Prof. Dr. Meral Berkem (İstanbul)
Prof. Dr. Ayşen Coşkun (Kocaeli)
Prof. Dr. Aysel Ekşi (İstanbul)
Psk. Prof. Dr. Neşe Erol (Ankara)
Doç. Dr. Elvan Karacan (Ankara)
Doç. Dr. Levent Kayaalp (İstanbul)
Prof. Dr. Efser Kerimoğlu (Ankara)
Doç. Dr. Esin Özatalay (Antalya)
Doç. Dr. Haluk Özbay (Ankara)
Doç. Dr. Bengi Semerci (İstanbul)
Prof. Dr. Teoman Söhmen (Ankara)
Prof. Dr. Şahnur Şener (Ankara)
Prof. Dr. Suna Taneli (Bursa)
Prof. Dr. Ümran Tüzün (İstanbul)
Doç. Dr. Runa Uslu (Ankara)
Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın (Ankara)
Prof. Dr. Yankı Yazgan (İstanbul)

KAPAK RESMİ

Seren ERTAN – Türkiye

BASKIYA HAZIRLIK VE BASKI

AYRINTI BASIM YAYIM MATBAACILIK HİZMETLERİ SAN. TİC. LTD. ŞTİ.
Büyük Sanayi 1. Cadde, Devrez Sok. Adalı İşhanı 11/33 İskitler/ANKARA Tel: 341 46 52

Dergide yeralan yazılarda belirtilen görüşlerden yazarlar sorumludur. Yazılardan kaynak göstererek alıntı yapılabilir.

YAZIŞMA ADRESİ

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi P.K. 67 Samanpazarı, 06242 ANKARA
Tel: (0.312) 388 50 15 - (312) 305 11 51
Fax: (0.312) 310 00 12 E.Posta: crsdergi@gen.hun.edu.tr
www.cgrsder.org.tr

ISSN: 1301-3904

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi Tübitak Tıp Dizinine alınmıştır.

İÇİNDEKİLER

Önyazı 126
B. Gökler

Çocuklukta Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Olguların Ergen Görünümleri: Kesitsel bir çalışma 127
A. Aysev, P. Öner

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin Bir Test Bataryası Geliştirme Çabası 132
E. S. Ercan, S. Amado, O. Somer, S. Çıkoğlu

Otizmi Olan Çocuklar ve Kardeşlerinin Davranış Sorunları ve Kişilik Özellikleri Örüntüleri 145
G. Erden, M. Akçakın

İç Göç Yaşayan Bir Grup Lise Öğrencisinde Ruhsal Belirti Şiddetinin Cinsiyet İle İlişkisi 156
Ş. Özen, S. Antar, Ö. Özbulut, A. Altındağ, R. Oto

Ergenlerde Beyin Gelişimi 163
B. Anlar

Karbamazepin İle Tedavi Edilen Okul Öncesi Dönemde Bir Mani Atağı Olgusu 169
S. S. Zoroğlu, D. Ü. Tüzün

Görüşler 175
C. Özbesler

Yeni Yayınlardan Özetler 177

Haberler / Toplantı - Kongre 182

İnternet Köşesi 185

Yazım Kuralları 186

Dizin 188

ÖNYAZI

Ülkemiz çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanlık eğitimi alanındaki gelişmeler, uluslararası koşutluklar taşıyarak ilerlemektedir. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitiminin içeriğinin standardizasyonu, ortak asistan karnelerinin hazırlanması ve uygulanmasına yönelik çalışmalar, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği'nin çatısı altında işlev görmekte olan Yeterlilik Kurulu'nun Eğitim Komisyonu tarafından sürdürülmektedir.

Yeterlilik Kurulu içinde, uzmanlık eğitimine ilişkin çalışmalar eğiticiler tarafından yürütülürken; eğitilenler adına da genç asistanların bu sürece katılmaları, uzmanlık eğitimindeki gelişmelerin eğiten-eğitilen bağlamında bir işbirliği ve ortak yükümlülükle ele alınabilmesi açısından çok önemli katkılar getirecektir.

Bu doğrultuda gerçekleşen sevindirici bir gelişme, Türkiye'den bir araştırma görevlisinin Avrupa Psikiyatri Asistanları Federasyonu (EFPT)'nun 2001 yılındaki forumuna katılıp, ülkemizdeki çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanlık eğitiminin içeriği ve asistan karnesi uygulamasına ilişkin bir sunum yaparak; bu sunumuyla, Avrupa Tıp Uzmanları Birliği Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Birimi'nin 2001 yılındaki toplantısına EFPT temsilcisi olarak seçilmesidir.

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi alanında, uzmanlık eğitiminde niteliğin yükselmesi eğiten ve eğitilenlerin birlikte bu eğitimin standardizasyon sürecine sahip çıkmaları ve birbirlerini karşılıklı olarak yönlendirip denetleyebildikleri bir eğitim ortamının sağlanması ile gerçekleşebilecektir.

Yayın Yönetmeni

Prof. Dr. Bahar Gökler

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 8. yayın yılını geride bırakmıştır. Dergimizin bu kadar uzun süredir yayınlanabilmesi ve bugün ulaştığı bilimsel düzeye gelmesinde danışmanlarımızın katkılarının önemli bir payı olduğunu düşünüyoruz. Özveri ve titizlikle sürdürdükleri bu çalışmalar için kendilerine teşekkür ederiz. Dergimize gösterdikleri ilgi ve desteğin sürmesini dileriz.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Yayın Kurulu

ÇOCUKLUKTA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ OLGULARIN ERGEN GÖRÜNÜMLERİ: Kesitsel bir çalışma

Ayla Aysev*, Pınar Öner**

ÖZET

Amaç: *Bu çalışmada çocukluğunda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış olan olguların ergenlik dönemindeki psikiyatrik durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya 13 DEHB dahil edilmiştir.* ***Yöntem:*** *DEHB grubunda yaş ortalaması 19.3 (±2.6). Tüm olgulara DSM-IV eksen-I bozuklukları için Yapılandırılmış Görüşme (YG) uygulanmış; ayrıca olgular Beck Depresyon ölçeği (BDÖ), Belirti Tarama Listesi (BTL-90) ile değerlendirilmiştir.* ***Bulgular:*** *YG ile deneklerin büyük kısmında psikiyatrik ek tanı saptanmış olmasına rağmen, BTL-90 ve BDÖ'den aldıkları ortalama puanların anlamlı sınırlarda olmadığı gözlenmiştir.* ***Tartışma:*** *Sonuçlar, DEHB olan çocuklarda ergenlik döneminde fazla sayıda psikiyatrik bozukluk geliştiğine işaret etmektedir. Ayrıca bu çalışmadan elde edilen veriler, DEHB olan ergenlerde ölçekler ile yapılacak değerlendirmelerin yeterli olmadığını ve yanıltıcı olabileceğini; yapılandırılmış görüşmelerle psikiyatrik değerlendirme yapmanın tanıların tespiti açısından en önemli unsur olduğunu göstermektedir.*

Anahtar kelimeler: *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ergen, komorbidite*

ADOLESCENT PERSPECTIVE OF CASES WHO WERE DIAGNOSED AS ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN CHILDHOOD: A cross-sectional study

SUMMARY

Objective: *The aim of this study was to examine the psychiatric status of cases diagnosed as having attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in childhood, during adolescence. Thirteen ADHD cases were included in the study.* ***Method:*** *Mean age of ADHD group was 19.3 (± 2.6). SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV) was applied to all subjects. Subjects were also assessed with Beck Depression Scale, and SCL-90.* ***Results:*** *Although SCL-90 and Beck Depression Scales were in normal ranges ADHD cases had several psychiatric diagnoses when assessed with SCID-I.* ***Discussion:*** *Results indicate that ADHD group received several psychiatric diagnoses in adolescence. These observations suggest that psychiatric assessment with structured interview is very important for the diagnosis of additional disorders. Using only scales for diagnosis is not a very reliable of evaluation of comorbid conditions.*

Key words: *attention deficit hyperactivity disorder, adolescent, comorbidity.DHDHh*

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağının en sık rastlanan bozukluklarından biridir. Okul dönemi çocuklarında görülme sıklığı %3-5 arasında olup erkek çocuklarda daha sık görülmektedir (Coot 1995). Çocuklukta başlayan sorunların daha sonraki dönemlerde ne ölçüde devam ettiği bir süredir incelenen bir konudur. Ferdinand ve Velhulst (1995), 8 yıllık izlem çalışmalarında çocuklukta saptanan davranışsal ve duygusal problemlerin kalıcı olduğunu belirtmişlerdir. Capsi ve arkadaşları (1996) da, üç yaşındaki davranışsal problemlerin, 21 yaşında görülen psikiyatrik bozuklukların ön belirtileri olduğunu öne sürmüşlerdir. Çok sayıda araştırmacı, DEHB tanısı olan çocukların uzun süreli izlem çalışmalarında ergenlik ve erişkinlikteki sonuçlarını incelemiş ve daha sonraki gelişim dönemleri için çocukların çeşitli psikiyatrik bozukluklar geliştirme riski taşıdıklarını saptamıştır. Bu çocukların ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde dikkat dağınıklığı, akademik başarıda düşüklük, eğitim problemleri, davranım problemleri, duygusal problemler, aile problemleri, madde kötü kullanımı, sosyal uyum bozuklukları gösterdiklerini bildirmişlerdir (Fischer ve ark. 1993, Weiss ve ark. 1986,

* *Doç. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara.*

** *Uzm. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara.*

Gittelman ve ark. 1985). Bu çocukların ergenlik ve erişkinliklerinde sıklıkla bazı belirtiler gösterdikleri ve anksiyete bozukluğu, davranım sorunları, depresyon ve bipolar bozukluk tanısı aldıkları görülmektedir (Biederman 1990). Burada "acaba çocukluktaki DEHB erişkinlikteki diğer psikiyatrik bozuklukların öncülü müdür?" sorusu akla gelmektedir. Bu çocukların ergenlik ve erişkinliklerinde antisosyal kişilik bozukluğu ve psikoaktif madde kötü kullanımı gibi olumsuzluklar görülebildiği bilinmektedir. Bu olumsuzlukların devam eden hiperaktivite ve dikkat eksikliğine mi, yoksa ilişkili davranım ve öğrenme bozukluklarına mı bağlı olduğu henüz anlaşılamamıştır. Komorbidite önemli bir sorun oluşturmaktadır, çünkü bazı hastalarda devam eden DEHB bulgularını, bu bulguların üstüne binen psikiyatrik hastalıklardan ayırt etmek zor olduğu gibi, hangi klinik belirtilerin daha öncelikle tedavi edilmesi gerektiğine karar verilmesi de güçtür. Dolayısıyla erişkinlikte DEHB tanısı dikkatle konulmalıdır (Shaffer 1994, Manuzza ve ark. 1993).

Yukardaki çalışmalarda da belirtildiği üzere, çocuklar gelişimsel olarak ilerledikçe bozukluğun klinik belirtilerinde değişiklik olabileceği düşünülmektedir. Ancak bu konuda yeterli sayıda çalışma olmadığı gibi retrospektif çalışmaların önemli bir kısmı yöntem kısıtlılıkları içermektedir. Prospektif ve kesitsel çalışmalarla bu kısıtlıklar aşılmaya çalışılmaktadır (Shaffer 1994, Hofstra ve ark. 2000) .

Bu çalışmada 1989-1993 yılları arasında 6-13 yaşlarındayken kliniğimizde DEHB tanısı ile izlenmiş 13 çocuğun 2001 yılı Mayıs ayındaki psikiyatrik durumlarının kesitsel olarak değerlendirmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Denekler

1989-1993 yılları içinde Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Ana Bilim Dalı polikliniğine başvuran 6-13 yaşları arasındaki 2490 çocuğun 126'sına DEHB tanısı konulmuştur. Bu çocuklardan mental retardasyon ve başka nörolojik ve psikiyatrik bozukluğu olan 49 çocuk çalışma dışı bırakıldıktan sonra geriye kalan 77 çocuğun 50'si kart tarama yöntemi ile rastgele seçilmiş ve kendilerine telefonla ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak ülkemizde aradan çok süre geçtiği için, telefon ve adres değişiklikleri nedeni ile yalnızca 19 ergene ulaşılabilmiştir. İki ergenin ailesi çocuklarının Ankara dışında olduklarını belirtmeleri, iki ergen hiçbir şikayeti olmadığını belirtip gelmek istememesi, iki ergene ise iki kez randevu verilmiş olmasına rağmen randevuya gelmemeleri nedeni ile toplam 6 ergen çalışma dışı bırakılmıştır. DEHB tanısı ile izlenen 13 ergen (10 erkek, 3 kız) çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm olgulara aydınlatılmış onam verilmiştir. Deneklerin yalnızca kendileri değerlendirilmiş, anne-babaları çağırıldıkları halde görüşmeye gelmek istememişler ve kendilerinden bilgi almak mümkün olmamıştır. Bu çocukların dosya incelemelerinde çocukluk döneminde DEHB için DSM-III tanı kriterlerini karşıladıkları ve psikoterapi ya da medikal tedavi aldıkları tespit edilmiştir. Dosyalardan izlem süresi ile ilgili yeterli bilgi edinilememiştir.

Değerlendirme araçları

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyonun bilişsel açıdan değerlendirilmesi amaçlanan 21 cümleli bir testtir. 14-24 puan orta derecede depresyon, 25 puan ve üstü ciddi depresyon olduğunu gösterir. Türkiye için geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Tegin 1980).

Belirti Tarama Listesi-90 (BTL-90): Ölçek 9 psikiyatrik belirti grubunu içeren 90 sorudan oluşmaktadır. Türkiye için geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Dağ 1991).

DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Görüşme (YG): DSM-IV'de yer alan eksen-I bozuklukları için görüşmecinin uyguladığı yapılandırılmış klinik görüşmedir. 18 yaşından büyük, ajite olmayan, ağır psikotik belirtileri olmayan ve görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel yeterlilikte olan deneklere uygulanır. First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiştir. Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Öz-

kürkçügil ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

İşlem

Deneklerin tümü ile Çocuk Psikiyatrisi uzmanı tarafından yüz yüze iki ayrı görüşme yapılmıştır. İlk görüşmede öykü alınmış ve psikiyatrik değerlendirme yapılmıştır. Deneklere Belirti Tarama Listesi-90 (BTL-90) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) verilerek doldurmaları istenmiştir. İkinci görüşmede DSM-IV eksen-I bozuklukları için Yapılandırılmış Görüşme tekniği (YG) uygulanmıştır.

BULGULAR

Denekler 10 (%76.9) erkek ve 3 (%23.1) kızdan oluşmaktadır. Yaş ortalaması 19.3 ± 2.6 (18-25 yıl) dır. DEHB tanısı alan olguların 8'i üniversite, 4'ü lise, 1'i ilkokul eğitimi almıştır. Tüm deneklerin çekirdek aileleri ile birlikte yaşamakta oldukları öğrenilmiştir.

YG ile yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucu deneklerin ilk başvurularından 8-12 yıl sonra tekrar değerlendirildiklerinde tamamının halen DEHB tanısı aldıkları ve 10'unda (%76.9) psikiyatrik ek tanı bulunduğu saptanmıştır. YG ile konulan ek tanıların dağılımı Tablo 1' de görülmektedir.

Tablo 1: YG ile konulan ek tanıların dağılımı

	Ek tanısı yok	Geçirilmiş Mj. Depresyon	Şu anda Mj. Depresyon	Distimi	Anksiyete Bozukluğu	OKB	Depresyon + Anksiyete Boz.
DEHB	3	2	2	1	2	1	2

Beck depresyon ölçeğinde ergenlerden 4'ü 16 dan fazla puan almıştır. Beck ölçeğinden alınan ortalama puan 10.7 (± 9.13) dir.

BTL-90 Semptom Tarama Listesi alt puanlarının dağılımı Tablo 2'de görülmektedir. Birin üzerindeki değerler anlamlıdır. Tabloya bakıldığında sadece öfke alt puanının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Belirti Tarama Ölçeği-90 alt puanlarının dağılımı

Alt puanlar	Ortalama
Somatizasyon	0.80
Obsesyon	0.98
Kişilerarası ilişkiler	0.94
Depresyon	0.81
Anksiyete	0.97
Öfke	1.11
Fobi	0.37
Paranoya	0.81
Psikoz	0.36
Uyku-yeme	0.95
Toplam	0.71

TARTIŞMA

Çalışmamızda, şu anda ergenlik ve erken yetişkinlik dönemine girmiş ve 6-13 yaş arasında iken kliniğimizde DEHB tanısı konulmuş olan olguların psikiyatrik durumlarının yeniden değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bilgi kaynağının sadece gençlerin kendilerinden elde edilen verilerden oluşması, kontrol grubunun bulunmaması ve tekrar bağlantı kurulabilme oranının düşüklüğü sonucunda örneklemin hedeflenen sayıya ulaşmaması çalışmanın başlıca kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

YG değerlendirmeleri sonucunda çocukluğunda DEHB tanısı almış olan deneklerin ergenlik döneminde 10'unda ek başka psikiyatrik bozukluk olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Bu durum diğer araştırmalarla uyum içindedir (Biederman ve ark. 1993, Biederman ve ark. 1998). Bunun nedenin DEHB olan çocukların gelişme dönemlerinde karşılaştıkları zorluklar olabileceği öne sürül-

müştür (Trollor 1999). DEHB ve major depresyonun olguların %20-30 unda birlikte görüldüğünü bildiren araştırmalar vardır (Faraone ve Biederman 2000). Duygu durum bozukluklarının, DEHB'nun tedavi edilmemesi ya da eksik tedavi edilmesi sonucu gelişen bir komplikasyon olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, son yıllarda yapılan aile genetik ve uzun süreli izlem çalışmalarında DEHB ve major depresyonun ortak ailesel risk taşıdıkları gösterilmiştir. Bu durum genetik bir ortak yatkınlık olasılığını da akla getirmektedir (Faraone ve Biederman 2000, Biederman ve ark. 1998b).

Olguların BTL-90 semptom tarama değerlendirme testinde belirgin bir bulgu olmamasına rağmen, klinisyen tarafından yapılan YG'de ek tanıların saptanmış olması dikkat çekicidir. BTL-90 testinde bu ek tanılarla ilgili semptomların saptanmamış olması, ergenlerin bu testi doldururken kendilerinde ek bir takım bozukluklar çıkmasını engellemek için testi kontrollü olarak doldurmuş olabileceklerini düşündürmektedir. Depresyon ölçeği puanlarının da yüksek olması dikkat çekicidir. Tüm değerler birlikte ele alındığında ölçeklerin kısmen yol gösterici olabildiği, ancak esas değerlendirmenin klinik gözleme dayandığı sonucu çıkmaktadır.

DEHB ile bu bozukluğu olmayan ergenlerin karşılaştırıldığı çalışmalarda akademik başarıları açısından DEHB olan çocukların akademik başarılarının daha düşük olduğuna dair fark bulmuşlardır (Fischer ve ark. 1993, Manuzza ve ark. 1993). Ancak alışmamızda yer alan olgularda akademik olarak belirgin bir başarısızlık olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda deneklerin tümünün çekirdek ailesi olduğu ve onlarla birlikte oturdukları görülmüştür. Telefonla ulaşılan ailelerin belki de yerleşmiş, sosyoekonomik düzeyleri daha iyi durumda olan aileler olduğu göz önüne alındığında bu ailelerin koruyucu faktör oldukları ve çocukları ile daha fazla ilgilendikleri düşünülmüştür. Fischer ve arkadaşları (1993), okul başarısının aile içi psikolojik sorunların ve aile içi çatışmaların olup olmaması ile orantılı olduğunu göstermişlerdir. Buna karşın, Lambert (1988) çocuğun ailesi ile oturmasının çocuğun okul devamında ve okul başarısında etkili olmadığını öne sürmüştür. Kliniğimize 1996-1998 yılları arasında başvuran DEHB tanısı alan çocukların anne-babalarının eğitim düzeyi Türkiye ortalamasının üzerinde bulunmuştur (Öner ve Aysev 2001). Ayrıca bu araştırmanın bir toplum taraması olmadığı, aksine kliniğimize başvuran çocuklar arasından DEHB olanların seçilerek yapıldığı bir araştırma olduğu ve bu çocukların kliniğimizde bir süre takip edildikleri aile-okul işbirliği yapıldığı ve terapi aldıkları da göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç olarak, çocukluğunda DEHB tanısı almış olan olgularımızın ergenliklerinde aileleri ile birlikte oturmaları, belirgin kötü alışkanlıklarının olmaması, eğitimlerini belli düzeyde devam ettiriyor olmaları gibi olumlu faktörlere rağmen halen DEHB belirtilerini sürdürüyor olmaları ve büyük çoğunluğunun psikiyatrik ek tanı almış olması, bu hastalığın yaşam boyu farklı biçimlerde ve farklı psikiyatrik bozukluklarla birlikte sürebileceğini işaret etmektedir. Bu durum daha önceki yazınla paralellik göstermektedir (Biederman ve ark. 1998a, Weis ve ark. 1996). DEHB bozukluğu yaşam boyu süren bir nörogelişimsel bozukluk olarak düşünüldüğü için diğer psikiyatrik bozuklukların gelişmesine de yatkınlık yaratıyor gibi olabilir. Ayrıca ders başarısında düşüklük, arkadaş ve aile ilişkilerinde sorunlar gibi hastalığın kendisinden kaynaklanan sorunlar da depresyon gelişimine katkıda bulunabilir. Bu açıdan bakıldığında hastaların uzun dönemde izlenmesi ve psikiyatrik muayene ve değerlendirmelerinin periyodik olarak tekrarlanması, eklenen diğer psikiyatrik bozuklukların erken dönemde yakalanmasını ve tedavi edilmesini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. Baskı DSM-IV (1995) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Biederman J, Faraone SV, Spencer T ve ark. (1993) Patterns of pychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry 150: 1792-1798.

Biederman J, Faraone SV, Keenan K ve ark. (1990) Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychi-

atry 29: 526-533.

Biederman J. Mick E. Faraone SV (1998a) Depression in attention deficit hyperactivity disorder children: true depression or demoralization?. J Affective Dis 47: 113-122.

Biederman J. Faraone SV, Taylor A (1998b) Diagmostic continity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37: 305-313.

Capsi A. Moffitt TE. Newman DL ve ark. (1996) Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders: longitudinal evidence from a birth cohort. Arch Gen Psychiatry 53: 1033-1039.

Coot HM (1995) Longitudinal studies of general population and community samples. The Epidemiology Of Child And Adolescent Psychopatology içinde, FC Velhust ve HM Coot (eds), Oxford Medical Publications, s: 337-363.

Dağ İ (1991) Belirti Tatama listesi SCL.90-R. Geçerlilik ve güvenirlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2: 5-12.

Faraone SV, Biederman J, Spencer T ve ark. (2000) Attention deficit hyperactivity disorder in adults: an overview. Biol Psychiatry 48: 9-20.

Ferdinand RF, Verhulst FC (1995) Psychopatology from adolescence in to young adulthood: an 8 year follow-up study. Am J Psychiatry 152: 1586-1594.

Fischer M, Barkley R, Fletcher K, Smallish L (1993) The adolescents outcome of hyperactive children: Predictors of psychiatric, academic, social and emotional adjustment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 32: 324-332.

Gittelman R. Manuzza S, Shenker R ve ark. (1985) Hyperactive boys almost grown up: psychiatric status. Arch Gen Psychiatry 42: 937-947.

Hofstra MB, Ende JV, Verhulst FC (2000) continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: a 14 year follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39: 850-858.

Lambert NM, Hartsuogh CS, Sassone D ve ark. (1980) Persistance of hyperactivity symptoms from childhood to adolescence and associated outcomes. Am J Ortopsychiatry 57: 22-32.

Manuzza S, Klein RG, Bessler A ve ark. (1993) Adult outcome of hyperactive boys. Arch Gen Psychiatry 50: 565-576.

Öner Ö, Aysev A (2000) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü içinde, A Aysev (Ed) Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.

Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 12: 233-36.

Shaffer D (1994) Attention deficit hyperactivity disorder in adults. Am J Psychiatry 151: 633-638.

Tegin B (1980) Depresyonda bilişsel bozukluklar, Beck modeline bir inceleme (Doktora tezi). Ankara H. Ü. Eğitim Fakültesi.

Trollor JN (1999) Attention deficit hyperactivity disorder in adults: conceptual and clinical issues. MJA 171: 421-425.

Weiss G, Hechtman LTC (1986) Hyperactive children grown-up. New-York: Guilford press.

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE YIKICI DAVRANIM BOZUKLUKLARI İÇİN BİR TEST BATARYASI GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

Eyüp Sabri Ercan*, Sonia Amado**, Oya Somer***, Sibel Çıkoğlu****

ÖZET

Amaç: *Bu araştırmada Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nin, DEHB, DEHB+Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ve DEHB+Davranım Bozukluğu olan ilkokul çağı çocuklarını birbirinden ve kontrol grubundan ayırt etmede güvenilir ve geçerli ölçekler olup olmadıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.* ***Yöntem:*** *Çalışmaya iki görüşmeci tarafından ayrı ayrı değerlendirilerek alınan DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu tanısı alan 109 olgu ve kontrol grubunu oluşturmak amacıyla 120 olgu alınmıştır. Çalışma grubu sadece DEHB tanısı konan 27 olgu, DEHB+ Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu tanısı konan 53 olgu ve DEHB+Davranım Bozukluğu tanısı konan 29 olgu olmak üzere üç gruba ayrılmıştır.* ***Bulgular:*** *DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ve Yıkıcı Davranım Bozukluklarının DSM-IV'e göre Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nin dört alt ölçeği için yürütülen ayırt edici analizler sonucunda elde edilen ayırdetme fonksiyonlarının grupları ayrıştırma düzeyleri anlamlı bulunmuştur. Ayrıca madde düzeyindeki analizler de bu ölçeklerin iç tutarlığı yüksek ölçekler olduğunu göstermektedir.* ***Tartışma:*** *Bu sonuçlara dayanarak, Yıkıcı Davranım Bozukluklarının DSM-IV'e göre Tarama ve Değerlendirme Ölçeğinin araştırmacılara tanı ve tarama amacıyla yardımcı olabilecek ayrıntılı bir ölçek olduğunu söylemek mümkündür. Yeni geliştirilmiş bir ölçek olan DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nin ilkokul çağındaki çocuklar için tarama amacıyla güvenle kullanılabilecek bir ölçektir.*

Anahtar Sözcükler: *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, ölçek, çocuk, geçerlik, güvenirlik.*

SUMMARY: DEVELOPMENT OF A TEST BATTERY FOR THE ASSESSMENT OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Objective: *The purpose of this study is determine the validity and reliability of the DSM-IV Based Behavior Disorders Screening and Rating Scale and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Disruptive Behavior Disorders Preschool Screening Scale for discriminating Turkish elementary school children diagnosed as ADHD, ADHD+oppositional defiant disorder and ADHD+conduct disorder and the control group.* ***Method:*** *109 subjects diagnosed by two interviewers separately as ADHD (27 subjects) and DEHB+ oppositional defiant disorder (53 subjects) , ADHD + conduct disorder (29 subjects) and 120 subjects for the control group were included in the study.* ***Results:*** *The result of the discrimination analysis revealed significant discriminant functions for four subtests of the DSM-IV Based Behavior Disorders Screening and Rating Scale and Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Disruptive Behavior Disorders Preschool Screening Scale. In addittion, item analysis revealed high internal reliabilty for each scale.* ***Conclusion:*** *These results suggest that the DSM-IV Based Behavior Disorders Screening and Rating Scale and the recently developed Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Disruptive Behavior Disorders Preschool Screening Scale are reliable and valid for diagnostic and scanning purposes.*

Key Words: *Attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, child, validity, reliability.*

GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) okul çağı çocuklarının yaklaşık olarak %5'inde görülen bir bozukluktur. DEHB için genel olarak kabul gören ölçütler DSM-IV'te ta-

* *Yrd. Doç. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir.*

** *Yrd. Doç. Dr., Ege Üniv. Edebiyat Fak. Psikoloji Anabilim Dalı, İzmir.*

*** *Doç. Dr., Ege Üniv. Edebiyat Fak. Psikoloji Anabilim Dalı, İzmir.*

**** *Arş. Gör., Ege Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir.*

nımlanmıştır (APA 1994). DEHB belirtileri çocuklarda sıklıkla görülebildiğinden tanı koymada güçlükler vardır ve tanı ölçütlerinin kılavuzluğunda koyulan tanılar bile bir ölçüde öznel olabilmektedir (Weiler ve ark. 1999). DEHB için önerilen değerlendirme işlemi psikiyatrik görüşme (çocuk, anne baba ve öğretmen), değerlendirme ölçekleri (anne baba, öğretmen, büyük yaştaki çocuklar), labaratuar testleri ve çocuğun davranışlarının klinisyen tarafından gözlenmesini içerir (Barkley ve ark. 1988). Laboratuar testlerinin tanıdaki öneminin sınırlılıkları gösterilmiş olduğundan (Du Paul ve ark. 1992, Semrud-Clikeman ve ark. 1993) anne babalardan ve öğretmenlerden alınan bilgilerin değerlendirmede çok kritik bir rolü olduğu açıktır. Anne baba ve öğretmenler tarafından doldurulan değerlendirme ölçekleri tek başına uygulandığında daha fazla tanı konulmasına neden olabilirken (Carlson ve ark.1987, Welner ve ark. 1987) tanı görüşmelerinin eşliğinde kullanıldığında daha doğru tanı koyma olasılığını arttırabilmektedir (Hodges ve ark. 1987).

Dünyada ve ülkemizde DEHB tanısı konulmasında kullanılan ölçekler bulunmakta ve oldukça yararlı olmaktadır. Bunlardan Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği öğretmen ve anne baba formu, Conners Anne baba ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği gibi ölçekler DEHB tanısı konulmasında ve olguların izleminde oldukça yararlı olmakla birlikte DSM-IV ölçütleri ile birebir örtüşmediğinden, kullanım kolaylığı açısından DSM-IV ölçütlerinin sorgulandığı bir ölçeğin daha gerekli olabileceği öne sürülmüştür (Weiler ve ark. 1999). Ayrıca DSM-IV'te DEHB tanısı konulması için belirtilerin yedi yaşından önce başlamış olması ölçütü bulunduğundan anne baba tarafından çocuğun okul öncesi durumunun değerlendirildiği bir ölçeğin kullanılmasının da tanı ve ayırıcı tanı bağlamında yararlı olabileceği düşünülmüştür.

Bu bağlamda çalışmamızda aşağıdaki sorulara yanıt bulunması amaçlanmıştır:

1. Aile değerlendirmelerine dayalı olan DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (10 madde) kontrol grubu ile tanı gruplarını ayırt edebilmekte güvenilir ve geçerli midir?

2. Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nin dört alt ölçeği (dikkat eksikliği 9 madde, hiperaktivite-dürtüsellik 9 madde, karşıt olma karşı gelme bozukluğu 8 madde ve davranım bozukluğu 15 madde, toplam 41 madde) kontrol grubu ile tanı gruplarını ayırt edebilmede güvenilir ve geçerli midir?

3. Bu ölçekler, tanı grubu içindeki 3 tanı grubunu ayırt etmekte güvenilir ve geçerli midir?

YÖNTEM

Örneklem

Klinik Örneklem: Çalışmaya DEHB ve yıkıcı davranım bozukluğu tanısı alan 8-14 yaşları arasındaki 109 (15 kız, %14; 94 erkek, %86) olgu alınmıştır.

Kontrol Grubu: Pratisyen bir hekimin çalıştığı pilot bir ilköğretim okulundan sınıflardan şansa bağlı olarak 8-14 yaşları arasındaki 120 (19 kız, %16; 101 erkek, %84) öğrencinin seçilmesiyle kontrol grubu oluşturulmuştur. Kontrol grubunda yer alan öğrenciler herhangi bir ön eleme olmaksızın alınmış sadece iki grup yaş ve cinsiyet bakımından eşitlenmiştir.

Veri Toplama Araçları

Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay 1995): DSM-IV ölçütlerine göre geliştirilen, dikkat eksikliğini sorgulayan 9, aşırı hareketliliği sorgulayan 6, dürtüselliği sorgulayan 3, karşıt olma karşı gelme bozukluğunu sorgulayan 8 ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, DSM-IV ölçütlerinin anlamını değiştirmeden soru şekline dönüştürülmesi şeklinde geliştirilmiştir. DEHB düşünülen çocukların anne veya babaları tarafından doldurulmaktadır. Her madde için 0=yok, 1=biraz, 2=fazla, 3=çok fazla seçenekleri bulunmaktadır. Bu ölçek daha önce ülkemizde yayınlanan bir araştır-

mada da kullanılmıştır (Erman ve ark. 2000).

DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği: 10 sorudan oluşmaktadır. Çocuğun okul öncesi dönemdeki hareketlilik ve davranım sorunlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Her madde için 0=yok, 1=biraz, 2=fazla, 3=çok fazla seçenekleri bulunmaktadır (Ek-1). Dr. Eyüp Ercan tarafından 1998 yılında olan bu ölçek daha önce bir ön araştırmada kullanılmış, ancak henüz yayınlanmamıştır.

İşlem

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalına başvuruda bulunan olgular ve anne-babalarıyla birinci görüşmeci tarafından (uzmanlık öğrencisi) DSM-IV (APA 1994) ölçütlerine göre görüşme yapılmıştır. DEHB tanısı konan olguların annelerinden (olguların çok küçük bir bölümünde çocuğun bakımını üstlenen başka bir yakınından) Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay 1995) ve DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Daha sonra ikinci görüşmeci tarafından (çocuk psikiyatrisi uzmanı) çalışmada yer alan olgular ve anne-babalarıyla yeniden görüşme yapılmış ve DEHB tanısı doğrulanan olgular çalışmaya alınmıştır. Daha sonra olgular her iki görüşmecinin ortak kanısıyla aşağıda belirtilen biçimde üç gruba ayrılmış, kontrol grubunun da eklenmesiyle 4 grup oluşturulmuştur:

Kontrol grubu: 120 olgu
Sadece DEHB tanısı alan olgular: 27 olgu
DEHB+KOB tanısı alan olgular: 53 olgu
DEHB+DB tanısı alan olgular: 29 olgu

Psikotik bozukluk, yaygın gelişimsel bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve mental retardasyon düşünülen olgular çalışmaya alınmamıştır. Mental retardasyon şüphesi olan olgulara zeka testi uygulanmış ve total ZB 80'in altındaki olgular çalışma dışında bırakılmıştır. Kontrol grubunda yer alan öğrencilerin anne babalarının da aynı formları doldurmaları sağlanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarında yer alan olguların anne babaları tarafından doldurulan ölçeklerde yer alan maddelerin herbirinden alınan puanlar ayrı ayrı SPSS bilgisayar programına girilmiş, tüm istatistiksel analizler "SPSS for windows (Statistical Package for Social for Windows Release 7.0, SPSS Inc., 1998)" paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Madde Analizleri, Geçerlik ve Güvenirlik Sonuçları :

Çalışmanın bu aşamasında aile değerlendirmelerine dayalı olan DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nin dört alt ölçeği (dikkat eksikliği, hiperaktivite-dürtüsellik, karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu alt ölçekleri) için, iç ve dış ölçütler esas alınarak güvenirlik geçerlik ve madde analizi çalışmaları yapılmıştır. İç tutarlılık madde analizlerinde madde–ölçek toplam puanı korelasyonu ölçüt olarak alınmış, ölçek toplam puanlarının güvenirliği Cronbach-alpha iç tutarlılık katsayısıyla değerlendirilmiştir. Dış ölçüte dayalı madde analizlerinde ise, normal gruba karşın tanı gruplarının birleştirilmesi ile elde edilen gruplar ölçüt olarak alınmış ve her bir ölçek için maddelerin tek tek değişkenler şeklinde ayırt edici analiz (discriminant) işlemine girilmesi ile, maddelerin bu grupları ayırdetmedeki etkinlikleri incelenmiştir. Böylece her maddenin ayırt edici analiz fonksiyonu ile olan korelasyonları dış geçerlik ölçütü olarak değerlendirilirken, ölçek maddelerinin tümünün katıldığı ayıretme fonksiyonuna dayalı doğru sınıflama yüzdeleri de, ölçeğin dış ölçüt geçerliği olarak değerlendirilmiştir.

1. DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik, güvenirlik ve madde analizi sonuçları:

DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nin ayırt edici analizlerinde, kontrol

grubuna karşın diğer üç tanı grubu birleştirilmesi ile elde edilen iki grup ölçüt olarak alınmıştır. Bu ölçeğin okul öncesi çocukluk dönemi DEHB belirtilerini değerlendirildiği göz önüne alındığında, her üç tanı grubununda bu özelliklere çocukluk döneminde kontrol grubuna oranla daha yüksek düzeyde sahip olmaları beklenmektedir; bu nedenle bu ölçekte tanı grupları birleştirilmiştir. Ölçek için yürütülen ayırt edici analizi sonucunda elde edilen ayırdetme fonksiyonunun grupları ayrıştırma düzeyi anlamlı bulunmuştur (Wilks' Lambda:.427; x^2:154.9; df.10; p<.000). DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ayırt edici analizi sonucundaki sınıflama yüzdelerine ilişkin sonuçlar (ölçüt geçerliği) incelendiğinde, tanı grubunun %84'ü ayırt edici analiz sonucunda yine tanı grubuna yerleştirilmiş, %16'sı ise normal gruba yerleştirilmiş olduğu görülmektedir. Normal grupta ise, %91.2 oranında doğru sınıflama, %8.8 oranında yanlış sınıflama oranı bulunmaktadır. Her iki grubun yerleştirilme yüzdeleri birlikte değerlendirildiğinde ölçeğin %88.4 oranında doğru sınıflama yaptığı görülmektedir. Ölçeğin bir okul öncesi değerlendirme ölçeği olmasına karşın, bir tek ölçek maddelerinden elde edilen fonksiyon puanlarının sonucuna dayanarak uzman tanısına dayalı grup ile normal grubu %88 oranında doğru sınıflayabilmiş olması, DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nin yüksek bir ölçüt geçerliğine sahip olduğunu düşündürmektedir. Bu toplam ölçek değerlendirmesinin yanı sıra, madde düzeyindeki analizlere baktığımızda (Tablo 1), tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyonlarının oldukça yüksek olması ve Cronbach- alpha güvenirlik katsayısının yüksek olması, ölçek maddelerinin aynı tür bir özelliği ölçmekte olan iç tutarlılığı yüksek bir ölçek olduğu izlenimi edinilmiştir. Yine aynı tablodan, maddelerin ayırdetme fonksiyonu ile korelasyonlarını incelediğimizde tüm maddelerin, ayıretme fonksiyonuna yüksek katkıları olduğu görülmektedir. Yukarıda sunulan güvenirlik ve geçerlik sonuçları birlikte düşünüldüğünde ölçeğin psikometrik özelliklerinin oldukça iyi bir düzeyde olduğunu söylemek mümkündür.

2. Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, dikkat eksikliği alt ölçeğinin geçerlik, güvenirlik ve madde analizi sonuçları:

Tanı gruplarının özellikleri göz önünde bulundurulduğunda, her üç tanı grubunda dikkat eksikliğinin ortak bir özellik olarak ortaya çıkması beklenmektedir. Dolayısıyla ayırt edici analizlerinde, normal gruba karşı birleştirilmiş tanı

Tablo 1: DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Madde Analizi ve Güvenirlik Sonuçları

Maddeler	Madde-Toplam Puan Korelasyonu (İç geçerlik)	Madde-Ayırdetme Fonk. Korelasyonu (dış geçerlik)
Madde 1	.59	.45
Madde 2	.68	.33
Madde 3	.76	.46
Madde 4	.81	.71
Madde 5	.66	.44
Madde 6	.67	.69
Madde 7	.71	.46
Madde 8	.60	.44
Madde 9	.76	.56
Madde 10	.70	.71

Güvenirlik katsayısı
Alpha = .92

gruplarının ölçüt olarak alınması uygun görülmüştür. Ölçek için yürütülen ayırt edici analiz sonucunda elde edilen ayıretme fonksiyonunun grupları ayrıştırma düzeyi anlamlı bulunmuştur (Wilks' Lambda:-.364; x^2:213.654; df.9; p<.000). Dikkat eksikliği alt ölçeğinin ayırt edici analizi sonucundaki sınıflama yüzdelerine ilişkin sonuçlar incelendiğinde tanı grubunun %90'ı doğru olarak sınıflanmış, %10'u ise kontrol grubuna yerleştirilmiştir. Kontrol grubunda ise, %89 oranında doğru sınıflama, %11 oranında yanlış sınıflama görülmektedir. Her iki grubun yerleştirilme yüzdeleri birlikte değerlendirildiğinde ölçeğin %89.4 oranında doğru sınıflama yaptığı görülmektedir. Bu sonuçlar dikkat eksikliği alt ölçeği'nin oldukça yüksek bir ölçüt geçerliğine sahip olduğunu düşündürmektedir. Bu toplam ölçek değerlendirmesinin yanı sıra, madde düzeyindeki analizlere baktığımızda (Tablo 2), tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyonlarının oldukça yüksek olması ve Cronbach-alpha güvenirlik katsayısının yüksek olması, ölçek maddelerinin aynı tür bir özelliği ölçmekte olan iç tutarlılığı yüksek bir ölçek olduğunu göstermektedir. Yine aynı tablodan, maddelerin ayırdetme fonksiyonu ile korelasyonlarını incelediğimizde 8. maddenin göreceli düşük değeri dışında tüm maddelerin, ayırdetme fonksiyonuna yüksek katkıları olduğu görülmektedir. Sekizinci maddenin ölçüt grupları ayırdetmedeki katkısının, madde tek başına düşünüldüğünde nisbeten düşük bulunabilmesine karşın, iç geçerlik katsayısının yüksek olması maddenin ölçeğin toplam puanına katkısının önemli olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar tüm maddelerin ölçek içerisinde işlevsel olduğuna işaret etmektedir. Yukarıda sunulan güvenirlik ve geçerlik sonuçları birlikte düşünüldüğünde dikkat eksikliği alt ölçeğinin psikometrik niteliğinin arzu edilen bir düzeyde olduğunu söylemek mümkündür.

3. Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, hiperaktivite alt ölçeğinin geçerlik, güvenirlik ve madde analizi sonuçları:

Diğer iki ölçeğin analizinde olduğu gibi tanı gruplarında hiperaktivite ortak bir özellik olarak karşımıza çıktığından, Hiperaktivite Alt Ölçeğinin ayırt edici analizlerinde, normal gruba karşı birleştirilmiş tanı gruplarının ölçüt olarak alınması uygun görülmüştür. Ölçek için yürütülen ayırt edici analizi sonucunda elde edilen ayırdetme fonksiyonunun grupları ayrıştırma düzeyi anlamlı bulunmuştur (Wilks' Lambda:.463; x^2:158.12; df.9; p<.000). Hiperaktivite alt ölçeğinin ayırt edici analizi sonucundaki sınıflama

Tablo 2: Dikkat Eksikliği Alt Ölçeğinin Madde Analizi ve Güvenirlik Sonuçları.

Maddeler	Madde-Toplam Puan Korelasyonu (İç geçerlik)	Madde-Ayırdetme Fonk. Korelasyonu (dış geçerlik)
Madde 1	.66	.36
Madde 2	.76	.54
Madde 3	.70	.52
Madde 4	.82	.72
Madde 5	.81	.65
Madde 6	.85	.93
Madde 7	.68	.55
Madde 8	.40	.21
Madde 9	.68	.44

Güvenirlik katsayısı
Alpha = .88

yüzdelerine baktığımızda, tanı grubunun %81'ü doğru olarak sınıflanmış, %19'sı ise kontrol grubuna yerleştirilmiştir. Kontrol grubunda ise, %87 oranında doğru sınıflama, %13 oranında yanlış sınıflama görülmektedir. Her iki grubun yerleştirilme yüzdeleri birlikte değerlendirildiğinde ölçeğin %84 oranında doğru sınıflama yaptığı görülmektedir. Elde edilen bu doğru sınıflama oranı diğer iki ölçeğe göre biraz daha düşüktür. Bu durum ilkokul çağı çocuklarında hareketliliğin oldukça yaygın bir özellik olarak karşımıza çıkması ile bağlantılı olarak düşünülebilir. Kontrol grubu ile tanı grubunun sınıflanmasındaki bu kaymalar, tek tek ölçeklerin yorumlanmasında tedbirli olma gereğini hatırlatmaktadır. Ancak yine de %84 oranında doğru sınıflama yüzdesine bakılarak, bu alt ölçeğin de ölçüt geçerliğinin iyi bir düzeyde olduğunu söylenebilir.

Madde düzeyindeki analizlere baktığımızda (Tablo 3), tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyonlarının çok yüksek olması ve Cronbach-alpha güvenirlik katsayısının .95 gibi çok yüksek bir değere ulaşması, dürtüsellik ve hareketliliğin yüksek düzeyde homojen bir özellik olarak karşımıza çıktığını göstermektedir. Yine bu özellik, aynı tabloda görülen maddelerin ayırdetme fonksiyonu ile olan yüksek korelasyonlarda kendini göstermektedir. Bu sonuçlar hiperaktivite alt ölçeğinin istenen türde psikometrik özelliklere sahip olduğunu göstermektedir.

4. Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, karşıt olma karşı gelme bozukluğu alt ölçeğinin geçerlik, güvenirlik ve madde analizi sonuçları:

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu alt ölçeğine geldiğimizde, bu ölçek üç tanı grubunda özellikle ayırıcı bir fonksiyon göstermesini beklediğimiz bir alt ölçektir. Dolayısıyla bu alt ölçekte, normal grubun yanı sıra, sadece DEHB gösterip karşıt davranış ve davranım bozukluğu göstermemesini beklediğimiz 2. grubun da, 3. ve 4. gruplardan ayrılmasını beklemekteyiz. Tanı gruplarının bu alt testte aldıkları ortalamaları incelediğimizde bu beklentimizin doğrulandığını görmekteyiz. Ortalamalar, sırası ile 2. grupta en az düzeyde olup 3 ve 4. gruplarda bir sıçrama göstermekte ve dördüncü grupta (DEHB+DB) en yüksek olarak ortaya çıkmaktadır (ortalamalar sırasıyla, 6.87, 13.19 ve 15.93'tür.). Bu nedenle ayırma analizlerinde karşıt olma karşı gelme bozukluğu gösteren 3. grup ile, bu özellikleri kapsamanın yanı sıra daha yıkıcı davranım bozuklukları gösteren 4. tanı grubu birleştirilerek,

Tablo 3: Hiperaktivite Alt Ölçeğinin Madde Analizi ve Güvenirlik Sonuçları.

Maddeler	Madde-Toplam Puan Korelasyonu (İç geçerlik)	Madde-Ayırdetme Fonk. Korelasyonu (dış geçerlik)
Madde 1	.81	.67
Madde 2	.88	.84
Madde 3	.86	.79
Madde 4	.82	.76
Madde 5	.84	.52
Madde 6	.74	.57
Madde 7	.73	.62
Madde 8	.82	.65
Madde 9	.83	.83

Güvenirlik katsayısı
Alpha = .95

2. tanı grubu ve kontrol gruplarıyla karşılaştırılmıştır. Böylece bu alt test için iki ayrı ölçüt grup saptanarak ayırma analizi yürütülmüştür.

I - Kontrol grubuna karşın 3.tanı grubu+4. tanı grupları

II – 2.tanı grubuna karşın 3.tanı grubu+4. tanı grupları

I. Analiz sonuçları:

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu alt ölçeğinde 1. ölçüt gruplaması için yürütülen ayırt edici analizi sonucunda elde edilen ayırdetme fonksiyonunun grupları ayrıştırma düzeyi anlamlı bulunmuştur (Wilks' Lambda:.294; x^2:223.9; df.8; p<.000). Karşıt olma karşı gelme bozukluğu alt ölçeğinin ayırt edici analizi sonucundaki sınıflama yüzdelerine baktığımızda, 3 ve 4 nolu tanı gruplarının birleşiminden oluşan grubun %93'ü doğru olarak sınıflanmış, %7'si ise, kontrol grubuna yerleştirilmiştir. Kontrol grubunda ise, %93 oranında doğru sınıflama, %7 oranında yanlış sınıflama görülmektedir. Her iki ölçüt grubun yerleştirilme yüzdeleri birlikte değerlendirildiğinde ölçeğin %93 oranında doğru sınıflama yaptığı görülmektedir.

II. Analiz sonuçları:

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu alt ölçeğinde 2. ölçüt gruplaması için yürütülen ayırt edici analizi sonucunda elde edilen ayıretme fonksiyonunun grupları ayrıştırma düzeyi anlamlı bulunmuştur (Wilks' Lambda:.611; x^2:64.5; df.8; p<.000). Karşıt olma karşı gelme bozukluğu alt ölçeğinin ayırt edici analizi sonucundaki sınıflama yüzdelerine baktığımızda, 3+4 tanı grubunun %82.9'u doğru olarak sınıflanmış, %17'si ise 2 no'lu tanı grubuna yerleştirilmiştir. İki no'lu tanı grubunda ise, %90.6 oranında doğru sınıflama, %9.4 oranında yanlış sınıflama görülmektedir. Her iki grubun yerleştirilme yüzdeleri birlikte değerlendirildiğinde ölçeğin %84.7 oranında doğru sınıflama yaptığı görülmektedir.

Her iki analiz sonucu birlikte değerlendirildiğinde, karşıt olma karşı gelme bozukluğu alt ölçeğinin normal grubu davranış bozukluğu gösteren iki gruptan etkili bir şekilde ayırdettiği, ancak tanı gruplarını sınıflamada gruplar arası kaymalara açık olduğu görülmektedir.

Tablo 4'ü incelediğimizde ise ölçek maddelerinin tümünün iç ve dış ölçütler açısından yeterli düzeyde olduğu, ölçek toplam puanlarının iç tutarlılık güvenirlik katsayısının yüksek olduğu görülmektedir.

5. Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, davranım bozukluğu alt ölçeğinin geçerlik, güvenirlik ve madde analizi sonuçları:

Davranım bozukluğu alt ölçeğinin, üç tanı grubundan özellikle belirgin davranış sorunları

Tablo 4: Karşıt Davranış Bozukluğu Alt Ölçeğinin Madde Analizi ve Güvenirlik Sonuçları.

Maddeler	Madde-Toplam Puan Korelasyonu (İç geçerlik)	Madde-Ayırdetme Fonk. Korelasyonu (1. analiz)	Madde-Ayırdetme Fonk. Korelasyonu (2. analiz)
Madde 1	.68	.57	.59
Madde 2	.73	.59	.64
Madde 3	.76	.73	.65
Madde 4	.75	.75	.69
Madde 5	.74	.68	.62
Madde 6	.55	.24	.38
Madde 7	.51	.26	.29
Madde 8	.68	.41	.45

Güvenirlik katsayısı
Alpha = .89

olan 4. grubu ayırdetmesini beklemekteyiz. Dolayısıyla bu alt ölçekte, kontrol grubunun yanı sıra, sadece DEHB gösterip karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu göstermemesini beklediğimiz 2. tanı grubunun da en az normal grup kadar 4. gruptan ayrışması beklenen bir özelliktir. Bunun yanı sıra bu ölçeğin esas fonksiyonu karşıt davranış bozukluğu gösteren 3. grup ile davranım bozukluğu gösteren 4.grubu ayırmakta ortaya çıkmaktadır. Bu ölçüt gruplar göz önüne alınarak, bu alt ölçek için iki adet ölçüt gruplaması yapılarak ayırt edici analizleri yürütülmüştür. Bunlar;

I – 1 (Kontrol Grubu) + 2. gruba (DEHB) karşın 4. grup (DEHB+DB)

II – 3. Gruba (DEHB+KOB) karşın 4. Grup (DEHB+DB)

I. Analiz sonuçları:

Davranım Bozukluğu alt ölçeğinde 1. ölçüt gruplaması için yürütülen ayırt edici analizi sonucunda elde edilen ayıretme fonksiyonunun grupları ayrıştırma düzeyi anlamlı bulunmuştur (Wilks' Lambda:.311; x^2:168.866; df.15; p<.000). Ölçeğinin ayırt edici analizi sonucundaki sınıflama yüzdelerine baktığımızda, 4 no'lu grubun %82'si doğru olarak sınıflanmış, %18'i ise kontrol grubu ve 2. gruptan oluşan ölçüt gruba yerleştirilmiştir. Kontrol ve 2. gruplarda ise, %99 oranında doğru sınıflama görülmektedir. Her iki grubun yerleştirilme yüzdeleri birlikte değerlendirildiğinde ölçeğin %96 oranında doğru sınıflama yaptığı görülmektedir. Her iki ölçüt grup birlikte değerlendirildiğinde yüksek bir doğru sınıflama oranına ulaşılmakla birlikte, uzman tanısına göre davranım bozukluğu göstermiş olan grubun %18 gibi önemli bir oranının kontrol ya da 2. gruba yerleştirilmiş olması sorunlu gözükmekte ve ölçeğin madde bazında dikkatle incelenmesini gerektirmektedir.

Madde analizleri tablosu incelendiğinde (Tablo 5) 6,7,10,13 ve 14. maddelerin ayırdetme fonksiyonuna katkılarını ifade eden korelasyon değerlerinin her iki analiz için de düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuçları açıklığa kavuşturmak için maddelerin kapsamı incelendiğinde, maddelerde tanımlanan davranışların genellikle il-

Tablo 5: Davranım Bozukluğu Alt Ölçeğinin Madde Analizi ve Güvenirlik Sonuçları.

Maddeler	Madde-Toplam Puan Korelasyonu (İç geçerlik)	Madde-Ayırdetme Fonk. Korelasyonu (1. analiz)	Madde-Ayırdetme Fonk. Korelasyonu (2. analiz)
Madde 1	.73	.74	.54
Madde 2	.66	.62	.35
Madde 3	.62	.44	.30
Madde 4	.72	.63	.65
Madde 5	.44	.36	.30
Madde 6	.42	.17	.13
Madde 7	.43	.20	.26
Madde 8	.51	.34	.35
Madde 9	.58	.44	.44
Madde 10	.38	.14	.05
Madde 11	.64	.54	.25
Madde 12	.49	.34	.33
Madde 13	.41	.25	.20
Madde 14	.38	.24	.21
Madde 15	.40	.31	.32

Güvenirlik katsayısı
Alpha = .85

kokul çağı çocuklarının (araştırma örneklemi) davranış repertuarında yer alma olasılığı oldukça düşük olan maddeler olduğu görülmüştür. Bu görüş, maddelerin frekans dağılımlarının incelenmesi ile doğrulanmıştır. Yani madde tepkileri, bu davranışların bulunmadığını ifade eden 'yok-0' seçeneğinde yığılma göstermektedir. Sonuçlar ilgili ölçüt davranışların yararsızlığından ziyade, yaş grubuna uygunsuzluğunu ifade etmektedir.

II. Analiz sonuçları:

Davranım bozukluğu alt ölçeğinde 2. ölçüt gruplaması için yürütülen ayırt edici analizi sonucunda elde edilen ayıretme fonksiyonunun grupları ayrıştırma düzeyi anlamlı bulunmuştur (Wilks' Lambda:.396; x^2:52.3; df.15; p<.000). Karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu tanılarını koyarak bu grupları birbirinden ayırdetmek, kontrol grubu ve 2. gruptan ayıredmeye oranla çok daha zor bir görevi içermektedir. Ölçeğin ayırt edici analizi sonucundaki sınıflama yüzdelerine baktığımızda, 4 no'lu grubun (DEHB+DB) %73'ü doğru olarak sınıflanmış, %27'si ise karşıt olma karşı gelme bozukluğu gösteren 3 no'lu grubua yerleştirilmiştir. Karşıt olma karşı gelme bozukluğu grubunda ise, %95.5 oranında doğru sınıflama, %4.5 oranında 4. gruba yerleştirilme şeklinde yanlış sınıflama görülmektedir. Her iki grubun yerleştirilme yüzdeleri birlikte değerlendirildiğinde ölçeğin %87.9 oranında doğru sınıflama yaptığı görülmektedir. Tek bir ölçek sonucuyla, yazında birbirinin devamı gibi düşünülen karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğunu bu düzeyde bir ayıretmeye ulaşmak önemlidir. Yine de yanlış yerleştirmeleri göz ardı etmemek gerektiği düşünülmektedir.

Gruplar arası Farklılaşmalar:

Dört grup arasında aile değerlendirmelerine dayalı testlerin farklılaşmasının incelenmesinde tek yönlü varyans analizleri ve ardından Scheffe testleri yapılmıştır (Tablo 6). Buna göre 5 ölçekte de gruplararası farklılaşma bulunmuştur. DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeğinde tüm gruplar birbirinden anlamlı olarak farklılaşmışlar, ortalamalar kontrol grubundan 4. gruba doğru artış göstermiştir. Davranım bozukluğu alt ölçeğinde 2. Grup (DEHB) ile kontroller arasında anlamlı farklılaşma bulun-

Tablo 6: Gruplar arası farklılaşmalar için tek yönlü varyans analizi sonuçları

	Grup	N	Ortalama	SS	F
OÖTOP	1. tanı	22	11,0	7,2	
	2.tanı	39	15,4	5,9	76.024**
	3.tanı	19	19,6	5,1	
	Normal	120	4,8	4,1	
DAVT	1. tanı	24	1,1	1,4	
	2.tanı	51	3,3	2,4	88.675**
	3.tanı	27	9,4	5,7	
	Normal	117	,6	1,3	
DIKT	1. tanı	25	14,2	6,4	
	2.tanı	51	18,4	5,0	73.183**
	3.tanı	27	17,9	5,9	
	Normal	120	5,0	3,4	
HIPT	1. tanı	25	13,9	6,7	
	2.tanı	51	19,3	5,7	81.517**
	3.tanı	26	20,7	5,9	
	Normal	117	6,3	5,7	
KART	1. tanı	25	6,6	3,5	
	2.tanı	51	13,7	4,8	120.827**
	3.tanı	27	16,1	3,8	
	Normal	119	3,9	3,4	

OÖTOP: *DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği toplam puanı*
DAVT: *Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Davranım Bozukluğu Alt Ölçeği toplam puanı*
DİKT: *Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Dikkat Eksikliği Alt Ölçeği toplam puanı*
HİPT: *Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Hiperaktivite Alt Ölçeği toplam puanı*
KART: *Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Alt Ölçeği toplam puanı*
** *p<.001*

mamış, diğer gruplar arası karşılaştırmalar ise anlamlı bulunmuştur.

Dikkat eksikliği alt ölçeğinde, kontrol grubu tanı gruplarından çok farklılaşırken, tanı grupları arasında sadece 2. ve 3. gruplar farklılaşmıştır. Hiperaktivite ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu alt ölçeklerinde ise, 3. ve 4. tanı grupları birbirlerinden farklılaşmamışlar, diğer ikili karşılaştırmalar ise farklı bulunmuştur.

Ölçeklerin tanı ve kontrol gruplarını ayırdetmeleri:

Üç tanı grununu birleştirilerek oluşturulan tanı ve kontrol gruplarının, aile değerlendirmesine dayalı 5 testin dahil edildiği basamaklı ayırt edici analizi (Stepwise Discriminant) sonuçlarına göre, kontrol ve tanı gruplarını ayırmak için gerekli ve yeterli ölçekler sırasıyla, dikkat eksikliği alt ölçeği, DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu alt ölçekleridir. Elde edilen fonksiyonun grupları ayırt etme düzeyi anlamlı bulunmuştur (Wilks' Lambda:.391, x^2:176.9 df:3 p<.000). Tablo 7'de standardize edilmemiş ayırdetme fonksiyon katsayıları ve fonksiyona giren değişkenlerin fonksiyon ile korelasyonları verilmiştir. Yordayıcı ayırt edici analizi sonuçlarına göre seçilen bu üç ölçeğin iki grubu doğru sınıflama oranı %89.3 olarak bulunmuştur. Tanı gruplarını doğru sınıflama %85, kontrol gurubunu doğru sınıflama %92 olarak bulunmuştur. Kontrol olarak alınan grup içinde de, tanı grubuna girebilecek özellikte çocukların olabileceği düşünüldüğünde, bu sınıflandırmaların iyi bir yordama yaptığı söylenebilir. Deneklerin herbirinin tek tek çıkartılarak yapılan karşıt geçerlik istatistiğinin (leave-one-out) doğru sınıflama oranı %89.3 olarak bulunmuştur Yordama amaçlı kullanımda temel alınacak grup merkezleri tanı grubu için 1.533, normal grubu için –1.005 olarak bulunmuştur.

Tanı gruplarının ayırt edilmesi:

Üç tanı grubu kulanılarak tanı gruplarını ayırt etme amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, tanı gruplarını ayırmak için grubunu ayırmak için kullanılacak ölçekler sırasıyla, davranım bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu alt ölçekleridir. Elde edilen fonksiyonun grupları ayırdetme düzeyi anlamlı bulunmuştur (1. fonksiyon: Wilks' Lambda:.443, x^2:90.858 df:4 p<.000; 2. fonksiyon: Wilks' Lambda:.819, x^2:22.2 df:1 p<.000). Tablo 8'de standardize edilmemiş ayırdetme fonksiyon katsayıları, ve fonksiyona giren değişkenlerin fonksiyon ile korelasyonları verilmiştir. Yordayıcı ayırt edici analizi sonuçlarına göre seçilen bu iki ölçeğin üç grubu doğru sınıflama oranı %73.3 olarak bulunmuştur. İkinci. ve 4. gruplar diğerlerinde iyi ayırdedilirken (sırasıyla %86.8,%77.5), 3. grubun (DEHB+KOB) doğru sınıflama oranı daha düşüktür (%63.9). Karşıt geçerlik (LOO) doğru sınıflama oranı %70.7 olarak bulunmuştur. Yordama amaçlı kullanımda temel alınacak grup merkezleri Tablo 9'da, bölgesel haritası da şekil 1'de sunulmuştur.

Tablo 7: Ayırt edici analizi sonuçları

Fonksiyona giren ölçekler	Fonksiyon katsayıları	Fonksiyon ile korelasyon
Dikkat Eksikliği alt ölçeği	.092	.777
DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği	.090	.767
Karşı Gelme Bozukluğu alt ölçeği	.067	.710
Sabit	-2.189	

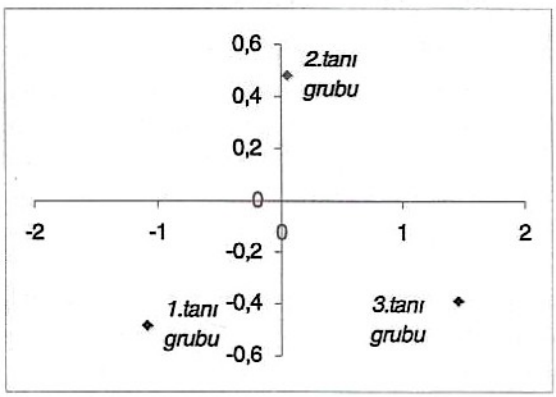
Tablo 8: Ayırt edici analizi sonuçları

Fonksiyona giren ölçekler	Fonksiyon katsayıları		Fonksiyon ile korelasyon	
Davranım Bozukluğu alt ölçeği	.228	-.255	.900	-.436
Karşı Gelme Bozukluğu Alt Ölçeği	.108	.224	.747	.665
Sabit	-2.168	-1.640		

Tablo 9: Grup merkezleri

tanı grubu	Fonksiyon 1	2
1	-1,074	-,485
2	-,069	,483
3	1,453	-,391

Şekil 1: Ayırdetme fonksiyonuna göre grup merkezleri haritası



SONUÇ

Bu araştırmada DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ve Yıkıcı Davranım Bozukluklarının DSM-IV'e göre Tarama ve Değerlendirme Ölçeklerinin kontrol grubunda yer alan olgularla, DEHB, DEHB+KOB ve DEHB+DB tanısı konan olgulardan oluşan 3 tanı grubunu ayırt etmede güvenilir ve geçerli ölçekler olup olmadıklarının değerlendirmesi amaçlanmıştır. Ancak bu çalışmanın sonuçları değerlendirilirken, çalışmanın bazı sınırlılıklarının gözönüne alınması yararlı olacaktır. Öncelikle çalışmada kullanılan DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği çocuğun okul öncesi durumunu sorgulayan geriye dönük bir ölçek olması nedeniyle çocuğun anaokuluna gidip gitmemesi gibi çeşitli parametrelerden etkilenebilmektedir. Çalışmanın diğer bir sınırlılığı kontrol grubunun yaş ve cinsiyet dışında bir ön eleme olmaksızın alınmış olmasıdır. Bu durumda bazı DEHB ve yıkıcı davranım bozukluğu olan çocukların da kontrol grubuna girmesi söz konusu olacaktır. Kontrol grubu içerisinde yer almış olan bu grubun elenebilmiş olması ayırd etmeyi arttırıcı bir etki yapabilecek olmasına karşın; bu çalışmadan elde edilen ayırdedici geçerlik seçilmiş normal örneklemden elde edilebilecek sonuçların bir alt sınırı gibi düşünülebilir.

Çalışmamızın sonucunda, DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nin yüksek düzeyde homojenlik gösteren bir boyutu ölçtüğü ve oldukça yüksek bir iç tutarlılık güvenirlik katsayısına sahip olduğu görülmüştür. Yine ölçeğin tanı gruplarının birleştirilmesinde temel bir özellik olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluklarını tarama açısından ölçüt geçerliliğinin yüksek olduğu gözlenmiştir. Madde düzeyindeki analiz sonuçları da tüm maddelerin ölçeğin geçerlik ve güvenirliğine katkıda bulunduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, yeni geliştirilmiş bir ölçek olan DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nin ilkokul çağındaki çocuklar için bir tarama ölçeği olarak güvenle kullanılabileceğine işaret etmektedir.

Yıkıcı Davranım Bozukluklarının DSM-IV'e göre Tarama ve Değerlendirme Ölçeğinin alt ölçekleri düzeyinde gerçekleştirilen geçerlik ve madde analizleri de yazında yer alan çalışmalarla uyumlu olarak tatmin edici düzeylerde güvenilir ve geçerli sonuçlar vermişlerdir. Örneğin Weiler ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları bir çalışmada, DSM-IV ölçütlerine dayalı olarak hazırlanmış 40 maddelik bir soru formu 229 ilkokul çocuğunun annelerine ve öğretmenlerine verilmiş ve bu ölçeğin DEHB'nu değerlendirmede güvenilir ve geçerli bir olduğu bildirilmiştir. İlkokul düzeyindeki çocuklarla yapılan çalışmamızın sonuçlarına dayanarak, Yıkıcı Davranım Bozukluklarının DSM-IV'e göre Tarama ve Değerlendirme Ölçeğinin araştırmacılara tanı ve tarama amacıyla yardımcı olabilecek ayrıntılı bir ölçek olduğunu söylemek mümkündür.

Tek tek ölçeklerin geçerlik ve güvenirliklerinin incelenmesinin yanı sıra, araştırmamızda ikinci bir adım olarak bu ölçeklerin bir batarya olarak

birleştirilmiş sonuçlarından tanı amacıyla daha etkin bir biçimde yararlanılıp yararlanılamayacağı sorusuna yanıt aranmıştır. Bu aşamada tanı ve kontrol gruplarının ayırt edilmesinde DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu alt ölçeklerinin, tanı gruplarının kendi içlerinde ayrıştırılmasında ise Davranım Bozukluğu ve Karşı Gelme Bozukluğu ölçeklerinin diskriminant fonksiyonunda birleştirilmesinin yararlı olacağı görülmüştür.

Sonuç olarak hiçbir tanı ölçeği kendi başına tanı koyabilecek bir araç olmamakla birlikte klinisyene çok çeşitli yararlar sağlayabilmektedir. Özellikle DEHB gibi oldukça sık görülen ve tedavi edilmediğinde psikiyatrik ve akademik sorunlara yol açabilen bir bozukluk konusunda bu gibi tanı ve tarama ölçeklerinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Diğer yandan pekçok klinisyen ve araştırmacı tarafından DSM-IV tanı ölçütleri kullanıldığından DSM-IV ölçütlerine dayalı bir ölçeğin kullanılması da son derece yararlı gözükmektedir. Buna ek olarak DEHB ve yıkıcı davranış bozuklukları ile depresyon ve mani gibi psikiyatrik bozuklukların kliniği durumsal olarak ele alındığında benzerlikler gösterebildiğinden, okul öncesi dönemi sorgulayan DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nin ayırıcı tanı amacıyla yararlı olup olamayacağı ileriki araştırmalarda değerlendirilebilir.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev ed.: E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Barkley RA, Fischer M, Newby RF ve ark. (1988) Development of a multimodal clinical protocol for assessing stimulant drug response in children with attention deficit disorder. J Clin Child Psychol 17: 14-24.

Carlson GA, Kashani JH, Thomas M ve ark. (1987) Comparision of two structured interviews on a psychiatrically hospitalized population of children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 26: 645-648.

Du-Paul GJ, Anastopoulos AD, Shelton TL ve ark. (1992) Multimethod assessment of attention-deficit hyperactivity disorder: the diagnostic utility of clinic-based tests. J Clin Child Psychol 21:394-402.

Erman H, Öncü T, Türkbay T ve ark. (2000) İki farklı kültürde dikkat eksikliği aşırı hareketlilik bozukluğu ve karşı gelme bozukluğu belirtilerinin karşılaştırılması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 7(2): 92-98.

Hodges K, McKnew D, Burbach DJ ve ark. (1987) Diagnostic concordance between the Child Assessment Schedule (CAS) and the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (K-SADS) in outpatient sample using lay interviewrs. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 26:654-661.

Semrud-Clikeman M, Hynd GW, Laroys AR ve ark. (1993) Differential diagnosis of children with ADHD and ADHD/with co-occurring conduct disorder. Sch Psychol Int 14:361-370.

Turgay A (1995) Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (yayınlanmamış ölçek) Integrative Therapy Institute Toronto, Kanada.

Weiler MD, Bellinger D, Marmor J ve ark (1999) Mother and teacher reports of ADHD symptoms. DSM-IV questionnaire data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38(9):1139-1147.

Welner Z, Reich W, Herjanic B ve ark. (1987) Reliability, validity, and parent-child agreement studies of the Diagnostic Interview for children and adolescents (DICA). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 26:649-653.

Ek 1: DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve *Değerlendirme Ölçeği**

	yok	biraz	fazla	çok fazla
1-Çocuğunuz iki yaşına gelene kadar diğer çocuklardan daha fazla ağlayan, mızmızlanan, uyuması-yemesi-söz dinlemesi güç olan bir çocuk muydu ?				
2-Çocuğunuz iki yaşına gelinceye kadar diğer çocuklardan daha fazla hareketli miydi ?				
3-Çocuğunuz 2-5 yaşları arasında diğer çocuklardan daha fazla hareketli miydi ?				
4-Çocuğunuz 4-5 yaşlarındayken; bir misafirliğe gittiğinizde veya eve bir misafir kabul ettiğinizde hareketliliği veya yaramazlığı nedeniyle çok sorun yaşar mıydınız ?				
5-Okul öncesi dönemde akranlarıyla karşılaştırıldında çocuğunuzun daha sık olarak düşmesi veya yaralanması olur muydu ?				
6-Çocuğunuzun okul öncesi dönemde akranlarıyla karşılaştırıldığında, arkadaşlarıyla oyun oynamada daha sık uyumsuzluk gösterir miydi ? (oyunları bozması, sık kavga çıkarması gibi özellikleri var mıydı ?)				
7-Çocuğunuz okul öncesi dönemde, prize bir şey sokma, bıçak, ateşle oynama, yüksek yere tırmanma, yüksek yerden atlama gibi işlere korkmadan girişir miydi ?				
8-Çocunuzun okul öncesi dönemden başlayarak, akranlarıyla karşılaştırıldığında istediklerini yaptırmak için aşırı ısrarcılığı ve tutturması olur muydu ?				
9- Kreş veya anasınıfındaki çalışanlara göre çocuğunuzun aşırı hareketliliği var mıydı ?				
10- İlkokul 1'de öğretmen, okul yönetimi veya diğer veliler tarafından çocuğunuzun hareketliliği, konuşkanlığı veya kurallara uymaması nedeniyle sık sık uyarı alır mıydınız ?				

OTİZMİ OLAN ÇOCUKLAR VE KARDEŞLERİNİN DAVRANIŞ SORUNLARI VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ÖRÜNTÜLERİ*

Gülsen Erden** Melda Akçakın***

ÖZET

Amaç: *Otizmi olan çocuklar ve kardeşlerine ilişkin yayınlarda bazı davranış sorunlarının ve kişilik örüntülerinin normalden daha sık olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada otizmi olan çocuklar, kardeşleri ve kontrol grubunun davranış sorunları ve kişilik özellikleri örüntülerinin incelenmesi amaçlanmıştır.* ***Yöntem:*** *Bu araştırmada DSM III-R tanı ölçütlerine göre, otizm tanısı konmuş 40 çocuk ve onların kardeşleri (n=40) ile kliniğe başvurmamış 40 çocuk için, anne ve babalara Çocuklar İçin Kişilik Ölçeği (Personality Inventory for Children-PIC) ve Çocuklar için Davranış Değerlendirme Ölçeği (Child Behaviour Checklist-CBCL) uygulanarak elde edilen puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.* ***Bulgular:*** *Otizm tanısı konmuş çocuklar alt ölçeklerin çoğunda kardeşlerinden ve kontrol grubundan yüksek puan almışlardır. Kardeşler ile kontrol grubu arasında depresyon, hiperaktivite, sosyal ilişkiler alt ölçekleri arasında farklılık saptanırken; uyum, okul başarısı, dikkat ve davranış sorunları, sosyal yeterlik gibi alt ölçeklerde farklılık bulunmamıştır. Depresyon ve hiperaktivite alt ölçeklerinde otizmi olan çocukların kardeşlerinin kontrol grubu çocuklarından daha yüksek ortalamalar elde ettikleri gözlenmiştir. Entellektüel tarama ve sosyal beceriler alt ölçeğinde ise farklılığın kontrol grubundan kaynaklandığı saptanmıştır. Kontrol grubunun otizmi olan çocukların kardeşlerinden entellektüel tarama ve sosyal beceriler alt ölçeklerinde daha yüksek ortalamalar elde ettikleri bulunmuştur.* ***Tartışma:*** *Bu çalışma otistik çocukların kardeşlerinin sağlıklı davranış ve kişilik örüntülerini devamlı bir stres kaynağına karşın çeşitli koruyucu nedenlerle koruyabildiklerini göstermiştir.*

Anahtar Sözcükler: *Otizm, kardeşler, davranış sorunları, kişilik özellikleri.*

SUMMARY: PATTERNS OF BEHAVIOR PROBLEMS AND PERSONALITY CHARACTERISTICS OF AUTISTIC CHILDREN AND THEIR SIBLINGS

Objective: *The related literature suggest that the siblings of the autistic children have an increased frequency of certain behavior problems and personality characteristics. The aim of this study is to examine the characteristics of autistics, their siblings and a group of normal children.* ***Method:*** *The subjects were 40 autistic proband, 40 siblings of autistic and 40 siblings of nonclinical children. The autistic children were diagnosed according to DSM III-R criteria for autistic disorder. The siblings of autistics, autistic probands and control group were evaluated with the Personality Inventory For Children (PIC) and Child Behavior Checklist (CBCL).* ***Results:*** *The autistic probands had generally higher scores on the subscales of the PIC and CBCL compared to their siblings and control group. There were significant differences on the subscales of depression, hyperactivity and social skills between the siblings and control group. It is observed that the siblings of autistic children had more means than the controls at depression and hyperactivity subscales. On the other hand, the difference is determined for the intellectual screening and social skills sub scales, was originating from controls. No significant differences were found on the subscales of adjustment, achievement, social competency, attention and thought problems.* ***Discussion:*** *The results of this study suggest that despite their continuous stress the siblings of autistic children had healthy patterns of behaviors and personality characteristics because of different protective factors.*

Key Words: *Autism, siblings, behavior problems, personality characteris*

GİRİŞ

Otizm gibi gelişimsel bozukluğu olan bir çocuğa sahip olmak, çocuğun anne, baba ve kardeşlerinin yaşamlarını, duygu ve düşüncelerini, davranış örüntüleri ve ilişki biçimlerini de içine alan çok yönlü etkilenmeye yol açar. Bu etki aile, çocuğunun bir gelişimsel sorunu olduğunu ve bunun süregenliğini ilk kez duyduğunda başlar. Ailenin etkilenmişliği, çok yönlü, karşılıklı ve tüm aile sistemini değiştirecek düzeyde gelişir (Harris 1982, Morgan 1988, Harris 1994, Rodrique ve ark. 1994, Glasberg 2000). Genel olarak, ailenin süregen gelişimsel bozukluğu olan bir

* *International Association for Children and Adolescent Psychiatry and Allied Professions IACAPAP'ın (2-6 Ağustos 1998 Stockholm) Kongresinde poster olarak sunulmuş, yayınlanmamış bildiri.*

** *Psk.Yrd.Doç.Dr., Ankara Üniv. Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Psikoloji Bölümü, Ankara.*

*** *Psk. Doç.Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Otistik Çocuklar Tanı, Tedavi, Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara.*

çocuğa sahip olması, sürekli bir stres kaynağının varlığı olarak kabul edilmektedir. Gelişimsel bozukluğu olan bir çocukla yaşamanın, anne, baba ve kardeşler üzerindeki etkilerini araştıran çalışmalar incelendiğinde kardeşlerle yapılan çalışmaların, anne ve babalarla yapılmış çalışmalara göre, sayıca daha az olduğu bildirilmiştir (Glasberg 2000). Otizmi olan çocukların kardeşlerinin, gelişimsel bozukluğu olan biriyle yaşamaya ilişkin var olduğu öne sürülen sürekli strese nasıl tepki verdikleri, ne çeşit davranışsal ve duygusal sorunlarla yüzyüze geldiklerine ilişkin az sayıda çalışma bulunmaktadır (Morgan 1988, Rutter ve ark. 1993, Rodrigue ve ark. 1994, Harris 1994, Glasberg ve Belchic 1996, Glasberg 2000). Ayrıca, elde edilen bulguların bir kısmı da tutarsızlık göstermektedir (Lobato ve ark.1988).

İkizler ve ailelerle yapılan çalışmalarda sıklıkla genetik etkiler ve etkilenme üzerinde durulduğu görülmektedir.Bu çalışmalarda özellikle otizmin ortaya çıkmasında genetik etkenlerin rolü üzerinde durulmaktadır (Rutter ve ark.1993). Otizmi olan çocukların aileleriyle yapılan çalışmalarda da otizmi olan çocukların kardeşlerinin de otizm tanısı alma yüzdelerinin göreceli olarak arttığı, % 3-6 arasında oranlara ulaştığı bildirilmektedir (Gillberg ve ark.1992). Bu bulgulara göre genetik geçişin önemli olduğu görülmektedir. Ayrıca kardeşler arasında sık rastlandığı bildirilen dille ilgili sorunlar, sosyal ilişki bozuklukları ve bilişsel sorunların da otistik fenotipin tipik özellikleri içinde yer aldığı bildirilmektedir (Rutter ve ark.1993).

Genetik çalışmalara dayalı bilgilerin ışığında yapılan araştırmalarda otistik çocukların kardeşlerinin sıklıkla bilişsel ve yürütücü işlevlere ilişkin sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (Ozonoff ve ark. 1993). Bu bulguları destekleyen çalışmalarda otistik çocukların kardeşlerinde %13-15 arasında yüksek oranlara ulaşan zihinsel ve bilişsel yetersizlik bulguları bildirilmiştir (Baird ve August 1985, Fombonne ve ark.1997). Bu bulguların desteklenmediği bir çalışmada da otistik çocukların yürütücü işlevlere ilişkin verilen ödevlerden mekansal ve sözel uzamla ilgili olanlarda çok üstün beceri gösterdikleri, yürütücü bellek becerileri açısından da normallerden farklılık göstermedikleri bildirilmiştir (Hughes ve ark.1999).

Son 10-15 yıldır, otistik çocuklara ve genetik etkenlere ilişkin araştırmalara ek olarak aileler üzerindeki araştırmalarda artış göstermektedir (Bristol ve Schopler 1983, Gold 1993, Fisman ve ark. 2000). Araştırmalar bir yandan otistik bir çocukla birlikte yaşamanın etkileri üzerinde yoğunlaşırken öte yandan da ilişkiler açısından olumlu bir çevre oluşturacak yardımcı etkenlerin neler olabileceği üzerinde de durmaktadır (Howlin 1988, Morgan 1988, Dyson 1989, Mates 1990, Mc Hale ve Pawletko 1992, Eisenberg ve Baker 1998, Damiani 1999).

Otizmi olan çocukların kardeşlerinde öfke, kaygı, depresyon, bedenselleştirme (somatizasyon), aşağılık duygusu, stres, düşük benlik saygısı gibi duygusal etkiler ile anne-baba çocuk çatışması, arkadaş ilişkilerinde bozulma, yetersiz liderlik girişimleri, sosyal ilişkilerde güçlük ve çeşitli davranış sorunları gibi olumsuz etkilerin gözlendiği bildirilmiştir (Begun 1989, Boyce ve Barnett 1993, Gold 1993, Powell ve Gallagher 1993, Rodrique ve ark.1994, Eisenberg ve ark.1998, Fisman ve ark.2000). Gelişimsel bozukluğu olan çocuklarla yapılan bir başka çalışmada da kardeşlerin uyum ve başarıları için engelli kardeşin varlığının risk etkeni olduğu belirtilmiştir (Lobato 1983, Lobato ve ark.1988).

Öte yandan gelişimsel bozukluğu olan bir çocukla yaşamanın kardeşler üzerinde olumlu etkileri oluğunu bildiren araştırmalar da ilgili yazında yer almaktadır (Cleveland ve Miller 1977, Ferrari 1984, Itskowitz 1980, Meyer 1993, Wilson ve ark.1989). Wilson ve ark. (1989) engelli bir çocukla yaşayan kardeşlerle yaptıkları çalışmada engelli çocukların kardeşlerinin sevecenlik, olgunluk, sabır, hoşgörü ve sosyal kabul gibi olumlu özelliklere sahip olduklarını bildirmişlerdir. Gold (1993), otistik bir çocukla yaşamanın etkileri ile bu ortamdaki ilişkilere yardımcı etkenleri araştıran çalışmasında "erken yaşta sorumluluk almanın" önemli bir öge olabileceğini vurgulamıştır. Ailenin genişliği de kardeşlerin uyumunu olumlu yönde etkileyen bir etken olarak Machale ve ark. (1986) tarafından bildirilmiştir.

Bu çalışmanın amacı, otizmi olan çocukların ve kardeşlerinin, davranış sorunları ve kişilik özellikleri örüntülerini sağlıklı çocukların kardeşleri ile karşılaştırmaktır. Bu amaçla otistik bir çocuğa sahip en az iki çocuklu aileler ile en az iki sağlıklı çocuğu olan ailelerin çocukları çalışmanın araştırma ve kontrol gruplarını oluşturmuştur.

YÖNTEM

Örneklem

Araştırma grubu Ankara Üniversitesi Otistik Çocuklar Tanı, Tedavi, Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde DSM III-R tanı ölçütlerini de kapsayan yarı yapılandırılmış bir görüşme çizelgesiyle değerlendirilerek (Akçakın 1993, Akçakın ve ark.1993), otistik bozukluk tanısı konan 40 çocuk ve kardeşlerinden oluşmuştur. Kontrol grubu ise, araştırma verilerinin toplandığı tarihe kadar ruhsal sorunlar nedeniyle çocuk ya da erişkin psikiyatri kliniğine başvurmamış, en az bir kardeşe sahip 40 çocuktan oluşmuştur. Bu çocukların ailelerinde kronik hastalık öyküsü yoktur. Araştırmaya alınmada gönüllülük esasına uyulmuştur. Araştırma ve kontrol grubunun yaşları, cinsiyetleri, doğum sıraları, anne ve babaların yaşları, eğitim düzeyleri ve sahip oldukları çocuk sayısı yönünden eşleştirilmeye çalışılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Çocuklar İçin Kişilik Ölçeği (Personality Inventory for Children -PIC)

İlk kez 600 sorulu MMPI benzeri bir ölçek olarak, 6-16 yaşlar arasındaki çocukları değerlendirmek üzere geliştirilmiş, daha sonra ise iki kez gözden geçirilerek daha kolay uygulanabilir hale getirilmiştir (Lachar 1990, Lachar ve ark. 1982, Wirt ve ark. 1977). Tanı koyma sürecinde öncül bilgi kaynağı olarak kullanılabilineceği, birçok yayında bildirilmektedir (Ehly ve ark. 1986, Kline ve ark.1987, Lachar 1987). Son gözden geçirilmesi Lachar (1990) tarafından yapılan Çocuklar için Kişilik Ölçeği, yanıtları doğru ya da yanlış olarak işaretlenebilen, 3-16 yaş arasındaki çocukların kişilik özelliklerini değerlendirmede kullanılan çok boyutlu objektif bir ölçektir. Bu çalışmada uyarlama ve standardizasyon çalışmaları Erden (1995) tarafından yapılan, 280 soruluk kısa formu kullanılmıştır. Ölçeğin kısa formu Lachar'ın (1990) da yaptığı gözden geçirme çalışmasında ölçeğin kullanımını kolaylaştırmak amacıyla elde edilmiş 3 şeklinden birisidir. Ölçek anne, baba ya da çocuğu yakından tanıyan bir yetişkin tarafından yanıtlanabilmektedir. Değerlendirme sonucunda temel olarak Disiplin sorunları, Sosyal yetersizlik, Bedensel ilgi ve Bilişsel gelişime ait bilgiler 4 faktör ve 16 klinik alt ölçekten oluşan bir profil üzerinde elde edilmektedir (Tablo 1). Disiplin sorunları; yetersiz disiplin davranışları, dürtüsellik, öfke ve uyumsuz arkadaş ilişkileri ile tanımlanmaktadır. Sosyal yetersizlik: arkadaş reddi, arkadaş kaybı ve sosyal izolasyon olarak tanımlanmaktadır. Bedensel ilgi: somatizasyon, olumsuz benlik algısı ve güvensizlik olarak tanımlanmaktadır. Bilişsel geli-

Tablo 1: Çocuklar İçin Kişilik Ölçeği Klinik Alt Ölçekleri (Kısa Form, 1990) MADDELER (1-280)*

FAKTÖR ALT ÖLÇEKLERİ	
I. Disiplin Sorunları/Yetersiz Öz Kontrol	
II. Sosyal Yeterlik	
III. İçsel Yönelme/Bedensel Belirtiler	
IV. Bilişsel Gelişim	
GEÇERLİK VE TARAMA ALT ÖLÇEKLERİ	
Yalan	Savunucu Tutum
Sıklık	Uyum
KLİNİK ALT ÖLÇEKLER	
Başarı	Suça Yönelik Davranım
Entellektüel Tarama	Sosyal İçe Çekilme
Gelişim	Kaygı
Bedensel İlgi	Psikoz
Depresyon	Hiperaktivite
Aile İlişkileri	Sosyal beceriler

* *Profil alt ölçeklerinin kısa form versiyonu bölüm I ve II*

gelişim: akademik beceriler, motor koordinasyon, gelişimsel gecikme, uyum davranışları hakkında bilgi vermektedir. Alt ölçeklerin test tekrar test güvenirlikleri Erden'in (1995) çalışmasında .86 ve .95 olarak saptanmıştır. İç tutarlılıkları ise .38 ve .88 arasındadır. Bu bulgular ilk güvenirlik bulguları ile tutarlıdır (Lachar 1990).

Çocuklar için Davranış Değerlendirme Ölçeği (Child Behaviour Checklist-CBCL)

İlk kez Achenbach (1991) tarafından geliştirilen Çocuklar için Davranış Değerlendirme Ölçeğinin, uyarlama ve standardizasyon çalışmaları Erol, Aslan ve Akçakın (1995) tarafından yapılmıştır. Çocuk ve gençlerin kişilik özelliklerini, davranış sorunlarını ve sosyal yeterliliklerini değerlendirmede kullanılmak amacıyla geliştirilmiş ve çocuklarda gözlenebilecek psikopatolojik durumları değerlendirmede kullanılan likert tipi bir ölçektir. Yeterlik temel ölçekleri üzerinde, aktivite düzeyi, sosyal ve okul yaşantısı, sorun alanları içe yönelim bölümünde düşünce sorunları, dikkat sorunları, kaygı-depresyon, bedensel yakınmalar, dışa yönelim bölümünde saldırganlık, suçluluk, alt ölçekleri ile çocuk hakkında bilgi vermektedir. Bu çalışmada 4-18 yaş için geliştirilmiş anne-baba versiyonu kullanılmıştır (Achenbach 1991, Erol ve ark 1995). Test tekrar test güvenirliği .70 ve .84. arasındadır. İç tutarlılık değerleri ise .39 ve .86 arasındadır.

İşlem

PIC ve CBCL otistik çocukların ve karşılaştırma grubunun anneleri tarafından ilk görüşmenin ardından bireysel olarak yanıtlanmıştır.

Verilerin Analizi

2x3'lük Çift Yönlü Varyans Analizi ile CBCL ve PIC alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları, gruplar ve cinsiyet farklılıkları sınanmıştır. Gruplar arası farklılıklar için Tukey Kramer anlamlılık testi kullanılmıştır. Ayrıca CBCL ve PIC alt ölçeklerinin korelasyonuna bakılmıştır.

BULGULAR

Otizmi olan çocuklar, kardeşleri ve kontrol grubunda yer alan çocuklar 6-16 yaşları arasındadır. Otizmi olan çocuklar, kardeşleri ve karşılaştırma grubunda yer alan çocuklara ve ailelere ilişkin yaş, cinsiyet, anne ve babanın eğitimi gibi demografik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Otizmi olan çocuklar, kardeşleri ve kontrol grubunun çift yönlü varyans analizi bulgularına göre davranış sorunları ve kişilik özellikleri örüntüleri önce Çocuklar İçin Kişilik Ölçeği'ne ilişkin olarak aktarılmıştır. İkinci sırada da otistik ço-

Tablo 2: Otistik Çocuklar, Araştırma (kardeşler) ve Kontrol Gruplarının Demografik Özellikleri

		Otistik Çocuklar	Araştırma Grubu (Kardeşler)	Kontrol Grubu
Cinsiyet	Erkek	n=32 (%80)	n=22 (%55)	n=22 (%55)
	Kız	n=8 (%20)	n=18 (%45)	n=18 (%45)
Yaş Ortalaması (Yıl)		7,5	9,5	9,5
Anne Eğitimi				
	İlk	n = 8 (%20)	n=8 (%20)	n=7 (%18)
	Orta	n=18 (%45)	n=18 (%45)	n=13 (%32)
	Yüksek	n=14 (%35)	n=14 (%35)	n=20 (%50)
Yaş ortalaması (Yıl)		35	35	38
Baba Eğitimi				
	İlk	n=6 (%15)	n=6 (%15)	n=5 (%12)
	Orta	n=9 (%22)	n=9 (%22)	n=11 (%28)
	Yüksek	n=25 (%63)	n=25 (%63)	n=24 (%60)
Yaş ortalaması (Yıl)		39	39	41

cukların kardeşleri ile kontrol grubunun davranış sorunları ve kişilik özellikleri örüntülerine ilişkin CBCL bulguları incelenmiştir.

Grupların Çocuklar İçin Kişilik Ölçeğine İlişkin Bulguları

Grupların Çocuklar İçin Kişilik Ölçeğine ilişkin ortalamaları, standart sapmaları, ve F puanları Tablo 3'de gösterilmiştir. Çocuklar İçin Kişilik Ölçeği puanlarına ilişkin ortalamalara göre cinsiyet temel etkisi sadece bedensel ilgi alt ölçeğinde saptanmıştır. Kızların bedensel ilgi ortalamaları erkeklerinkinden yüksek bulunmuştur. Grup temel etkisine göre de Disiplin Sorunları/Yetersiz Öz Kontrol, Sosyal Yeterlik, Bilişsel Gelişim, Sıklık, Savunucu Tutum, Uyum, Başarı, Entel-

Tablo 3: Grupların PIC Puanlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Alt Ölçekler		Otistik Ç. Grubu		Araştırma Grubu (Kardeşler)		Kontrol Grubu		F
		Erkek	Kız	Erkek	Kız	Erkek	Kız	Değerleri
		n=32	n=8	n=22	n=18	n=22	n=16	
Disip Sor/Yet. Öz Kon.	$\bar{x}$	13.2	11.7	6.0	5.5	6.7	5.8	19.78*
	ss	5.6	4.6	4.9	2.9	5.0	3.4	
Sosyal Yeterlik	$\bar{x}$	17.7	17.2	8.4	9.9	8.4	10.0	34.47*
	ss	3.9	3.3	5.1	3.9	4.5	3.8	
İçeYönel/Bed. Belirt.	$\bar{x}$	7.4	6.8	7.2	6.0	6.7	6.1	.65
	ss	4.1	2.4	3.	2.1	3.0	2.5	
Bilişsel Gelişim	$\bar{x}$	12.8	11.0	5.4	5.8	5.3	5.0	.31
	ss	4.0	4.2	2.6	3.2	3.1	1.7	
Yalan	$\bar{x}$	5.8	6.6	7.0	6.6	5.4	5.4	2.04
	ss	2.2	2.3	1.8	1.7	1.7	1.2	
Sıklık	$\bar{x}$	10.0	9.6	4.8	5.4	4.8	4.9	32.67*
	ss	4.0	2.1	1.8	1.6	1.7	1.6	
Savunucu Tut.	$\bar{x}$	8.3	9.7	9.5	9.6	7.2	8.2	8.37*
	ss	2.0	1.8	1.4	1.6	2.9	1.4	
Uyum	$\bar{x}$	26.6	26.0	13.9	13.1	13.7	13.2	38.40*
	ss	7.2	6.0	5.1	6.6	5.5	6.1	
Başarı	$\bar{x}$	14.1	13.1	9.6	8.6	9.5	10.1	12.22*
	ss	4.3	4.4	3.7	2.2	4.2	2.2	
Entellektüel Tarama	$\bar{x}$	14.9	14.2	10.3	8.6	11.5	13.0	17.62*
	ss	3.9	3.8	2.7	2.8	3.2	3.3	
Gelişim	$\bar{x}$	12.1	12.3	6.5	6.2	5.3	5.9	20.55*
	ss	4.3	2.5	4.0	3.6	4.1	2.6	
Bedensel İlgi	$\bar{x}$	6.5	8.2	6.0	6.7	6.0	6.9	.98
	ss	3.2	2.7	3.1	4.1	2.7	3.7	
Depresyon	$\bar{x}$	15.0	14.3	6.0	13.1	6.1	11.8	8.86*
	ss	5.3	3.2	4.5	5.3	2.2	3.6	
Aile İlişkileri	$\bar{x}$	5.7	4.3	13.5	5.2	9.9	4.8	.61
	ss	3.7	1.6	3.2	1.5	3.5	1.2	
Suça Yönelik Davran	$\bar{x}$	14.9	10.6	5.1	7.8	4.6	8.1	14.53*
	ss	5.3	3.7	2.8	3.7	2.9	3.4	
Sosyal İçe Çekilme	$\bar{x}$	9.0	9.7	7.5	6.1	10.4	4.8	19.66*
	ss	2.8	3.9	3.0	2.5	2.8	2.1	
Kaygı	$\bar{x}$	9.7	8.6	8.0	8.7	7.3	8.0	.29
	ss	3.8	1.9	2.0	2.0	1.9	2.1	
Psikoz	$\bar{x}$	19.4	17.7	6.0	6.1	7.7	5.9	148.03*
	ss	4.6	1.8	2.6	1.9	2.5	2.2	
Hiperaktivite	$\bar{x}$	14.0	13.2	9.3	10.2	12.6	9.6	15.76*
	ss	3.3	3.4	4.4	3.3	4.0	2.7	
Sosyal beceriler	$\bar{x}$	18.1	19.5	7.5	8.9	7.4	10.1	119*
	ss	4.4	5.0	4.4	3.8	5.4	4.4	

*$P<0.01$

lektüel Tarama, Gelişim, Depresyon, Suça Yönelik Davranma, Sosyal İçe Çekilme, Psikoz, Hiperaktivite ve Sosyal beceriler alt ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$).

Gruplar arası farkın kaynağı için hesaplanan Tukey Kramer'e göre Otizmi olan çocukların İçe Yönelme, Bedensel İlgi, Depresyon, Aile İlişkileri ve Kaygı alt ölçekleri dışındaki tüm alt ölçeklerde kardeşlerinden ve kontrol grubundan daha yüksek ortalamalar elde ederek anlamlı farklılık gösterdikleri saptanmıştır ($p<0.01$). Araştırma grubu ile kontrol grubu arasında da Savunucu Tutum, Depresyon, ve Hiperaktivite alt ölçeklerinde otizmi olan çocukların kardeşlerinden kaynaklanan anlamlı farklılık saptanmıştır. Bir başka deyişle, otizmi olan çocukların kardeşlerinin kontrol grubu çocuklarından daha yüksek ortalamalar elde ettikleri gözlenmiştir. Entellektüel Tarama ve Sosyal Beceriler alt ölçeğinde ise farklılığın kontrol grubundan kaynaklandığı saptanmıştır.Kontrol grubunun otizmi olan çocukların kardeşlerinden Entellektüel Tarama ve Sosyal Beceriler alt ölçeklerinde daha yüksek ortalamalar elde ettikleri bulunmuştur ($p<0.05$).

İçe yönelme/Bedensel Belirtiler, aile ilişkileri, bedensel ilgi, kaygı ve yalan alt ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4: Grupların CBCL Puanlarına İlişkin Ortalama Standart Sapma ve F Değerleri

Alt Ölçekler		Otistik Ç. Grubu		Araştırma Grubu (Kardeşler)		Kontrol Grubu		F Değerleri
		Erkek	Kız	Erkek	Kız	Erkek	Kız	
Etkinlikler	$\bar{x}$	2.4	1.5	5.0	5.2	6.3	5.2	8.61*
	ss	2.2	1.6	2.3	2.4	3.7	1.7	
Okul	$\bar{x}$	1.5	2.0	4.2	4.9	4.4	4.3	7.49*
	ss	1.6	1.5	1.9	2.3	1.3	2.3	
S.Yeterlik	$\bar{x}$	2.5	2.5	6.7	5.5	7.0	5.5	9.15*
	ss	1.6	1.5	2.6	2.1	1.9	1.9	
Toplam S. Yeter.	$\bar{x}$	6.2	5.5	16.3	17.5	13.0	15.5	15.34*
	ss	4.6	4.2	5.0	4.3	6.0	3.9	
İçe Çekilme	$\bar{x}$	6.1	4.5	2.5	2.9	2.6	2.4	10.71*
	ss	3.1	2.0	1.8	1.4	1.8	1.3	
Bedensel Yak.	$\bar{x}$	.6	0.2	.5	0.8	.6	1.0	.45
	ss	1.1	0.7	.7	1.2	.7	1.1	
Kaygı/ Depres.	$\bar{x}$	6.1	5.5	5.0	4.5	3.1	3.3	13.95*
	ss	3.9	3.2	2.1	2.8	1.8	1.9	
Suça Yönel.	$\bar{x}$	3.2	2.3	1.7	.3	1.4	.7	7.42*
	ss	3.0	1.8	2.2	.6	0.7	.8	
Sosyal Sor.	$\bar{x}$	2.5	3.0	6.7	1.2	7.0	1.2	5.77*
	ss	1.6	0.7	2.6	2.5	1.9	1.8	
Düşünce Sor.	$\bar{x}$	4.0	3.0	0.5	1.0	0.7	1.0	17.36*
	ss	2.0	1.0	1.0	1.3	1.1	1.5	
Dikkat Sor.	$\bar{x}$	9.2	8.7	2.1	2.3	1.3	1.5	33.15*
	ss	4.0	1.3	2.9	3.3	1.3	1.2	
Saldırgan Dav.	$\bar{x}$	11.3	6.7	5.8	4.8	5.6	4.5	3.45*
	ss	7.4	3.8	5.6	5.2	4.9	4.0	
Toplam Sor.	$\bar{x}$	52.3	39.3	21.3	19.8	23.2	18.9	11.58*
	ss	25.5	13.5	16.3	15.1	17.3	13.8	
İçe Yönel.	$\bar{x}$	14.0	10.0	6.9	8.7	7.3	8.0	8.44*
	ss	8.2	4.3	3.7	4.0	4.0	3.8	
Dışa Yönel.	$\bar{x}$	14.8	9.1	7.5	5.4	6.7	3.7	6.39*
	ss	9.7	4.8	7.2	5.8	6.2	2.7	

*$P<0.01$

Grupların CBCL'E İlişkin Bulguları

Grupların CBCL'e ilişkin ortalamaları, standart sapmaları ve F değerleri Tablo 4'de gösterilmiştir. CBCL puan ortalamaları incelendiğinde, grup temel etkisi bedensel yakınma dışında tüm alt ölçeklerde anlamlı bulunmuştur. Tukey Kramer'e göre otistik çocukların CBCL'den aldıkları puan ortalamalarının Etkinlikler, Sosyallik, Okul, Toplam Sosyal Yeterlik, İçe Çekilme, Sosyal Sorunlar, Düşünce Sorunları, Dikkat Sorunları, Saldırgan Davranışlar, Suça Yönelim alt ölçekleriyle, Toplam Sorunlar, İçe Yönelim ve Dışa Yönelim bölümlerinde kardeşlerinden ve kontrol grubundan anlamlı farklılık gösterdikleri saptanmıştır ($p<0.01$).

Kaygı/Depresyon ve Toplam Sosyal Yeterlik alt ölçeklerinde Tukey Kramer'e göre araştırma grubu ile kontrol grubu arasında da farklılık olduğu ve farklılığın otizmi olan çocukların kardeşlerinden kaynaklandığı görülmüştür. otizmi olan çocukların kardeşlerinin Kaygı/Depresyon alt ölçeğinde kontrol grubundan daha yüksek ortalamalar elde ederken, Toplam Sosyal Yeterlik alanında kontrol grubunun daha yüksek ortalamalar elde ettikleri görülmüştür.

Çocuklar İçin Kişilik Ölçeği ve CBCL alt ölçekleri arasındaki korelasyona ilişkin bulgular Tablo 5'de gösterilmiştir. İki ölçeğin alt ölçekleri arasında özellikle benzer maddelerden oluşanlar için yüksek korelasyonlar saptanmıştır.

TARTIŞMA

Otizmi olan çocuklar, kardeşleri ve kontrol grubunun kişilik ve davranış örüntülerini incelemeyi amaçlayan bu araştırmada; Çocuklar İçin Kişilik Ölçeğinin Disiplin Sorunları/Yetersiz Özkontrol, Bilişsel Gelişim, Sıklık, Savunucu Tutum, Uyum, Başarı, Entellektüel Tarama, Gelişim, Depresyon, Suça Yönelik Davranma, Sosyal İçe Çekilme, Psikoz, Hiperaktivite ve Sosyal beceriler alt ölçekleri ile CBCL'in Etkinlikler, Sosyallik, Okul, Sosyal Yeterlik Toplam, İçe Çekilme, Sosyal Sorunlar, Düşünce Sorunları, Dikkat Sorunları, Saldırgan Davranışlar, Suça Yönelim alt ölçeklerinde, Toplam Sorunlar, İçe Yönelim ve Dışa Yönelim bölümlerinde otistik çocukların, kardeşleri ve kontrol grubuna göre daha yüksek ortalamalar elde ettikleri gözlenmiştir. Otizm bir çocuğun gelişimini ciddi biçimde yaşam boyu etkileyen ağır bir gelişimsel bozukluktur. Otistik çocuklar davranış ve kişilik gelişim-

Tablo 5: Çocuklar İçin Kişilik Ölçeği ve CBCL Alt Ölçümleri Arasındaki Değerler*

ÖLÇÜMLER	Etkinlik	Sos-yallik	Okul	Sos YeterTop	İçe Çekilme	Beden. Yak..	Sosyal Sorunlar	Kaygı/ Depres.	Düşünce Sorunları	Dikkat Sorunları	Saldırgan Davranış.	Suça Yönel.	Toplam Sorun.	İçe Yönel.	Dışa Yönel.
Dis. Sor./Yet Öz Kon.	-.260	-.090	.121	-.252	.263	.041	.232	.453**	.460**	.368*	.565**	.287	.492**	.411**	.525**
Sosyal Yeterlik	.070	-.173	.199	-.119	.423**	-.012	.478**	.534**	.339	.324*	.316	.263	.487**	.617**	.324*
Bilişsel Gelişim	-.197	-.391*	-.076	-.311	.282	-.209	.748**	.505**	.485**	.564**	.454**	.405*	.595**	.400*	.482**
İçe Yön.Bed.Bel.	-.059	.176	.261	.048	.211	-.209	-.039	.231	-.046	-.108	.024	.002	.024	.234	.007
Sıklık	-.265	-.391*	.236	-.051	.227	.018	.270	.375*	.151	.224	.299	.087	.316*	.421**	.268**
Savun Tu.	-.059	.030	.211	.304	-.144	-.054	-.237	-.243	-.288	.022	.087	-.154	-.111	-.213	.046
Uyum	.000	-.268	-.064	-.214	.282	-.316	.628**	.472**	.676**	.665**	.732**	.434**	.764**	.361**	.715**
Başarı,	.141	-.018	.505**	.000	.167	-.221	.302	.297	.328*	.195	.358**	.342**	.395**	.221	.383**
Entellektüel Tarama	-.094	-.187	-.564**	-.373*	.220	-.323*	.641**	.435**	.344*	.482**	.514**	.680**	.635**	.317**	.608**
Gelişim	.031	-.045	-.040	-.115	.236	-.249	.569**	.432**	.537**	.446**	.522**	.307	.591**	.364**	.506**
Depresyon	-.135	.040	.215	-.133	.200	.279	.147	.317*	.026	.096	.068	.044	.120	.310	.050
Suça Yönelik Davr.	.065	-.147	-.140	-.301	.055	-.103	.182	.147	.454**	.379*	.558**	.163	.461**	.140	.492**
Sosyal İçe Çekilme	.044	.159	.235	.011	.065	.010	-.160	-.177	-.261	-.273	-.159	.054	-.165	-.007	-.117
Aile İlişkileri	.024	-.200	.107	.005	.077	.383*	.126	.254	.342*	.434**	.433**	.026	.351*	.304	.368*
Bedensel İlgi	-.405**	-.275	-.005	-.052	-.032	-.094	-.123	-.095	-.168	.141	-.022	.076	-.069	.004	.001
Kaygı	-.073	-.253	-.106	-.331	.246	.365*	.079	.390*	.327*	.091	.059	-.060	.198	.478**	-.001
Psikoz	-.031	-.248	-.002	-.116	.330*	-.205	.514**	.406**	.289	.372*	.370*	.302	.467**	.336*	.387*
Yalan	.243	.435**	.277	.408**	-.022	.001	-.109	-.073	.474**	-.255	-.326	.051	-.252	-.038	-.251
Hiperaktivite	-.119	-.323*	-.232	-.108	-.170	-.214	.122	-.054	.217	.404**	.366*	.004	.216	-.192	.317*
Sosyal Beceriler	-.112	-.267	.040	-.242	.293	-.270	.582**	.461**	-.46	.554**	.597**	.379**	.624**	.361*	.584**

*p<0.05 **p<.001

lerini de içine alan, yaşamın tüm alanlarında yaşam boyu ortaya çıkabilecek sorunlarla karşılaşırlar (Kobayashi ve Murata 1998). Bu çalışmanın bulgularını, Kobayashi ve Murata'nın (1998) bir grup yetişkin otistikle yaptıkları çalışmada elde ettikleri CBCL bulguları desteklemektedir. Otistik çocukların CBCL bulgularına göre etkinlikler, sosyallik, okul, sosyal yeterlik, düşünce ve dikkat sorunları, sosyal sorunlar ve saldırgan davranışlar gibi alt ölçeklerde elde ettikleri puan ortalamaları kardeşlerinden ve kontrol grubundan daha çok sorun yaşadıklarına işaret etmektedir. Bu sorunların zaten sıklıkla otizm belirtileri içinde yer aldığı bilinmektedir. Öte yandan, bu çalışmanın önemli bir bulgusu da otistik çocukların kardeşlerinin sağlıklı kardeşe sahip çocuklardan daha fazla sorun göstermediklerinin saptanmış olmasıdır. Bu sonucu destekleyen yayınların yanısıra, yayınların çoğunda kardeşlerde daha çok sorun olduğu bildirilmiştir (Lobato ve ark 1988, Begun 1989, Boyce ve Bernett 1993, Gold 1993, Powell ve Gallagher 1993, Rodrique ve ark. 1994, Eisenberg ve ark.1998, Damiani 1999, Hughes ve ark. 1999, Fisman ve ark 2000).

Otistik çocukların kardeşlerinde bilişsel, konuşma ve davranışsal sorunlara sık rastlanıldığına ilişkin araştırma bulguları olduğu bilinmektedir (Fombonne ve ark 1977, Ozonoff ve ark 1993). Bu çalışmada otistik çocukların kardeşlerinde ilgili yazında işaret edilen patoloji anlamında bilişsel ya da davranışsal sorunlara benzer bulgular saptanmamıştır. Çocuklar İçin Kişilik Ölçeği'nin uyum, başarı, gelişim, suça yönelme, psikoz, kaygı ve bedensel ilgi alt ölçekleri puan ortalamaları açısından otistik çocukların kardeşleri ile kontrol grubu arasında fark gözlenmemiştir. Aynı zamanda, CBCL'in yeterlik, düşünce problemleri, dikkat problemleri, dışa dönüklük ve toplam davranış sorunları alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları arasında da iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Otistik çocukların kardeşleri ile kontrol grubu arasında toplam davranış sorunları ve dışa dönüklük açısından bir fark bulunmadığına ilişkin bulgu Rodrique ve arkadaşlarının (1994) bulgularıyla da uyumludur. Bu çalışmada otizmi olan çocukların kardeşleriyle kontrol grubu arasında fark bulunmayışı annelerin otizmle karşılaştırdıklarında sağlıklı çocukları için aşırı normalleştirme yapmış olmalarına bağlanabilir. Belki de anneler otistik çocukları ile karşılaştırdıklarında otizm gibi bir sorun karşısında kareşlerin var olan sorunlarını önemsemiyor da olabilirler. Ancak bu aileler bireysel ve grup olarak yardım almış ailelerden oluşmaktadır ve kardeşlere ilişkin sorun aktarmamışlardır.

Girişte sözü edilen bulgulara (otistik çocukların kardeşlerinin duygusal sorunlar gösterdiklerine ilişkin bulgular) benzer olumsuz bazı etkiler de gözlenmiştir. Örneğin, otistik çocukların kardeşlerinin Depresyon, Hiperaktivite, İçe Yönelme, Sosyal İçe Çekilme ve Kaygı/Depresyon alt ölçeklerinde kontrol grubundan daha yüksek ortalamalar elde ettikleri görülmüştür. Ancak bu ortalamalar patoloji sınırına ulaşmamaktadır. Cinsiyet farklılığına ilişkin olarak da otistik çocukların kız ve erkek kardeşleri arasında farklılıklar gözlenmiştir. Otistik çocukların erkek kardeşleri depresyon alt ölçeğinde, kız kardeşlere göre daha yüksek ortalamalar almışlardır. Bu bulgu Gold (1993) ve Lobato'un (1983) bulguları ile de uyumludur. Akçakın ve Erden'in (2001) çalışmasında otistik çocukların annelerinin depresyon ölçeği puan ortalamalarının yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Öte yandan, içe yönelme ve sosyal içe çekilme alt ölçeklerinde kız kardeşler erkek kardeşlere göre daha yüksek ortalamalar elde etmişlerdir. Bu bulgu toplumumuzda kızların içe yönelme ve sosyal içe çekilmeye özendirilmelerine ilişkin sosyal bir özellik olarak düşünülmüştür.

Otistik çocukların erkek kardeşlerinde depresyonun kız kardeşlerden fazla görülmesi kız denek sayısının azlığı/ denek özellikleri gibi nedenlere bağlanabilir. Bir başka açıklama da aynı cinsten engelli bir kardeşe sahip olmaya yönelik olumsuz etkilenme olarak aktarılabilir. Ayrıca kızlar yaşam zorluklarıyla başetmede, daha aktif, daha olgun ve aynı zamanda daha becerikli olmaları nedeniyle de daha nadir olarak depresyon göstermekte olabilirler (Başaran 1992, Güvenç 1994, Erol ve ark. 1995). Otistik çocukların

kardeşlerinin kontrol grubundan daha fazla hiperaktivite ortalaması elde etmiş olmaları da depresyon belirtileriyle bağlantılı olabilir.

Çocuklar İçin Kişilik Ölçeği'nin Savunucu Tutum alt ölçeği puan ortalamalarının kontrol grubundan yüksek bulunması otistik çocukların ailelerinin sağlıklı çocuklarına daha savunmacı yaklaştıklarının göstergesi olabilir. Ancak ailelerin otistik çocuklarının sorunlarına karşı aynı savunmacı tutumu göstermiyor olmaları da ilginç bir bulgudur. Bu durum ailelerin otistik çocukları konusunda olabildiğince açık davranarak alabilecekleri her türlü yardıma ilişkin çağrı olarak da yorumlanabilir. Öte yandan diğer çocuklarını olduğundan daha sağlıklı ve yeterli görmeye ilişkin beklenti ya da gereksinimlerine ilişkin bir algıyı ortaya koyuyor olabilirler.

Otistik çocukların kardeşlerinin sosyal beceri sorunlarını, kontrol grubundan daha az yaşıyor olmasına ilişkin bulguya ilgili yazında rastlanmamıştır. Bu bulgu otistik çocukların ailelerinin sağlıklı çocuklarına diğer ailelere göre bağımsız yaşama ve sosyalleşme konusunda daha fazla destek ve fırsat veriyor olmaları görüşüyle açıklanabilir. Öte yandan sağlıklı çocuklarını otistik çocuklarıyla karşılaştırıyor olmalarına dayalı bir iyimserlik ya da aşırı normalleştirme bulgulara yansımış olabilir.

Otistik çocukların kardeşlerinin kontrol grubundan bilişsel gelişim ve okul başarısı yönünden daha iyi oldukları saptanmıştır. Bu konuda yazında da tutarsızlıklar gözlenmiştir (Baird ve August 1985, Fombonne ve ark.1997, Hughes ve ark.1999). Bu bulgu, otistik çocukların ailelerinin sağlıklı çocuklarını olduğundan daha başarılı buluyor olmaları görüşü ile açıklanabilirse de, gerçekte bu yalnızca ailelerin algısı değildir. Çünkü araştırma grubundaki çocukların çoğu sınavla kazanılan ve başarı beklentisi yüksek olan okullara devam etmektedirler (Anadolu Liseleri ya da akademik başarı konusunda iddialı olduğu bilinen okullar). Bir çoğu aileleri tarafından belirtildiğine göre sınıflarını takdir ya da teşekkür belgesi alarak geçmektedirler.

Bir başka açıdan bakıldığında, engelli bir kardeşe sahip olma ailenin yaşam kalitesi üzerinde farklı biçimlerde etkin olmaktadır. Bu etki çoğunlukla olumsuzlukmuş gibi görünse de kardeşler üzerinde bazı olumlu etkilere de neden olmaktadır. Örneğin, ailenin zamanının çoğunu otistik çocuğun bakımıyla geçirmesi ve zaman bulamaması nedeniyle kardeşe düşen fazladan sorumluluklar, kardeşlerin bağımsızlıklarının daha çok desteklenmesine neden olmaktadır. Bu durumda da onlar daha çabuk olgunlaşıp, daha yeterli hale geliyor olabilirler.

Öte yandan bu kardeşler için riskli bir durumda olabilir. Aileler bir yandan sağlıklı çocukları konusunda olumlu tutumları nedeniyle psikolojik gelişimleri açısından koruyucu bir rol oynarlarken, aynı zamanda çocukları yardıma gereksinim duyduğunda da uzman yardımı aramada esnek davranabilirler. Ya da kardeşlerin gereksinimlerine ilişkin yardım aramada geç kalabilirler.

Otizmi olan çocukların kardeşlerinde birçok çalışmada sözü edilen bilişsel ve duygusal sorunların bu çalışmada desteklenmemiş olması, yaşamlarındaki sürekli strese karşın, sağlıklı davranışlar ve sağlıklı kişilik özelliklerine ilişkin örüntüler göstermeleri koruyucu etkenlerin araştırılmasını gerekli hale getirmektedir. Bu çalışmadaki otistik çocukların tümünün aileleri, otistik çocuklarına ilişkin çok yönlü danışmanlık almışlardır. Otistik çocuklar klinikte düzenli olarak izlenmiş, eğitimleri iyi planlanmış ve izlenmiştir. Aileler en azından iyi organize olmuşlar ve motive edilmişlerdir. Aileye verilen etkili danışmanlık ve tedavi hizmetinden kardeşler de yararlanmış olabilirler. Ayrıca kardeşlerin okul ortamlarının olumlu özelliklerinin de onlar üzerinde koruyucu etkisi olmuş olabilir. Bu çalışmanın bir katkısı da kapsamlı iki ölçekle birden çalışılmış olması ve ölçekler arası tutarlılığın gösterilebilmiş olmasıdır. İki ölçeğin alt ölçekleri arasında gözlenen yüksek korelasyonlar bulguların tutarlılığına ve güvenirliğine de işaret etmektedir.

Bundan sonraki çalışmalarda kardeşlerin ayrıntılı incelenmesi ve izlenmesinin, onların psikolojik sağlığını koruyucu etmenlerin, genetik geçişliliğin ve yardım gereksinimlerinin tanınmasına

katkısı olacağı düşünülmüştür. Kardeşlere ilişkin çalışmalarda aileden bilgi alınmasının yanı sıra kendileriyle yapılacak yapılandırılmış klinik görüşmelere, bilişsel süreçlerinin değerlendirilmesine, ayrıca onları yakından tanıyan öğretmenlerinin verecekleri bilgilere de gereksinim duyulmaktadır. Bu bilgiler konuyu daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır.

Bilindiği kadarıyla, bu çalışma otizmi olan çocukların kardeşleriyle yapılmış, geniş kapsamlı ölçekler kullanılarak kişilik ve davranış örüntülerini inceleyen ilk çalışmadır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda, denek sayısının daha geniş tutulması ve otizmin diğer alt gruplarının da katılması ile alana daha ayrıntılı bilgiler kazandırılacaktır.

TEŞEKKÜR

Bu araştırmada istatistiksel analizler konusunda titiz ve özverili yardımları nedeniyle Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Biyoistatistik Bölümünden Nazmiye Kurşun'a teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

Achenbach TM (1991) Manual for the Child Behaviour Checklist/4-18 and 1991 Profile. VT:University of Vermont, Burlington.

Akçakın M (1993) Normal eğitim gören otistik çocuklarla özel eğitim gören otistik çocukların karşılaştırıldığı bir izleme çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 29:3-9.

Akçakın M, Polat S, Kerimoğlu E (1993) Otistik ve zeka özürlü çocukların demografik ve doğumla ilgili özellikler yönünden karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi 1:39-46.

Akçakın M, Erden G (2001) Otizm tanısı konmuş çocukların anne ve babalarındaki ruhsal belirtiler. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 1:2-10.

Baird TD, August GJ (1985) Familial heterogeneity in infantile autism. J Autism Dev Disord 15:315-321.

Başaran F (1992) Psiko-Sosyal Gelişim: 7-11 Yaş Çocukları Üzerinde Yapılan Bir Araştırma. 2. Baskı. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.

Begun AI (1989) Sibling relationships involving developmentally disabled people. Am J Ment Retard 93:566-574.

Boyce GC, Barnett WS (1993) Siblings of persons with mental retardation. A historical perspective and recent findings. The Effects Of Mental Retardation, Disability And İllness On Sibling Relationships:Research Issues And Challenges içinde, Z Stoneman ve PW Berman (ed) Paul H Brooks, Baltimore MD., s:145-184.

Bristol MM, Schopler E (1983) Stress and coping in families of autistic adolescents. Autism In Adolescents And Adults içinde, E Schopler ve GB Mesibow (ed) Plenium Press, New York:251-276.

Cleveland DW, Miller N (1977) Attitudes and life commitments of older siblings of mentally retarded adults:An exploratory study. Ment Retard 15:38-41.

Damiani VB (1999) Responsibility and adjustment in siblings of children with disabilities: Update and review. J Contempor Hum Ser 80(1):1999.

Dyson L, Fewell RF (1989) A comparison of self concept of siblings of handicapped and nonhandicapped children. J Early Inter 13:230-238.

Ehly SW, Reimers TM, Keith TZ ve ark.(1986) Personality inventory for children-short form:useful for educational screening? J Psychoeduc Assess 4(3):203-210.

Eisenberg L, Baker BL (1998) Siblings of children with mental retardation living at home or in residential placement. J Child Psychol Psychiatry 39(3):355-363.

Erden G (1995) Çocuklar için kişilik ölçeği: Türk çocukları için uyarlama ve standardizasyon çalışması (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

Erol N, Aslan L, Akçakın M (1995) The Adaptation And Standardization Of The Child Behaviour Checklist Among 6-18 Year Old Turkish Children. Eunethydis Europion Approaches to Hyperkinetic Disorder içinde, J Sergeant (Eds) Fotorotar Egg, Amsterdam.

Ferrari M (1984) Chronic illness:psychosocial effects on siblings-1.Chronically ill boys. J Child Psychol Psychiatry 25:459-479.

Fombonne E, Bolton P, Prior J ve ark.(1997) A family study of autism:cognitive patterns and levels in parents and siblings. J Child Psychol Psychiatry 3(6):667-683.

Fisman S, Wolf L, Ellison D ve ark. (2000) A longitudinal study of siblings of children with chronic disabilities. Can J Psychiat 45(4): 369-375.

Gillberg C, Gillberg IC, Steffenburg S (1992) Siblings and parents of the children with autism. Dev Med Child Neurol 34: 389-398.

Glasberg BA (2000) The development of siblings' understanding of autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord 30(2): 143-156.

Glasberg BA, Belchic JK (1996) Creating a discussion group for siblings of children with developmental disabilities. Program presented at the meeting of the New Jersey Center for Outreach and Services for the Autistic Community, East Brunswick, NJ.

Gold N (1993) Depression and social adjustment in siblings of boys with Autism. J Autism Dev Disord 23(1):147-163.

Güvenç B (1994). İnsan ve Kültür. Remzi Kitabevi, İstanbul.

Harris SL (1982) A family systems approach to behavioral training with parents of autistic children. Child Family Behav Therapy 4: 21-35.

Harris SL (1994) Siblings Of Children With Autism. A Guide For Families. Woodbine House, Bethesda, MD.

Howlin P (1988) Living with impairment.The effects on children of having an autistic sibling. Child Care Health and Development 14:395-408.

Hughes C, Plumet MH, Leboyer M (1999) Towards a cognitive phenotype for autism: increased prevalance of executive dysfunction and superior spatial span amongst siblings of children with autism. J Child Psychol Psychiatry 40(5):705-718.

Itskowitz J (1980) Siblings' perceptions of their needs for programs, services and support:A national study. Sibling Information Network Newsletter 7:1-4.

Kline RB, Maltz A, Lachar D ve ark. (1987) Differentiation of infantile autistic, child onset pervasive developmental disorder and mentally retarded children with the personality inventory for children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 26(6):839-843.

Kobayashi R, Murata T (1998) Behavioral characteristics of 187 young adults with autism. Psych Clin Neuroscien 52:383-390.

Lachar D (1990) Multidimensional Description of Personality. Western Psychological Services, Los Angeles.

Lachar D (1987) Respondent psychopathology and interpretive accuracy of the personality inventory for children: the evaluation of a "most reasonable" assumption. J Person Assess 51(2):165-177.

Lachar D, Gdowski CL, Snyder DK (1982) Broadband dimensions of psychopathology: Factor scales for the personality inventory for children. J Consult Clin Psychol 50:632-642.

Lobato D (1983) Siblings of handicapped children: a review. J Autism Dev Disord 13:347-364.

Lobato D, Faust D, Spirito A (1988) Examining the effects of chronic disease and disability on children's sibling relationships. J Pediat Psychol 13: 389-407.

Mates TE (1990) Siblings of autistic children: their adjustment and performance at home and in school. J Autism Dev Disord 20:545-553.

Mc Hale SM, Pawletko (1992) Differential treatment of siblings in two family contexts. Child Dev 63:68-81.

Machale SM, Sloan J, Simeonsson RJ (1986) Siblings relationships of children with autistic, mentally retarded and nonhandicapped brothers and sisters. J Autism Dev Disord 16:399-413.

Meyer DJ (1993) Lessons learned:cognitive coping strategies of overlooked family members. Cognitive Coping, Families and Disability içinde, AP Turnbull, JM Patterson, SK Behr, Dl Murphy, JG Marguis ve MJ Blue-Banning (Eds): Paul H Brooks Baltimore MD:81-94.

Morgan SB(1988) The autistic child and family functioning: a developmental family systems perspective. J Autism Dev Disord 13: 263-280.

Ozonoff S, Rogers SJ, Farnham JM ve ark. (1993) Can standart measures identify subclinical markers of autism. J Autism Dev Disord 23: 429-441.

Powell TH, Galagher PA (1993) Brothers and Sisters: A Special Part of Exeptional Families (2.eds) Paul H Brooks Baltimore MD.

Rodrigue JR, Geffken G, Morgan SB (1994) Perceived competence and behavioral adjustment of siblings of children with autism. J Autism Dev Disord 23:665-674.Rutter M, Bailey A, Bolton P ve ark. (1993) Autism: syndrom definition and possible genetic mechanism. Nature, Nurture and Pschology içinde, R Plomin ve GE McLearn (ed): American Psychological Association Press, Washington, DC.

Wilson J, Blacher J, Baker BL (1989) Siblings of children with severe handicaps. Ment Retard 27:167-173.

Wirt RD, Lachar D, Klinedinst JK ve ark.(1977). Multidimensional Description of Child Personality. Western Psychological Services, Los Angeles.

İÇ GÖÇ YAŞAYAN BİR GRUP LİSE ÖĞRENCİSİNDE RUHSAL BELİRTİ ŞİDDETİNİN CİNSİYET İLE İLİŞKİSİ

Şakir Özen*, Saliha Antar*, Ömer Özbulut**,
Abdurrahman Altındağ***, Remzi Oto****

ÖZET

Amaç: *Aileleriyle birlikte Diyarbakır il merkezine göç eden bir grup lise öğrencisinde ruhsal belirtilerin cinsiyet ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.* ***Yöntem:*** *Çalışma Mart 1999'da Diyarbakır'ın yoğun göç alan bir semtindeki bir lisede yapıldı. Son 10 yıl içinde göç yaşayan 111 öğrenci (32 kız, 79 erkek) çalışma grubunu oluşturdu. Kontrol grubu olarak aynı sınıflardan 145 öğrenci (52 kız, 93 erkek) alındı. Tüm öğrencilere SCL-90-R, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) ve Sosyodemografik Bilgi Formu verildi.* ***Bulgular:*** *Öğrencilerin %65'i kendi istekleriyle göç ettiklerini bildirdi. Erkeklerin %38'i, kızların %28'i zorunlu göç bildirdi. Göç yaşayan kız öğrencilerin SKÖ puan ortalamaları: göç yaşayan erkek öğrencilerinkinden anlamlı derecede yüksekti. Çalışma ve kontrol grubu kızların diğer ölçek puanları arasındaki fark anlamlı değildi. Göç yaşayan erkeklerde BDE dışındaki ölçeklerin puan ortalamaları göç etmeyen erkeklerden yüksek bulundu. Zorunlu göç yaşantısının kızlarda; öfke-düşmanlık ve psikotisizm, erkeklerde; genelleşmiş anksiyete, obsesif-kompulsif, kişilerarası ilişkilerde duyarlılık ve psikotisizm belirtilerinde artışa neden olduğu saptandı.* ***Tartışma:*** *Dört grupta da anksiyete ve depresyon puanlarının oldukça yüksek olması, bölgemizde son yıllarda yaşanan sosyal huzursuzluklardan bütün öğrencilerin etkilenmiş olabileceğini düşündürmüştür. Her iki gruptaki kızların genelleşmiş anksiyete düzeyleri erkeklerden yüksektir. Zorunlu göç yaşantısı cinsiyete göre farklı belirtilere neden olabilmektedir. Göç yaşayan erkek öğrencilerin psikososyal yardıma daha fazla gereksinimleri olduğu söylenebilir.*

Anahtar sözcükler: *Göç, öğrenci, cinsiyet, ruhsal belirtiler.*

SUMMARY: THE SEVERITY OF PSYCHIATRIC SYMPTOMS AND GENDER RELATIONSHIP IN A GROUP OF HIGH SCHOOL STUDENTS WHO WERE EXPOSED TO MIGRATION

Objective: *To investigate the relationship between the severity of psychiatric symptoms and gender in a group of high school students who were migrated to Diyarbakır with their families.* ***Method:*** *The study was conducted at a high school located in a district of Diyarbakır where students were exposed to severe migration, in March 1999. The study group was consisted of 111 students (32 female, 79 male) who had migrated in the last 10 years and 145 students (52 female, 93 male) from the same classes were constituted the control group. SCL-90-R, Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory-2 (STAI-2), and a demographic information form were applied to all students.* ***Results:*** *About 65% of students reported willingly migration, 38% of boys and 28% of girls reported forced migration. Mean STAI-2 points of girls were higher than those of boys, who were exposed to migration. There was no difference between the study group and the control group with regard to the test results of girls. The overall means of inventory points, except BDI, were higher in the migrated boys than those of boys who did not migrated. It was established that forced migration caused an increase in anger and hostility and psychoticism symptoms in the migrated girls; and an increase in generalized anxiety, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity and psychoticism symptoms in the migrated boys.* ***Discussion:*** *High anxiety and depression points in all four groups were considered that all students may affected by social problems which occurred in our region in the last two decades. The generalized anxiety points of girls in both groups were higher than those of boys. Forced migration may cause different symptoms in males and females. It may be proposed that male students need more psychosocial support than female students.*

Key words: *Migration, student, gender, psychiatric symptoms*

* *Yrd. Doç. Dr., Dicle Üniv.Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Diyarbakır.*

** *Uzm. Dr., Dicle Üniv.Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Diyarbakır.*

*** *Arş. Gör. Dr., Dicle Üniv.Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Diyarbakır.*

**** *Prof. Dr., Dicle Üniv.Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Diyarbakır.*

GİRİŞ

Çok çeşitli nedenleri ve sonuçları olan göç olayı, tarih boyunca insanların ve toplumların en önemli yaşantılarından biri olagelmiştir. Ülke-

mizde iç ve dış göçün sık yaşandığı söylenebilir. Ülkemizin birçok yerinden kalkan insanımız değişik zaman dilimlerinde daha çok ekonomik nedenlerle, komşu ülkeler ve Avrupa ülkeleri başta olmak üzere, dünyanın bir çok ülkesine göç etmiştir. Kırsal kesimden şehirlerimize göç ise, daha önceki yıllarda da olmakla birlikte, son 50 yılda hızlanmıştır. Cumhuriyet'in ilk yıllarında kentlerimizdeki nüfus oranı %25 iken, 1990'larda %60'lara yükselmiştir (Gökçen 1997).

Güneydoğu Anadolu Bölgesi son yıllarda iç göçün en yoğun yaşandığı bölgelerden biridir. Özellikle; kırsal kesimdeki hızlı nüfus artışı, terör olayları, terörü önleme çabalarıyla ilişkili olarak zorunlu göçe tabi tutulma, can güvenliğinin azalması, tarım-hayvancılık ve komşu ülkelerle sınır ticaretinin azalması gibi nedenler insanların bölgemizdeki şehirlere ya da diğer bölgelerdeki büyük şehirlere göç etmesinde rol oynayan önemli etkenlerdendir.

Göç yaşayan ailelerde ve bireylerde bir çok psikiyatrik sorun ortaya çıktığı, özellikle; depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve uyum bozukluklarının sık görüldüğü belirtilmiştir (Golding ve Burnam 1990, Kara ve ark.1996, Ponizovsky ve Ritsner 1999, Sır ve ark.1998, Ziyalar 1999). Göç nedeninin kişilerin kendi istekleri dışındaki sebeplerle ilişkili olmasının psikolojik sorunları artırdığı bildirilmektedir (El Habir ve ark. 1994, Kara ve ark.1996, Sır ve ark.1998). Ayrıca çeşitli çalışmalarda (Balcıoğlu 1997, Kızılçelik 1999, Ziyalar 1999) göç öncesi oturma yeri ile yeni yerin sosyal ve kültürel farklılığındaki fazlalığın psikolojik sorunları artırdığına da değinilmiştir.

Çocuklar ve gençler ruhsal sorunların görülme sıklığı ve sürekliliği bakımından önemli risk gruplarından biridir (Balcıoğlu 1997, Goodenow ve Espin 1993, Hertz 1993, Hovey ve King 1996, Howard ve Hodes 2000, McKelvey ve ark.1992). Çünkü, bu yaş grubunun kişilik gelişiminin önemli evrelerinde sosyal, kültürel, fiziksel çevrelerinde ve ekonomik durumlarında önemli değişiklikler olmaktadır. Eşzamanlı olarak annebabalar da bazı zorluklar yaşamakta ve bu durum çocuklarıyla iletişim tarzını etkileyebilmektedir. Bu sürecin sağlıklı şekilde atlatılması ve olumlu yeni kazanımlar edinilmesi çoğu kişi için istenen seviyelerde gerçekleşememektedir.

Ergen yaş grubunun başlıca özellikleri arasında; beden gelişiminin hızla devam etmesi, sekonder cinsel karakterlerin belirginleşmesi, cinsel ilgi ve dürtü artışı, meslek seçimi ve toplumsal statünün tam olarak netleşmemesi, aileye bağımlılığın sürmesi ve benliğin henüz tam olgunlaşmamış olmasını sayabiliriz. Bu dönemde çeşitli stres etkenleri cinsiyete göre farklı sorunlara yol açabilmektedir (El Habir ve ark.1994, Oto 1991). Bunda biyolojik farklılıkların etkisinin yanında, gencin ailesinin ve içinde yaşadığı toplumun kadın ve erkek rollerine ilişkin kültürel kabulleniş-lerinin ve beklentilerinin de önemli bir etkisi vardır (Demir 1999, Kızılçelik 1999).

Bölgemizdeki il ve ilçelerde oturan aileler bazen ekonomik, bazen çevresel, bazen de kültürel nedenlerden dolayı okuma çağındaki çocuklarının bir kısmını hiç okula göndermemektedir. Okula gönderilmeyen çocukların çoğunu kızlar oluşturmaktadır. Son yıllarda aradaki fark azalmakla birlikte kızların lise ve üniversite düzeyinde okula gönderilme oranları hala erkeklerden azdır. Bu konuda, Oto'nun (1991) Diyarbakır'daki 7 genel lisenin öğrencileriyle yaptığı bir çalışmada kız öğrenci oranının yaklaşık %26 dolayında olması bize kabaca bir fikir vermektedir.

Oto'nun sözü edilen çalışmasında (1991) GSİ (SCL-90-R Genel Semptom İndeksi) kızlar için=0.89±0.38, erkekler için=1.05±0.51 bulunmuş ve aradaki fark anlamlı çıkmıştır ($p<0.01$). Bu çalışmada somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete ve paranoid düşünce kızlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kırpınar'ın (1992) SCL-90-R ile lise düzeyi öğrencilerle Erzurum'da yaptığı çalışmada GSİ kızlar için=0.85, erkekler için=0.76 bulunmuştur.

Kent merkezlerinde daha az olmakla birlikte, bölgemizde geleneksel geniş aile yapısının canlılığını koruduğu söylenebilir. Bu aile yapılarında akrabalık ilişkileri baba soyuna dayalıdır. Yaşlıların gençlere, erkeklerin kadınlara egemenliği belirgindir. Bu ailelerde erkeğin iş gücü üretecek

olması, güçlülük göstergesi sayılması, sosyal güvence kaynağı sayılması, soyun devamını sağlayacak kişi olarak görülmesi vb. nedenlerden dolayı erkek çocuğa sahip olmak şiddetli bir arzudur (Demir 1999, Kızılçelik 1999).

Bu çalışmada; son yıllarda ciddi boyutta sosyal sıkıntıların yaşandığı, sosyokültürel değerleri ve cinsiyetin sosyal rolleri ile ilgili kabullenişleri ülkemizin diğer bölgelerinden farklı olan Diyarbakır'da lise öğrencilerinin ruhsal belirtilerinin göç yaşantısı ve cinsiyet ile ilişkisini araştırmayı amaçladık. Bu amaçla son 10 yıl içinde çeşitli nedenlerle aileleriyle birlikte Diyarbakır il merkezine göç eden bir grup lise öğrencisi çalışma grubu olarak seçildi. Aynı sınıflarda okuyan ve son 10 yıl içinde göç yaşantısı bildirmeyen bir grup öğrenci de kontrol grubunu oluşturdu.

YÖNTEM

Denekler

Bu çalışma; Mart 1999'da Diyarbakır'ın yoğun göç alan mahallelerinden birindeki bir lisenin 2. ve 3. sınıf öğrencilerinin bir kısmıyla yapıldı. Önce okul yönetimi ile iletişim sağlanıp çalışma hakkında bilgi verildi ve izin alındı. Çalışma yapılan lise Diyarbakır'ın yoğun göç alan ve son yıllarda hızla büyüyen bir semtinde bulunmaktadır. Okulun yaklaşık 1560 öğrencisi vardır. Lise 2'ler 460, Lise 3'lerse 480 kadardır ve her biri 9'ar sınıfta (şube) öğrenim görmektedirler. Lise 2'lerden üç ve Lise 3'lerden üç, toplam 6 sınıf basit rasgele örnekleme yöntemiyle seçilip çalışma kapsamına alındı. Bu 6 sınıftaki öğrencilerin tümüne konu hakkında genel bilgiler verilerek katılımları sağlandı. 111 göç yaşayan öğrenci (32 kız, 79 erkek) çalışma grubunu oluşturdu. Kontrol grubu ise; son 10 yıl içinde göç yaşamamış, benzer sosyodemografik özelliklere sahip aynı sınıftaki diğer öğrencilerinden oluştu ve bunlar 52'si kız, 93'ü erkek toplam 145 kişiydi. Fakültemizin Psikiyatri Anabilim Dalı asistanları tarafından öğrencilere ölçekler ve kişisel bilgi formu hakkında açıklama yapıldı. Doldurulan formlardaki kişisel bilgilerin gizliliği konusunda güvence verilerek, kendilerinin psişik sorunlarına yardımcı olmak istediğimiz anlatıldı ve mümkün olduğunca kendilerini en iyi ifade eden cümleleri işaretlemeleri söylendi. Doldurma esnasında öğrencilerin etkileşimini önlemek için okulun boş sınıflarından yararlanılarak her sıraya bir kişi oturtuldu. Form ve ölçeklerin doldurulması 30-50 dakika içinde gerçekleşti.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu

Yazarlar tarafından hazırlanan bu formda sosyodemografik özelliklerin yanı sıra göç ve okulla ilgili sorular vardır.

Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

Ölçek, Derogatis tarafından geliştirilmiş ve Türkiye'de bir çok araştırmada kullanılmıştır. Kişinin son bir aylık yaşamını göz önüne alarak doldurduğu bir özbildirim ölçeğidir. Ölçek, her biri ruhsal ya da bedensel bir belirtiyi işaret eden 90 maddeden oluşmaktadır. Yakınmaların şiddeti, 0 ile 4 puan arasında değişebilmektedir. Madde sayısı 6 ile 13 arasında değişen 10 alt ölçeğe sahiptir. Alt ölçek puanları; o boyutu içeren maddelerden alınan puanların toplamının o boyutu oluşturan madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. İşaretlenen tüm maddelerin puanlarının toplamının madde sayısına bölümü Global Semptom İndeksi'ni (GSİ) verir. Alt ölçekler ya da GSİ'nin ortalama puanları yakınma şiddetine göre 0-4 arasında değişebilir ve puanların 1'in üzerinde olmasıyla ruhsal belirti düzeylerinin patolojik olduğunun söylenebileceği bildirilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Kılıç ve Dağ tarafından yapılmıştır (Dağ 1991)

Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Ölçekte dörtlü cümle grupları halinde 21 adet paragraf vardır. Kişilerden, son bir haftayı kriter olarak almaları ve kendilerine uyan cümleyi işaretlemeleri istenir. Toplam puan 0-63 arasında değişebilir. Poliklinik çalışmalarında, 17 ve üstündeki BDÖ puanlarının tedavi gerektirebilecek depresyonu %90'nın üzerinde bir doğrulukla ayırt ettiği belirtilmiştir. Ölçek tarama amacıyla kullanıldığında, kesme puanı olarak, normal gruplarda 13, klinik örneklemlerde 21'in kullanı-

labileceği belirtilmiştir. Üniversite öğrencilerinden oluşan örneklemlerde kesme puanı genellikle daha düşük (7 ile 9 arasında) bulunmuştur (Savaşır ve Şahin 1997).

Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ)

Spielberger tarafından durumluk ve sürekli anksiyeteyi ölçmek için 20'şer soruluk 2 ölçek geliştirilmiştir. Biz sürekli anksiyeteyi ölçmek amacıyla hazırlanan ikinci ölçeği kullandık. Ölçekten en düşük 20, en yüksek 80 puan alınabilir. Orta ve lise öğrencilerinin normal koşullardaki SKÖ puan ortalaması yaklaşık 40 bulunmuştur. SKÖ'nde kişinin kendini genellikle nasıl hissettiği araştırılır. Kişi ifade edilen duygu ve davranışları sıklık derecesine göre "1- hemen hiçbir zaman, 2- bazen, 3- çok zaman, 4- hemen her zaman" şeklinde derecelendirir (Öner ve Le Compte 1998).

İşlem

İstatistikler SPSS programı 7.5 versiyonu ile yapıldı. Sosyodemografik özellikler için frekanslar ve yüzdeler belirlendi. Bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında; parametrik dağılımlarda "Bağımsız Örnekler İçin t Testi" nonparametrik dağılımlarda "Mann Whitney U testi" kullanıldı.

BULGULAR

Toplam 256 (84 kız, 172 erkek) öğrenci değerlendirmeye alındı. Bu rakamlar okuldaki toplam kız ve erkek öğrencilerin oranları hakkında da kabaca bilgi vermekte ve kızların azlığı belirgin şekilde görülmektedir. Çalışma grubu; son 10 yıl içinde aileleriyle birlikte Diyarbakır'a göç eden 32 kız (%29), 79 erkek (%71), toplam 111 öğrenciden oluştu. Kontrol grubu ise; aynı sınıflarda eğitim gören, son 10 yıl içinde göç yaşamamış ve benzer sosyodemografik özelliklere sahip 52 kız (%36), 93 erkek (%64), toplam 145 öğrenciden oluştu. Çalışma grubu kızların yaş ortalaması 16.0±0.8, kontrol grubu kızların yaş ortalaması 16.3±0.7 çalışma grubu erkeklerin yaş ortalaması 16.3±1.1, kontrol grubu erkeklerin yaş ortalaması 16.8±0.9 bulundu.

Göç öncesi oturma yeri incelendiğinde; kız öğrencilerin yaklaşık %44'ü köyde, %44'ü ilçede oturduğunu belirtmiştir. Erkek öğrencilerin yaklaşık %50'si köyde, %40'ı ilçede oturduğunu bildirmiştir. Göç nedeni olarak; kızların %28'i (9 kişi), erkeklerin %38'i (30 kişi) zorunlu göçü bildirmiştir. Zorunlu göç ve önceki oturma yeri birlikte incelendiğinde, köyden geldiğini söyleyen 21 (%27) erkek öğrenci en büyük grubu oluşturmuştur. Ayrıntılar Tablo 1'de görülmektedir.

Çalışma grubu kızlarda ölçeklerin puan ortalamaları (SKÖ_ 50.1±9.2, BDE_ 21.4±10.7, GSI_ 1.15±0.60) kontrol grubu kızlarınkinden (SKÖ_46.7±11.3, BDE_ 22.0±11.8, GSI_ 1.0±0.6) yüksek olmakla birlikte aralarında istatistiksel anlamlılık saptanmadı.

Çalışma grubu erkeklerde ölçek puanları (SKÖ_ 46.2±8.8, BDE_ 18.8±10.1, GSI_ 1.1±0.6) bulundu. Kontrol grubu erkeklerde (SKÖ_ 43.6±8.5, BDE_ 18.2±11.0, GSI_ 0.7±0.4) bulundu. İki grubun karşılaştırılmasında; SKÖ (t=1.984, p= 0.049),

Tablo 1: Kız ve erkek öğrencilerin göç öncesi oturma yerleri ve nedenleri

	ÖNCEKİ OTURMA YERİ		GÖÇ NEDENİ	
		Sayı (%)	Zorunlu-güvenlik (n:39)	Kendi isteği (n:72)
Kız (n:32)	Köy	14 (43.7)	4 (%12.5)	10 (%31.2)
	İlçe	14 (43.7)	4 (%12.5)	10 (%31.2)
	İl	4(12.5)	1 (%3.1)	3 (%9.4)
Erkek (n:79)	Köy	39 (49.4)	21 (%26.6)	18 (%22.8)
	İlç	32 (40.5)	7 (%8.8)	25 (%31.6)
	İl	8 (10.1)	2 (%2.5)	6 (%7.6)

GSI (t=4.581, p= 0.000) ve SCL'nin alt ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlılık saptandı (Tablo 2).

Göç yaşayan kız öğrencilerin SKÖ puan ortalaması (50.1±9.2) bulunurken, göç yaşayan erkek öğrencilerin SKÖ puan ortalaması (46.2±8.8) bulundu. Aradaki fark anlamlıydı (t=2.073, p=0.041), fakat diğer ölçeklerin puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı.

Göç nedeni olarak zorunlu göçü bildirenlerle kendi isteği ile göç bildirenlerin BDE hariç diğer ölçek puanları arasında anlamlı fark saptandı. Zorunlu göç yaşayanların; SKÖ_ 51.1±8.9, GSİ_ 1.3±0.6 bulundu. Kendi isteğiyle göç edenlerin; *SKÖ_ 45.8±8.8, GSİ_ 0.9±0.5 bulundu ve aradaki* fark anlamlıydı (t=2.474, p=0.015; t=3.018, p=0.003, sırasıyla). Kız ve erkek öğrencilerin göç nedenlerine göre kendi aralarında ayrı ayrı incelenmesinde de bazı farklılıklar saptandı. Zorunlu göç yaşayan kızların öfke/düşmanlık ve psikotisizm puanları kendi isteğiyle göç edenlerden yüksekti (U=48.5, p=0.021; U=54.0, p=0.038, sırasıyla). Zorunlu göç yaşayan erkeklerin SKÖ, obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlılık, psikotisizm ve GSİ puan ortalamaları kendi isteğiyle göç edenlerden yüksekti (t=2.449, p=0.017; t=2.806, p=0.006; t=2.059, p=0.043; t=2.657, p=0.010; t=2.454, p=0.016, sırasıyla) (Tablo 3).

Tablo 2: Ölçek puan ortalamaları bakımından kızların kızlarla, erkeklerin erkeklerle karşılaştırılması

	Çalışma gr. kız	Çalışma gr. kız	t	P	Çalışma gr. erkek	Çalışma gr. erkek	t	P
Sürekli Kaygı Ölçeği	5.01±9.2*	46.7±11.3	1.427	0.1	46.2±8.8	43.6±8.5	1.984	0.049
Beck Depr. Envanteri	21.4±10.7	22.0±11.8	-0.258	0.7	18.8±0.1	18.2±11.0	0.353	0.7
SCL-somatizasyon	1.02±0.68	0.99±0.74	0.222	0.8	1.08±0.67	0.71±0.57	3.864	0.000
SCL-obsesif kompulsif	1.45±0.58	1.34±0.66	0.808	0.4	1.32±0.68	1.03±0.55	2.979	0.003
SCL-kişilerarası duyarlılık	1.40±0.82	1.11±0.79	1.640	0.1	1.34±0.79	0.99±0.74	2.958	0.004
SCL-depresyon	1.27±0.77	1.15±0.78	0.676	0.5	1.13±0.77	0.76±0.59	3.574	0.000
SCL-anksiyete	1.05±0.71	0.97±0.67	0.544	0.5	1.11±0.75	0.68±0.52	4.394	0.000
SCL-öfke/düşmanlık	1.16±0.88	1.07±0.82	0.458	0.6	1.10±0.96	0.79±0.75	2.359	0.019
SCL-fobik anksiyete	0.82±0.62	0.73±0.61	0.689	0.4	0.81±0.70	0.52±0.44	3.326	0.001
SCL-paranoid düşünceler	1.32±0.75	1.15±0.86	0.932	0.3	1.07±0.74	0.87±0.54	2.120	0.035
SCL-psikotisizm	1.18±1.59	0.84±0.66	0.548	0.5	0.93±0.62	0.70±0.50	2.749	0.007
SCL-ek skalalar	1.29±0.57	1.15±0.88	0.858	0.3	1.11±0.66	0.97±0.66	1.476	0.1
SCL-GSİ	1.15±0.60	1.02±0.62	0.928	0.3	1.11±0.62	0.74±0.45	4.581	0.000

ortalama±standart sapma

Tablo 3: Göç nedenlerine göre kız ve erkek öğrencilerin ölçek puan ortalamalarındaki farklılıklar

		ZORUNLU GÜVENLİK	KENDİ İSTEĞİ		
		Medyan (minimum-max)	Medyan (minimum-max)	U	p
KIZ	SCL-öfke/düşmanlık	1.33 (0.83-3.30)	0.67 (0.00-2.33)	48.5	0.021
	SCL-psikotisizm	1.10 (0.30-2.60)	0.60 (0.00-2.20)	54.0	0.038
		Ortalama±s.sapma	Ortalama±s.sapma	t	P
ERKEK	Sürekli Kaygı Ölçeği	49.2±9.1	44.3±8.2	2.449	0.017
	SCL-obsesif kompulsif	1.58±0.73	1.15±0.61	2.806	0.006
	SCL-kişilerarası duyarlılık	1.57±0.85	1.20±0.73	2.059	0.043
	SCL-psikotisizm	1.16±0.68	0.79±0.54	2.657	0.010
	SCL-GSİ	1.32±0.70	0.98±0.53	2.454	0.016

TARTIŞMA

Hem çalışma grubunda hem de kontrol grubunda anksiyete ve depresyon puanlarının bir hayli yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumu bölgemizde son yıllarda yaşanan sosyal huzursuzluklardan (Kara ve ark. 1996, Sır ve ark. 1998) bütün öğrencilerin olumsuz yönde etkilenmesi şeklinde yorumlamaktayız. Bilindiği gibi, terör ve terörü önleme çabalarından dolayı bölgemizde yaklaşık 20 yıldır olağanüstü yaşam koşulları hüküm sürmektedir. Neredeyse hepsi bu zaman dilimi içinde doğup büyüyen öğrencilerin doğrudan ya da dolaylı olarak bu koşullardan etkilenmiş olabileceğini düşünmekteyiz. Bu görüşün desteklenmesi için Türkiye'nin başka bölgelerindeki öğrencilerle karşılaştırmalı çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Bir çalışmada (El Habir ve ark.1994), ailelerinin savaş bölgelerinden kaçması sonucu mülteci konumunda Avustralya'da yaşayan Lübnanlı öğrencilerin ruhsal sorunlarının; ekonomik nedenlerle göç edenlerden ya da göç yaşamayan öğrencilerden oldukça fazla olduğu bulunmuştur. Bu sorunlardan özellikle genelleşmiş anksiyetenin belirgin olduğu söylenmiştir. Yine aynı çalışmada; göç yaşayan kızların erkeklerden daha sıkı çalıştıkları, daha çok öğrendikleri, sınıfta daha dikkatli davrandıkları rapor edilmiştir. Çalışma grubu öğrencilerimiz söz konusu çalışmadaki gibi bir dış göç yaşamadıkları halde, sonuçlarımız arasında bazı paralellikler görülmektedir. Çalışmamızda göç yaşayan öğrencilerin SKÖ ve SCL-90-R puanları daha yüksek çıkmıştır. Gruplara ait semptomlardaki farklılaşma göç öncesi yaşanan bir takım sıkıntılarla ilişkili olabileceği gibi, ailenin diğer bireyleriyle beraber göç sonrası karşılaştıkları çevreye uyum zorlukları, ekonomik sıkıntılar ve diğer zorluklarla da (Hertz 1993, Howard ve Hodes 2000) ilişkili olabilir. Her iki grupta kızların SKÖ puanlarının erkeklerden yüksek bulunması, bölgemizdeki kız öğrencilerin genelleşmiş anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bunun sebepleri arasında; kızların kişilik özelliklerinin de etkisiyle üzüntü verici yaşantılar ve uyum zorlukları karşısında anksiyeteye daha yatkın olmaları (Silove ve ark. 1997) ve bölgemizde kızların okula gitmeleriyle ilgili aile ve sosyal destek azlığının getirdiği ek zorluklar gibi nedenleri sayabiliriz.

İkili karşılaştırmalarda, her iki gruptaki kızların ölçek puanları arasında istatistiksel farklılık saptanmazken, her iki gruptaki erkeklerin ölçek puanları arasında farklılık saptanmıştır. Bu durum; göç yaşayan erkek öğrencilerin psikiyatrik yardıma en fazla gereksinim duyan sosyal gruplardan biri olduğu kanısını uyandırmaktadır.

Çeşitli nedenlerden dolayı göçten önceki ve göçten sonraki yerleşim biriminde kadın ve erkeğin sosyal rollerinde bazı değişiklikler olabilmektedir. Bu değişikliğe adaptasyon hızı bireyde, yakın çevresinde ve toplumda farklı olabilmektedir. Aradaki fark büyüdükçe bireylere uygun psişik semptomların belirmeye başlaması hızlanacak ve şiddetlenecektir. Goodenow ve Espin (1993) tarafından yapılan bir çalışmada belirtildiği gibi, bu süreçte kızlarda daha fazla olmak üzere tüm gençlerde; bazen kimlik karmaşası, rol krizi ya da yakınlarıyla kuşak çatışması gibi istenmeyen sonuçlar da ortaya çıkabilmektedir. Diyarbakır bölgenin en büyük şehridir ve göç eden öğrencilerin az ya da çok uyum zorluğu yaşadığı söylenebilir.

Diyarbakırda'ki 7 genel lisenin öğrencileriyle yapılan bir çalışmada (Oto 1991) GSİ kızlar için=0.89, erkekler için=1.05 bulunmuş ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir. Kırpınar'ın (1992) Erzurum'da Kız Meslek Lisesi ve Yetiştirme Yurdu öğrencileriyle yaptığı çalışmada GSİ kızlar için=0.85, erkekler için=0.76 bulunmuştur. Biz GSİ'ni çalışma grubu kızlar için=1.15, erkekler için=1.11, kontrol grubu kızlar için=1.02, erkekler için=0.74 bulduk. Çalışma grubumuzdaki hem kız hem de erkek öğrencilerin puanlarının önceki her iki çalışmadan yüksek olması, göç yaşantısının ve sonraki sürecin her iki grup öğrencinin ruhsal yakınmalarının artışına katkı yaptığını düşündürmektedir.

Bulgularımız zorunlu göçe maruz kalan ergenlerin cinsiyetlerine göre farklı belirtiler gösterebileceğine işaret etmektedir. Kızlarda; öfke-düş-

manlık belirtilerinde ve psikotik yakınmalarda artış olacağı, erkeklerde ise; genelleşmiş anksiyete, obsesif-kompulsif yakınmalar, kişilerarası ilişkilerde duyarlılık ve psikotik yakınmalarda artış olacağı söylenebilir.

KAYNAKLAR

Balcıoğlu İ (1997) Çevre, kültür, sağlık ve barış. Yeni Symposium 35(2-3):58-60.

Dağ İ (1991) Belirti Tarama listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenirliği ve geçerliliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2(1):5-12.

Demir Ü (1999) Kadının toplumsal statüsü. Sağlık ve Toplum 9(2):12-16.

Golding JM, Burnam MA (1990) Immigration, stress, and depressive symptoms in a Mexican-American community. J Nerv Ment Dis 178(3):161-171.

Goodenow C, Espin OM (1993) Identity choices in immigrant adolescent females. Adolescence 28(109):173-184.

Gökçen B (1997) Toplum ve göç. Ulusal Sosyoloji Kongresi Özetleri. Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara: 81-82.

El Habir E, Marriage K, Littlefield L, Pratt K (1994) Teachers' perceptions of maladaptive behaviour in Lebanese refugee children. Aust NZS Psychiatry 28(1):100-105.

Hertz DG (1993) Bio-psycho-social consequences of migration stress: a multidimensional approach. Isr J Psychiatry Relat Sci 30(4):204-212.

Hovey JD, King CA (1996) Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among immigrant and second-generation latino adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35(9):1183-1192.

Howard M, Hodes M (2000) Psychopathology, adversity, and service utilization of young refugees. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39(3):368-377.

Kara H, Ağargün MY, Akman N (1996) Güvenlik nedeniyle kırsal bölgelerden van şehir merkezine göç etmek zorunda kalan göçmenlerde depresyon yaygınlığı. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 13(2):1-6.

Kırpınar İ (1992) Erzurum yetiştirme yurdu'nda kalan gençlerde ruhsal belirti dağılımı. Türk Psikiyatri Dergisi 3(4):265-268.

Kızılçelik S (1999) Türkiye'de kırsal ve kentsel kesimi sosyolojik düşünmek. Cumhuriyet Ün. Fen Ede. Fak. Sosyal Bilimler Dergisi 22-23:121-138.

McKelvey RS, Mao AR, Webb JA (1992) A risk profile predicting psychological distress in Vietnamese Amerasian youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 31(5):911-915.

Oto R (1991) Lise öğrencilerinde psişik belirti dağılımı. Dicle Tıp Bülteni 18:164-171.

Öner N, Le Compte A (1998) Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İkinci basım, İstanbul.

Ponizovsky AM, Ritsner MS (1999) Suicide ideation among recent immigrants to israel from the former soviet union: an epidemiological survey of prevalence and risk factors. Suicide Life Threat Behav 29(4):376-392.

Savaşır I, Şahin NH (1997) Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara s:23-38.

Sır A, Bayram Y, Özkan M (1998) Zorunlu iç göç yaşamış bir grupta travma sonrası stres bozukluğu üzerine bir ön çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 9(3):173-180.

Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z (1997) Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: assocations with pre-migration trauma and post-migration stressors. Br J Psychiatry 170:351-357.

Ziyalar A (1999) Sosyal Psikiyatri. Yüce Yayım, İstanbul: 59-64, 136-142.

ERGENLERDE BEYİN GELİŞİMİ

Banu Anlar*

ÖZET

Ergenlik döneminde beyin yapı ve işleyiş açısından birtakım değişimlerden geçmektedir. Bunları görüntüleme yöntemleri ile morfolojik olarak, metabolik aktiviteyi gösteren belirteçlerle ve elektrofizyolojik yöntemlerle de işlevsel olarak değerlendirmek mümkündür. Bu yazıda bu yöntemlerle elde edilen ergenlik dönemine ait veriler gözden geçirilmiştir. Bu tür veriler normal ergen gelişimini incelemede ve çeşitli patolojiik durumların ya da sorunların nedenlerini araştırmada kullanılabilir; ayrıca tedaviyi yönlendirmede yararlı olabilir.

Anahtar sözcükler: *ergen, beyin, gelişim*

SUMMARY: BRAIN DEVELOPMENT IN ADOLESCENTS

The brain undergoes structural and functional changes in adolescence. These can be assessed morphologically by imaging techniques, or functionally using metabolic markers and electrophysiological methods. This review summarizes some data on adolescent nervous system obtained with these techniques. Beside illustrating the normal development of the adolescent, such data also bring information on the etiology or treatment of pathological conditions or problems of this period.

Key words: *adolescent, brain, development*

GİRİŞ

Ergenlik dönemi fiziksel yapı, işlevler, hatta hastalıklar açısından bazı özellikler taşıdığından ayrı bir evre olarak incelenmeli, çocukluğun geç, ya da erişkinliğin erken dönemi olarak ele alınmamalıdır. Ergenlikte zihinsel işlevler erişkin düzeyine yaklaşmakta, öte yandan bazı sistemler henüz gelişme halinde bulunmaktadır. Bu yazıda ergenlerdeki nörolojik ve psikolojik özelliklerin biyolojik temeli hakkında genel bilgi verilmesi, ve olası araştırma konularına işaret edilmesi amaçlanmıştır.

YAPISAL ÖZELLİKLER

Beyin hacminin, ve bunun göstergesi olarak baş çevresi ölçümünün 5 yaşa kadar erişkin değerlerinin %95'ine ulaşması nedeniyle beyin gelişiminin çocukluk çağının sonunda bittiği sanılabilir. Oysa santral sinir sisteminin (SSS) matürasyon süreci 20'li yaşlara kadar devam eder. Beyin hacmi cinsiyete göre farklılık gösterir: erkeklerde boy ve kiloya göre düzeltmeler yapıldıktan sonra da kızlardan büyüktür. Bazı araştırıcılara göre bu fark nöronların yoğunluğundan kaynaklanmakta, ancak diğer bazı araştırmalar bunu desteklememektedir.

Beyin hacmini gri ve beyaz cevherler oluşturur. Gri cevher hacmi çocukluk çağı boyunca sinaptik bağlantıların eksilmesine bağlı olarak azalır. Sinaptogenez yaşamın 2.-4. aylarında en fazla olup daha sonra bir kısım sinapslar yok olmaya başlar: %40ı 8 ay-11 yaş arasında kaybolur, kalanlarında ise düzenlenme görülür. Erişkinde sinapslar stabil sayıdadır (Huttenlocher ve deCourten 1987). Çocukluktaki bu sinaps azalması "kullan ya da kaybet" prensibine göre, kullanılmayan bağlantıların ortadan kalkmasına dayanır.

Beyaz cevher hacmi ise ergenlikte artış gösterir. Hacim kazanarak büyüyen kısımlardan en bilineni korpus kallosum'dur. Hemisferler arasında bağlantıyı sağlayan bu yapının özellikle posterior bölümü 20'li yaşlara kadar büyümeye devam eder. Ergenlerin, bilateral olarak sunulan uyaranlara daha küçük çocuklardan daha iyi cevap verebilmeleri, iki hemisferi aynı anda kullanabilmeleri buna bağlı olabilir (Merola ve Liederman 1985).

* *Prof. Dr., Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Pediatrik Nöroloji Bölümü, Ankara.*

Gri ve beyaz cevherdeki hacim değişikliklerinin sonucu olarak gri/beyaz cevher oranı 30'lu yaşlara kadar azalma gösterir. Hacimle ilgili ölçümler Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) yoluyla yapılmaktadır. MRG'de gri ve beyaz cevherin T1 sinyal yoğunlukları yaşamın ilk on yılında artar, 18 yaştan sonra plato cizer, T2 değerleri ise 10 yaştan sonra azalır ki bu da doku olgunlaşmasının devam ettiğini göstermektedir (Autti ve ark 1994, Hassink ve ark. 1992).

Bu değişimler beyin bölgelerine göre incelendiğinde FRONTAL lobların ergenlik ve erişkinlik arasında en fazla değişime uğradığı görülür. Prefrontal korteks kişilik özellikleri, yargılama, duygu kontrolu, düzenleme ve planlama işlevlerini yapar. Frontal loblar kızlarda biraz daha erken olmak üzere, genel olarak 3-6 yaşta ve sonra da 10-12 yaş arasında büyür. Ergenlikte ise hacim olarak azalır ve 20'li yaşlarda fazla bağlantılar kısalıp etkin ve iyi düzenlenmiş bir sinaptik ağ kalır (Sowell ve ark. 2001). Buna karşılık korpus kallosum'un bu bölgeleri birbirine bağlayan anterior kısmı ergenlikte büyüme halindedir. Prefrontal korteks işlevleri gerçekten de en geç olgunlaşan işlevler arasındadır.

PARIETAL loblar diğer beyin bölgelerinden gelen bilgiyi, işitsel, görsel, taktil uyaranları birleştirir. Bu bölge de ergenlik döneminde halen olgunlaşmakta, miyelin kılıfları tamamlanmaktadır. Parietal lob gri cevher hacmi kızlarda 10, erkeklerde 12 yaşta pik yapar. Puberteden sonra dendritik uzantılar kısalır ve subkortikal beyaz cevher küçülür. Korteks kalınlığı da azalır. Ancak korpus kallosum'un bu bölgeleri birbirine bağlayan ve uzaysal assosiasyon ve dil işlevlerini ilgilendiren kısmına baktığımızda 6-7 yaşlarda ve daha az oranda da 10-15 yaşlarda büyüdüğü görülür (Sowell ve ark. 1999).

TEMPORAL lob: Konuşma ve duygusal kontrol ile ilgili olan bu lobda gri cevher maksimum hacmine 16 yaşta ulaşır. Özellikle mezial ve anterior taraftaki temporal ve diensefalik yapılar büyür. Burada cinse bağlı bir biçim farklılığı (dimorfizm) görülür: erkeklerde sol (baskın) amygdala, kızlarda sağ hipokampüs daha fazla büyür; bu, sözedilen yapıların hormona duyarlı olmasından kaynaklanabilir (Giedd ve ark. 1997).

Ergenlik öncesi çağda, 10-12 yaşta temporoparietal, prefrontal bölgelerde bu genişlemeler olurken duyu, motor ve oksipital korteksler stabil kalırlar. Temporoparietal büyümenin 15 yaşından sonra durması dil öğrenme yeteneğinin azalması, ya da rezektif beyin cerrahisi işlemlerinden sonra konuşma işlevinin başka beyin bölgelerine kaydırılma olasılığının azalması ile bağlantılandırılmaktadır (Thompson ve ark. 2000).

Beyaz cevherin diğer yolları arasında kortikospinal ve frontotemporal yolaklarda beyaz cevher sinyal yoğunluğunun artışı miyelinizasyonu gösterir. Kortikospinal yolda bilateral, frontotemporalde ise dominant hemisferde meydana gelen bu gelişme geç çocukluk ve ergenlikte motor ve konuşma işlevlerinin olgunlaşmasıyla ilişkilidir. Korteksin bölgeleri arasındaki kortikokortikal bağlantılar özellikle posterior beyin bölgelerinde daha uzun süre büyümeye devam edecektir (Giedd ve ark. 1996a).

BAZAL GANGLIONLAR: Ergenlikte bu yapılarda doku kaybı, ayrıca yine seksüel dimorfizm ortaya çıkar: kızlarda kaudat nukleus, erkeklerde putamen ve globus pallidus daha büyüktür (Durston ve ark. 2001, Giedd ve ark. 1996b). Özellikle hipotalamusun bazı nükleuslarındaki dimorfizmin eşcinselliğin oluşmasında rol oynadığı öne sürülmüş, ancak buradaki hücre sayısı eşcinsellerde diğer insanlardan farklı bulunmamıştır (Swaab ve Hofman 1988).

BEYIN SAPI: Beyin sapının bazı işlevlerinin, örneğin göz hareketlerinin korteksten daha erken olgunlaştığını gösteren çalışmalar vardır. Vestibüler sistem ve denge ise kızlarda 14, erkeklerde 16 yaşa kadar erişkin düzeyine ulaşmaktadır. Mezensefalonun çapı 6 yaşta maksimum olurken, ponsun çapı 20 yaşa kadar artmaktadır (Raininko ve ark 1994).

İŞLEVSEL YÖNTEMLER

FONKSİYONEL MRI (fMRI) çalışmaları ile beyin kan akımı ve oksijen kullanımına bakıldığında, beynin harcadığı enerjinin doğumda ve be-

beklikte vücudun geri kalan kısımlarının toplam harcamasına eşit olduğu, çocukluk çağında bunun giderek azaldığı ve 18 yaşta %20 olan erişkin oranına geldiği görülür (Takahashi ve ark. 1999). Erişkin değerine varma zamanı korteksin bölgelerine göre farklılık göstermekte, önce primer kortekste, daha sonra assosiasyon korteksinde olmaktadır. Bu bilişsel işlevlerle ilişkilendirilebilir (Chiron ve ark. 1992).

Bu teknikten, çeşitli işlevler sırasında beynin hangi bölgelerinin aktive olduğunu incelemede yararlanılmaktadır.

POZİTRON-EMİSYON TOMOGRAFİ (PET) ile işaretli oksijen veya glukoz molekülü verilerek yapılan ölçümler beyin metabolizması hakkında bilgi verir. Korteksin çeşitli bölgelerinde 9 yaşa kadar yüksek olan, örneğin frontal korteksde 3-6 yaşta iki katına çıkan metabolik aktivite bundan sonra azalmaya başlayıp 20'li yaşlara kadar erişkin düzeyine iner (Chugani ve ark. 1987).

ELEKTROFİZYOLOJİK YÖNTEMLERden en bilineni EEG olup özellikle frekans analizi gibi yöntemlerle bilgisayar ortamında değerlendirildiğinde erişkin paternine 25 yaştan sonra ulaşıldığı görülmektedir (Matsuura ve ark. 1985). Uyarılma (evok) potansiyelleri görsel, işitsel ve duyusal uyaranların korteksten algılanma sürelerini ve boyutlarını inceler. Algılanma için geçen süre (latans) çocukluktan erişkin yaşa kadar gitgide kısalır, uyarının amplitüdü azalır ve ergenlerde temporal planın gelişmesi ile ilgili ek bir dalga çıkar. P300 latansı 12 yaşta erişkin değerine varır; N100, N200 ise 16-17 yaşa kadar kısalır (Fuchigami ve ark. 1993). Bilişsel işlevler için P300 latansı ve reaksiyon zamanları birlikte kullanılmalıdır. Latanslarda cinsler arası fark minimal olup erişkin kadınlarda daha kısa olma eğilimindedir (Emmerson-Hanover ve ark.1994).

ERGENLERDE SSS İŞLEVLERİ: Yukarıda sözedilen teknikler, işlevler sırasında uygulanarak hem değişik yaş gruplarının incelenmesinde, hem de çeşitli hastalıkları ya da davranım bozuklukları olanlarla normal kontrollerin karşılaştırılmasında kullanılmaktadır. Bu çalışmalarda düşünsel işlevlere özellikle yer verilmekte, ergenlerin duygusal özelliklerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Örneğin erken ergenlik dönemindeki bireylerin gösterilen resimlerdeki duyguları anlamlandırırken normal erişkinlerden farklı işlev gösterdikleri; görsel, duygusal ve bilişsel verileri birleştirme sırasındaki performanslarının frontal lob lezyonu olan erişkinlere benzediği; buna karşılık bir başka araştırmada kelime hatırlama çalışması sırasında erişkin tipinde frontal lob aktivasyonu gösterdikleri bildirilmiştir (Gaillard ve ark. 2000, Kolb ve ark. 1992). Ergenlerin sözel ve görsel-algısal hafıza ve organizasyonal yetenekleri test edilmiş; frontal gri cevherdeki azalmanın uzak hafıza ile bağlantılı derecede olduğu görülmüştür (Sowell ve ark. 2001).

MOLEKÜLER ÖZELLİKLER: SSS'deki çeşitli nörotransmitter moleküllerin değişik yaş gruplarındaki dağılımı ve miktarları farklılıklar gösterir. Molekül ve reseptör çalışmaları da genellikle PET tekniği ile yapılmaktadır.

Örneğin dopamin taşıyıcı molekülü cocukluktan itibaren ergenlik de dahil olmak üzere artmakta ve 50-60 yaşta azalmaktadır ki bu ergenlikte kompleks davranış örüntülerinin öğrenilmesi ile ilgili olabilir (Meng ve ark. 1998). Buna karşılık dopamin D1 reseptörü çocukluktan sonra azalır. Bu özellikler dopaminerjik ilaçlarla yapılan tedavilerde önemli olabilir (Montague ve ark. 1999).

Kolinerjik reseptörler bilişsel işlevlerle yakından ilgilidir: bunların sayısı frontal bölgede genç erişkin yaşa kadar artmaya devam ederken hipokampüste ise ergenlik döneminden itibaren azalır (Court ve ark. 1997, Kostovic ve ark. 1988).

Diğer nörotransmitterlerden nöropeptid-Y 8 yaş civarında erişkin paternine varırken glutamat 1 yaşından sonra değişme göstermez. Gama aminobütirik asit 2 yaşta pik yapar ve daha sonra giderek azalır. Ergenlikte de bu azalma devam eder, ve önce subkortikal beyaz cevher (14-

17 yaşta) ve sonra korteks (18-22 yaş) olmak üzere ergenliğin sonlarına doğru erişkin değerlerine varırlar. GABA epilepsi tedavisinde de rol oynayan bir inhibitör transmitterdir. Reseptörlerinin çocukluk ve ergenlikte erişkine göre yüksek sayıda olması hem ilaç tedavileri, hem de sinaptik plastisite açısından önemlidir.

Beyin dokusunun yapı taşlarından olan gangliosidler de doğumdan 20'li yaşlara kadar bölgelere göre değişerek artar (Svennerholm ve ark. 1989)

DÜZENLEYİCİ MEKANİZMALAR

Ergenlik çağındaki değişikliklerden: mikroskopik düzeyde hücreler arası bağlantıların oluşması veya kısıtlanmasından, moleküler düzeyde nörotransmitterlerin ve reseptörlerinin düzenlemesinden hormonların sorumlu olabileceği akla gelmektedir. Bu konuda fazla çalışma bulunmamakla birlikte beyinde bazı yapıların hormona duyarlı olduğu, örneğin hipokampüsün estrojene cevap verdiği ve kızlarda erkeklerden daha süratle geliştiği bilinmektedir (Sowell ve ark. 2001). Amygdala ise androjene cevap verir ve erkeklerde daha hızlı büyür. Amygdalanın korku veya öfke gibi duygularla, hipokampusün de hafıza ile ilgili olduğu düşünülürse ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde iki cins arasında bu özelliklerin incelenmesinde kültürel etmenlerin dışında biyolojik etmenlerin varlığı da araştırılabilir.

HORMONLAR DIŞINDAKİ DÜZENLEYİCİLER

Büyüme faktörleri (growth factors): Bunların reseptörleri yenidoğan döneminden erişkin yaşa kadar bazı değişimler göstermekte, puberteye yakın dönemde özellikle insulin-benzeri büyüme faktörü ve bağlayıcı proteininde artma olmaktadır (Furukawa ve Kish 1998, Veldhuis ve ark. 2001, Weickert ve ark. 2000).

Çevresel uyaranlar (input): Korunacak ya da yokedilecek sinaptik bağlantıların seçiminde, buna göre belirli SSS bölgelerinin gelişiminde rol oynarlar. Bu noktada ergenlerin, çevrelerini (ve dolayısıyla ondan alacakları uyaranları) bir ölçüde kendi eğilim ve istekleri doğrultusunda belirlediklerini hatırlamakta yarar vardır. Hangi sinaptik bağlantıları kullanacakları: sanat, matematik, spor, video oyunları,.... gibi alanlardan hangilerine yönelerek hangi korteks bölgelerini çalıştıracakları, ve dolayısıyla geliştirecekleri, bu dönemdeki uğraşılarla yakından ilintilidir.

Yukarıda sözettiğimiz, normal gelişimi incelemede kullanılan yöntemlerden patolojik durumlarda, çeşitli davranış bozuklukları ve hastalıkların araştırılmasında da yararlanılmaktadır. Örneğin antisosyal davranışlı ergenler, yaş için eşleştirilmiş kontrollerle karşılaştırıldıklarında sağ prefrontal korteks ve limbik bağlantıların gelişiminde normal yaşıtlarına göre farklılıklar bulunmuştur (Chretien ve Persinger 2000). Yine çocukluk başlangıçlı şizofrenide morfoloji (MRI) ile yapılan çalışmalarda frontal ve parietaldeki hacim azalması normal kontrollerden 4 kat daha belirgin bulunmuştur (Rapoport ve ark. 1999).

Moleküler çalışmalar bazı ergen davranışlarına ışık tutabilir. Bu dönemde beynin alkol ve maddelere göreceli olarak daha duyarsız oluşunun, ergenlerin bu maddeleri kullanmalarını, denemeye ve bağımlılığa daha eğilimli olmalarını kolaylaştırabileceği ileri sürülmüştür (Spear 2000). Bu yaşlarda risk alma/yenilik arama değişik memeli türlerinde de görülmektedir: periadolesan farelerde "uçlara yönelim" ve dengesiz davranışlar izlenmiştir (Laviola ve ark. 2001). Bu davranışların hormonlarla direkt ilişkisi gösterilmemiştir. Bazı araştırıcılar bunu ergenlik döneminde sinaptik bağlantıların ve bazı reseptörlerin azalması nedeniyle uyaranlardan gelen pozitif bildirimin azalmasına, böylece ergenin daha fazla uyaran aramasına bağlamaktadırlar. Prefrontal ve limbik sistemlerdeki değişmeler mezokortikal ve mezolimbik dopamin sistemlerinde değişmelere paralel gider: bu bölgeler uyaranlardan gelen pozitif geri bildirimleri de işleyen bölgeler olduğundan geri bildirim azalması bu şekilde açıklanabilir (Ghashghaei ve Barbas 2001, Oades ve Halliday 1987)

Özetle, ergen davranışlarında kişisel ve sosyal etmenlerin yanısıra biyolojik temeller de önemli ve araştırılmaya değer görünmektedir.

KAYNAKLAR

Autti T, Raininko R, Vanhanen SL ve ark.(1994) MRI of the normal brain from early childhood to middle age. II. Age dependence of signal intensity changes on T2-weighted images. Neuroradiology 36:649-51.

Chiron C, Raynaud C, Maziere B ve ark. (1992) Changes in regional cerebral blood flow during brain maturation in children and adolescents. J Nucl Med 33:696-703.

Chretien RD, Persinger MA (2000)"Prefrontal deficits" discriminate young offenders from age-matched cohorts: juvenile delinquency as an expected feature of the normal distribution of prefrontal cerebral development. Psychol Rep. 87:1196-202.

Chugani HT, Phelps ME, Mazziotta JC (1987) Positron emission tomography study of human brain functional development. Ann Neurol 22:487-97.

Court JA, Lloyd S, Johnson M ve ark. (1997) Nicotinic and muscarinic cholinergic receptor binding in the human hippocampal formation during development and aging. Brain Res Dev 101:93-105.

Durston S, Hulshoff Pol HE, Casey BJ ve ark. (2001) Anatomical MRI of the developing human brain: what have we learned? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40:1012-20.

Emmerson-Hanover R, Shearer DE, Creel DJ ve ark. (1994) Pattern reversal evoked potentials: gender differences and age-related changes in amplitude and latency. Electroencephalogr Clin Neurophysiol 92:93-101.

Fuchigami T, Okubo O, Fujita Y ve ark.(1993) Auditory event-related potentials and reaction time in children: evaluation of cognitive development. Dev Med Child Neurol 35:230-7.

Furukawa Y, Kish SJ (1998) Influence of development and aging on brain biopterin: implications for dopa-responsive dystonia onset. Neurology 51:632-4.

Gaillard WD, Hertz-Pannier L, Mott SH ve ark.(2000) Functional anatomy of cognitive development: fMRI of verbal fluency in children and adults. Neurology 54:180-5.

Ghashghaei HT, Barbas H (2001) Neural interaction between the basal forebrain and functionally distinct prefrontal cortices in the rhesus monkey. Neuroscience103:593-614.

Giedd JN, Rumsey JM, Castellanos FX ve ark.(1996a) A quantitative MRI study of the corpus callosum in children and adolescents. Devl Brain Res 91:274-80.

Giedd JN, Snell JW, Lange N ve ark. (1996b) Quantitative magnetic resonance imaging of human brain development: ages 4-18. Cereb Cortex 6:551-60.

Giedd JN, Castellanos FX, Rajapakse JC ve ark. (1997) Sexual dimorphism of the developing human brain. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 21:1185-201.

Hassink RI, Hiltbrunner B, Muller S ve ark.(1992) Assessment of brain maturation by T2-weighted MRI. Neuropediatrics 23:72-4.

Huttenlocher PR, de Courten C (1987) The development of synapses in striate cortex of man. Hum Neurobiol 6:1-9.

Kolb B, Wilson B, Taylor L(1992) Developmental changes in the recognition and comprehension of facial expression: implications for frontal lobe function. Brain Cogn 20:74-84

Kostovic I, Skavic J, Strinovic D (1988). Acetylcholinesterase in the human frontal associative cortex during the period of cognitive development: early laminar shifts and late innervation of pyramidal neurons. Neurosci Lett 90:107-12.

Laviola G, Pascucci T, Pieretti S (2001) Striatal dopamine sensitization to D-amphetamine in periadolescent but not in adult rats.Pharmacol Biochem Behav 68:115-24.

Matsuura M, Yamamoto K, Fukuzawa H ve ark. (1985) Age development and sex differences of various EEG elements in healthy children and adults--quantification by a computerized wave form recognition method. Electroencephalogr Clin Neurophysiol 60:394-406.

Meng SZ, Obonai T, Takashima S (1998) A developmental study of the dopamine D2R receptors in the human basal ganglia and thalamus. Early Hum Dev 17;51:23-30.

Merola JL, Liederman J (1985) Developmental changes in hemispheric independence. Child Dev 56:1184-94.

Montague DM, Lawler CP, Mailman RB ve ark. (1999) Developmental regulation of the dopamine D1 receptor in human caudate and putamen. Neuropsychopharmacology 21:641-9.

Oades RD, Halliday GM (1987)Ventral tegmental (A10) system: neurobiology. 1. Anatomy and connectivity. Brain Res 434:117-65.

Raininko R, Autti T, Vanhanen SL ve ark. (1994) The normal brain stem from infancy to old age. A morphometric MRI study. Neuroradiology 36:364-8.

Rapoport JL, Giedd JN, Blumenthal J ve ark.(1999) Progressive cortical change during adolescence in childhood-onset schizophrenia. A longitudinal magnetic resonance imaging study.Arch Gen Psychiatry 56:649-54.

Sowell ER, Delis D, Stiles J ve ark.(2001) Improved memory functioning and frontal lobe maturation between childhood and adolescence: a structural MRI study. J Int Neuropsychol Soc 7:312-22.

Sowell ER, Thompson PM, Holmes CJ ve ark. (1999) Localizing age-related changes in brain structure between childhood and adolescence using statistical parametric mapping. Neuroimage 9:587-97.

Spear LP (2000) The adolescent brain and age-related behavioral manifestations (Review). Neurosci Biobehav Rev 24:417-63.

Svennerholm L, Bostrom K, Fredman P (1989) Human brain gangliosides: developmental changes from early fetal stage to advanced age. Biochim Biophys Acta 1005:109-17.

Swaab DF, Hofman MA (1988) Sexual differentiation of the human hypothalamus: ontogeny of the sexually dimorphic nucleus of the preoptic area. Brain Res Dev 44:314-8.

Takahashi T, Shirane R, Sato S ve ark. (1999) Developmental changes of cerebral blood flow and oxygen metabolism in children. AJNR 20:917-22.

Thompson PM, Giedd JN, Woods RP ve ark.(2000) Growth patterns in the developing brain detected by using continuum mechanical tensor maps. Nature 404:190-3.

Veldhuis JD, Anderson SM, Shah N ve ark. (2001) Neurophysiological regulation and target-tissue impact of the pulsatile mode of growth hormone secretion in the human. Growth Horm IGF Res Jun;11 Suppl A:S25-37.

Weickert CS, Webster MJ, Colvin SM ve ark.(2000) Localization of epidermal growth factor receptors and putative neuroblasts in human subependymal zone. J Comp Neurol 423(3):359-72.

TÜRKİYE SİNİR VE RUH SAĞLIĞI DERNEĞİ

Prof. Dr. MUALLA ÖZTÜRK ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ÖDÜLÜ 2002

1. 1990'dan beri her yıl çocuk ruh sağlığı alanında en başarılı çalışmaya verilmekte olan "Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Ödülü 2002" için aşağıdaki koşullar belirlenmiştir.

2. 2002 ödülü olarak 500.000.000 TL. ve ödül belgesi verilecektir.

3. **Çalışma:**
   a. 2000 başından sonra yayınlanmış ya da yayına kabul edilmiş özgün bir araştırma ya da kuramsal inceleme olabilir.
   b. Çalışma yayınlanmamış ise, yerli ya da yabancı tanınmış bir bilimsel derginin yazım koşullarına uygun bir makale biçiminde hazırlanmış olmalıdır. Çalışmalar yazarların ad, soyad, ünvan, görev ve çalışma adresleri, telefon - faks numaraları, çalışmanın yapıldığı yer ayrı bir kapak yazısı ile birlikte verilmelidir.
   c. Çalışma 6 kopya olarak en geç 31 Aralık 2001 tarihine kadar aşağıda bildirilen adrese postalanmış ya da elden verilmiş olmalıdır.
   d. Çalışmalar, aşağıda belirlenen seçici kurul tarafından değerlendirilecek ve ödül 2002 Şubat ayında her yıl Ankara'da Prof. Dr. Mualla Öztürk anısına düzenlenmekte olan Çocuk ve Ruh Sağlığı Sempozyumu'nda verilecektir.

Seçici Kurul

Prof. Dr. Ayhan Çavdar
Prof. Dr. Efser Kerimoğlu
Dr. Birsen Sonuvar
Prof. Dr. Ayşe Yalın
Doç. Dr. Yankı Yazgan

Başvuru Adresi

Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği
Büklüm Sokak 89/3
Kavaklıdere, 06700 ANKARA

KARBAMAZEPİN İLE TEDAVİ EDİLEN OKUL ÖNCESİ DÖNEMDE BİR MANİ ATAĞI OLGUSU

S. Salih Zoroğlu*, Dilara Ümran Tüzün**

ÖZET

Çocukluk döneminde başlayan bipolar bozukluk ve mani ile ilgili literatür, sıklık ve komorbid bozukluklarla ilgili yeni kavramlar temelinde son beş yılda hızla genişlemiştir. Aşağıda, aşırı hareketlilik, öforik duygudurum, irritabilite, tehlikeli ve riskli davranışlar, uyku gereksiniminin azalması, yaşıyla uyumsuz cinsel davranışlar gösterme gibi klasik mani atağı belirtileriyle kliniğimize başvuran ve iki uçlu duygudurum bozukluğu, mani atağı tanısı konulan, 5 yaş 4 aylık erkek çocuğu sunulmuştur. Hasta karbamazepinle etkin ve güvenilir bir şekilde tedavi edilmiş ve önemli bir yan etki gözlenmemiştir. Olgunun klinik görünümü ve tedavisi ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: *Mani, bipolar, çocuk, karbamazepin*

SUMMARY: A CASE OF MANIA IN PRESCHOOL AGE TREATED WITH CARBAMAZEPİNE

The literature devoted to juvenile-onset bipolar disorder and mania has rapidly expanded in the past five years with an emphasis on new concepts of prevalence and comorbid conditions. The following is the presentation of a 5 year and 4 month old child diagnosed with mania attack, who applied the clinic with symptoms of classical mania such as hyperactivity, euphoria, irritability, dangerous and risky behaviors, decreased sleep, age inappropriate sexual behaviors. The patient was treated with carbamazepine safely and effectively without any considerable side effects. Clinical phenomenology and treatment of the patient was discussed in relation with literature.

Key words: *Mania, bipolar, child, carbamazepine*

GİRİŞ

20. yüzyılın başında Kraepelin, 900 erişkin manik-depresif hastanın öykülerinden yola çıkarak, hastaların %0.4'ünde ilk atağın 10 yaşın altında olduğunu belirtmiş ve 5 yaşındaki bir erkek çocukta 6 ay süren bir mani atağı tanımlamıştır. Daha sonraki uzun bir dönem boyunca "gelişmemiş kişilik yapısına sahip oldukları" teorisinin etkisiyle, depresyon ya da mani gibi duygudurumun uç bozukluklarının çocuklarda görülmeyeceği düşüncesi egemen olmuştur. Daha sonra bu görüşün doğru olmadığı ortaya çıkmış, tanı ve tedavide kaydedilen ilerlemeler ve özellikle lityumun bipolar bozukluktaki tedavi edici etkisi, küçük yaşlardaki çocuklarda bu tanının tekrar düşünülmesi gerektiğini ortaya koymuştur (Hanna 1992).

Son 40 yıldır, çocukluk çağında maninin görülebileceği kabul edilse de, tanı koymada sorunlar yaşandığı özellikle vurgulanmaktadır. Çoğu klinisyenin bipolar bozukluğu bir yetişkinlik hastalığı olarak görmesi, gelişimsel dönemin altta yatan psikopatolojiyi maskeleyebilmesi ya da değiştirebilmesi ve çocukların klinik görünümlerinin daha geç ortaya çıkan bipolar hastalıktan farklı olması çocukluk döneminde tanı zorluğuna neden olmaktadır (Cantwell 1992). 1960'dan günümüze kadar, çocukluk çağı bipolar bozukluğu için, bir çok kez tanısal bir yapı oluşturma girişimi olmuş, klinisyenler az sayıdaki olgudan oluşan kendi deneyimleri doğrultusunda tanı ölçütleri getirmeye çalışmışlardır. Bunlardan Antony ve Scott, (1) anormal bir ruhsal durum, (2) pozitif aile öyküsü, (3) siklotimik mizaç özellikleri ya da mani ve depresyonu andıran aşırı duygudurum oynamaları gibi bipolar bozukluğa yatkınlık oluşturan bir mizaç özelliği, (4) iki ya da daha fazla tekrarlayan atak bulunması, (5) ataklarda çift uçluluk, (6) endojen hastalık atağı, (7) şiddetli hastalık atağı, (8) dışa dönük kişilik yapısı, (9) şizofreni ve organik bir bozukluk gibi başkaca bir hastalığın bulunmaması, (10) belirtilerin tanı konulduğunda devam ediyor olmasın-

* *Yrd. Doç. Dr., Gaziantep Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Gaziantep.*

** *Prof. Dr., İstanbul Üniv. İstanbul Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İstanbul.*

dan oluşan 10 maddelik; Weinberg ve Brumback, (1) öfori, (2) irritabilite, (3) aşırı hareketlilik, (4) basınçlı konuşma, (5) düşüncelerin uçuşması, (6) grandiyözite, (7) uyku bozuklukları, (8) dikkat dağınıklığından oluşan 8 maddelik ve Davis, (1) çok hızlı tekrarlayan ataklar (duygudurum fırtınası), (2) aile öyküsü, (3) aşırı hareketlilik, (4) kişiler arası ilişkilerde sürekli bozukluk bulunması, (5) psikotik düşünce bulunmaması, (6) uyku bozuklukları, (7) minimal beyin hasarı, (8) anormal EEG, (9) enürezis ve (10) nöropatolojik bozuklukların bulunmasından oluşan 10 maddelik, çocukluk çağı bipolar bozukluğu tanı ölçütleri oluşturmuşlardır. Görüldüğü gibi bu ölçütler çocukluk çağı bipolar bozukluğunun klinik belirtilerini anlamamıza yardım etmekle birlikte, tanı koyma aralığını ileri düzeyde kısıtlamıştır. DSM sistemi çocuk ve ergenler için ayrı tanı ölçütleri getirmemiş, esas olarak erişkinlere özgü ölçütlerin (birkaç tanesinin uyarlanarak) kullanılması önerilmiş ve dolayısıyla aktarılan bu ölçütlerden hiçbirini kullanmamıştır. Fakat DSM sisteminin de hiç duyarlı olmadığı ve maniyi çocuklarda hiperaktiviteden, ergenlerde de davranım bozukluğu, şizofreni ve uyum bozukluğundan ayırdederken önemli tanı yanlışlıklarının yapıldığı belirtilmektedir (Fristad ve ark.1992).

Ergenlik öncesi çocuklarda bipolar bozukluğu araştıran epidemiyolojik bir çalışma yoktur. İkinci dünya savaşından bu yana tüm yaş gruplarında duygudurum bozukluklarında bir artış görüldüğü, çocuk ve ergen yaş grubunda da depresyon, distimi ve bipolar bozukluk sıklığının arttığı belirtilmektedir. Bu artış, kısmen aile ve çevrede meydana gelen değişikliklere, kısmen yeni gelişen yaşam tarzına bağlı olmakla birlikte, esas olarak genetik etkenlerin ilerleyen her kuşakta daha çok etki gücü kazanmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir (Pataki 2000).

Son beş yıla kadar çocukluk dönemi bipolar bozukluğu ile ilgili çalışmalar genellikle tek ya da küçük sayılardan oluşan olgu sunumları ile sınırlı kalmıştır. Son beş yıldır ortaya çıkan daha geniş olgu serileri ve zenginleşen deneyim hastalığın klinik özellikleri, gidişi ve tedaviyle ilgili iki farklı yaklaşımın oluşmasına yol açmıştır. Bir grup uzman, hastaların bebeklik döneminden beri yoğun sorunlarının bulunduğunu ve hastalık öncesi işlevselliklerinin kötü olduğunu belirtmişlerdir. Bunlara göre çocukluk dönemi bipolar bozukluğu alışılagelen öforik duygudurumdan çok irritabilite ile karakterize, çok hızlı dönüşüm gösteren şiddetli manik ataklar bulunan (duygudurum fırtınası), kronik ve düzelmeyen gidiş gösteren bir bozukluktur. Dolayısıyla erişkin bipolar bozukluğundan oldukça farklıdır (Biederman ve ark 1996, Faraone ve ark. 1997). Buna karşın diğer bir grup uzman bozukluğun erişkinliktekine benzer bir görünüme sahip olduğunu, gidiş ve tedavi açısından da benzerlikler gösterdiğini, yalnızca bazı klinik belirtilerin gelişimsel bir modifikasyonunun gerekli olduğunu belirtmektedirler (Geller ve Lundby 1997, Woolston 1999).

Okul öncesi dönemde bipolar bozukluğun görünümü ve tedavisi daha özel bir alan olup, konuyla ilgili bilgi birikimi de oldukça az sayıdaki olgu sunumlarına dayanmaktadır. 4 yaşındayken mani atağı tanısı alan ve duygusal oynaklık, küçük bir uyarıya şiddetli ve uzamış duygusal yanıt, sinirlilik, aşırı hareketlilik, saldırgan davranışlar ve silik depresif belirtiler gösteren bir hasta bildirilen en küçük yaştaki olgudur. 5.5 yaşında başarılı bir şekilde lityum tedavisine yanıt veren başka bir olgunun, 3.5 yaşından itibaren aşırı hareketlilik, düşük engellenme toleransı, dürtüsellik, yıkıcı davranışlar ve konsantrasyon güçlüğü gösterdiği belirtilmiştir (Fristad ve ark.1992). Carlson (1983) 8 yaşından küçük çocuklardaki bipolar bozuklukta gerçek grandiyözite ve perseküsyon sanrılarının bulunmadığını, klasik manideki öfori yerine, duygudurumun irritabilite ve duygusal oynaklığın egemen olduğunu belirtmiş, 9 yaşından sonra ise klasik mani tablosuna uyan belirtilerin görülebileceğini ifade etmiştir. Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu belirtileri ile karıştırılan durumlarda; ailede manik depresif hastalık öyküsünün, işlevsellikte epizodik değişkenlik bulunmasının, epizodik agresif davranış ve irritabl mizaç görülmesinin, iyi işlevsellikle birlikte bifazik mizaç değişikliklerinin ve premorbid olarak enerjik ve iyi giden bir kişiliğe sahip olunmasının önemli ol-

duğunu savunmuşlardır. Olgu tabanlı bu araştırmalarda ortak ölçütler mizaç dalgalanmaları, aşırı hareketlilik, dikkat problemleri, uyku bozuklukları ve ailede bipolar hastalık öyküsü olarak ortaya çıkmaktadır (Fristad ve ark.1992).

Çocukluk dönemi bipolar bozukluğunun klinik görünümü ve komorbid durumlarla ilgili geniş bir literatür bilgisi oluşmasına karşın, bozukluğun farmakoterapisi ile ilgili bilgi çok kısıtlıdır. En fazla çalışılan ilaç lityumdur ve etkinliği gösterilmiştir (Alessi ve ark.1994). Fakat akut manideki kullanımı ve uzun süreli kullanımında oluşabilecek yan etkilerle ilgili yeterli bilgi yoktur (McCracken ve Cantwell 1992, Kafantaris 1995). Sodyum-valproat ve karbamazepin gibi duygudurum düzenleyici diğer ilaçlarla ilgili çalışmalar çok azdır. Klasik kontrollü bir ilaç çalışması bulunmamaktadır. Sodyum-valproat'ın erişkinlikte başlayan bipolar bozukluğun tedavisinde etkin olduğu gösterilmiştir. Fakat çocuklarda duygudurum bozukluklarında kullanımı ile ilgili bir yayın ya da vaka sunumu bulunmadığı gibi, çok sık kullanıldığı pediatrik epilepsi alanında da uzun süreli kullanımda oluşabilecek yan etkilerle ilgili hiçbir yayın yoktur. (Ryan ve ark.1999, Woolston 1999). Karbamazepin'in erişkinlerde akut manik atağın tedavisinde etkin olduğu, devam tedavisinde kullanılabileceği ve lityum ile kombine edilebileceği gösterilmiştir (American Psychiatric Association 1994, Ryan ve ark.1999, Woolston 1999). Bununla birlikte karbamazepinin bipolar bozukluk tedavisinde herhangi bir şekilde rol aldığı çocuk ve ergen olgular, iki olgu sunumu (Himmelhoch ve Garfinkel 1986, Hsu ve Starzynski 1989) ve 3 ergen olgudan oluşan bir seri (Woolston 1999) ile sınırlıdır. Bu sunumlar karbamazepin'in akut mani atağında da etkin bir ilaç olduğunu, korunma tedavisinde kullanımının başarılı sonuçlar verdiğini ve düşük bir yan etki profili ortaya koyduğunu göstermektedir. Sunacağımız olgu, ulaşabildiğimiz literatür içinde, akut mani atağı karbamazepin ile tedavi edilen en genç hastadır.

OLGU

Hasta, 5 yaş 4 aylık bir erkek çocuğudur. 29 yaşında İlkokul mezunu temizlikçilik yapan bir anne ile 29 yaşında kapıcılık yapan bir babanın ikinci oğludur.

Olgu, anne ve babası tarafından muayeneye getirilmiştir. Ailenin başvuru yakınmaları; uyku miktarında azalma, uyumak istememe, çok konuşma, aşırı hareketlilik ve yaramazlık, sinirlilik, eşyalara zarar verme, evden kaçma, marketlerden çikolata, şeker çalma, kendisinden büyük kızlara sarkıntılık yapma, bazen kendi kendine hayallere dalma, tehlikeli işlerden korkmama ve eşyalara zarar vermedir.

Daha öncesinde herhangi bir yakınmanın dile getirilmediği hastamızın babası, başvurudan dört ay önce kapıcılık yaptığı binanın bir sakini ile tartışmış. Çocuk bu tartışmanın kendisi yüzünden çıktığını zannetmiş ve babasına sorun oluşturduğu için üzülmüş. Ertesi gün tanımadıkları yetişkin bir kişi çocuğu beklenmedik bir şekilde azarlamış ve korkutmuş. Bu olaylardan sonra çocuk dört-beş gün süren bir içe kapanıklık dönemi geçirmiş. Bunu izleyen biçimde uyku isteksizliği ortaya çıkmış ve uykusu azalmış. Başvurudan önceki son iki aya kadar daha sinirli bir çocuk haline gelmişken son iki aydır sinirlilik- kızgınlık dönemleri ile normalin üzerinde neşeli olduğu dönemler ortaya çıkmış.

Başvurudan önceki son üç ayda bazı davranışsal belirtiler gözlenmeğe başlanmış. Daha önce hiç yapmadığı şekilde çevredekilerin arabalarını çizme, akranı olan çocuklarla sık kavga etme, anne ve babaya karşıt gelme davranışları ortaya çıkmış. Evde de eskisine göre çok daha hareketli bir çocuk haline gelmiş. Oynadığı bir çok oyundan bıktığını ifade ediyor, oynarken de çok kısa süreler içinde canı sıkılıyor ve oyundan oyuna atlıyormuş. Dikkatinin çok kısa sürede dağıldığı, söylenen sözleri dinlemediği ve çok konuştuğu gözleniyormuş. Son iki aydır bu davranışsal belirtilere evden kaçmalar eklenmiş. Hatta bir kaç kez evden geceleri de kaçmağa çalışmış. Aşırı hareketlilik ve evden kaçma eğilimi nedeniyle anne ve baba çocuğun başında nöbetleşe beklemeğe başlamışlar. Geceleri de mutlaka birisi uyanık olarak çocuğun başında beklemek zorunda kalıyormuş. Yine bu dönemde daha ön-

ce hiç yapmadığı - gittiği market ya da bakkallardan hiç kimseye haber vermeden çikolata ve şeker almak gibi- davranışlar başlamış. Evlerinin önündeki yola çıkıp hareket halindeki araçların arasında durmak, anayolda bisiklet sürmeğe çalışmak gibi tehlikeli davranışlar ortaya çıkmış. Baştan iştahsızlık bulunmasına ve kilo vermesine karşın son zamanlarda sürekli atıştırma tarzında yemek yeme isteği gelişmiş. Son 1 aydır babasına evlenmeğe karar verdiğini belirtiyor, çevrede gördüğü genç kızlara evlenme teklif ediyormuş. Birkaç kez eve gelen bayan misafirlerin açıkta olan vücut kısımlarını ellemeye, öpmeye ya da sürtünmeye çalışmış. Bu nedenle azarlanmış.

Aile çocuğu cin çarptığı ya da nazar değdiği kuşkusu ile çeşitli hocalara götürmüş. Polikliniğimize apartman sakinlerinin isteği ve desteği ile başvurmuşlar. Polikliniğimizde yapılan muayenesinde fazlaca neşeli bir mizaçla çok aşırı konuştuğu, dikkatinin çok çabuk dağıldığı, ilişkinin çocuğun dikkatsizliği ve konudan konuya hızlı geçişleri nedeniyle koptuğu, oyun ya da resim yapma önerisine çok kısa bir süre yaklaştığı sonra vazgeçip odanın içinde dolaştığı, bu sırada babanın engellemeleri nedeniyle hızla sinirlendiği görüldü. Bilişsel işlevlerinde bir bozukluk saptanmadı. Yer, zaman ve kişi yöneliminde bir bozukluk yoktu.

Bu tablo öncesinde, hastamız "model çocuk" olarak tarif edilen, çevreye uyumlu, yaşına uygun davranışlar sergileyen bir çocuk olarak tanımlanmaktadır. Kişisel özgeçmişinde, normal, spontan doğumla dünyaya geldiği, oniki ay anne sütü aldığı ve gelişim basamaklarını gecikmeden atladığı, travma, epileptik nöbet ve önemli bir enfeksiyon geçirmediği belirtilmektedir. Anne baba arasında akrabalık yoktur. Anne distimik bozukluk tanısı almaktadır ve en az dört yıldır aynı ruh durumu içinde olduğunu belirtmektedir. Dede impulsif bir insan olarak tanınan ve labil mizaca sahip olan bir insandır. Aile çocuğun hastalığı döneminde davranışları açısından dedesine benzediğini belirtmiştir. Aile öyküsünde önemli başka bir özellik bulunmamaktadır.

Hastanın zeka bölümü 107 (Stanford- Binet ile) bulunmuştur. Yapılan rutin EEG ve Bilgisayarlı Beyin Tomografisi sonuçları fizyolojik sınırlar içinde değerlendirilmiş ve nörolojik muayenesinde bir bozukluk saptanmamıştır. T3, T4, TSH, TRH, Serbest T3 ve Serbest T4 normal sınırlarda bulunmuş, ve diğer biyokimyasal tetkiklerinde (SGOT, SGPT, LDH, GGT, CK, ALP enzimleri, kan sayımı ve tablosu, açlık kan şekeri, elektrolitler, bilirubin, BUN, üre, kreatinin, idrar tahlili) bir bozukluk saptanmamıştır.

Hastaya 100 mg/gün karbamazepin başlanmış ve 1 hafta içinde 200 mg/gün dozuna çıkılmış, belirgin bir düzelmenin görülmemesi üzerine aşamalı olarak 15 gün sonunda 400 mg/gün dozuna çıkılmıştır. Bu dozda çok hızlı bir şekilde tedavi etkisi ortaya çıkmış, takip eden 15 günlük süre sonunda belirtilerin büyük bir çoğunluğu kaybolmuş ve beşinci hafta sonunda hasta semptomsuz hale gelmiştir. Aşamalı olarak ilacın dozu 100 mg/güne inilmiş ve bu dozda kullanması önerilmesine karşın hastanın ailesi düzenli bir şekilde ilacı kullanmadığı için dördüncü ayın sonunda ilaç kesilmiştir. Tedavinin herhangi bir döneminde hastayı rahatsız eden ya da fonksiyon düzeyini bozan bir yan etki ortaya çıkmamıştır.

Tedavi süresince 5 kez kan değerleri incelenmiş, kan sayımında bir değişiklik olmamış, diğer biyokimyasal parametreler de normal sınırlar içinde seyretmiştir. Kan karbamazepin düzeyine üç kez bakılmıştır. Tedavi etkisinin yüksek olduğu ve hastanın 400 mg/gün ilaç kullandığı dönemde kan karbamazepin düzeyi 6.7 mg/L'dir.

TARTIŞMA

Çocukluk dönemi bipolar bozukluğu yanlış tanı konma olasılığı oldukça yüksek olan bir bozukluktur. Çocukluk dönemine özgü bir çok durumla karışabilmektedir. Ayırıcı tanıda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), otizm, zeka geriliği, dürtü kontrol bozukluğu yaratan psikiyatrik bozukluklar, alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı, genel tıbbi durumlarda ortaya çıkan organik

mizaç bozukluğu (çocuklarda çok nadirdir), enfeksiyon, ilaç kötüye kullanımı, hipertroidi, B12 vitamini fazlalığı ya da eksikliği, toksinler, kafa travması, multiple skleroz gibi nörodejeneratif hastalıklar araştırılmalıdır. Özellikle adölesanlarda en sık olarak şizofreni ile karışmaktadır (Pataki 2000).

Akiskal ve arkadaşları (1985), bipolar bozukluk tanısı alan preadölesan, adölesan ve genç yetişkinlerin önceki yanlış tanılarını inceledikleri çalışmalarında, olguların %35'ine uyum bozukluğu, %15'ine davranım bozukluğu, %15'ine şizofreni, %11'ine aşırı anksiyete bozukluğu, % 9'una dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, %9'una ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve %6'sına da mental retardasyon tanılarının konulduğunu belirtmişlerdir. Weller ve arkadaşları (1986) ergenlik öncesi çocuklarda yanlış tanı olasılığını irdeledikleri çalışmalarında, yıkıcı davranışlar ve şiddetli duygusal sorunlar gösteren ve daha önce başka bir tanı almış olan 33 olgunun 16'sında (%48) DSM III ölçütlerine uyan mani atağı saptamışlardır.

Bizim hastamız tanı açısından önemli bir karmaşıklık göstermemiştir. Bir kafa travması öyküsünün olmaması, merkezi sinir sistemi enfeksiyonuna (ensefalit, menenjit) ilişkin bir belirtinin bulunmayışı, yapılan biyokimyasal inceleme ve görüntülemelerin herhangi bir anormallik göstermemesi ve çocuk nörolojisi tarafından yapılan muayene ile organik kökenli mizaç bozukluğu dışlanmıştır. Bazı viral kökenli merkezi sinir sistemi enfeksiyonlarında nörolojik bir bulgu gözlenmeyebilir (Fenichel 1993). Bu ayırıcı tanıyı güçleştiren bir olasılık olmakla birlikte, enfeksiyonun nörolojik bulgular dışındaki sistemik bulgularının dikkatlice araştırılması, ayrıntılı görüntüleme ve biyokimyasal çalışmalar ve hepsinden önemlisi uzman tarafından yapılan nörolojik bir muayene tanının doğru konulmasını sağlar. Hastalık öncesi iyi bir premorbid işlevselliğin bulunuşu, hastalığın tipik bir başlangıç göstermesi, klinik görünümde duygudurumla ilgili belirtilerin ağırlıklı olması, tipik bir tedavi yanıtı gözlenmesi gibi özellikler nedeniyle, ayırıcı tanıda önemli bir yer kaplayan yıkıcı davranış bozuklukları dışlanmıştır. Bizim hastamızda bu atak sırasında yaşa uygun olmayan cinsel ilgi ve davranışlar ortaya çıkmıştır. Bilindiği gibi cinsel istismara bağlı olarak ortaya çıkan travma sonrası stres bozukluğunda çocuklarda cinsel davranışlar sık olarak görülür. Hastanın cinsel istismar öyküsünün bulunmayışı, ortaya çıkan belirtiler içinde de bu tipte bir istismarı gösterecek başka duygusal ya da davranışsal özelliklerin olmayışı ve genel tablo göz önüne alındığında cinsel istismara bağlı oluşan TSSB'de görülmemesi gereken bir çok duygusal ve davranışsal belirtinin bulunması nedeniyle TSSB dışlanmıştır. Son olarak ayırıcı tanıda çok erken başlangıçlı şizofreni düşünülmüştür. Fakat tablonun geneline egemen olan duygudurumla ilgili belirtiler, bir şizofrenik sürece göre daha organize bir görünüm sergileme, premorbid işlevselliğin oldukça iyi oluşu, pozitif ve negatif semptomlardan çok davranışsal ve duygusal uyarılmışlık hali içinde olma, çağrışım hızının artışı ve öfori gibi tipik bir mani atağına ilişkin bir çok belirtinin bulunuşu şizofrenin dışlanmasına neden olmuştur.

Giriş bölümünde çocuklarda bipolar bozukluğun klinik özellikler, tedaviye yanıt ve gidiş açısından iki farklı yaklaşımla ele alındığından söz edilmişti. Bizim olgumuz hastalık öncesi iyi bir işlevsellik göstermektedir, hastalık döneminde de klasik bir mani atağına yakın olabilecek belirtiler ortaya koymuştur ve tedaviye de çok iyi yanıt vermiştir. Sonuçta tümüyle hastalık öncesi işlevselliğe geri dönmüştür. Bu özellikleriyle Biederman (1996) ve Faraone (1997)'nin çocukluk dönemi bipolar bozukluğu için öngördükleri modele uymamaktadır.

Stresli yaşam olaylarının hipomanik ve manik epizodun başlamasını kolaylaştırdığı bir çok çalışmada belirtilmiştir (Fristad ve ark.1992) Bizim olgumuzda da belirtilerin ortaya çıkışından kısa süre önce stres yaratan bir yaşam olayı bulunmaktadır.

Bizim olgumuzun bir özelliği de tedavide karbamazepin kullanılmış olmasıdır. Şimdiye kadar karbamazepin ile tedavi edilen tümü ergen, beş olguda da karbamazepin kolay uygulanmış, iyi bir ilaç uyumu gözlenmiş ve ciddi hiçbir yan et-

ki oluşmamıştır. Tedavi ile ilgili benzer özellikler bizim hastamızda da gözlenmiştir. Karbamazepin kullanımında en sık ortaya çıkan yan etki olarak belirtilen sedasyon, bizim hastamızda tedavinin ilk günlerinde çok ağır olmayarak ortaya çıkmıştır. Bu yan etki hastanın uykusunun düzelmesine ve hareketliliğinin azalmasına yardımcı olarak tedavi etkinliğini arttırmıştır. Literatürde, küçük çocuklarda ilk atakta karbamazepin tedavisinin ne kadar sürdürülmesi gerektiği ile ilgili bir bilgi bulunmamaktadır. Ailenin düzenli kullanmaması nedeniyle ilaç dördüncü ayın sonunda kesilmiş, sonraki sekiz aylık süre içinde herhangi bir yakınma gözlenmemiştir.

Ülkemizde bildirimi yapılan en genç mani atağı olgusu olmasının yanında, bu çalışmaya konu olan hasta ulaşılabilen yabancı literatürde de tedavisinde karbamazepin kullanılan en genç hastadır. Karbamazepin kolay uygulanmış, güçlü bir etki ve çok düşük bir yan etki profili gözlenmiş ve hasta kısa bir sürede eski işlevselliğine dönmüştür. Bu olgu, çocuk ve ergen ruh sağlığı klinisyenlerine özellikle duygulanım belirtilerinin yoğun görüldüğü hastaları için, ayırıcı tanıda bipolar bozukluğa da yer vermeleri gerektiğini göstermesi açısından fikir vericidir.

KAYNAKLAR

Akiskal HS, Downs J, Jordan P ve ark. (1985) Affective disorders in referred children and younger siblings of manic-depressives: mode of onset and prospective course. Arch Gen Psychiatry 42:996-1003.

Alessi N, Naylor MV, Ghaziuddin M ve ark.(1994) Update on lithium carbonate therapy in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 33:291-304.

American Psychiatric Association (1994) American psychiatric association practice guideline for treatment of patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry 151(suppl):1-36.

Biederman J, Faraone S, Mick E ve ark..(1996) Attention deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35:997-1008.

Cantwell DP (1992) Clinical phenomenology and nosology. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 1(1):1-11.

Carlson GA (1983) Bipolar affective disorders in childhood and adolescence. Affective Disorders in Childhood and Adolescence: An Update içinde, Cantwell DP, Carlson GA (ed) Spectrum, Newyork, s:61-88.

Faraone SV, Biederman J, Wozniak J ve ark.(1997) Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36:1046-1055.

Fenichel GM (1993) Clinical Pediatric Neurology: A Signs and Symptoms Approach. 2. Baskı. W.B. Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania.

Fristad MA, Weller EB, Weller RA (1992) Bipolar disorders in children and adolescents. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 1(1):13-29.

Geller B, Luby J (1997) Child and adolescent bipolar disorders: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36:1168-1176.

Hanna GL (1992) Natural history of mood disorders. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 1(1):169-181.

Himmelhoch JM, Garfinkel ME (1986) Mixed mania: diagnosis and treatment. Psychopharmacolo Bull 22:613-620.

Hsu LKG, Starynski J (1989) Mania in adolescence. J Clin Psychiatry 47:596-599.

Kafantaris V (1995) Treatment of bipolar disorder in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34:732-741.

McCracken JT, Cantwell DP (1992) Management of child and adolescent mood disorders. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 1(1):229-255.

McCracken JT (1992) Etiologic aspects of child and adolescent mood disorders. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 1(1):89-109

Pataki CS (2000) Mood disorders and suicide in children and adolescents. Comprehensive Texbook of Psychiatry 7. baskı, cilt 2 içinde, BJ Sadock, VA Sadock (ed), Lippincott, Williams & Wilkins, Philedelphia.

Ryan ND, Bhatar VS, Perel JM (1999) Mood stabilizers in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38(5):529-536.

Weller RA, Weller EB, Tucker SA (1986) Mania in prepubertal children: has it been under diagnosed? J Affective Disord 11:151-154.

GÖRÜŞLER

ÜLKEMİZDE ÖZEL EĞİTİM HİZMETLERİ

Bildirilen raporlara göre ülkemiz nufusunun %10-12'sini özürlü bireyler oluşturmaktadır. Bu bireylerin sayısının 7 milyon civarında olduğu ve bu bireylerin yarısının da özel eğitime gereksinimi olduğu tahmin edilmektedir.

Ülkemizde özel eğitimin Milli Eğitim Bakanlığı'nın örgün eğitim hizmetleri arasında yer alması 1951 yılında başlamıştır. 1983 yılında 2916 sayılı Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Kanunu çıkarılmıştır. Bu kanunun uygulanmasına yönelik olarak çıkarılan yönetmelikler de bugünkü uygulamanın temelini oluşturmaktadır. Bu süreç içerisinde özel eğitim ile genel eğitimin birbirinden ayrılamaz bir bütün olduğuna ilişkin görüşler giderek önem kazanmıştır. Bu nedenle bugün özel eğitim, Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce ve illerde İl Milli Eğitim Müdürlükleri'ne bağlı Rehberlik ve Araştırma Merkezleri yoluyla yürütülmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nca 18.3.1998 tarih ve 23290 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Özürlülere Verilecek Olan Sağlık Kurulu Raporu Hakkında Yönetmelik" ile özel eğitim alanında sağlık raporlarının düzenlenmesine yönelik yeni düzenlemeler getirilmiştir. Ayrıca tüm bu uygulamalar çerçevesinde; özürlü bireyin özel eğitim hizmetlerinden yararlanmasının yanında, özürlü bireylere kimlik kartı verilmesi, özürlü bireyin çalışan ebeveynlerinin gelir vergisinde indirim yapılması, il merkezlerinde yerel yönetimlerce uygulanan toplu taşım araçlarından ücretsiz yararlanabilme, tamamen ağır derecede özürlü olan bireylere bez verilmesi gibi düzenlemelerle özürlülük alanında önemli gelişmeler giderek çeşitlenmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasası'nın 42. Maddesine göre, bireysel farklılıkları nedeniyle uygulamalar yapılmaksızın normal eğitim olanaklarından yararlanamayan bireyler de, tüm Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları gibi eğitim ve öğrenim özgürlüğüne sahiptir. Ayrıca anayasada "Devlet, durumları sebebiyle özel eğitime ihtiyacı olanları topluma yararlı kılacak önlemleri alır" ifadesinin yer alması da bu sorumluluğun Devlet tarafından yerine getirileceğini göstermektedir.

Özel eğitim, 30.mayıs.1997 tarihli Özel Eğitim Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'de şu biçimde tanımlanmaktadır: "Özel eğitim, özel eğitim gerektiren bireylerin eğitim ihtiyaçlarını karşılamak için özel olarak yetiştirilmiş personel, geliştirilmiş eğitim programları ve yöntemleri ile onların özür ve özelliklerine uygun ortamlarda sürdürülen eğitimdir". Aynı Kararname'de özel eğitimle ilgili temel ilkeler şöyledir:

a) Özel eğitim gerektiren tüm bireyler; ilgi, istek, yeterlilik ve yetenekleri doğrultusunda ve ölçüsünde özel eğitim hizmetlerinden yararlandırılır.

b) Özel eğitim gerektiren bireylerin eğitimine erken yaşta başlanır.

c) Özel eğitim hizmetleri, özel eğitim gerektiren bireyleri sosyal ve fiziksel çevrelerinden mümkün olduğu kadar ayırmadan planlanır ve yürütülür.

d) Özel eğitim gerektiren bireylerin, eğitim performansları dikkate alınarak, amaç, içerik ve öğretim süreçlerinde uyarlamalar yapılarak, yetersizliği olmayan akranları ile birlikte eğitilmelerine öncelik verilir.

e) Özel eğitim gerektiren bireylerin, her tür ve kademedeki eğitimlerinin kesintisiz sürdürülebilmesi için her türlü rehabilitasyonlarını sağlayacak kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapılır.

f) Özel eğitim gerektiren bireyler için, bireyselleştirilmiş eğitim planı geliştirilir ve eğitim programları bireyselleştirilerek uygulanır.

g) Ailelerin, özel eğitim sürecinin her boyutuna aktif olarak katılmaları ve eğitimleri sağlanır.

h) Özel eğitim politikalarının geliştirilmesinde, özel eğitim gerektiren bireylere yönelik etkinlik

gösteren sivil toplum örgütleri ile iş birliği içinde çalışılır.

I) Özel eğitim hizmetleri, özel eğitim gerektiren bireylerin, toplumla etkileşim ve karşılıklı uyum sağlama sürecini kapsayacak şekilde planlanır.

Bu ilkeler ve yasal durum çerçevesinde ülkemizde özel eğitim hizmetleri iki ana boyutta yürütülmektedir. Birinci boyut; okul öncesi dönemde özel eğitime gereksinimi olan çocuklara yönelik özel özel eğitim merkezlerince verilen özel eğitim hizmetleri, ikinci boyut ise okul çağında ve özel eğitime gereksinimi olan çocuklara yönelik özel özel eğitim merkezlerinin verdiği hizmetler yanında kaynaştırma eğitimi çerçevesinde genel eğitim veren okulların bünyesinde yürütülen eğitim hizmetleridir.

Özel Eğitim Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'de "Kaynaştırma" şöyle tanımlanmaktadır: Kaynaştırma; özel eğitim gerektiren bireylerin, yetersizliği olmayan akranları ile birlikte eğitim ve öğretimlerini resmi ve özel okul öncesi, ilköğretim, orta öğretim ve yaygın eğitim kurumlarında sürdürmeleri esasına dayanan, destek eğitim hizmetlerinin sağlandığı özel eğitim uygulamalarıdır. Kaynaştırma eğitimine, zihinsel ve öğrenme yetersizliği olan çocuklar, işitme, görme yetersizliği olan çocuklar, ortopedik yetersizliği, dil ve konuşma güçlüğü, özel öğrenme güçlüğü, otistik ve duygusal uyum güçlüğü ve sosyal uyum güçlüğü olan çocuklar devam edebilmektedirler. Hem özel özel eğitim merkezlerinden hem de kaynaştırma eğitiminden yararlanacak olan çocukların tıbbi tanılaması sorumlu hastanelerin ilgili bölümlerince, eğitimsel tanılaması ise rehberlik ve araştırma merkezlerince yapılmaktadır. Özel eğitimde tıbbi tanılamanın yanında eğitimsel tanılama da önemlidir. Özel eğitime gereksinimi olan çocuğun, zihinsel, ruhsal, fiziksel, sosyal-duygusal alanlar açısından değerlendirilmesi ve eğitimsel gereksinimlerinin belirlenmesi çocuğa yönelik bireyselleştirilmiş eğitim programlarının hazırlanmasında önemli bir temel oluşturmaktadır. Bu süreçte hastane, okul, rehberlik araştırma merkezi, özel eğitim merkezi ve ailenin sağlıklı bir işbirliği içerisinde olması yasal ve bilimsel açıdan hedeflenen durumdur. Ancak uygulamada henüz böyle bir durumun işler hale geldiğini söylemek erken olacaktır. Özel eğitim merkezlerinin büyük bir kısmının denetimi ve işleyişi ile ilgili sorumluluğu Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu yürütmektedir. Bu merkezlerin belli bir bilimsel temele dayalı hizmet standartlarının yapılandırılmasına yönelik çalışmalar devam etmektedir.

Özürlü çocuklar, aileleri ve öğretmenleri okullarda kaynaştırma eğitiminin gereği gibi yerine getirilmesi sürecinde ciddi sorunlar yaşamaktadırlar. Bu sorunların giderilmesine yönelik Milli Eğitim Bakanlığı'nın bireyselleştirilmiş eğitim programlarının kaynaştırma eğitimi alan her bir çocuk için geliştirilmesi ve uygulanmasına yönelik gereksinime yanıt verecek uygulamaları başlamıştır. Bu alanda bir başka önemli konu; kaynaştırma eğitimi alarak ilköğretimi tamamlayan gençlerin ileriye yönelik bir beceri ya da meslek kazanmalarını sağlayacak uygulamalara olan gereksinimdir. Özel eğitim merkezlerinde öz bakım becerileri, temel yaşam becerileri, sosyal entegrasyon programlarına yönelik uygulamalar olabilir ancak bu gençlerin işe yerleştirilmesine yönelik önlemlerin alınması ve uygun eğitim programlarının geliştirilmesine de çok gereksinim vardır.

Tüm bu çerçevede unutulmaması gereken bir durum da ailesinin sosyal güvencesi olmaması nedeniyle özel eğitim gereksinimi karşılanamayan çocukların durumudur. Okul başarısızlığı, farklı gelişim gösterme gibi nedenlerle hastanelere başvuran aileler çocukları için özel eğitime gereksinim duyulduğunda çaresizlikler yaşayabilmektedirler. Sosyal güvencesi olmayan ve yeterli ödeme gücü de bulunmayan ailelerin özel eğitime gereksinimi olan çocuklarına yine Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu imkanlar ölçüsünde sahip çıkmaya çalışmaktadır. Ancak yine de ücretsiz özel eğitim hizmeti verecek merkezlere olan gereksinim devam etmektedir. Bunun yanında yeşil kartlı ve Bağkur'lu ailelerin özel eğitime gereksinimi olan çocukları için yasal düzenlemelerin yapılmasına gerek vardır. Böylece bu çocukların da yaratılan olanaklardan yararlanmaları sağlanmış olacaktır.

SHU. Dr. Cengiz Özbesler
H.Ü.T.F Çocuk Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı

YENİ YAYINLARDAN ÖZETLER

Okul Öncesi Dönemde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Anne Baba Temelli Tedaviler: Randomize Kontrollü Toplum Çalışması

Sonuga-Barke EJ, Daley D, Thompson M ve ark. (2001) Parent based therapies for preschool attention deficit / hyperactivity disorder: a randomized controlled trial with a community sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40(4):4102-4109.

Araştırmanın amacı okul öncesi dönemde anne baba temelli iki değişik tedavinin etkisinin incelenmesidir. Bu amaçla Okul Öncesi Dönemde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı konan 3 yaşında 78 çocuk (48'i erkek, 30'u kız) ve anneleri araştırmaya alınmış ve denekler rastgele olarak "anne eğitimi" (n=30), "anne desteği" (n=28) ve kontrol grubu (n=20) olarak üç gruba ayrılmışlardır. "Anne eğitimi" grubundaki anneler DEHB hakkında eğitilip, çocuklarındaki dikkat ve davranış sorunlarının azaltılması yönünde çeşitli öneriler almışlardır. "Anne desteği" grubundaki annelere ise eğitim verilmemiş ancak çocuklarıyla ilgili sorunlarını ve duygularını anlatma ve tartışma olanağı veren görüşmeler yapılmıştır. Kontrol grubu herhangi bir eğitim ya da destek almamıştır.

Program 8 hafta sürmüş ve görüşmeler haftada bir saat çocuğun evinde anneyle birebir olarak yapılmıştır. Çocuğun belirtileri ve annenin mutluluğu ile ilgili ölçümler program öncesi (T1) , müdahale sonrası 8. hafta (T2) ve 23. haftada (T3) yapılmıştır.

Sonuç olarak "anne eğitimi" grubunda DEHB belirtilerinin azalması ve annenin mutluluk düzeyinin artması diğer gruplara göre anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Anne desteği ve kontrol grupları sonuçları arasında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Araştırma sonucunda okul öncesi dönemde çocuklarda anne eğitiminin değerli bir tedavi yöntemi olduğu, anne desteğinin ise çocuk davranışı üzerine etkisinin çok kısıtlı olduğu bulunmuştur. Yazarlar, okul öncesi DEHB'da anne eğitiminin önemli olduğunu ve özellikle bu yaş grubunda psikostimulan ilaç tedavisine göre daha öncelikli olduğunu belirtmektedirler.

İnt.Dr.Elif Tatlıdil

3 Yaş Çocuğu Davranışları ve Erişkin Suçları Arasındaki İlişki

Stevenson J, Goodman R (2001) Association between behaviour at age 3 years and adult criminality. Br J Psychiatry 179:197-202.

Bu çalışma, okul öncesi davranış sorunlarının erişkin dönemde suç işleme riskini arttırıp arttırmadığını belirlemek, aile ve sosyal etkenlerin bu riskle bağlantısını ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla, Londra'nın Waltham Forest Kasabası'nda 1969-1970 doğumlu 828 çocuk çalışmaya alınmıştır. Bu çocukların aileleriyle iletişim kurulmuş ve 3 yaşında çocukların davranışları, gelişmeleri ile ilgili bilgi alınmıştır. 1993 yılında, katılanlar 23-24 yaşlarındayken, suç kayıt ofisindeki takipleri yapılmış ve işlenen suçlar, şiddet içeren ve içermeyen olmak üzere ikiye ayrılarak incelenmiştir.

Sonuç olarak katılan 828 kişinin 81'inin (%9.8) suça karıştığı bunların 60'ının (%7.2) bir ya da iki suça, 21'inin (%2.6) ikiden fazla (en fazla 9) suça karıştığı belirlenmiştir. Erişkin suçlara karışanların %18.3'ünün erkek, %2.3'ünün kadın olduğu anlaşılmıştır. Bu suçları işleme riskinin, enkoprezis, gündüz enürezisi ve hiddetlenme davranışları ile arttığı ortaya çıkmıştır. Çocuğun cinsiyetinin ve sosyal gelişiminin de erişkin dönemde suça eğilim için risk oluşturduğu, okul öncesi dönemde görülen, hiperaktivite ve dürtüsel davranışların gelecekteki suçlarla bağlantısı olduğu bulunmuştur. Aile ilişkileri, ailenin sosyoekonomik düzeyi ve sosyal dezavantajların suça eğilimi tek başlarına etkilemedikleri gösterilmiştir. Sonuç olarak, erken davranış sorunlarının tanı ve tedavisinin, çocuğun rahatsız edici davranış döngüsüne girmesini ve tekrarlayan antisosyal

davranışlar göstermesini büyük ölçüde engellediği ortaya konmuştur.

İnt.Dr.Işın Yazıcı

Ödüllendirme Sistemlerini Çocuk Mizacına Göre Uyarlamak

Manosis K, Young A (2001) Adapting positive reinforcement systems to suit child temperament. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40(5):603-605.

Klinisyenler çocuklarda terapötik değişiklik elde etmek için davranış düzenleme tekniklerini uygulayabilirler. Ödüllendirme de bu tekniklerden biridir. Ödüllendirme sisteminde, istenilen davranışın yapılması; çocuk bu davranışı yaptıktan sonra övülerek, çocuk için önemli olabilecek bir hediye verilerek ya da hoşlandığı bir etkinlik yapılarak sağlanır. Ayrıca çocuğa görsel bir hatırlatıcı olabilecek bir tablo da tutulabilir. Bu çalışmanın amacı ödüllendirme sisteminin başarılı olmasına engel olabilen çocuk mizaçlarını ve bu tür çocukların tedavisinde faydalı olabilecek düzenlemeleri anlatmaktır. Bu amaçla,yazarlar okul döneminde davranış bozuklukları olan kendi hastalarından seçtikleri çocukları mizaçlarına göre gruplayıp tartışmışlardır.

Katı mizaçlı çocuklar: Sinirli, esnek olmayan, içe kapanık, duygu durumlarını düzenlemekte güçlük çeken, mükemmelliyetçi, değişikliğe katlanamayan çocuklar olarak tanımlanırlar. Ödüllendirme sistemi bu çocuklar için rutinden bir değişiklik anlamını taşıdığı için genellikle karşı çıkarlar. Israrcı olup sistemi rutin hale getirmek ve daha sonra beklenmedik değişiklikleri önlemek gerekir. Bu çocuklardaki mükemmelliyetçilik, izlem tablolarına karşı tepkilere yol açabilir. Bu konuda izlem tablosunda yalnızca istenilen davranışın yapıldığı günleri dikkate almak bir çözüm olabilir. Ayrıca bu çocuklarda istenilen davranışı yapamayıp anne babalarının beklentilerini karşılayamama düşüncesi önemli bir kaygı kaynağıdır. Bu kaygının çok abartılı olduğu durumlarda sisteme devam etmek anne-baba-çocuk ilişkilerini bozabilir.

Heyecan arayan çocuklar: Tuhaf, alışılmamış, yordanamayan ve risk içeren durumlardan hoşlanan çocuklar olarak tanımlanırlar. Bu çocukların anne babalarına ödül sistemine risk ve yordanamazlık katmaları önerilir. Böylece çocuğun sıkılması önlenip ödül sistemi daha etkili hale getirilebilir.

Negativistik çocuklar: Motive edilmesi zor çocuklar olarak değerlendirilirler. Ödüllendirme sistemini kabul etseler bile ödül seçmek konusunda istek ve önerileri olmaz. Önerilen ödüllere de önem vermezler. Bu çocukların bir bölümü davranışı değiştirebilmek konusunda kötümser, bir bölümü ise ödül sistemini sıkıcı bulan çocuklardır. Terapistlere, çocuğun ödüllendirme sistemine başlaması konusunda uyanık olmaları ve uyum sağlanıncaya kadar katılımın başladığı noktayı pekiştirmeleri önerilmektedir.

Yazarlar, ödüllendirme sisteminde geleneksel tekniklerin çocuğun mizacına uyarlanmasıyla daha etkili sonuçlar alınabileceğini belirtmektedirler.

İnt. Dr. Esra Uyar

Çocuklarda ve Ergenlerde Malign Nöroleptik Sendrom

Ty BE, Rothner AD (2001) Neuroleptic malignant syndrome in children and adolescents. J Child Neurology 16:157-163.

Malign Nöroleptik Sendrom (MNS), nadir görülen fakat antipsikotik ilaçların ölümcül olabilen bir komplikasyonudur. Bu sendromda ateş yükselmesi, rigidite, bilinç değişiklikleri (deliryum, stupor v.b.), otonomik belirtiler (taşikardi, terleme, kan basıncında yükselme v.b.) ve kas hasarına bağlı gelişen laboratuar bulguları (serum kreatinin kinaz yükselmesi, miyoglobinüri) vardır. İnsidansı %0.02 ile %3.23 arasında değişmektedir.

DSM IV tanı ölçütleri kullanılarak yapılmış çalışma sonucu bu sendrom için aşağıdaki risk etkenleri belirlenmiştir:

- Önceden MNS geçirme öyküsünün bulunması
- Dehidratasyon
- Ajitasyon
- Antipsikotiklerin çok yüksek dozda verilmiş olması

- İlaç dozu ayarlanmasının hızlı artışlar ile yapılması
- IM enjeksiyon yolu ile verilmesi

Patogenezinde, corpus striatum, hipotalamus, spinal kord, nigrostriatal sistemdeki dopaminerjik reseptörlerin blokajları sonucu meydana gelmiş hipodopaminerjik bir duruma bağlı olduğu düşünülmektedir.

Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar antipsikotiklere bağlı parkinsonizm, malign hipertermi, letal katatoni, toksik serotonin sendromu, atropinizm ve merkezi sinir sistemi enfeksiyonlarıdır.

Risk etkenlerinin ortaya çıkartılması ve klinik belirtilerin erken tanınması tedavi açısından oldukça önemlidir. Tanı konduktan sonra antipsikotik ilaçların derhal kesilmesi, hidrate edilmesi, mevcut hipodopaminerjik durumu tersine çevirmek için levodopa, bromokriptin eklenmesi ayrıca dantrolen ve benzodizaepin türevlerinin kullanılması ile belirtiler hızla düzelebilmektedir. Pnömoni, kardiyopulmoner arrest, sepsis, pulmoner emboli, renal yetmezlik ve pulmoner ödem başlıca ölüm nedenlerini oluşturmaktadır.

Sonuç olarak bu sendrom nadir görülen ancak erken tespit edilmezse ölümcül olabilen bir komplikasyondur. Tanı düşünülür düşünülmez antipsikotik tedavinin hemen kesilmesi, hastanın hızla hidrate edilmesi, levodopa, bromokriptin, dantrolen ve benzodiazepinlerin kullanımı ile birlikte morbidite ve mortalite önemli ölçüde azalmıştır.

İnt. Dr. Ersöz Akyürek

Pediatrik Başlangıçlı Bipolar Bozukluğun Ele Alınışındaki Tanı ve Tedavi İkilemi

Wozniak J, Biederman J, Richards JA (2001) Diagnostic and therapeutic dilemnas in the management of pediatric-onset bipolar disorder. J Clin Psychiatry 62 (supp 14).

Her ne kadar Pediatrik Başlangıçlı Bipolar Affektif Bozukluk (PBAB) tanısı tartışmalı olsa da yazındaki yeni bilgiler nadir görülen bir durum olduğuna ilişkin geleneksel görüşü sarsmıştır. PBAB yetişkinlerden farklı olarak atipik ve kronik seyretmekte, irritabilitenin öne çıktığı bir tablo ile karşımıza gelmektedir. Depresif irritabilite, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ile ortaya çıkan irritabiliteden daha şiddetli ve rahatsız edicidir. Mani ile ilişkili irritabilite çok daha düşmanca ve saldırgan nitelikte olmakta, disforik patlayıcı nöbetleri içermektedir. PBAB olan çocuklar karşı olma karşı gelme bozukluğunun çok şiddetli bir formuna sahiptirler ayrıca grandiyozite de vardır. PBAB olan çocuklarda yaşa uygun düzenli duyguduruma gün içinde çok az rastlanır, anne babalar bunun yıllar boyunca sürdüğünü ifade ederler bu da süregenliği temsil eder. Bu çocuklar duygudurumlarında tepkiseldirler patlayıcı öfke nöbetleri görülebilir. Manik belirtilerin ortalama başlangıç yaşı 4,5'tur.

Mani ve DEHB'da konuşkanlık, dikkat dağınıklığı ve hiperaktivite belirtileri ortak olduğu ve manisiz DEHB daha sık görüldüğü için maninin eşlik ettiği DEHB tanısı koyarken klinisyenler zorlanabilir. Manik çocuklar daha büyük bir psikopatolojiye, daha kötü bir işlev düzeyine sahiptirler. Yalnız DEHB'nu değerlendirmek duygudurum bozukluklarının gözden kaçmasına yol açacaktır oysa 'mani değerlendirme ölçeği' gibi bir ölçek kullanılması bu olasılığı azaltacaktır.

DEHB ve PBAB birlikte olabilecekleri gibi davranış bozukluğu, anksiyete ve madde kullanımı açısından da yüksek komorbidite riskine sahiptirler. DEHB+PBAB olan çocukların birinci derece akrabalarında yüksek oranda yine DEHB, major depresif bozukluk ve bipolar affektif bozukluk olduğu saptanmıştır. Bu çocuklarda duygudurum düzenlendikten sonra DEHB belirtileri ailenin başlıca yakınması durumuna gelebilir ve bu da rezidüel mani olarak yorumlanabilir.

Tedavide duygudurum düzenleyici ilaçlar (valproik asit, karbamazepin, lityum karbonat) kullanılabilir. Atipik antipsikotikler etkinlikleri ve yan etkilerinin düşük olması ile alternatif bir tedavi seçeneğidir. Stimulanlar PBAB belirtilerini tedavi edemeyecekleri gibi daha da kötüleştirebilirler. Bu nedenle DEHB+PBAB'un komorbid olduğu durumlarda duygudurum düzenleyici ilaçlar ile mani belirtileri etkili bir biçimde

tedavi edildikten sonra DEHB ilaçları eklenmelidir.

İnt. Dr. Pelin Yozgat

Medyanın Çocuklar ve Ergenler Üzerine Etkisi: 10 Yıl İçindeki Araştırmaların Gözden Geçirilmesi

Villani S (2001) Impact of media on children and adolescents: A 10-year review of research. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40(4):392-400.

Davranım bozukluklarının tanısı ve ileride olabilecek sorunların önlenmesi için klinisyenlerin medyanın çocuklar üzerine etkisini anlamaları bir zorunluluk haline gelmiştir. Bu yazı yeni bir araştırma olmamasına karşın son 10 yılda yapılan araştırmaların bir araya getirilmiş olması açısından önemlidir. Bu gözden geçirme için medyanın özel alanları belirlenmiştir: Televizyon ve filmler, müzik klipleri, reklam, video oyunları, bilgisayar, internet.

Televizyon ve Filmler: 1957-1990 yılları arasında yapılan, televizyondaki şiddetin antisosyal davranış üzerine etkilerini araştıran 217 çalışmanın incelendiği geniş bir araştırmada; yaştan bağımsız olarak televizyondaki şiddet ile saldırgan davranışlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış ve en büyük etkinin de okul öncesi çocuklarda olduğu gösterilmiştir. Erkekler üzerine etki kızlardan daha fazladır. Erotizm ve erotik şiddet içeren programların etkisinin ise daha fazla olduğu, bu programlarda kadınların rastgele cinsel ilişkiye giren kişiler olarak gösterilmesinin ileride cinsel soğukluğa yol açabileceği belirtilmiştir.

1994-1997 yılları arasında yayınlanan 10000 saatten fazla programın incelendiği bir çalışmada, yıllar içinde şiddet içeriğinde artış olduğu saptanmıştır. Bu çalışmadan çıkan sonuçlar şöyle özetlenmiştir; Televizyondaki şiddetin antisosyal etkileri vardır. Bu şiddetin üç birincil etkisi vardır; saldırgan davranış ve tutumların öğrenilmesi, şiddete karşı duyarsızlaşma, şiddete kurban gitme korkusu. Şiddet içeren bütün programlar bu etkiler için eşit derecede risk taşımamaktadır.

Günde 6 saatten fazla televizyon seyreden çocuklarda travma belirtilerinin ve saldırgan davranışların daha fazla görüldüğü, aksiyon ve kavga içerikli programları tercih eden çocuklarda bu saldırgan davranışların düzeyinin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Rock Müzik/Müzik Klipleri: Alkollü araba kullanmak, hızlı araba kullanmak, ilaç kullanmak, vandalizm gibi davranışlarda bulunan öğrencilerin müzik tercihleri incelendiğinde bu tür davranışlar ile heavy metal/hard rock tercihi arasında belirgin bir ilişki görülmüştür. Uyarı arama davranışı gösteren çocuklara bu tür müziğin daha çekici geldiği ifade edilmiştir.

Daha geniş bir çalışmada heavy metal dinleyen grupta intihar etme oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuş, bu tür müziğin zaten varolan intihar eğilimlerini desteklediği belirtilmiştir.

Adli bir hastanede yapılan bir çalışmada, seks ve şiddet temaları içerdiği ve uzun süre seyretme sonucunda klinik kötüye gidişe yol açtığının farkedilmesi üzerine MTV'nin kaldırılmasından önce ve sonraki saldırı sıklığı incelenmiş ve kanalın kaldırılmasından sonra saldırı sıklığında azalma saptanmıştır.

Reklamcılık: Daha önce hiç sigara içmemiş ergenlerin sigara içme konusundaki duyarlılığı iki değişken (1-reklamı kabullenme, 2-aile ya da akranlardan birinin sigara içiyor olması) açısından değerlendirildiğinde ergenlerin sigara içme konusunda reklamlara karşı daha duyarlı oldukları bulunmuştur. Başka bir çalışmada favori sigara reklamı olan ve olmayan iki grup ergen 3 sene boyunca takip edilmiş ve favori sigara reklamı olan grupta sigaraya başlama oranlarının 2 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Alkol çalışmalarında da benzer şekilde alkol alma davranışı ile alkol reklamları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Video ve Bilgisayar Oyunları: Video oyunu tarafından indüklenen 50 nöbet bildirilmiştir.

Japon çocukları arasında yapılan bir araştırmada video oyunları ile sosyal yargılama bozuklukları arasında ilişki saptanmamıştır. Başka bir çalışmada video oyunlarının, sosyal beceri alanlarında yetersiz olan çocukları eğitmek amaçlı kullanılabileceği belirtilmektedir.

Bu oyunların eğitici yönlerini gösteren bu çalışmalar yanında şiddeti öğretme kapasitelerinin de olduğu atlanmamalıdır. Şiddet oyunları üzerine yapılmış bir araştırma yoktur. David Grossman "On Killing: The Psychological Cost of Learning to Kill in War and Society" adlı kitabında ordunun askerlere öldürmeyi bugün milyonlarca çocuğun oynadığı video oyunlarıyla öğrettiğini ifade etmiştir.

Bilgisayar ve Internet: 1997 yılında yapılan bir araştırma sonucunda gençlerin %89'unun bir bilgisayarı olduğu, %61'inin nette surf yaptığı ve %14'ünün ailelerinin bilmesini istemedikleri şeyler gördükleri bulunmuştur. İnternet ve bilgisayar konusunda da henüz fazla araştırma yoktur. Olumlu ve olumsuz etkilerini ileride yapılacak çalışmalar gösterecektir.

Medyanın standart öğretme tekniklerinden farklı olarak çok büyük bir öğretme kapasitesinin olduğu konusunda şüphe yoktur. Televizyon, bilgisayar, müzik ve müzik klipleri hepsinin verdiği mesajlar çocuklar tarafından alınır ve iç dünyalarının bir parçası haline gelip davranışlarını direkt ya da indirekt etkiler. Medyanın zarar verici etkisinden nasıl korunulabileceği konusunda araştırmalara gereksinim vardır. Çocuk ve ergen psikiyatristleri, çocuk ve ergenleri değerlendirirken mutlaka medya kullanımını da sorgulamalıdırlar. Anne babalar çocuk odalarında televizyon bulunması, şiddet içeren video oyunlarının oynanması, internetin kontrolsüz kullanımının potansiyel riskleri konusunda bilgilendirilmelidirler.

Int. Dr. Özlem Turhan

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

ÖDÜLÜ

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi Yayın Kurulu, ülkemizde çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında yapılan çalışmaları desteklemek, özellikle genç meslekdaşları nitelikli yayın yapma konusunda yüreklendirmek amacıyla, 1995 yılından başlayarak, her yıl o yılı kapsayan yazılar arasından bir yazıya ödül verilmesini kararlaştırmıştır. Ödül için seçilecek yazılar, araştırma yazıları, özgün olgu sunumları ya da kapsamlı ve özgün görüşlere yer veren gözden geçirme yazıları arasından belirlenecektir. Ödül alan yazı, her yıl, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kongresinde duyurulacaktır.

SEÇİCİ KURUL :

Prof. Dr. Cahide Aydın
Prof. Dr. Saynur Canat
Doç. Dr. Füsun Çuhadaroğlu
Prof. Dr. Bahar Gökler
Psk. Prof. Dr. Ferhunde Öktem
Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın

HABERLER

3. ULUSLARARASI PSİKANALİZ BULUŞMALARI

Uluslararası Psikanaliz Buluşmaları'nın üçüncüsü 2-3 Kasım 2001 tarihlerinde İstanbul'da yapıldı. Başta şeref konuğu André Green olmak üzere, Litza Guttieres-Green, Ülkü Gürışık, Peter Hartocollis, Chris Yohannidis, Bernard Penot, Anne-Marie Sandler, Jean Ségalen ve Allen Siegel gibi değişik ülkelerden ve farklı psikanalitik gelenekten birçok psikanalistin yanında edebiyatçı ve toplumbilimcilerin de katıldığı etkinliğin bu yılki konusu "zaman" idi. Konuşmacıların farklı geleneklerden oluşunun psikanalizin temel sorunlarına ilişkin verimli tartışmalara zemin hazırlamasının yanı sıra, diğer meslek gruplarından konuşmacıların sunumları psikanalizin insanbilimleri ve edebiyatla olan yakın bağlarını tekrar hatırlamamızı sağladı. 3. Uluslararası Psikanaliz Buluşmaları'nın kapanış konuşmasında Dr. Talat Parman'ın İstanbul Psikanaliz Derneğinin kuruluş haberiyle birlikte kuruluş bildirgesini aktarması etkinliğe farklı bir anlam kazandırdı.

Dr. M. Levent Kayaalp

ÖĞRETMENLERE YÖNELİK DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE ÖZEL ÖĞRENME BOZUKLUĞU KONULARINDA EĞİTİM TOPLANTILARI

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği'nin Hiperaktivite Komisyonu tarafından öğretmenlere yönelik eğitim toplantısı 24 Ekim 2001'de yapıldı. Komisyon başkanı Doç. Dr. Ayla Aysev'in Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği yaparak organize ettiği toplantılar Türkiye'de Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı bulunan sekiz ilde gerçekleşti. Milli Eğitim Bakanlığının belirleyip davet ettiği ilköğretim 1. sınıf öğretmenleri ve rehber öğretmenlere Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özel Öğrenme Bozukluğu'nun tanımı, belirtileri, nedenleri ve tedavi yöntemleri konusunda bilgiler verildi. Ege Üniversitesi'nden Eyyüb Sabri Ercan, Bursa Devlet Hastanesi'nden Cengiz Albayrak, İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi'nden Nahit Motovallı, Marmara Üniversitesi'nden Yankı Yazgan, Pencere Danışmanlık Merkezi'nden Oya Güngörmüş, Çukurova Üniversitesi'nden Ayşe Avcı, Akdeniz Üniversitesi'nden Esin Özatalay, Karadeniz Üniversitesi'nden Sema Kandil, Kocaeli Üniversitesi'nden Ayşen Coşkun, Gazi Üniversitesi'nden Selahattin Şenol, İmge Ruh Sağlığı ve Danışma Merkezi'nden Özlem Erman toplantılara eğitmen olarak katıldılar. Sekiz ilde oldukça geniş bir katılımla gerçekleşen toplantılarda öğretmenlerin bu alanda daha fazla eğitime gereksinim duyduklarını vurgulamaları üzerine bazı illerde toplantılar tekrarlandı.

Dr. Özlem Erman

6. ERGEN GÜNLERİ

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Ergen Komisyonu ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı işbirliğinde düzenlenen 6. Ergen Günleri 15-17 kasım 2001 tarihleri arasında Foça-İzmir'de gerçekleşti. Ergen Günlerinin ana teması bu yıl "Çocuk Psikiyatrisinde Neden ve Nasıl Ergen Birimi" olarak belirlenmişti. Bu tema çerçevesinde ilk gün "Dünden Bugüne Çocuk Psikiyatrisinde Ergen" oturumu gerçekleşti. Bu oturumu "Günümüzde Çocuk Psikiyatrisinde Er-

gen" konulu oturum izledi. Böylece Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi bölümlerinin günümüze kadar nasıl evrildiği ve günümüzde hangi gereksinme ve gelişmelerin gözlendiği tartışıldı. Ergen Günlerinin ana teması ile paralel olarak günümüzde en belirgin gereksinimin ayrı ergen klinikleri olduğu vurgulandı. Dr. Anton Obholzer "Ergen Birimlerinin Dinamiği" başlıklı konferansında yataklı tedavi ortamları ve bu ortamın niteliklerini ergenlik dönemi özellikleri ile kuramsal düzeyde bağlantılandırarak, kurumsal organizasyonun nasıl olması gerektiğine ilişkin düşüncelerini sundu. İkinci gün, Dr. Renate Schepker bu konu ile bağlantılı olarak "Ergen Gündüz Klinikleri" konulu konferansında bir gündüz kliniğinin hangi özellikleri taşıması gerektiği, gündüz kliniklerinde tedavi endikasyonları ve terapötik ortamın özellikleri konularını kapsayan bir konuşma yaptı. Ergen günleri süresince "Ergenlik ve Cinsel Kimlik" ve "Ergenlikte Biyopsikososyal Gelişim-Son Gelişmeler" başlıklı konferanslarda ergenlik döneminin çeşitli özellikleri ile ilişkili de sunumlar yapıldı. Ergen Günlerinin bir başka boyutu da psikiyatrik değerlendirme ve tedavi konularıydı. Bu konularda "Ergenlerde Psikiyatrik Değerlendirme ve Ayırıcı Tanı", "Ergenlerde Ruhsal Tedaviler" ve "Ergenlik Sorunlarına Multidipliner Yaklaşım" başlıklı konferanslar verildi. Ergen günleri kapsamında beş ayrı çalışma grubu gerçekleşti. "Ergenlerde Psikodrama-Grup Tedavisi" çalışma grubu Prof. Dr. Bahar Gökler yönetiminde gerçekleşti. Bu çalışma grubunda psikodrama tedavi yöntemi tanıtılarak, ergenlik dönemi özellikleri çeşitli psikodrama teknikleri kullanılarak çalışıldı. Dr. Anton Obholzer yönetiminde "Ergen, Terapist ve Kuramsal Ortam" çalışma grubu gerçekleştirildi. Dr. Renate Schepker yönetiminde "Ergen Birimlerinde Aile ile Çalışma" başlıklı grup çalışması yapıldı. Dr. Celal Odağ "Ergenlik ve..." çalışma grubunda herkese açık bir grup çalışması yaptı ve katılımcıların getirdiği bir vaka üzerinden ergenlik döneminin özellikleri ve tedavi tartışıldı. Ayrıca Dr. Ülkü Ülgür'ün "Ergenlere Okul Merkezli Ruh Sağlığı Yaklaşımı" çalışma grubu gerçekleştirildi. Ergen Günleri çalışma gruplarının raporlarının sunumuyla bitti.

Dr. Ebru Kültür