

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

CİLT : 1 SAYI : 1

1994



İ Ç İ N D E K İ L E R

Dr. Ayşe MİTİLİ
Dip. No. 96-125

Önyazı	1
A. Yörükoğlu	
Özdeğer Duygusu, Öz İmgesi ve Kimlik Duygusu-I	3
F. Dereboy, Ç. Dereboy, A.Coşkun, B. Coşkun	
Sağlıklı ve Çocuk Ruh Sağlığı Kliniğine Başvuran Çocuklarda Depresyon ve Kaygı İlişkisi	13
B.Öy, N. Başoğlu, M.Türkmen, N.Yılmaz, A.Ekmekçi	
Ergenlerde Aile İçi Cinsel Taciz	18
S. Canat	
Terör Eylemi ve Savaşın Çocuk ve Gençlere Etkisi	23
A. Ekşi	
Ergenlerde Ruhsal Bozuklukların Farmakolojik Tedavisi : Gözden Geçirme	28
Ö. Erman	
Davranım Bozukluğunda Tanı ve Etiyoloji : Bir Gözden Geçirme	40
A. Özden, S. Canat	
Görüşler	51
Yeni Yayınlardan Özetler	52
Kitap Tanıtımı	55
Tez Tanıtımı	57
Haberler / Toplantı – Kongre	58

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Cilt : 1 Sayı : 1, 1994 Yılda 2 sayı çıkar.

YAYIN KURULU

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Adına

Sahibi ve Sorumlu Müdürü
Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu

Yayın Yönetmeni
Doç. Dr. Bahar Gökler

Yrd. Yayın Yönetmeni
Doç. Dr. Füsün Çuhadaroğlu

Prof. Dr. Saynur Canat	Yrd. Doç. Dr. Birsen Sonuvar
Dr. Özlem Erman	Doç. Dr. Şahnur Şener
Psk. Doç. Dr. Ferhunde Öktem	Dr. Runa Uslu
Uzm. Dr. Belma Öy	Psk. Doç. Dr. Ayşe Yalın
Dr. Aykut Özden	Dr. İsmail Yavaş

DANIŞMA KURULU

Psk. Doç. Dr. Melda Akçakın (Ankara)	Prof. Dr. Aysel Ekşi (İstanbul)
Uzm. Dr. Zafer Atasoy (Ankara)	Psk. Doç. Dr. Neşe Erol (Ankara)
Yrd. Doç. Dr. Ayşe Avcı (Adana)	Prof. Dr. Ulviye Etaner (İstanbul)
Prof. Dr. Cahide Aydın (İzmir)	Prof. Dr. Efser Kerimoğlu (Ankara)
Prof. Dr. Kemal Aydınalp (Ankara)	Yrd. Doç. Dr. Esin Özatalay (Elazığ)
Prof. Dr. Kayıhan Aydoğmuş (İstanbul)	Doç. Dr. Haluk Özbay (Ankara)
Prof. Dr. Ayşen Baykara (İzmir)	Prof. Dr. Teoman Söhmen (Ankara)
Yrd. Doç. Dr. Meral Berkem (İstanbul)	Prof. Dr. Suna Taneli (Bursa)
Yrd. Doç. Dr. Ayşen Coşkun (Malatya)	

KATKIDA BULUNANLAR

Dr. Hakan Erman	Dr. Berna Pehlivantürk
Psk. Mihriban Ertürk	Dr. Fatih Ünal
Dr. Cenk Tek	

KAPAK RESMİ
Gamze Atak

BASKIYA HAZIRLIK VE BASKI

AYRINTI BASIM YAYIM MATBAACILIK HİZMETLERİ SAN. TİC. LTD. ŞTİ.
Sağlık I. Sok. No : 59/A Kızılay / ANKARA Tel : 433 52 02 – 435 76 72

REKLAM : Reklam koşulları ve diğer ayrıntılar için yayın yönetmeniyle ilişkiye geçilmesi gerekmektedir. Dergide yer alan 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) 488 71 15 – (312) 310 35 45/1151

ÖNYAZI

"Çocuk Psikiyatrisi" 1920'lerde Çocuk Rehberlik Merkezleri'nin açılmasıyla psikiyatri'den bağımsız, yeni bir dal olarak ortaya çıkmıştır. İlk çocuk psikiyatrisi kliniği 1930 yılında açılmış ve izleyen dönem içinde bu alan, tıp fakültelerinde yerini alarak hızla gelişmiştir. Bununla birlikte "Psikiyatri" den ayrı bir uzmanlık dalı olarak tanınması 1958 yılında gerçekleşmiştir.

"Çocuk Psikiyatrisi" ülkemize 1960'larda girmiş, Çapa ve Hacettepe Tıp Fakülteleri'nde filizlenmeye başlamış, geçen otuzbeş yılda yavaş da olsa gelişmiş ve on kadar tıp fakültesine yayılmıştır. Bu gelişmenin, son otuz yılı içinde görev almış kıdemli bir çocuk psikiyatristi olarak, yetersiz olduğunu belirtmek isterim. Bunu ayrı bir yazıda tartışmak daha doğru olacaktır. Ancak şurası açıktır ki "Çocuk Psikiyatrisi" toplumdan gördüğü desteği tıp fakültelerinde bulamamıştır. Buna karşın, sayıca azlığımızı çok çok aşan ölçüde etkili olduğumuza ve gelecekte çocuk psikiyatrisinin gerçek önemine kavuşacağına inanıyorum. Geçtiğimiz bir kaç yıl içinde, ülkemizde bu alanda atılımlar yapıldığı görülmektedir. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği'nin kurulması ve kendi kongrelerimizi düzenlemeye başlamamız gücümüzü arttırmış, kimliğimizi pekiştirmiştir.

Bu dergi kendi alanımızda çıkan ilk dergi değildir. 1960'lı yıllarda İstanbul'da, Dr. S. Becerano'nun çabalarıyla "Çocuk Nöropsikiyatri Dergisi" adlı dergi epeyce bir süre yayınlanmıştır. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi'nin çıkışını bilim dalımız adına önemli bir aşama sayıyorum. Bu dergi "çocuk ve gençlik ruh sağlığı" alanında çalışanların bilimsel forumu olacak, meslekdaşlarımız arasındaki iletişimi güçlendirecektir. Yine derginin bilimsel çalışmalarımızı yayınlama konusunda yüreklendirici etkisinin olacağına inanıyorum. Bu nedenle de, sizleri, hem mutlu bir başlangıç, hem de uzun bir özlemin sonucu olan bu yayın organımızı el birliği ile yaşatmaya çağırıyorum. En iyi dileklerle !

Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu

**Türkiye
Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği**

**PROF. DR. MUALLA ÖZTÜRK
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ÖDÜLÜ**

1995

1. "Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Ödülü" her yıl ülkemizde çocuk ruh sağlığı alanında yapılmış en başarılı çalışmaya verilmektedir.
2. Ödül miktarı 1995 yılı için 10.000.000 TL. dir.
3. Çalışmanın bilimsel koşullara uygun olarak yazılmış (basılmış veya basılmamış) altı kopyası en geç 31 Aralık 1994 tarihine kadar aşağıda bildirilen adrese gönderilmiş ya da elden verilmiş olmalıdır.
4. Ödül, seçici kurul tarafından değerlendirilecek en başarılı çalışmaya 1995 Baharı'nda "Çocuk Psikiyatrisi Kongresi" nde verilecektir.

Seçici Kurul :

Prof. Dr. Ayhan Çavdar
Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu
Prof. Dr. Işık Savaşır
Doç. Dr. Efser Kerimoğlu
Doç. Dr. Birsen Sonuvar

Başvuru Adresi :

Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Bölümü
06100 - ANKARA

ÖZDEĞER DUYGUSU, ÖZ İMGESİ VE KİMLİK DUYGUSU - I

İ. Ferhan Dereboy*, Çiğdem Dereboy**,
Ayşen Coşkun*, Bülent Coşkun***

ÖZET:

Bu çalışmada, üniversiteli gençlerden oluşan bir örneklem üzerinde Offer Öz İmgesi Ölçeği'yle Rosenberg Özdeğer Duygusu Ölçeği'nin karşılıklı ilişkisi ve güvenilirlikleri araştırılmıştır. İki ölçme aracında yer alan alt ölçeklerin genel olarak birbirleriyle anlamlı düzeyde korelasyon gösterdiği bulunmuştur. İncelenen alt ölçekler arasında, beklenen korelasyonları göstermeyen Offer Bireysel Değerler ve Cinsel Tutumlar ölçeklerinin geçerliklerinin kuşkulu olduğu sonucuna varılmıştır. Alt ölçeklerin güvenilirliklerinin araştırılması amacıyla Cronbach α iç tutarlık katsayıları hesaplandığında, altı Rosenberg alt ölçeği ve iki Offer alt ölçeğinin iç tutarlık katsayılarının kabul edilebilir düzeyin altında kaldığı görülmüştür. Madde analiziyle alt ölçeklerin güvenilirliklerinin düşmesinde rol oynayan maddeler belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Psikometrik çalışma, gençlik, öz imgesi, özdeğer duygusu

SUMMARY: SELF-ESTEEM, SELF-IMAGE AND SENSE OF IDENTITY

The present study examined the interrelationship between the Offer Self-Image Questionnaire (OSIQ) and the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). Most of the correlations observed between subscales of the two instruments reached to significant levels. The OSIQ Individual Values and Sexual Attitudes subscales failed to show expected correlations with the RSES subscales, a finding suggesting that the validity of the two subscales is questionable. Examination of the Cronbach's α internal consistency coefficient for each subscale revealed that six of the RSES subscales and two of the OSIQ suffer from insufficient internal reliability. Through item analysis, bad items reducing α coefficients of the subscales have been identified.

Key words: Psychometric study, adolescence, self-image, self-esteem

GİRİŞ

Gençlik çağı, çocukluktan erişkinliğe bir geçiş dönemi olarak tanımlanabilir. Bu çağın başlangıcını belirleyen, çocuğun erinliğe (puberty) ulaşması yani cinsel yönden olgunlaşması; sonunu belirleyense, genç bireyin yetişkin bir insanın sorumluluklarını benimsemesi ve üstlenmesidir. Çalışma yaşamı açısından bakıldığında bu sonun en kesin göstergesi, bireyin kendi mesleği olarak görüldüğü bir işte çalışmaya ve ekmeğini kazanmaya başlamasıdır. Küçük yaşta çıraklığa giren ve para kazanan gençler bu tanıma aykırı düşmezler. Çünkü bir mesleği öğrenmek ya da denemekle, meslek sahibi olmak ayrı şeylerdir.

Öte yandan, üniversitelerde okuyan gençler, yirmili yaşlarda olsalar da, okul yaşamları sonlanmadığı sürece gençlik dönemini tamamlamış sayılamazlar. Bu açıdan bakıldığında, ergenlik (adolescence) terimini onçle onsekiz-

ondokuz yaşları arasında kalan dönemi anlatmak için kullanmanın yanıltıcı bir yanı olduğu söylenebilir. Terimin bu biçimde kullanımı, ergenliğin bedensel büyümenin tamamlanmasıyla sona erdiğini varsayan biyomedikal yaklaşımın bir yansımasıdır. Oysa psikoloji ve psikiyatrinin ilgisini odaklaştırdığı alan gencin bedensel büyümesi değil, ruhsal-toplumsal yönden olgunlaşmasıdır. Bu bakış açısından ergenlik döneminin onsekiz yaş civarında sonlandığını söylemek olanaksız görünmektedir. Erikson (1968), ergenlik ve gençlik terimlerini eş anlamlı olarak kullanır ve ergenliğin sonunu getiren şeyin "genç bireyin bir işe nihai katılımı" olduğunu düşünür. Konuya bu yönden yaklaşıldığında, üniversite öğrencilerinin henüz ergenliklerini tamamlamamış oldukları söylenebilir.

Yine de karışıklıktan kaçınmak için, ruhsal-toplumsal olgunlaşma anlamında "adolescence" dönemini anlatmak için "gençlik çağı" terimi uygun bir seçim olarak görünüyor. Bu çağın nitelleyici özelliği, sağlam ve sağlıklı bir kimlik duygusu edinme yolunda verilen bilinçli-bilinçsiz uğraştır. Bilişsel düzeyde bakıldığında kimlik gelişiminin bir yüzünü, süreklilik gösteren ve olumlu yanı ağır basan bir öz kav-

* Yrd. Doç. Dr., İnönü Üniv. Tıp. Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya
** Psk. Dr., İnönü Üniv. Tıp. Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya
*** Doç. Dr., İnönü Üniv. Tıp. Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya

ramının (self-concept) biçimlenme süreci oluşturursa, diğer yüzünü de tutarlı bir öz ülküsünün (self-ideal) belirginleşmesi oluşturur (Dereboy 1993).

Kimlik gelişiminin aksamadan yürüyebilmesi için, çeşitli yaşantılar ve rollerden çıkarılan öz imgelerinin, olumlu yanı ağır basan bir öz kavramı oluşturacak biçimde kaynaştırılabilmesi gerekir. Bir bakıma öz kavramı, bireyin kendisini nasıl gördüğü, tanımladığı ya da değerlendirdiğini anlatır. Gençlik çağı boyunca sürüp giden bu kendini sına ve değerlendirme sürecinde, öz beğeniyle özeleştirinin iki karşı kutbu oluşturdukları düşünülebilir. Bireyin öz kavramının ne denli olumlu, özdeğer duygusunun ne denli yüksek olacağını belirleyen de, terazinin hangi kefesinin ağır bastığıdır. Öyleyse, öz kavramının olumluluğu-olumsuzluğundan söz etmekle, özdeğer duygusunun yüksekliği-düşüklüğünden söz etmek temelde aynı şeylerdir.

Kimlik gelişimi açısından öz beğeniyle özeleştiriden hangisinin başat konumda olduğu can alıcı önem taşır. Çünkü ancak özbeğenin ağır bastığı yerde, öz kavramı olumlu bir nitelik kazanabilir ve özdeğer duygusu (self-esteem) yükselir. Ters durumdaysa, kimi yazarların "sessiz rahatsızlık" (quiet disturbance) olarak adlandırdıkları (Offer 1988) gizil kimlik bocalamasına kapı aralanmış olur. Bu nedenle, gençlerde öz kavramının niteliği ve özdeğer duygusunun düzeyi, kimlik gelişiminin yolunda gidip gitmediğinin bir göstergesi olarak düşünülebilir. Ülkemizde son yıllarda gençler üzerinde yapılan araştırmalarda bu alanda bir yoğunlaşma göze çarpmaktadır. Bunda da konuyla ilgili iki ölçme aracının dilimize çevrilmiş olmasının rolü önemli görülmektedir.

Gencin öz kavramının değişik yönlerinin ne ölçüde olumlu olduğunu değerlendirmeye yönelik Offer Öz İmgesi Ölçeğinin çevirisi ve orta öğrenim düzeyindeki gençler üzerinde geçerlik, güvenilirlik çalışması İnanç (1988, 1989) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin uluslararası formunun bize özgü standart puanlarını belirlemeye yönelik uyarlama çalışmasıysa, Çuhadaroğlu ve arkadaşları (1992 a,b) tarafından yapılmıştır. Aradan geçen görece kısa sürede ölçeğin çok sayıda çalışmada kullanıldığı görülmektedir (Özbay ve ark. 1991, Ekşi ve Özgüroğlu 1992, Tamar ve ark. 1992,

Sözer ve Canat 1992, Çuhadaroğlu ve Sonuvar 1993). Aynı aracın değişik çalışmalarda farklı biçimlerde adlandırılabilirdiği görülmektedir. Öz-ımaj, benlik imajı ya da kendilik imgesi ölçeği gibi.

Gençlerin kendilerinden ne denli hoşnut olduklarını değerlendirmeye yönelik Rosenberg Özdeğer Duygusu Ölçeğinin çevirisi ve lise öğrencilerinde geçerlik, güvenilirlik çalışmasıysa Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek de, benzer yaş grubundaki gençler üzerinde yapılan değişik çalışmalarda kullanılmıştır (Terakye 1989, Torucu 1992, Karadağlı 1992, Alkın ve ark. 1992).

Bununla birlikte, kavramsal açıdan birbiriyle yakından ilgili görünen öz kavramı, özdeğer duygusu ve kimlik duygusu arasındaki ilişkiyi ölçekler düzeyinde araştıran bir çalışma bildiğimiz kadarıyla bugüne dek yayınlanmamıştır. Bu çalışmanın temel amacı üniversite öğrencilerinden oluşan bir örnekleme Offer Öz İmgesi Ölçeği, Rosenberg Özdeğer Duygusu Ölçeği ve yazarlar tarafından geliştirilmekte olan Kimlik Duygusu Değerlendirme Aracı arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır. Bu yazıda yalnızca Offer ve Rosenberg ölçekleri arasındaki ilişki ve alt ölçeklerin güvenilirlikleri ile ilgili araştırma bulguları konu edilecektir. Ölçek skorları arasında anlamlı düzeyde korelasyon bulunmasının, ölçeklerin karşılıklı uyuma geçerliğini (convergent validity) destekleyeceği düşünülmüştür. Ayrıca, ölçeklerin iç tutarlığının (internal consistency) incelenmesi yoluyla, güvenilirliklerinin sınılanması amaçlanmıştır.

ARAÇ VE YÖNTEM

Çalışmada aşağıdaki gereçler kullanılmıştır : Offer Öz İmgesi (OÖİÖ) : Özgün biçimiyle 130 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir (Offer ve Sabshin 1963). Aralarında ülkemizin de bulunduğu on ülkede yapılan bir uluslararası çalışmadan sonra, ölçeğin 99 soruluk uluslararası formu biçimlenmiştir (Offer ve ark. 1988). Bu çalışmaya Türkiye'den katılan İnanç, ölçeğin ülkemiz gençlerinde geçerlik ve güvenilirliğiyle ilgili verileri sağlamıştır. OÖİÖ'nün uluslararası formu 10 alt ölçekten oluşmuş, ancak başlangıçta bir ölçek oluşturmadıkları belirtilen bireysel değerlerle ilgili soruların sonradan

11. alt ölçeği oluşturduğu kabul edilmiştir (Offer ve ark. 1989). Bunlara ek olarak, istenirse kullanılabilen bir de depresyon alt ölçeği bulunmaktadır (Offer ve ark. 1988). Bu çalışmada, ölçeğin Çuhadaroğlu ve arkadaşları (1992a) tarafından gözden geçirilen çevirisi kullanılmıştır.

Rosenberg Özdeğer Duygusu Ölçeği (RÖDÖ) : 12 alt ölçekten oluşan, toplam 63 soruluk bir ölçektir (Rosenberg, 1965). Çuhadaroğlu (1986), ölçeğin çevirisinin yanısıra, Özdeğer Duygusu, Depresif Duygulanım, Psikosomatik Belirtiler ve İlişkilerde Tehdit Hissetme alt ölçeklerinin geçerlik çalışmasını yapmış, ayrıca ölçeğin test-tekrar test güvenilirliğini araştırmıştır.

Araştırmaya katılan deneklere, Offer ve Rosenberg ölçeklerine ek olarak bir sosyodemografik bilgi alma formu uygulanmıştır.

Örneklem

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesinde okuyan bütün öğrencilere araştırma konusu ölçekler ve bilgi formu birarada dağıtıldı. Soruları yanıtlarken içten olmalarını sağlamak için, isimlerini vermek zorunda olmadıkları belirtildi. 167 öğrenci testi doldurarak geri getirdi. 11 öğrencinin doldurduğu ölçekler çok eksik bulunduğu için istatistik değerlendirme dışı bırakıldı. Araştırma kapsamına alınan 156

öğrencinin yaş ortalaması 20.1 (ss : 1.85, aralık : 16-27) olarak hesaplandı. Örneklem 47 kız (%30.1), 109 erkek (% 69.9) öğrenciden oluştu. Denekler okuduklara sınıflara göre şöyle gruplandılar : 41 (% 26.3) hazırlık sınıfı öğrencisi, 76 (% 48.7) prelinik sınıf öğrencisi ve 39(%25.0) klinik sınıf öğrencisi. Kendi bildirimlerine göre, deneklerin büyük çoğunluğunun (89.1) sosyoekonomik düzeyi orta olan aile ortamlarından geldikleri anlaşıldı.

İstatistiksel Analizler

OÖİÖ ve RÖDÖ alt ölçekleri arasındaki ilişkiyi araştırmak için hesaplanan Pearson r korelasyon katsayıları bir matris biçiminde düzenlendi. Alt ölçeklerin güvenilirliklerinin incelenmesi amacıyla Cronbach α iç tutarlık katsayıları hesaplandı. Ölçek maddelerinin değerlendirilmesi için, düzeltilmiş madde-toplam (corrected item-total) korelasyon cetveleri oluşturuldu. Analizler, SPSS for Windows paket programı kullanılarak gerçekleştirildi.

SONUÇLAR

Offer Öz İmgesi Ölçeği

OÖİÖ alt ölçeklerinden deneklerin aldığı ortalamam ham puanlar, ve her bir alt ölçek için hesaplanan Cronbach α iç tutarlık katsayıları Tablo 1'de gösterilmiştir. Karşılaştırma

Tablo 1 : OÖİÖ Alt Ölçek Güvenirlik Değerleri

OFFER ALT ÖLÇEKLERİ	Soru Sayısı	Puan Ortalaması (ss)	Cronbach α	Madde-toplam Korelasyon Aralığı	Önceki Araştırmalarda Cronbach α Offer 1988* Özbay 1991
Dürtü Kontrolü	7	18.7 (5.4)	.60	.24 - .50	.61 .37
Duygu Düzeyi	9	24.9 (8.0)	.80	.27 - .65	.76 .69
Beden ve Öz İmgesi	8	20.8 (6.3)	.67	.04 - .54	.58 .50
Sosyal İlişkiler	9	23.1 (7.7)	.80	.24 - .63	.62 .56
Mesleki Amaçlar	7	14.3 (4.8)	.61	.11 - .48	.54 .13
Cinsel Tutumlar	9	31.1 (7.9)	.71	.18 - .66	.59 .46
Aile İlişkileri	18	38.6 (11.3)	.81	.07 - .62	.77 .64
Baş Etme Gücü	5	10.0 (3.7)	.62	.26 - .46	.46 .32
Ruh Sağlığı	10	23.9 (7.1)	.71	.20 - .51	.65 .57
Çevre Uyumu	11	24.8 (6.5)	.59	.14 - .52	.50 .32
Bireysel Değerler	6	13.1 (4.2)	.36	.03 - .37	- .36
Depresyon	5	13.4 (5.4)	.78	.50 - .60	- -

* Tabloda verilen α değerleri, orjinal kaynakta 16-19 yaşlarındaki kızlar ve erkekler için ayrı ayrı verilmiş olan değerlerin ortalamasıdır.

amacıyla, daha önceki iki çalışmada (Offer ve ark. 1988, Özbay ve ark. 1991) Türk örneklem-lerinde hesaplanan alt ölçek α değerleri de tabloda belirtilmiştir.

Tabloya bakıldığında, iki alt ölçeğin bu çalışmada elde edilen α katsayısının .60 in altına düştüğü görülmektedir. Standart psikometrik uygulamaya göre (Nunnally 1978), bir ölçeğin istenen düzeyde iç güvenilirliği olduğunun söylenebilmesi için Cronbach α 'nın .80 e yaklaşması gerekmektedir. Başka deyişle .70 in üzerindeki α değerleri bir ölçeğin istenen düzeyde iç tutarlılığı olduğunu, .60 la .70 arasındaki değerlerse ölçeğin iç güvenilirliğinin iyi olmasa bile kabul edilebilir sınırlarda olduğunu göstermektedir. Daha düşük α katsayısına sahip bir ölçeğin yeterince güvenilir olmadığı kabul edilmekte ve araştırmalarda kullanılması önerilmemektedir. Bu açıdan bakıldığında, çalışmanın bulgularına göre beş standart alt ölçek ve depresyon alt ölçeklerinin üniversite öğrencilerinde iç güvenilirliğinin yüksek, dört alt ölçeğin güvenilirliğinin kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmektedir. Çevre Uyumu alt ölçeğinin .59 olarak hesaplanan α katsayısı kabul edilebilir düzeye çok yakındır. Ancak Bireysel Değerler alt ölçeği .36 düzeyindeki α katsayısıyla güvenilir bir ölçek görünümü vermekten uzaktır.

Alt ölçeklerin madde analizleri sonucunda elde edilen en düşük ve en yüksek madde-toplam korelasyonları Tablo 1'de gösterilmiştir. Psikometrik açıdan iyi bir maddenin .30 civarında madde-toplam korelasyonu göstermesi beklenmektedir (Nunnally 1978). .20 nin altında, kimi yayınlara göre de (Haviland ve ark. 1988) .15 in altında madde-toplam korelasyonu gösteren maddelerin diğer maddelerle yeterince bağıntılı olmadığı ve toplam puana uygun biçimde katkıda bulunmadığı yedi alt ölçeğin tümüyle yeterli maddelerden oluştuğu gözlenmektedir. Beden İmgesi alt ölçeğinde yer alan 28. madde, Mesleki ve Eğitimsel Amaçlar alt ölçeğindeki 40. madde, Aile İlişkileri alt ölçeğinde yer alan 39. madde, Çevre Uyumu alt ölçeğinde yer alan 26. ve 94. maddelerle Bireysel Değerler alt ölçeğindeki 3. ve 49. maddeler sorunlu görünmektedir.

Madde analizleri sırasında negatif madde-toplam korelasyonu gösterdiği belirlenen mad-

delerin puanlama anahtarının yeniden gözden geçirilmesi, 28. ve 59. maddelere verilen cevapların yanlış biçimde puanlandırıldığı farke edilmesini sağlamıştır. Bu yanlışlığın, değerlendirilmede temel alınan kaynaktan (Offer ve ark. 1988) söz konusu iki madde için yanlış anahtar verilmesinden kaynaklandığı belirlenmiştir. Yazarların daha sonra yayınladıkları el kitabında bu yanlışları düzelttikleri görülmektedir (Offer ve ark. 1989). Yapılan ilk hesaplamalarda, Beden ve Öz İmgesi alt ölçeğinde yer alan 28. madde (Kendimin gelecekteki halini düşünmekten hoşnutluk duyuyorum) toplam puanla -.04 korelasyon göstermekteydi ve ölçeğin α katsayısı .66 idi. Düzeltmeden sonra negatif korelasyon pozitifte dönüştü ve buna koşut olarak α değeri .67 ye yükseldi. Benzer biçimde Mesleki Eğitsel Amaçlar alt ölçeğinde yer alan 59. madde (Başkalarından öğrenebileceğim bir şeyler olduğu düşünüyorum) için başlangıçta hesaplanan -.29 düzeyindeki madde-toplam korelasyonu düzeltmeden sonra pozitifte dönüştü. Buna bağlı olarak alt ölçeğin α katsayısı .42 den .61 e yükseldi.

Rosenberg Özdeğer Duygusu Ölçeği

RÖDÖ alt ölçeklerinden deneklerin aldıkları puan ortalamaları, alt ölçekler için hesaplanan Cronbach α değerleriyle en düşük ve en yüksek madde-toplam korelasyonları Tablo 2'de gösterilmiştir. Ölçeğin ülkemizdeki iç güvenilirliği daha önce incelenmemiş olduğu için, α değerlerini başka çalışmaların bulgularıyla karşılaştırmak söz konusu olamamıştır. Ancak, bir bakışta görülebilmesi amacıyla, Çuhadaroğlu'nun çalışmasında elde edilen test-tekrar test korelasyonları tabloda belirtilmiştir.

Tabloda görülen Cronbach α iç tutarlık katsayıları, oniki alt ölçekten altısının yeterince güvenilir olmadığını ortaya koymaktadır. Güvenirliği yeterli görünen diğer altı alt ölçekten ikisinin sorunlu maddeler içerdiği gözlenmektedir. Özel bir önemi bulunan Özdeğer Duygusu alt ölçeğinin sorunlu maddesi .00 düzeyinde madde-toplam korelasyonu gösteren 2. maddedir (Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.). Hayalperestlik alt-ölçeğinin 4. maddesi (Gelecekte nasıl bir insan olduğunuz konusunda hayal kurar mısınız?) ise .14 düzeyindeki madde-toplam korelasyonu ile daha az sorunlu görünmektedir.

Tablo 2 : RÖDÖ Alt Ölçek Güvenirlik Değerleri

ROSENBERG ALT ÖLÇEKLERİ	Soru Sayısı	Puan Ortalaması (ss)	Cronbach α	Madde-toplam Korelasyon Aralığı	Test Tekrar Test Korelasyonu (Çuhadaroğlu, 1986)
Özdeğer Duygusu	10	2.0 (1.9)	.72	.00 - .55	.75
Özün Sürekliliği	5	1.2 (1.0)	.47	.21 - .43	.75
İnsanlara Güvenme	5	2.5 (0.9)	.39	.07 - .29	.55
Eleştiriye Duyarlılık	3	1.4 (0.8)	.43	.17 - .37	.48
Depresif Duygulanım	6	2.6 (1.7)	.71	.21 - .64	.70
Hayalperestlik	4	1.5 (1.1)	.63	.14 - .62	.75
Psikosomatik Belirtiler	10	2.5 (2.2)	.73	.25 - .60	.89
İlişkilerde Tehdit	3	1.6 (1.0)	.55	.16 - .48	.46
Tartışmalara Katılma	2	1.2 (0.8)	.65	.48	.51
Ana-baba İlgisi	7	1.5 (1.4)	.69	.31 - .52	.51
Babayla İlişki	6	2.9 (1.5)	.49	.09 - .34	.79
Psişik İzolasyon	2	0.8 (0.8)	.50	.34	.60

ÖÖİÖ ve RÖDÖ Alt Ölçeklerinin Korelasyonu

Offer ve Rosenberg ölçeklerinde yer alan alt ölçeklerinin karşılıklı ilişkisini araştırmak amacıyla düzenlenen korelasyon matrisi Tablo 3'de gösterilmiştir. RSES Tartışmalara Katılma ve Babayla İlişki alt ölçekleri dışta bırakılırsa, tabloda yer alan diğer bütün alt ölçeklerde yüksek puanlar olumsuzluğu göstermektedir. İki Rosenberg alt ölçeğinde alınan yüksek puanlarsa, tartışmalara katılmanın ve babayla ilişkinin yoğunluğunu gösterdiği için olumlu olarak yorumlanmaktadır. Bu yüzden, bu iki alt ölçeğin Offer alt ölçekleriyle negatif korelasyon göstermesi beklenen bir şeydir.

Tabloda görüldüğü gibi, güvenilirliği kabul edilemez ölçüde düşük çıkan tek Offer alt ölçeği olan Bireysel Değerler ölçeği, Resenberg alt ölçekleri arasında yalnızca Psikosomatik Belirtiler ve Psişik izolasyon ölçekleriyle anlamlı düzeyde korelasyon göstermiştir. Ancak gözlenen bu korelasyon kavramsal açıdan pek anlamlı görünmemektedir. Benzer biçimde, Offer Cinsel Tutumlar alt ölçeği yalnızca iki Rosenberg alt ölçeğiyle anlamlı düzeyde korelasyon göstermiştir. Bunların da düşük anlamlılık düzeyinde ($p < .05$) korelasyonlar olması, bu alt ölçeğin geçerliğine gölge

düşürmektedir. Diğer Offer alt ölçeklerinin hepsi, RÖDÖ Benlik Saygısı alt ölçeğiyle ve kalan alt ölçeklerin çoğuyla anlamlı korelasyonlar göstermişlerdir.

Diğer yandan, biri dışında bütün Rosenberg alt ölçekleri Offer alt ölçeklerinin çoğunluğuyla anlamlı korelasyon göstermiştir. Tartışmalara katılma alt ölçeği ise, yalnızca beş Offer alt ölçeğiyle anlamlı düzeyde korelasyon göstermekle birlikte, bunların Beden ve Öz İmgesi, Baş Etme Gücü, Ruh Sağlığı, Çevreye Uyum gibi kilit niteliğinde ölçekler olması, bu Rosenberg alt ölçeğinin geçerliğini destekliyor gibi görünmektedir.

TARTIŞMA

Bu araştırmanın bulguları incelenen toplam yirmidört alt ölçekten bazılarının ülkemiz üniversite gençlerinde geçerlik ve/veya güvenilirlik yönünden sorunlu olduğunu ortaya koymuştur.

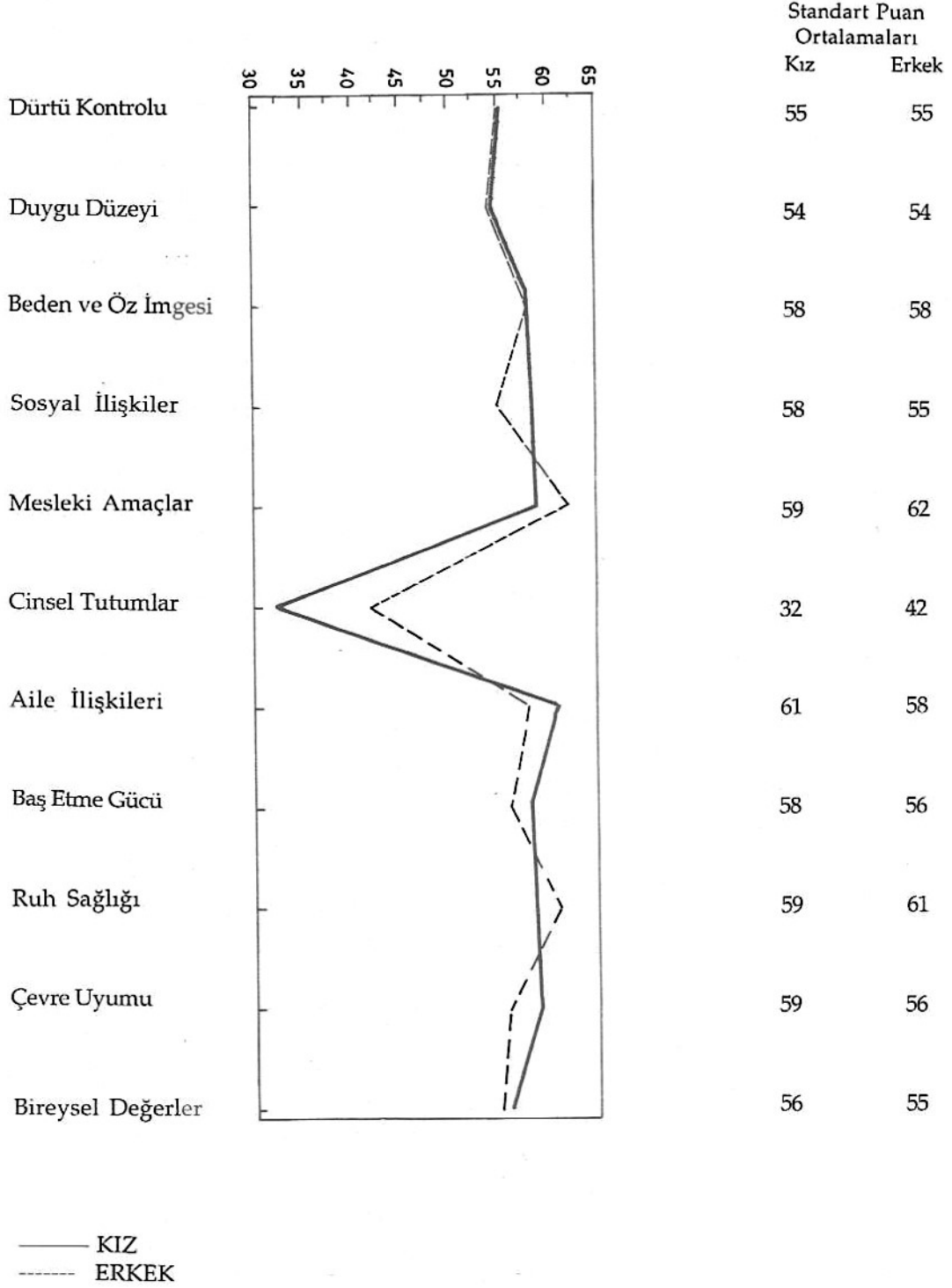
Offer Bireysel Değerler alt ölçeğinin geçerliği çok kuşkulu ve iç güvenilirliği kabul edilemez derecede düşüktür. Bu nedenle üniversite öğrencileri üzerindeki araştırmalarda kullanılması yanıltıcı sonuçlara yol açabilir. Aynı alt ölçeğin daha önce Özbay ve arkadaşlarınca (1991) 11-22 yaş grubunda bakılan α iç tutarlık katsayısı, bu araştırmada olduğu gibi .36 bulunmuştur. Bu

Tablo 3 : ÖÖİÖ ve RÖDÖ Alt Ölçeklerinin Korelasyonu (Pearson r)

ROSENBERG ALT ÖLÇEKLERİ	OFFER ALT ÖLÇEKLERİ											
	Diürtü Kontrolü	Duygusal Düzey	Beden İmgesi	Sosyal İlişkiler	Mesleki Amaçlar	Cinsel Tutumlar	Aile İlişkileri	Baş Etme Gücü	Ruh Sağlığı	Çevreye Uyum	Bireysel Değerler	Depresyon
Özdeğer Duygusu	.22**	.40***	.44***	.34***	.19*	.17*	.27***	.35***	.48***	.27***	.05	.39***
Özün Sürekliliği	.22**	.34***	.21**	.08	.19*	-.00	.13	.34***	.35***	.16*	.13	.34***
İnsanlara Güvenme	.21**	.27***	.12*	.26***	.09	.05	.27***	.18*	.21**	.14	.10	.27***
Eleştiriyi Duyarlılık	.44***	.41***	.25**	.36***	.17*	.03	.28***	.25**	.27***	.23**	.09	.34***
Depresif Duygulanım	.24**	.61***	.35***	.41***	.24**	.10	.37***	.30***	.38***	.19*	.07	.56***
Hayalperestlik	.20*	.32***	.23**	.27***	.00	-.10	.24**	.22**	.34***	.15	.08	.30***
Psikosomatik Belirti	.41***	.39***	.26***	.21*	.16*	.09	.22**	.19*	.31***	.04	.27***	.38***
İlişkilerde Tehdit	.14	.28***	.33***	.26***	-.11	.15	.22**	.22**	.35***	.20*	-.14	.22**
Tartışmalara Katılma	-.12	-.15	-.24***	-.12	.19*	-.13	-.12	-.20*	-.30***	-.21**	-.02	-.16*
Ana-baba İlgisi	.23***	.31***	.33***	.29***	-.18*	.20*	.53***	.24**	.25**	.29***	.12	.22**
Babayla İlişki	-.04	-.12	-.18*	-.18*	-.18*	.04	-.39***	-.21*	-.27***	-.20*	-.02	-.15
Psişik İzolasyon	.28***	.46***	.33***	.51***	.29***	.12	.34***	.27***	.39***	.25**	.21*	.47***

* p < 0.5 ** p < .01 *** p < .001

Şekil 1 : Kızlar ve Erkeklerin Offer Öz İmgesi Ölçeği Profilleri



bakımdan, Bireysel Değerler alt ölçeğinin sadece üniversite çağındaki değil, orta öğrenim çağındaki gençlerde de güvenilirliğinin çok düşük olduğu söylenebilir.

Offer Cinsel Tutumlar alt ölçeğinin geçerliği tartışmalı görünmektedir. Bunun bir nedeni yalnızca iki Rosenberg alt ölçeğiyle korelasyon göstermiş olmasıdır. Diğer bir nedeni de, deneklerin genel olarak bu ölçekten oldukça yüksek, yani olumsuz nitelikte ham puanlar almış olmasıdır. Öyleki Offer alt ölçeklerinden kızlar ve erkeklerin aldığı ham puan ortalamaları standart puana çevrilip (Çuhadaroğlu ve ark. 1992 b) cinslere göre profiller çizildiğinde, her iki cinsin profilinde de Cinsel Tutumlar alt ölçeğinde belirgin bir çökme gözlenmektedir (Şekil 1). Bu bulgunun ilk akla gelen yorumu hem kızlar hem erkeklerin cinsel konularda belirgin bir zorlanma yaşadıklarıdır. Ancak araştırmanın örneklemini oluşturan öğrencilerin büyük çoğunluğu doğu ve güneydoğu kökenlidirler ve cinsel konularda tutucu eğilimleri ağır basmaktadır. Deneklerin Cinsel Tutumlar alt ölçeğinden aldıkları olumsuz puanların bu tutucu eğilimlerden kaynaklanma olasılığı yüksek görünmektedir. Başka deyişle söz konusu alt ölçek gençlerin cinsel konularda bireysel düzeyde yaşadıkları sıkıntıları ölçmekten çok, çoğunluğun benimsediği genel tutumu yansıtıyor gibi görünmektedir. Offer ve arkadaşlarının (1988) yürüttüğü uluslararası çalışmada da benzer durumla karşılaşmış ve ülkemiz gençleri Tayvan'la birlikte en tutucu eğilimleri sergileyen kesim olarak öne çıkmıştır. Kızlarda bu durum daha da belirginlik kazanmaktadır. Böyle olunca, Offer Cinsel Tutumlar alt ölçeğinin niçin Rosenberg alt ölçeklerinin çoğuyla korelasyon göstermediği açıklık kazanmaktadır : Cinsellikten uzak durmak bilinçli bir seçim olduğu ölçüde, ölçek skorları cinsel konularda bir ketlenmeye ya da yetersizlik duygusunu yansıtmaktan uzaklaşmaktadırlar. Böylesine bir seçimi yansıtan puanların bireyin iç dünyasındaki zorlanmaları yansıtan diğer alt ölçek puanlarıyla korelasyon göstermemesi anlaşılır bir şeydir. Sonuç olarak, bu alt ölçek kullanıldığında, bulguların yorumlanmasında

dikkatli olunması ve gencin geldiği sosyokültürel çevrenin göz önünde tutulması gerektiği söylenebilir.

Bireysel Değerler ve Cinsel Tutumlar alt ölçekleri bir yana bırakılırsa, diğer Offer alt ölçeklerinin geçerli ve güvenilir olduğu söylenebilir. Tablo 1'de görüldüğü gibi, bu çalışmada alt ölçekler için hesaplanan Cronbach α değerleri genel olarak önceki çalışmalarda bulunanlardan belirgin biçimde yüksektir. Bunun nedeni, eğitim düzeyinin yükselmesine bağlı olarak soruların daha iyi anlaşılması olabilir. Özbay ve arkadaşlarının (1991) çalışmasında göze çarparak kadar düşük α değerlerinin elde edilmiş olması, örneklemin yarısının eğitim düzeyi düşük çalışan gençlerden oluşmasına bağlanabilir.

Sonuç olarak, Offer alt ölçeklerinin üniversite öğrencilerinde daha güvenilir bir görünüm kazandıkları söylenebilir.

Kısaca değinilmesi gereken bir nokta da, Mesleki ve Eğitimsel Amaçlar alt ölçeğinde yer alan 59. soru için yanlış anahtar uygulanmasının bu ölçeğin güvenilirliğini belirgin olarak düşürmesidir. Sözü edilen yanılğı, bu çalışmada .61 olması gereken α değerinin başlangıçta .42 olarak hesaplanmasına yol açmıştır. Özbay ve arkadaşlarının (1991) çalışmasında aynı alt ölçek için bulunan .13 düzeyindeki α değeri benzer sorundan kaynaklanmış olabilir.

Araştırma bulguları Rosenberg alt ölçeklerinden altısının güvenilir olduğunu düşündürmektedir. Bunlar Özdeğer Duygusu, Depresif Duygulanım, Hayalperestlik, Psikosomatik Belirtiler, Tartışmalara Katılma ve Ana-baba İlgisi alt ölçekleridir. Söz konusu alt ölçeklerin genel olarak Offer alt ölçekleriyle anlamlı düzeyde korelasyon göstermesi, bunların aynı zamanda geçerli ölçekler olduğunu ve araştırmalarda kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Kalan altı ölçeğin iç güvenilirliği düşük bulunmuştur. Ancak bu çalışmanın bulguları, Rosenberg alt ölçeklerinin ülkemizdeki iç güvenilirliği konusunda ilk verileri oluşturmaktadır. Çuhadaroğlu'nun çalışmasında (1986) elde edilen test-tekrar test korelasyonları (Tablo 2), bu

ölçeklerden bazılarının zaman güvenilirliğinin de düşük olduğunu göstermektedir. Bu yüzden İnsanlara Güvenme, Eleştiriye Duyarlılık ve İlişkilerde Tehdit Hissetme alt ölçeklerinin sonraki çalışmalarda güvenilir bulunma olasılığı pek fazla görünmemektedir. Değişik örneklerde yapılacak çalışmalarda benzer sonuçlar alınması durumunda, güvenilir olmadığı kesinlik kazanan alt ölçekleri araştırmalarda kullanmaktan kaçınmanın uygun olacağı söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın çıkış noktası, öz imgesinin olumlu ya da olumsuz oluşundan söz etmekle özdeğer duygusunun yüksek ya da düşük oluşundan söz etmenin aslında aynı şeyler olduğu düşüncesiydi. Offer ve Rosenberg alt ölçekleri arasında gözlenen korelasyonlar bu görüşün geçerli olduğunu göstermiştir. Başka deyişle, OÖİÖ ve RÖDÖ birbirinden ayırt edilmesi pek kolay olmayan ruhsal yaşantıları ölçmekte, yani aynı amaca hizmet etmektedirler.

Araştırma bulguları, OÖİÖ alt ölçeklerinin iç güvenilirliğinin genel olarak RÖDÖ alt ölçeklerinden yüksek olduğunu ortaya koymuştur. OÖİÖ'nün uyarılama çalışmasının yapılmış ve ham puanlara karşı gelen standart puanların belirlenmiş olması (Çuhadaroğlu ve ark. 1992 a, b) bu ölçeği daha da kullanışlı kılmaktadır. Ancak ölçeği klinik ya da araştırma amaçlı kullanırken göz önünde tutulması gereken bir kaç nokta bulunmaktadır. Birincisi, Bireysel Değerler alt ölçeğinin güvenilirliği düşük geçerliği ise kuşkuludur. İkincisi, Cinsel Tutumlar alt ölçeğinin, deneklerin cinsel konularda yaşadıkları zorlukları mı, yoksa cinselliğe yaklaşımlarını mı ölçtüğü açık değildir. Üçüncüsü, bu ölçeği kullananların yararlandıkları başlıca kaynaktan (Offer ve ark. 1988), ölçeğin 99 soruluk formununun 28. ve 59. (130 soruluk özgün formun 42. ve 79.) soruları için yanlış biçimde negatif anahtar verilmiştir. Olasılıkla kitabın dizgisi sırasında ortaya çıkan bu hata, daha sonra yayınlanan el kitabında (Offer ve ark. 1989) düzeltilmiştir. Verileri yanlış hesaplamaktan kaçınmak için bu konunun göz önünde bulundurulması gerekli görünmektedir.

Öte yanda, Rosenberg alt ölçekleri arasında Özdeğer Duygusu alt ölçeğinin özel bir yeri olduğu açıktır. Araştırmalarda bütün RÖDÖ alt ölçekleri birlikte uygulanmış olsa bile, yapılan yorumlar daha çok Özdeğer Duygusu alt ölçeğinden alınan puanlar üzerinde odaklanmaktadır. Bu yüzden, bir denek grubunun özdeğer duygusu değerlendirilmek istendiğinde bütün alt ölçeklerin uygulanması her zaman gerekli ve amaca uygun olmayabilir. Ayrıca 63 soruluk bir ölçek yerine 10 soruluk bir ölçeği uygulamak ve değerlendirmek, hem araştırmacılar hem de denekler açısından daha az zaman alıcı olduğu için tercih edilebilir. Kimi araştırmalarda bu yolun tutulduğu gözlenmektedir (Walters ve Simoni 1993). Özdeğer Duygusu alt ölçeğiyle ilgili tek sorun, ölçekten alınan toplam puana 2. maddenin hiçbir katkısının olmamasıdır. Başka deyişle, bu madde özdeğer duygusunun düzeyinin belirlenmesine olumlu ya da olumsuz yönde herhangi bir etkide bulunmamaktadır. Bu yüzden, ölçekle yapılacak sonraki çalışmalarda 2. maddenin değişik çevirilerinin denenmesinde yarar olduğu söylenebilir.

TEŞEKKÜR

Yazarlar, bu çalışmada kullanılan ölçeklerin ve ilgili kaynakların elde edilmesinde yardımlarını gördükleri Doç. Dr. Fusun Çuhadaroğlu'na teşekkür ederler.

KAYNAKLAR

Alkın T, Baykara A, Miral S ve ark. (1992) Gençlerde beden imgesi ve benlik saygısı ilişkisi. 1992 Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri Kongre Kitabı : 418-42. Saray Tıp Kitabevleri, İzmir.

Çuhadaroğlu F (1986) Adolesanlarda Benlik Saygısı. Uzmanlık Tezi, Ankara.

Çuhadaroğlu F, Sonuvar B. Özusta Ş (1992 a) Offer kendilik imgesi ölçeği uyarılama çalışması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları : 137-142. Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara.

Çuhadaroğlu F, Sonuvar B. Özusta Ş (1992 b) Offer Kendilik İmgesi Ölçeği - Türk Normlarına Göre Standardizasyon Cetveli. Yayınlanmamış cetvel.

Çuhadaroğlu F, Sonuvar B (1993) Adolesan intiharları ve kendilik imgesi. Türk Psikiyatri Dergisi 4 : 29-38.

Dereboy F (1993) Kimlik Bocalaması : Anlamak, Tanımak, Ele Almak. Özmerit Ofset, Malatya.

Ekşi A, Özgüroğlu M (1992) Adolesans döneminde benlik imajı. 1992 Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri Kongre Kitabı : 201-217. Saray Tıp Kitabevi, İzmir.

Erikson (1968) Identity : Youth and Crisis. W.W. Norton, New York.

Haviland MG, Shaw DG, MacMurray JP ve ark. (1988m) Validation of the Toronto Alexithymia Scale with substance abusers. Psychother Psychosom 50 : 81-87.

İnanç B (1988) Türk ergenlerinin öz-ııajları. V.Ulusal Psikoloji Kongresinde sunulmuş bildiri.

İnanç B (1989) Offer Öz-ııaj ve Edwards Kişisel Tercih envanterleri arasındaki ilişki. İnsan Bilimleri Dergisi 6 : 35-45.

Karadağlı A(1992) Öğrenci hemşirelerin benlik-saygısı düzeyleri ile algıladıkları okul yaşantıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. 1992 Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri Kongre Kitabı : 251-260. Saray Tıp Kitabevleri, İzmir.

Nunnally JC (1978) Psychometric Theory. McGraw-Hill, New York.

Offer D, Sabshin (1963) The psychiatrist and the normal adolescent. Arch GenPsychiatry 9 : 427-431.

Offer D, Ostrov E, Howard KI, Atkinson (1988) The Teenage World : adolescents Self-Image in Ten Countries. Plenum Medical, New York.

Offer D, Ostrov E, Howard KI (1989) The Offer Self-Image Questionnaire for Adolescents : A Manual. Michael Reese Hospital and Medical, New York.

Özbay H, Şahin N, Hınçal G ve ark (1991) Ergenlikte benlik imajı : Çalışan ve öğrenci ergenler arasında karşılaştırmalı bir çalışma. Türk Psikiyatrisi Dergisi 2 : 82-95.

Rosenberg M (1965) Society and the Adolescent Self-Image. Princeton university Press, Princeton.

Sözer Y, Canat S (1992) Kronik bedensel hastalığı olan ergenlerde kendilik imgesi. 1992 Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri Kongre Kitabı : 107-117. Saray Tıp Kitabevleri, İzmir.

Tamar M, Erermiş S, Aydın C ve ark. (1992) Çocuk psikiyatrisine başvuran ergenlerde kendilik kavramı. 1992 Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri Kongre Kitabı : 406-417. Saray Tıp Kitabevleri, İzmir.

Terakye G (1989) Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinde benlik saygısı ve ruhsal durum etkileşiminin değerlendirilmesi. XV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları : 144-146.

Torucu BK (1992) 13-14 yaşındaki gençlerin sosyoekonomik düzeyi ve ana-baba tutumlarındaki farklılıkların belirlenip benlik saygısına etkisinin araştırılması. 1992 Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri Kongre Kitabı : 241-250. Saray Tıp Kitabevleri, İzmir.

Walters KL, Simoni JM (1993) Lesbian and gay male group identity attitudes and self-esteem : implications for counseling. J Counseling Psychology 40 : 94-99.

SAĞLIKLI VE ÇOCUK RUH SAĞLIĞI KLİNİĞİNE BAŞVURAN ÇOCUKLARDA DEPRESYON VE KAYGI İLİŞKİSİ

Belma Öy*, Nuray Başoğlu**, Münire Türkmen**
Nuray Yılmaz**, Ayhan Ekmekçi**

ÖZET

Çalışmanın amacı sağlıklı çocuklar ve psikiyatriye başvuran hastalarda depresyon ve kaygı ilişkisini incelemektir. Bu amaçla Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümüne çeşitli ruhsal sorunlarla başvuran 77 hastaya ve 180 dördüncü-sekizinci sınıf öğrencisine Çocuklar için Depresyon Ölçeği ve Çocuklar için Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri uygulanmıştır. Her iki grupta depresyonla hem durumluk, hem de sürekli kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif korelasyon saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda depresyon ve kaygının ilişkili olduğu, depresyon yönünde artışın kaygı yönünde artışla paralellik gösterdiği kanısına varılmıştır.
Anahtar sözcükler : Depresyon, kaygı, çocukluk

SUMMARY : THE RELATIONSHIP OF DEPRESSION AND ANXIETY AMONG NORMAL AND PSYCHIATRIC OUT PATIENT CHILDREN

The purpose of the study is to investigate the relationship of depression and anxiety among child psychiatric patients and students. For this purpose Children's Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory for Children are applied to 77 child psychiatric patients and 180 fourth to eighth-grade students. In both groups, statistically significant positive correlations have been found between depression and state-trait anxiety. It is concluded that depression and anxiety are closely related phenomena and an increase in depressive symptoms parallels an increase in anxiety symptoms.

Key words : Depression, anxiety, childhood

Erişkin psikiyatrisinde, depresyon ve kaygı bozukluklarının eş zamanlı görülmesiyle (komorbidite) ilgili tartışmalar uzun şüredir yapılırken, çocuk ve ergen psikiyatrisinde son on yıla kadar bu konu üzerinde pek durulmamıştır (Stavrakaki ve Vargo 1986). 1960'lı yıllarda kaygının, çocukluk depresyonunun yaşa bağlı bir özelliği olduğu, ayrı bir bozukluk olmadığı kabul edilmiştir (Toolan 1962). Yine bu yıllarda kaygı belirtileri olan depresyon için "fobik depresyon" tanısı ortaya atılmıştır (Frommer 1968). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırması olan DSM III'te (APA 1980) çocukluk döneminde görülen kaygı bozukluklarının yer almasıyla, bu konuda çalışmalar yoğunluk kazanmıştır.

Hem toplum taramalarında, hem klinik çalışmalarda çocuk ve ergenlerde depresyon ile kaygı bozukluğunun sıklıkla birlikte görüldüğü gözlenmiştir. İki geniş epidemiyolojik çalışmada kaygı bozukluğu olan çocukların % 17'sinde (Anderson ve ark. 1987), ergenlerin %12'sinde (Mc Gee ve ark. 1990) major depresyon sap-

tanmıştır. Daha küçük bir çalışmada kaygı bozukluğu ile depresyonun komorbiditesi %37 bulunmuştur (Keller ve ark. 1992). Klinik çalışmalarda kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergen hastaların %30-80'inde depresyon gözlenmiştir (Bernstein 1991, Bernstein ve Garfinkel 1986, Kolvin ve ark. 1984, Last ve ark. 1987a, 1987b, Strauss ve ark. 1988a). Benzer şekilde depresif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin % 35-85'inde ayrılık kaygısı başta olmak üzere, kaygı bozukluklarının depresyona eşlik ettiği görülmüştür (Geller ve ark. 1985, Kashani ve ark. 1987, Kovacs ve ark. 1984, 1989, Mitchell ve ark. 1988, Ryan ve ark. 1987).

Hangi bozukluğun önce başladığını inceleyen birkaç çalışmada, çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Geller ve arkadaşları (1985) major depresyonu olan hastaların % 80'inde ayrılık kaygısı bozukluğunun depresyondan sonra başladığını, Kovacs ve arkadaşları (1989) ile Reinherz ve arkadaşları (1993) kaygı bozukluğunun depresyondan önce başladığını saptamışlardır.

Depresyon ve kaygının farklı bozukluklar mı, yoksa aynı bozukluğun farklı yönleri mi olduğu konusu henüz tartışmalıdır. Genel olarak her

* Uzm. Dr., Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Kl, Ankara.

** Psk. Dr. Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Kl, Ankara.

iki bozukluğun belirtileri, başlangıç yaşı, süreci, tedaviye yanıtı ve prognozu ile birbirinden farklı iki ayrı bozukluk olduğu kabul edilmekle birlikte (Anderson ve ark. 1987, Kashani ve ark. 1987, Last ve ark. 1987a, 1987b, Stavrakaki ve ark. 1987), aynı psikopatolojinin değişik yönleri olduğunu öne sürenler de (Bernstein 1991, Kovacs ve ark. 1989) bulunmaktadır. Farklı ya da aynı psikopatoloji olsun, tüm araştırmacıların ortak görüşü depresyon ve kaygının yakından ilişkili olduğudur (Anderson ve ark. 1987, Bernstein 1991, Kashani ve ark. 1987, Kashani ve Orvaschel 1988, Keller ve ark. 1992, Last ve ark. 1987a, 1987b, Mc Gee ve ark. 1990, Strauss ve ark. 1988a, Stavrakaki ve ark. 1987).

Bu çalışmada çocuk psikiyatrisine başvuran hastalar ve öğrencilerde depresyon ve kaygı ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

ARAÇ VE YÖNTEM

Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümüne çeşitli ruhsal sorunlarla ardarda başvuran, zihinsel özürsüz ve psikotik olmayan, 4-8. sınıflarda okuyan 77 hasta ve hastaneye başvuran hasta nüfusunu temsil ettiği düşünüldüğü için hastaneye yakın bir ilkokul ile ortaokulun 4-8. sınıflarında okuyan 180 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır.

Çalışmada kullanılan ölçekler :

1. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) : Kovacs (1981) tarafından geliştirilen, 6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen, 27 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmış ve patoloji kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır.

2. Çocuklar için Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) : Spielberger (1973) tarafından geliştirilen, durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen yirmişer maddelik iki alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta (1993) tarafından yapılmıştır. Her ne kadar ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 9-12 yaş çocuklarında yapıldıysa da, 12 yaşından büyük çocukların erişkin kaygı ölçeğini anlamakta güçlük çekmeleri nedeniyle 17 yaşa kadar kullanılmaktadır (Hoehn-Saric ve ark. 1987, Strauss ve ark. 1988a, 1988b).

Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS/PC paket programı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Hastaların %58 'i kız, % 42'si erkektir. %51 'i ilkokul, % 49 'u ortaokul öğrencisidir. Yaş ortalaması 11'dir.

Öğrencilerin %49'u kız, %51'i erkektir. % 37'si ilkokul, % 63'ü ortaokul öğrencisidir. Yaş ortalaması 12'dir.

Deneklerin depresyon ve kaygı ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo I'de görülmektedir.

Tablo I : Depresyon ve Kaygı Puan Ortalamaları ve t Değerleri

Ölçek	Hasta		Öğrenci		t
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	
ÇDÖ	13.05	6.98	10.82	6.26	2.42*
ÇDKE	33.44	7.11	30.97	7.31	2.51*
ÇSKE	37.94	7.38	36.51	6.95	1.48

*p < 0.05

Tablo I incelendiğinde, hastaların depresyon ve durumluk kaygı puan ortalamasının öğrencilerden yüksek olduğu, sürekli kaygı açısından hasta ve öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir.

Deneklerde depresyon ile hem durumluk hem sürekli kaygı arasında istatistiksel olarak önemli pozitif korelasyon saptanmıştır (Tablo II). Hastalarda en yüksek korelasyon depresyon ile sürekli kaygı arasında, öğrencilerde depresyon ile durumluk kaygı arasındadır.

Tablo II : Deneklerde Depresyon ve Kaygı Korelasyonları

Ölçek	Hasta		Öğrenci		
	ÇDÖ	ÇDKE	ÇDKE	ÇDÖ	ÇDKE
ÇDÖ	0.5602*	0.6562	0.6928*	0.5150*	
ÇDKE		0.4904*			0.5284*
ÇSKE					

*p < 0.001

Çocuklar için Depresyon Ölçeği'nin kesim noktasına göre patolojik düzeyde depresif belirti gösteren hasta ve öğrencilerin hem durumluk hem sürekli kaygıları, göstermeyenlerden yüksektir (Tablo III ve Tablo IV).

Tablo III: Patolojik Düzeyde Depresif Belirti Gösteren ve Göstermeyen Hastaların Puan Ortalamaları ve t Değerleri

Ölçek	Depresif Grup		Depresif Olmayan Grup		t
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	
ÇDÖ	23.41	3.22	10.12	4.49	11.38*
ÇDKE	40.88	8.10	31.33	5.19	5.86*
ÇSKE	45.94	5.85	35.67	6.10	6.18*

*p < 0.001

Tablo IV: Patolojik Düzeyde Depresif Belirti Gösteren ve Göstermeyen Öğrencilerin Puan Ortalamaları ve t Değerleri

Ölçek	Depresif Grup		Depresif Olmayan Grup		t
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	
ÇDÖ	24.25	5.49	9.14	3.88	15.60*
ÇDKE	42.15	8.11	29.57	5.88	8.62*
ÇSKE	44.25	8.18	35.54	6.16	5.73*

*p < 0.001

Kaygı ölçeği için henüz patoloji kesim noktası belli olmamakla birlikte, patolojik düzeyde kaygı belirtisi gösteren ve göstermeyen deneklerin depresyon puanlarını inceleyebilmek amacıyla, öğrencilerin puan ortalamasının 1.5 standard sapma üstü, patolojik düzeyde kaygıyı yansıtabileceği düşünülerek kesim noktası olarak alınmıştır.

Patolojik düzeyde durumluk kaygı belirtisi gösteren deneklerin depresyon puan ortalaması, göstermeyen deneklerden yüksektir (Tablo V).

Tablo V: Patolojik Düzeyde Durumluk Kaygı Gösteren ve Göstermeyen Deneklerin Depresyon Puan Ortalamaları ve t Değerleri

Denek	ÇDKE > 42 Puan		ÇDKE < 42 Puan		t
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	
Hasta	19.46	6.66	11.75	6.34	3.97*
Öğrenci	23.06	7.81	9.63	4.62	6.77*

*p < 0.001

Benzer şekilde patolojik düzeyde sürekli kaygı gösteren deneklerin depresyon puan ortalaması, göstermeyenlerden yüksektir (Tablo VI).

Tablo VI: Patolojik Düzeyde Sürekli Kaygı Gösteren ve Göstermeyen Deneklerin Depresyon Puan Ortalamaları ve t Değerleri

Denek	ÇDKE > 47 Puan		ÇDKE < 47 Puan		t
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	
Hasta	21.80	4.73	11.75	6.30	4.84*
Öğrenci	19.84	8.19	9.76	5.06	5.25*

*p < 0.001

Hastaların DSM III-R (1987) tanılarına göre ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları Tablo VII'de görülmektedir.

Tablo VII: Tanı Gruplarına göre Depresyon ve Kaygı Puan Ortalamaları ve t değerleri

Denek	ÇDÖ		ÇDKE		ÇSKE	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Dışa atım Boz. (s = 22)	11.27	6.80	32.00	6.28	35.18	6.28
Yıkıcı Dav. Boz. (s = 9)	17.00	8.29	36.00	7.26	42.56	8.92
Somatoform Boz. (s = 16)	13.88	6.50	33.19	8.56	39.25	7.71
Kaygı Boz. (s = 9)	11.00	5.07	33.89	6.79	37.11	6.23
Depresif Boz. (s = 3)	25.00	2.00	44.00	8.72	44.00	6.25
Tik Boz. (s = 4)	11.50	2.89	28.75	2.75	38.25	0.50
Konuşma Boz. (s = 6)	8.17	3.97	32.83	2.04	35.00	5.90
Diğer (s = 8)	14.13	7.34	33.38	7.56	38.38	9.77

Depresyon ve kaygı ölçeklerinden alınan puanların tanı gruplarına göre tek yönlü varyans analizinde, gruplar arasında durumluk ve sürekli kaygı açısından fark bulunmamış ($F_{DKÖ} = 1.584$ p > 0.05, $F_{SKÖ} = 1.530$ p > 0.05), depresyon açısından bulunmuştur ($F_{CDÖ} = 2.938$ p < 0.01). Farkın kaynağı Tukey HSD testi ile araştırıldığında, depresif grubun depresyon puanının dışa atım bozukluğu, kaygı bozukluğu ve konuşma bozukluğu gruplarından yüksek

olduğu görülmüştür. Depresif grubun kaygı puanları da, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte diğer gruplardan yüksektir. Kaygı bozukluğu grubunun ise her üç ölçekten aldıkları puanların oldukça düşük olduğu dikkat çekicidir.

TARTIŞMA

Hasta ve öğrencilerde depresyon ile durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. Her iki grupta depresyon ölçeğinin kesim noktasına göre patolojik düzeyde depresif belirti gösterenlerin durumluk ve sürekli kaygı puanları, göstermeyenlerden yüksektir. Kaygı ölçeği için henüz patoloji kesim noktaları belirlenmemiş olmakla birlikte, öğrencilerin ortalamalarının 1.5 standart sapma üstünün kesim noktasını yansıtabileceği düşünülmüştür. Bu puanlara göre incelendiğinde, patolojik düzeyde durumluk ve sürekli kaygı gösteren deneklerin depresyon puanı, göstermeyenlerden yüksektir. Bu bulgular kaygı ile depresyonun yakından ilişkili olduğunu doğrular durumdadır. Kaygı yönündeki artış depresyon yönündeki artışa, depresyon yönünde artış ise kaygı yönünde artışa paralellik göstermektedir. Çalışmanın sonuçları yurt dışı çalışmalarla uyumludur (Anderson ve ark. 1987, Bernstein 1991, Kashani ve Orvaschel 1988, Keller ve ark. 1992, Last ve ark. 1987a, 1987b, Mc Gee ve ark. 1990, Mitchell ve ark. 1988, Stavrakaki ve ark. 1987, Strauss ve ark. 1988a, Ryan ve ark. 1987).

Yurtdışı çalışmalarda, depresyon ve kaygının eş zamanlı görüldüğü hastalarda hem depresyon hem de kaygı belirtilerini, yalnızca kaygı ya da depresif bozukluğu olan hastalardan daha ağır olduğu gösterilmiştir (Bernstein 1991, Mitchell ve ark. 1988, Strauss ve ark. 1988a). Bir başka bulgu da, depresif çocuklarda kaygı belirtilerinin sık olduğu ancak kaygı bozukluğu olan çocuklarda depresif belirtilerin seyrek görüldüğüdür (Bernstein ve Garfinkel 1986, Herschberg ve ark. 1982, Stavrakaki ve ark. 1987).

Hasta grubunun tanlarına göre depresyon ve kaygı puanları incelendiğinde (Tablo VII), depresif bozukluk grubunun hem depresyon hem kaygı puanlarının yüksek olduğu, kaygı bozukluğu grubunun ise düşük olduğu görülmektedir. Bu bulgu dikkat çekici olmakla birlikte, her iki gruptaki denek sayısının yetersiz oluşu nedeniyle, bir sonuca varmak olası değildir.

Hastaların durumluk kaygı ve depresyon puanları öğrencilerden yüksek bulunmuştur. Çocuklarda depresyonu inceleyen önceki bir çalışmada (Öy 1990) hastalarla öğrenciler arasında depresyon açısından bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu ilk çalışmada denek sayısının daha küçük ($s = 50$) oluşundan veya hastaların ruhsal sorunlarının daha hafif olmasından kaynaklanmış olabilir. Durumluk kaygının hastalarda yüksek oluşu psikopatolojiye bağlı olabileceği gibi, ruhsal sorunlar nedeniyle hastaneye başvurmuş olmanın durumluk kaygıyı arttırmasına bağlı olabilir. Öğrencilerde düşük çıkması, kaygı düzeylerinin daha düşük olmasından veya alıştıkları sınıfta ortamında ölçeği doldurmalarından kaynaklanabilir.

Sürekli kaygının hastalarda, öğrencilerden yüksek çıkması beklenirken istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaması şaşırtıcıdır. Yurtdışı çalışmalarda hem toplum taramalarında (Anderson ve ark. 1987, Kashani ve Orvaschel 1988, 1990, Kashani ve ark. 1987, 1989, Mc Gee ve ark. 1990) hem klinik çalışmalarda (Last ve ark. 1987a, 1987b) en sık rastlanan tanının kaygı bozukluğu olduğu belirtilmektedir. Ayrıca kaygı bozukluğu düzeyine varmayan kaygı belirtilerinin öğrencilerde sık görüldüğü bildirilmektedir. (Bell-Dolan ve ark. 1990).

Bu çalışmada sağlıklı öğrencilerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalaması, yurtdışı çalışmalardaki kaygı bozukluğu olan hastalar için verilen ortalamalara benzerlik göstermektedir (Beidel 1991, Beidel ve Turner 1988, Bell-Dolan ve ark. 1990, Strauss ve ark. 1988a).

Depresyon, durumluk kaygı ve sürekli kaygının cinsiyet ve okul değişkenine göre farkı hem öğrencilerde hem hastalarda araştırılmış, ayrıca bu iki değişken açısından hasta ve öğrenci grubu karşılaştırılmıştır. Ancak bu bulgular araştırma kapsamını genişleteceği ve araştırmanın amacıyla doğrudan ilgili olmadığı düşünüldüğü için, başka bir çalışmada ele alınması uygun görülmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın sonucu hem hastalarda hem sağlıklı öğrencilerde kaygı ile depresyonun yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Her iki grupta da depresyon yönünde artış durumluk ve sürekli kaygı yönünde artışla, durumluk ve sürekli kaygı yönündeki artışlar ise depresyon yönünde artışla paralel gitmektedir.

Araştırmanın önemli bir bulgusu da elde edilen verilerin sağlıklı öğrencilerde kaygı belirtilerinin sık olabileceğini düşündürmesidir.

Çocuklarda kaygı bozuklukları ve kaygı ile depresyon ilişkisi henüz ülkemizde yeterince araştırılmamış konulardır.

Hafif düzeyde kaygı ve depresyon belirtileri çoğu zaman geçici ve gelişim dönemine bağlı olabilir, bozukluk düzeyine varan belirtiler çocuğun okul başarısını düşürebilir, sosyal ilişkilerini bozabilir ve günlük yaşantısını önemli ölçüde aksatabilir. Bu nedenle hem toplumda hem kliniklerde depresyon ve kaygı ilişkisinin ve depresyon ile kaygı belirtilerinin dağılımının daha geniş kapsamlı çalışmalarda incelenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised)*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Anderson JC, Williams S, Mc Gee R, Silva PA (1987) DSM-III disorders in preadolescent children. *Arch Gen Psychiatry*, 44 : 69-76.
- Beidel DC, Turner SM (1988) Comorbidity of test anxiety and other anxiety disorders in children. *J Abnorm Child Psychol*, 16 : 275-287.
- Beidel DC (1991) Social phobia and overious disorder in school-age children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30 : 545-552.
- Bell-Dolan DJ, Last CG, Strauss CC (1990) Symptoms of anxiety disorders in normal children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29 : 759-765.
- Bernstein GA, Garfinkel BD (1986) School phobia : The overlap of affective and anxiety disorders. *J Am Acad Child Psychiatry*, 25 : 235-241.
- Bernstein GA (1991) Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinical sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30 : 43-50.
- Frommer EA (1968) Depressive illness in childhood. *Br J Psychiatry*, 2 : 117-136.
- Geller B, Chestnut EC, Miller MD ve ark. (1985) Preliminary data on DSM-III associated features of major depressive disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 142 : 643-644.
- Herschberg SC, Carlson GA, Cantwell DP, Stober M (1982) Anxiety and depressive disorders in psychiatrically disturbed children. *J Clin Psychiatry*, 43 : 358-361.
- Hoehn-Saric E, Maisami M, Wiegard D(1987) Measurement of anxiety in children and adolescents using semistructured interviews. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 26 : 541-545.
- Kashani JH, Carlson GA, Beck NC ve ark. (1987) Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry*, 144 : 931-934.
- Kashani JH, Orvaschel H(1988) Anxiety disorders in mid-adolescence : A community sample. *Am J Psychiatry*, 145 : 960-964.

- Kashani JH, Orvaschel H, Rosenberg TK, Reid JC (1989) Psychopathology in a community sample of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28 : 701-706.
- Kashani JH, Orvaschel H(1990) A community study of anxiety in children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 147 : 313-318.
- Keller MB, Lavori PW, Wunder J ve ark. (1992) Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31 : 595-599.
- Kolwin I, Berney TP, Bhate SR (1984) Classification and diagnosis of depression in school phobia. *Br J Psychiatry*, 145 : 347-357.
- Kovacs M(1981) Rating scale to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46 : 305-315.
- Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak MA ve ark. (1984) Depressive disorders in childhood I.A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch Gen Psychiatry*, 41 : 229-237.
- Kovacs M, Gatsonis C, Paulauskas SL, Richards C(1989) Depressive disorders in childhood IV.A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 46 : 776-782.
- Last CG, Francis G, Harsen M ve ark. (1987a) Separation anxiety and school phobia. *Am J Psychiatry*, 144 : 653-657.
- Last CG, Strauss CC, Francis G(1987b) Comorbidity among childhood anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis*, 175 : 726-730.
- Mc Cee R, Feehan M, Williams S ve ark. (1990) DSM III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29 : 611-619.
- Mitchell J, Mc Canley E, Burke PM, Mass SJ (1988) Phenomenology of depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27 : 12-20.
- Öy B(1990) Çocuklar için Depresyon Ölçeği'nin Öğrenciler ve Çocuk Ruh Sağlığı Kliniğine Başvuran Çocuklarda Uygulanması. Basılmamış Uzmanlık Tezi. HÜTF, Ankara.
- Öy B(1991) Çocuklar için Depresyon Ölçeği : Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2 : 132-136.
- Özusta Ş (1993) Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. H.Ü. Sosyal Bilimler Enst. Ankara.
- Reinherz HZ, Giaconia RM, Pakiz B ve ark. (1993) Psychosocial risks for major depression in late adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32 : 1155-1163.
- Ryan ND, Puig-Antich J, Ambrosini P ve ark. (1987) The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 44 : 854-861.
- Spielberger CD (1973) *Preliminary Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.
- Stavarakaki C, Vargo B(1986) The relationship of anxiety and depression. *Br J Psychiatry*, 149 : 7-16.
- Stavarakaki C, Vargo B, Boodoosingh L, Roberts N (1987) The relationship between anxiety and depression in children : Rating scales and clinical variables. *Can J Psychiatry*, 32 : 433-439.
- Strauss CC, Last CG, Hersen M, Kazdin AE(1988a) Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorders. *J Abnorm Child Psychol*, 16 : 57-68.
- Strauss CC, Lease CA, Last CG, Francis G(1988b) Overanxious disorder : An examination of developmental differences. *J Abnorm Child Psychol*, 16 : 433-443.
- Toolan JM (1962) Depression in children and adolescents. *Am J Orthopsychiatry*, 32 : 404-415.

ERGENLERDE AİLE İÇİ CİNSEL TACİZ

Saynur Canat*

ÖZET

Cinsel taciz, yetişkin bir kimsenin cinsel arzuları ve gereksinimi için çocuğu veya ergeni, cinsel bir nesne olarak kullanması olarak tanımlanabilir. Cinsel taciz, çocukta duygusal ve kognitif bozukluklara neden olur, gelişimi bozar. Bu yazıda, cinsel tacize uğradığını belirten yedi olgunun öyküsü özetlenmiş, gösterdikleri ortak noktalar, literatür ışığında değerlendirilmiştir. Cinsel taciz kurbanı pek çok olgu psikiyatrik yardım için başvuruda bulunsa bile, cinsel tacizi açıklamaktan kaçınmaktadır. Bu yazıda, cinsel taciz şüphesi olan olgularda üzerinde durulması gereken noktaların vurgulanması amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Ergen, cinsel taciz, ensest

SUMMARY : SEXUAL ABUSE OF ADOLESCENTS IN THE FAMILY

Child and adolescent sexual abuse may be defined as the use of a child as an object of gratification for adult sexual needs and desires. This is a sexual act imposed on a child who lacks emotional, maturational and cognitive development. In this article case histories of seven adolescent girls who reported sexual abuse have been summarized and their common characteristics are discussed according to the literature. It is possible to say that in most cases sexual abuse remains as secret, even victim has attempted to find psychiatric help. The aim of this article is to emphasize the points to be investigated in questionable cases.

Key words: Adolescent, sexual abuse, incest

GİRİŞ

Çocuklarda ve ergenlerde cinsel taciz, yetişkin bir kimsenin cinsel arzuları ve gereksinimleri için çocuğu veya ergeni bir nesne olarak kullanması şeklinde tanımlanmaktadır. Ensest ise aile üyelerinden birisinin cinsel amaçlarla çocuktan veya ergenden yararlanması anlamına gelmektedir. Kızlar, cinsel tacizle erkeklere göre 5 defa daha fazla karşılaşmaktadırlar (Johnson, 1990). Tacize yönelik cinsel eylemler teşhirden cinsel ilişkiye kadar uzanan bir yelpaze oluşturmaktadır. Ailede cinsel taciz (ensest) her ne kadar bir cinsel sorun, cinsel sapma olarak ele alınıyorsa da yazarlar, bu eylemde cinselliğin dışındaki gereksinimlerin, özellikle de hükmetme ve kontrol gereksiniminin rol oynadığını kabul etmektedirler (Green 1991, Sgroi 1985).

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ergen Bölümüne başvurularında cinsel taciz öyküsü, olguların tümünde aile içi cinsel taciz olarak bildirilmiştir. Bu olguların tümü kız olup, kayıtlarına ulaşılabilen yedi olgunun öyküleri kısaca özetlenecek ve ortak özellikler açısından ele alınarak tartışılacaktır.

* Prof. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Ergen Bl. Ankara

OLGU ÖZETLERİ

OLGU I

1978 yılında başvuran E.S. 22 yaşında olup, yüksek öğrenim görmekteydi. Aşırı sinirlilik, herşeyden korkma, yetersizlik duyguları ve bayılma nöbetleri şeklinde yakınmaları nedeniyle dissosiyatif bozukluk (histeri) tanısı aldı ve kendi isteğiyle beş ay süreyle yatırılarak nöroz servisinde tedavi edildi. Taburculuğundan sonra da bireysel psikoterapiye devam edildi.

E.S. dört çocuklu bir ailenin ilk çocuğu olup, iki kız ve bir erkek kardeşi vardı. İki yaşında merdivenden düşmüş ve başından ciddi bir şekilde yaralanmıştı. Kafatasında çökme kırığı meydana gelmiş, sol kol ve bacakta hemiparezi gelişmişti. Bu nedenle sol taraf ekstremitelerini yeterince kullanamıyordu.

14-15 yaşlarındayken, kendileriyle birlikte yaşayan bekar amca geceleri kız kardeşleriyle beraber yattıkları odaya gelmeye başlamıştı. Geceleri uykudan amcanın dokunuşları ile uyanıyorlardı. Bir süre sonra bu durumu anne-babaya açıklamışlardı. Anne esasen baştan beri ilişkilerinin kötü olduğu eşine ve onun ailesine daha fazla düşman olmuştu. Sürekli olarak bu konuyu gündeme getiriyor, üzerinden altı-yedi yıl geçmiş olmasına karşın her fırsatta bu konu-

dan söz ediyordu. Baba ise bu olayı hiçbir şekilde kabul etmemiştir ve gerçek olmadığına inanıyordu. Olayın açıklanmasından sonra amca evden uzaklaşmıştı.

E. S. başlangıçta cinsel taciz olayından suçluluk ve utanç duyguları ile söz ederken, zamanla amcaya çok yoğun bir öfke ve nefret duymaya başladı.

OLGU II

1986 yılında başvuran S.S. 18 yaşındaydı ve açık öğretim'e devam ediyordu.

Baş ağrısı, isteksizlik, hiç bir şeyden zevk alamama ve tekrarlayan intihar girişimleri nedeniyle başvurdu. Zaman zaman bayılma nöbetleri oluyordu. Depresyon tanısıyla bireysel psikoterapi ve medikal tedavi başlandı.

Hasta sekiz çocuklu bir ailenin üçüncü çocuğuydu ve iki erkek ve beş kız kardeşi vardı. Baba gerek anneye gerekse çocuklara son derece kötü davranıyordu. İki yıl öncesine kadar babası tarafından dövülmüştü.

1987 yılında yakınmalarında düzelme meydana geldi, bir işte çalışmaya başladı. Babasından kaynaklanan korkuları azaldı. Daha bağımsız davranmaya başladı ve tedaviye son verildi.

Bir ay sonra anne kendi yakınmaları nedeniyle başvurdu. İlk görüşmede babanın S.S. de dahil olmak üzere üç kızına cinsel tacizde bulunduğunu dile getirdi. Cinsel taciz genellikle aile bir aradayken, çocukları sevmek bahanesiyle cinsel organlarına dokunmak şeklinde oluyordu.

OLGU III

1988 yılında başvuran S.Y. 15 yaşında olup ortaokul son sınıfta okumaktaydı. Sosyoekonomik ve kültürel düzeyi düşük bir ailenin üçüncü çocuğuydu. İki ağabeyi ve bir kız kardeşi vardı.

Sinirlilik, titreme, aşırı saldırganlık ve ölme isteği şeklindeki yakınmalarla başvurdu. Aynı zamanda korkulu rüyalar görüyordu. Anksiyete tanısı alan hastaya medikal tedavi ve psikoterapi başlandı.

Annesi akıl hastasıydı ve kendisini çocukluğundan beri dövmeekteydi. 9-10 yaşlarında böyle bir dayak olayından sonra ası yoluyla intihar girişiminde bulunmuş, çocuk psikiyatrisinde ayaktan tedaviye alınmış, fakat babası

engel olduğu için tedaviye devam edememiştir.

Tedavinin ikinci ayında bir tartışmadan sonra ağabeyinin kendisini dövdüğünü dile getirdi ve bu görüşmeden sonra bir daha gelmedi. 1993 yılında tekrar baş vuran hasta gerek kendisinin gerekse kız kardeşinin ağabeyin cinsel tacizine uğradıklarını açıkladı. Kendisinden beş yaş büyük ağabeyin cinsel tacizi üç, dört kez tekrarlanmıştı. 7 yaşındayken annesi bu taciz olaylarından birisine tanık olmuş, S.'yi suçlayarak "kız tahrik etmezse böyle bir şey olmaz" şeklinde konuşmuş ve bu olaydan dolayı kendisine düşman olmuştu. Bu olay kendisini zihinsel olarak meşgul ediyor ve özellikle geleceği konusunda kaygı duyuyordu. Zira "kız" olup olmadığı konusunda kuşkuları vardı. Ayrıca sürekli korkulu rüyalar görüyor ve panik atakları yaşıyordu.

OLGU IV

1990 yılında başvuran S.E. 17 yaşında olup, lise öğrenimine devam etmekteydi.

Babası tarafından gerek fiziksel ve gerekse cinsel tacize uğraması nedeniyle öğretmenleri tarafından getirildi. S.E.'nin annesi kendisi çok küçükken bir başkasıyla ilişki kurmuş ve babayla ayrılmışlardı. Boşanma olayından sonra S. E. nin kızkardeşi köyde bir ailenin yanına verilmişti. Babası kendisini anne tarafından hiç kimseyle görüştürmüyordu. Annesini ve kız kardeşini hiç tanıyamıyordu. Baba da tekrar evlenmişti ve ikinci eşinden 8 yaşında bir oğlu vardı.

Babanın cinsel ve fiziksel taciz olayı iki yıl önce başlamıştı. Üvey anne çalışıyordu ve baba da göreve vardiyalı olarak gidiyordu. Cinsel taciz babanın gece çalışıp, gündüz evde olduğu ve üvey annenin evde olmadığı zamanlarda gerçekleşiyordu. S. E.'nin fiziksel tacize uğradığına iki kez öğretmenleri de tanık olmuşlar ve bu durumu S.E. ile konuştuklarında cinsel tacize uğradığını öğrenmişlerdi.

S.E. 'nin sinirlilik, baş ağrısı şeklinde yakınmaları vardı ve geceleri kabuslar görüyordu. Ancak psikiyatrik açıdan herhangi bir tanı konmadı. Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne başvuruldu ve kendi isteğiyle koruma altına alındı ve bir yetiştirme yurduna yerleştirildi. Babasıyla hiç bir şekilde görüşmek istemedi. Yurda alındıktan sonra hiç görmediği annesini aradı. Koruma altına alındıktan sonra beş ay daha izlendi.

OLGU V

1990 yılında başvuran Y.T. 17 yaşında olup, lise öğrenimine devam etmekteydi.

Y.T. doğrudan doğruya babanın cinsel ve fiziksel tacizi nedeniyle başvurdu. Baba çok içki içen birisiydi ve bu nedenle annesiyle anlaşamıyorlardı. Y.T. küçükken ayrılmışlardı ve baba tekrar evlenmişti. Fiziksel taciz çocukluğundan beri devam etmekteydi. Cinsel taciz ergenliğe girerken başlamıştı.

Baş ağrısı ve öfke nöbetleri şeklinde yakınmaları olan Y.T.'ye psikiyatrik yönden herhangi bir tanı konmadı.

OLGU VI

1992 yılında başvuran K.K. 17 yaşında olup, lise öğrenimine devam etmekteydi.

Her şeye aşırı üzülmeye, ağlama, hırçın davranışlar nedeniyle başvurmuştu. Bunların yanı sıra yoğun suçluluk ve değersizlik duygularından yakınıyordu. Psikiyatrik değerlendirmesinde depresyon tanısı aldı.

K.K. 1.5 yaşındayken annesi bir kavgada başından ağır bir şekilde yaralanmış ve bu olaydan altı ay sonra felç olmuştu. Anne - baba arasında şiddetli bir geçimsizlik vardı. K.K. 3 yaşındayken anne evi terk ederek, kendi ailesinin yanına gitmiş, K.K. ve üç kız kardeşi babanın yanında kalmıştı. K.K. 9 yaşındayken anne ölmüştü. Baba tekrar evlenmiş, ancak ikinci eşiyile de şiddetli anlaşmazlıkları ol-maktaydı. Aşırı içki içen baba eşini ve çocuklarını çok sık dövüyordu.

Anne evden ayrıldıktan sonra babanın cinsel tacizi başlamış ve bu durum ergenlik dönemine kadar devam etmişti. K.K.'da puberte belirtileri 8 yaşlarında başlamış, 9 yaşında menarş olmuştu. Bundan sonra kendisini babaya karşı korumaya başlamıştı. Ablasının da benzer şekilde babanın cinsel tacizine uğradığını bildirdi.

OLGU VII

1992 yılında başvuran A.Ç. 18 yaşında olup, ortaokulu bitirmişti.

Yalnızlık, sıkıntı hissi, uykusuzluk, iştahsızlık, işe yaramadığı düşüncesi, ağlama nöbetleri, alınganlık ve kendi kendini jilette kesme şeklindeki yakınmalarla başvurdu. Ayrıca intihar fikirleri vardı. Psikiyatrik

değerlendirmesinde borderline kişilik bozukluğu tanısı aldı ve bireysel psikoterapi başlandı.

A.Ç. 6 yaşındayken annesi çalışmak üzere Suudi Arabistana gitmişti. Bir süre aileye para göndermiş, daha sonra anneden hiç haber almamışlardı. A.Ç. biri kız, diğeri erkek olan iki kardeşi ile birlikte babasının yanında kalmıştı. Baba zaman zaman işlediği suçlardan dolayı hapse girmekteydi. Bu dönemlerde ya babaannenin ya da Kars'da yaşayan anneanneninin yanında kalıyorlar ve sürekli kötü davranışlara uğruyorlardı.

İlk cinsel taciz, henüz annenin gitmediği dönemde amcası tarafından olmuştu. Bu durumu annesine iletmış, fakat o kendisine inanmamıştı. Anne gittikten sonra babanın cinsel tacizi başlamış, geceleri yatağına gelmekteydi. Baba aynı zamanda çok içki içen ve döven birisiydi. Bu durum üç,dört yıl kadar devam etmişti. Daha sonra evi terk ederek bir arkadaşının ailesiyle bir süre yaşamıştı. Bundan sonra cinsel taciz olayları sona ermişti. Babanın ve amcanın, kız kardeşi ve halasına da cinsel tacizde bulunduğunu bildirdi.

Oyküleri kısaca özetlenen bu 7 olguda dikkati çeken özellikler aşağıda belirtilmiştir:

Başvuru tarihinde olguların yaş ortalaması 17.8 (15-22) olup, biri dışında hepsi öğrencidir.

Tanılar: İki olgu depresyon, bir olgu anksiyete, iki olgu histeri, bir olgu borderline tanısı almış olup, iki olguda herhangi bir tanı konmamıştır.

Üç olgu doğrudan doğruya ilk görüşmede cinsel tacizi bildirmiş olup, diğerleri terapi görüşmeleri sırasında ve tedavinin değişik dönemlerinde açıklamışlardır.

Cinsel tacizde bulunan kişi, üç olguda baba, iki olguda ağabey, bir olguda amcadır. Bir olguda ise hem baba, hem amca cinsel tacizde bulunmuştur.

Cinsel taciz üç olguda çocukluk döneminde, dört olguda ergenlik döneminde olarak bildirilmiştir.

Üç olguda öz anne, üç olguda üvey anne vardır. Olgulardan birinin annesi akıl hastasıdır. Bir olguda ise anne yoktur.

Beş olguda cinsel tacizde bulunan kişinin alkol kötüye kullanımı vardır. Yine beş olguda cinsel tacizde bulunan kişinin fiziksel tacizi söz konusudur. Fiziksel taciz tanımlanmayan iki olgudan birinde de amcanın fiziksel tacizi söz konusudur.

Olgulardan beşi ailede cinsel tacize uğrayan bir başka kişiden daha söz etmiştir. Hepsinde de bu ikinci kişi kız kardeşidir.

Üç olguda intihar girişimi ve / veya intihar düşünceleri, dört olguda da saldırgan duygular, öfke, nefret duyguları sözkonusudur.

Cinsel taciz olayının çoğunlukla yatakta ve uyurken gerçekleştiği bildirilmektedir. İki olgu tam bir cinsel ilişki tanımlanmış, sadece birisi kızlık muayenesi isteminde bulunmuştur.

TARTIŞMA

Pek çok yazara göre gelişme dönemlerinde cinsel taciz, uzun vadede çok çeşitli psikiyatrik sekele yol açmaktadır (Rao ve ark. 1992, Menen 1993). Öte yandan cinsel taciz tek ve birimsel bir fenomen olmayıp, çocuk ve ergenlerde çok farklı ruhsal bozukluklara neden olabilmektedir. Green (1991, 1993) cinsel tacizle karşılaşan çocuk ve ergenlerde görülen psikopatolojik durumları depresyon ve intihar girişimi, agresyonda şiddetlenme, histerik ve dissosiyatif semptomlar ve borderline kişilik bozukluğu olarak bildirmektedir. Öte yandan çocukluklarında aile içi cinsel tacizle karşılaşmış olan kadınlarda da çocuklarda bildirilen psikopatolojik durumların görüldüğü saptanmıştır. Bunlar depresyon, intihar davranışı, anksiyete ve anksiyeteye bağlı semptomlardır. Burada sözü edilen 7 olgunun aldıkları tanılar ve sergiledikleri semptomlar bunlara uymaktadır.

Kerimoğlu ve Avcı (1991), Kashani ve arkadaşları (1992) genel kanunun aksine cinsel tacizin aile dışı birisinden değil, aile içi bir yetişkinden geldiğini belirtmektedir. Cinsel tacizde bulunan kişilerin başında baba veya üvey baba gelmektedir. Ancak ağabey ve amca tarafından cinsel tacizin de küçümsenmeyecek oranda görüldüğü bildirilmektedir (Green, 1993). Bu olgular bu özelliği doğrulamaktadır.

7 olgunun dördü saldırgan duygular, üçü ise intihar girişimi ve intihar fikirleri bildirmiştir. Bu da ensest kurbanı olan ergenlerin yoğun bir öfke ve nefret yaşadığını bazılarında bu öfke ve nefret dışı vurulurken, bazılarında ise kendine yöneldiğini düşündürmektedir. Cosentano ve arkadaşları (1993) cinsel tacize uğrayan kızlarda, karşıt cinsle ilişkin rol davranışı eğiliminin, psikiyatrik bozukluk gösteren, ancak cinsel tacize uğramamış kızlara ve psikiyatrik bozukluk göstermeyen kontrol grubuna göre daha belirgin olduğunu saptamışlardır. Agresyonu da karşıt cins rol davranışı kap-

samında ele alıp, agresyon düzeyini araştıran yazarlar, cinsel tacize uğrayan kızlarda agresyonu anlamlı düzeyde yüksek bulmuşlardır. Ancak bu olgularda agresyonun karşıt cins rol davranışıyla ilgili olabileceği savını ileri sürmek için eldeki veriler yetersizdir.

Olgularda dikkati çeken bir diğer özellik ise kurbanın, cinsel tacizde bulunan kişide alkol kötüye kullanımı tanımlamasıdır. 5 olguda tacizde bulunan kişide alkol kötüye kullanımı sözkonusudur. Green (1991) ve Sgroi (1985) bu tür aile içi cinsel taciz vakalarında alkol kötüye kullanımının sıklıkla görüldüğünü ve tacizi hazırlayan bir etken olduğunu bildirmektedirler.

Bu yazıda ele alınan olguların sayısı az olmakla birlikte hepsinde ortak bir nokta olarak cinsel tacizin yanı sıra fiziksel tacizin de bulunduğu dikkati çekmektedir. Olguların hemen hepsi ya cinsel tacizi açıklamadan önce fiziksel tacizden söz etmiş ya da cinsel tacizin yanı sıra fiziksel taciz bildirmişlerdir. Fiziksel taciz doğrudan doğruya cinsel tacizde bulunan kişiden gelmektedir. Yazarlar aile içi cinsel tacizde kurbanın fiziksel tacizle kontrol altında tutulduğunu, bu yolla tacizde bulunan kişinin olayın gizliliğini korumayı sağladığını bildirmektedirler (Sgroi, 1985). Öte yandan cinsel tacizle birlikte fiziksel taciz görülmesinde, diğer etkenlerin yanı sıra, tacizde bulunan kişideki dürtü kontrolü bozukluğunun da rol oynadığı bazı yazarlar tarafından ileri sürülmektedir (Fienfeld, 1980).

Cinsel taciz vakalarında annenin koruyucu olmadığı bildirilmektedir. Annenin koruyucu olmaması değişik nedenlere bağlıdır. Bunlardan birisi annenin periyodik olarak evden uzaklaşması olup, bu durum cinsel tacize fırsat tanır. Ya da anne hastalığı nedeniyle sorumluluklarını yerine getirmekte yetersiz kalıyordur. Annelerin çoğu sosyal açıdan yetersizdirler, çevreleriyle yeterli ilişki kuramazlar, günlük işlevleri yerine getiremezler (Sgroi, 1985). Bu yazıda ele alınmış olan olgularda da annelerle ilgili bilgiler yetersizdir. Ancak dört olguda anne olmadığını, üç olguda üvey anne olduğunu, bir annenin de akıl hastası olduğunu görüyoruz. Dolayısıyla cinsel tacizde parçalanmış aile örüntüsünün oldukça sık olduğu söylenebilir.

SONUÇ

Janus ve arkadaşları (1987) psikiyatri kliniklerinde yatırılarak tedavi edilen pek çok has-

tanın öyküsünde, daha önce açıklanmamış ve tedavi edilmemiş cinsel taciz olaylarını içeren yayınlara çok sık rastlandığını bildirmektedirler. Öte yandan Anderson ve arkadaşları (1993) çocukluklarında cinsel tacize uğramış kadınlarla yaptıkları bir çalışmada; % 37'sinin taciz olayından sonra 1 yıl içinde, % 10'unun 1-10 yıl içinde, % 24'ünün 10 yıldan daha uzun bir süre içinde uğradıkları cinsel tacizi bir başkasına açıkladıklarını saptamışlardır. Deneklerin % 28'i ise çalışmaya katılıncaya kadar cinsel tacize uğradıklarını hiç bir şekilde açıklamadıklarını bildirmişlerdir. Denekler suçlanacaklarını düşündükleri, zor geldiği, korktukları, olay yaratmamak için ve cinsel tacizde bulunan kişiyi korumak için sustuklarını belirtmişlerdir. Dolayısıyla cinsel taciz açıklanması güç, açıklandığında da çok ciddi ve başedilmesi zor sorunlara yol açan bir durumdur. Cinsel tacize uğramış bir ergen çeşitli psikiyatrik yakınmalarla başvurabilir ancak bu yakınmalarıyla ilgili olan cinsel tacizden söz etmeyebilir.

Bu yazıda ele alınmış olan olguların sayısının az olması genelleme yapılmasına engel olmakla birlikte bazı ip uçları verdiğini söylemek mümkündür. Vakaların biri hariç diğerleri öğrencidir. Dolayısıyla yardım arama konusunda bilinçli görünmektedirler. Olguların büyük çoğunluğunun cinsel tacizden önce ya da cinsel tacizle birlikte fiziksel tacizden yakınmaları dikkat çeken bir özelliktir. Bu nedenle öyküde öncelikle fiziksel tacizin olması durumunda cinsel taciz olasılığının düşünülmesinde ve dikkatli bir biçimde araştırılmasında yarar vardır. Eğer parçalanmış aile tanımlanıyorsa ya da annede sürekli bir hastalık söz konusuysa ve tacizde bulunan kişide alkol kötüye kullanımını bildiriliyorsa cinsel taciz olasılığının arttığı göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

Anderson J, Martin J, Mullen P ve ark. (1993) Prevalance of sexual abuse experiences in a community sample of women. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 5, 911-924

Cosentino CE, Meyer-Bahlburg HFL, Alpert SL ve ark. (1993) Cross-gender behavior and gender conflict in sexually abused girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 5, 940-947.

Fienfeld LE (1980) The nature of child abuse and its treatment. *Emotional Disorders in Children and Adolescents içinde*. GA Sholevar, MB Roland, BJ Blinder (ed) Sp Medical and Scientific Book, New-York. s: 669-686.

Green AH (1991) Child sexual abuse and incest. *Child and Adolescent Psychiatry içinde*. M Lewis (ed). Williams and Wilkins. Baltimore. s: 1019-1029.

Green AH (1993) Child sexual abuse: immediate and long-term effects and interventions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32:5, 890-902.

Janus MD, Burgess A, McCormack A (1987) Histories of sexual abuse in adolescent male runaways. *Adolescence* 13:86, 405-417.

Johnson CF (1990) Child abuse and the child psychiatrist. *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents içinde*. BD Garfinkel, GA Carlson, EB Weller (ed). Saunders Company, Philadelphia. s : 339-358.

Kashani JH, Daniel AE, Dandoy AC, Holcomb WR (1992) Family violence: impact on children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31:2, 181-187.

Kerimoğlu E, Avcı A (1991) Ailede cinsel kötü kullanım ve kardeşler arasında cinsel oyun. 27. Ulusal Psikiyatrik Bilimler Kongresi bildirisi. Antalya.

Mennen FE (1993) Evaluation of risk factors in childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32:5, 934-939.

Rao K, Diclemente R, Ponton L (1992) Sexual abuse of asians compared with other populations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31:5, 880-886.

Sgroi SM (1985) *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse*. Lexington Books, Massachusetts.

TERÖR EYLEMİ VE SAVAŞIN ÇOCUK VE GENÇLERE ETKİSİ

Aysel Eksî*

ÖZET

Türkiye'nin güneydoğusu kadar hemen her yöresinde terör eylemlerinin tırmandığı göz önüne alınarak, bu yazıda, savaş ve benzeri durumlarla karşılaşan çocuk ve gençlerde duygusal ve davranış problemleri olup olmadığı, sıklığı ve çeşidi konusundaki yayınlar gözden geçirilmiştir. Yayınlar, savaş ve benzeri travmaların çocukların savunmalarını bozduğunu gösterir. Çocukların bu durumdan olabildiği kadar az yara almalarını belirleyen de, toplumun ve ailenin tutumu ve ailenin uyum yeteneğidir. Hazır olmadıkları yeni durumlarla başa çıkmaları konusunda ailelere yardımcı olmamız, özellikle ülkemiz koşullarında önemlidir.

Anahtar sözcükler : Savaş stresi, çocuklar, terörizm

SUMMARY : PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF TERRORIST ATTACKS AND WAR ON CHILDREN AND ADOLESCENTS

Recent terrorists attacks in south east region as well in various parts of Turkey should draw our attention to the effects of these events on children and their families. This review of literature concerning the existence, frequency and type of emotional and behavioral problems in children and adolescents exposed to war - related events suggests that wartime trauma seems likely to overwhelm most children's defenses ; however, the best predictor of positive outcome is the coping ability of the parents around them. It is clear that we should not neglect to work with parents, helping them to deal with new situations for which they have not been prepared.

Key words : War stress, children, terrorism

Son yıllarda Türkiye'nin güneydoğusu kadar, kentsel ve kırsal hemen hemen her yöresinde terör eylemlerinin ve silahlı saldırıların tırmandığını görüyoruz. Büyük bir olasılıkla önümüzdeki günlerde yanıt verilmesi gereken bazı ciddi sorular karşımıza çıkacaktır: Bombalama ve silahlı saldırılar çocuk ve gençleri nasıl etkiler? Onlar tüm yaşamlarını birdenbire altüst eden belirsizlik, tehlike ve sevdiklerini kaybetme duygusu ile nasıl başa çıkabilirler? Bizim almamız gereken önlemler var mıdır? Ülkemizin içinde bulunduğu koşullar dikkate alınarak, bu yazıda, önce bu alanda yapılmış araştırma ve klinik çalışmalar gözden geçirilmiştir.

Savaşlar İkinci Dünya Savaşı öncesi yıllarda büyük ölçüde savaş alanlarında yapıldığı için, savaşın ve silahlı çatışmaların çocuk ve gençler üzerindeki etkisinin hiç incelenmediği anlaşılıyor. Bu konunun üzerinde ilk kez İkinci Dünya Savaşında, Avrupa'nın büyük kentlerinin bombalanması olaylarından sonra durulduğunu görüyoruz. Örneğin, 1941 yılında Londra'nın düşman uçakları tarafından bombalanmasının etkileri konusu, uzun yıllar pek çok yazıda ele alınmıştır (Garmez ve Rutter 1985, Kinzie 1989, Jensen ve Shaw 1993, Pynoos 1990). Bu olayda çocuk ve hastaların üç gün içinde şehri

boşaltmaları istenmiş, böylece bir buçuk milyon kadın yanlarına çocuklarını, sakatları ve hastaları alarak üç gün içinde hızla yaşadıkları kenti boşaltmışlardı. Bombalanmadan etkilenmemeleri için Londra'dan kaçırılan bu çocukların yaklaşık yarısında çeşitli ruhsal bozuklukların ortaya çıktığını, savaş sonrasındaki bu yayınlardan öğreniyoruz. Buna göre, bu çocuklarda enürezis, gece kabusları, yoğun endişe, uyum sorunları, hırsızlık ve davranış bozuklukları belirgindi. Anneleriyle birlikte kentte kalmış çocuklarda ise bu gibi belirtilerin çok daha az görüldüğü vurgulanıyordu. Gerçi bu konu sonraki yıllarda da tartışılmıştır. Eleştiriler şu noktada özellikle yoğunlaşıyordu: Hızla kenti boşaltan çocukların önceki yaşantıları bilinmiyordu, bu çocukların zaten endişeli olup olmadıkları, ya da endişeli ailelerden gelip gelmedikleri, savaş öncesinde de davranış sorunları gösterip göstermedikleri ortaya konmamıştı. Buna göre de karşılaştırma olanağı bulunmayan bu bulgular güvenilir olmaktan uzaktı. Üstelik başka çalışmalarda, örneğin gene İkinci Dünya Savaşı yıllarında, İrlanda iç savaşı sırasında, çocukların çoğunun bombalama olaylarını bir oyun ve macera gibi gördüğü ve çocukların savaş olaylarına kolay uyum sağladıkları savunuluyordu. (Lyons 1971). Kuzey İrlanda'da çocukların özellikle 1978 - 1980 yılları arasında devamlı olarak savaş ortamında yaşamaları, araştırmacıların dikkatini tekrar bu konuya çekmiş, bu alanda ciltler do-

* Prof. Dr. . İstanbul Üniv. Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul.

lusuz kifap yayınlanmıştır. Bazı klinik çalışmalara göre, özellikle silahlı çatışmaların yoğun olduğu Belfast'ta çocuk ve gençlerde çalma, yağmalama, mala ve eşyaya zarar verme, saldırganlık, toplum düzenine karşı çıkan davranışlar artmıştır. Ancak bu araştırma bulguları da çok tartışılmıştır. Sonuçları eleştirenlerden bir gruba göre, Belfast zaten en yoğun toplumsal ve ekonomik problemlerin yaşandığı bölgeydi; öyleyse artan suç oranlarının bu gerçeklere mi, yoksa salt savaşa ve çatışmalara mı bağlanacağı sorusunun yanıtları belli değildi (Garmezy ve Rutter 1985, Jensen ve Shaw 1993).

Kısaca bugün hala, savaş ve çarpışmalar sırasında, çocuk ve gençlerde toplum karşıtı davranışların salgın bir hastalık gibi arttığını savunular olduğu gibi, bunun hiç de kanıtlanmadığını vurgulayanlar hemen hemen eşit ağırlıktadır.

Uzun yıllar savaşın içinde yaşayan İsrail'de yapılan çalışmalara göre, ülkenin sınır bölgelerinde yaşayan çocuklarda "vatanseverlik" ve açık saldırganlık diğer bölge çocuklarından daha fazla idi; çocukların arkadaş seçimlerinde bile "cesarete önem verme" konusu büyük önem taşıyordu. Araştırmacılara göre, cesaretin değerli kabul edildiği ve gerçekten insanların cesarete büyük gereksinim duyduğu bölgelerde yaşayan çocuklar, kendi korku ve endişelerini sınırlamakta, fakat bu endişelerini bitip tükenmez biçimde soru sormaya, soruşturma ve merakla çevirmekte idiler (Pynoos 1990, Jensen ve Shaw 1993, Ziv ve ark 1974).

1976 Arap-İsrail savaşı bittikten sonra İsrail'de yaşayan çocuklarda yapılan testlerde, çocuklarda yoğun endişe bulunmuştu. Araştırmacılara göre bu sadece savaştan kaynaklanan savaş stresi değildi, şaşkınlık ve keder de içeriyordu; ama araştırmanın en can alıcı noktası, çocukların, ana babalarındaki tepkileri aynen örnek almaları idi (Garmezy ve Rutter 1985).

En son araştırmalardan biri, parçalanmış Yugoslavya'daki Hırvat çocuklarında yapılmıştır ve "Savaş Stresine Çocukların Duygusal Tepkileri" başlığını taşımaktadır. Zivic (1993) 'ın bu araştırmasında, toplam 480 Hırvat çocuğuna Kovacs'ın Çocuk Depresyon Ölçeği ve bu çalışma için özel olarak hazırlanmış Heyecan Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmada birinci grubu, yaşadıkları yerden savaş nedeniyle göç etmiş çocuklar oluşturmuştur. Bunlar anneleri ya da çok yakınları ile birlikte savaştan etki-

lenmeyen bölgelere yerleştirilmişlerdir. İkinci grupta savaştan etkilenmiş, fakat yaşadıkları yerlerden ayrılmamış çocuklar vardır. Üçüncü grup, kontrol grubu olarak kabul edilen ve savaş öncesinde kendilerine test uygulanmış aynı yaş çocukları içermektedir. Kovacs Depresyon Ölçeğine göre, savaştan etkilenmiş her iki gruba da, savaş öncesi test uygulanmış kontrol grubu çocuklardan daha fazla depresif belirtiler göstermiştir. Heyecan Skalasına göre, elem ve korku gibi olumsuz duygular, savaş nedeniyle göç eden çocuklar grubunda daha yüksektir. Bu çalışmada savaş stresinin bütün çocukları, ama özellikle göç edenlerin duygusal işlevlerini çok daha olumsuz etkilediği ortaya konmuştur (Zivic 1993).

Savaşın çocuklar üzerine etkisi, savaşla karşılaşan çocuklarda toplumsal, duygusal ve davranış problemlerinin varlığı, sıklığı ve bu problemlerin hangi tip olduğu konusundaki yayın taraması, yapılan çalışmaların, araştırma yöntemleri açısından uzun uzun tartışıldığını gösteriyor. Araştırmalar topluca incelendiği zaman, daha önceki yıllarda çocukların bireysel durumlarına ve psikopatolojiye daha çok önem verildiği; oysa son yıllarda, psikopatolojiye merkeze alan araştırmalardan yavaş yavaş uzaklaşıldığı, çocuğun içinde yaşadığı toplumun özellikle göz önünde tutulduğu, toplumsal değer yargıları ve tutumlar konusuna çok önem verildiği dikkati çekmektedir.

SAVAŞTA STRES YARATAN ETKENLER

Savaşta stres yaratan etkenler, bir yanda çocuğun yaralanması ve ölümlerle karşı karşıya gelmesi gibi onun kendi varlığına ve yaşamına doğrudan yönelen etkenlerdir; diğer yandan da ailenin dağılması, anne babanın ayrılması, kaybolması gibi savaşın dolaylı etkileri söz konusudur (Terr 1991). Böyle geniş bir yelpaze içinde ele alındığı zaman; savaşın etkilerinin gerçekten çok büyük olması, çocuğun gelişimini önemli ölçüde bozması gerekir. Ancak çeşitli çocuk psikiyatristlerine göre, çocuğun bilişsel yeteneğinin henüz olgunlaşmamış olması, esnek ve kolay şekil alabilirliği ve kendini koruyan uyum davranışları geliştirme yeteneği, çoğu kez savaşın etkilerini belli bir derecede örter (Jensen ve Shaw 1993). Örneğin Garmezy ve Rutter (1985), çocuğun strese tepkilerinin ve davranış değişikliklerinin, beklenildiğinden daha az ciddi bulunduğunu yazmışlardır.

Günümüzde savaşın çocuklara etkisi, psikolojik ve psikiyatrik bozuklukların varlığı, sıklığı ve

çeşitliliği konusunda birbiri ile çelişen, yer yer birbirinin tamamen aksini savunan çok sayıda yayın bulunmaktadır. Ama, çocuk üzerinde savaşın etkisi denilince, öncelikle "o çocuk için stresin ne olduğunun çok iyi incelenmesi" gerektiği noktasında bütün yazarlar görüş birliği içindedir (Jensen ve Shaw 1993). Kısaca çocukların savaş, terörist saldırısı ve benzeri felaketlerden etkilenme dereceleri pek çok etkene bağlıdır; çocuğun içinde yaşadığı toplumda bu felaketin beklenme derecesi, felaketin genişliği, süresi, toplumun böyle bir felakete hazır olup olmaması, toplumun savaş konusudaki değer yargıları ve tutumu bu etkide önemli kabul edilmektedir; hiç kuşkusuz çocukların önceki kişiliği, bilişsel gelişim düzeyi, içinde bulunduğu özel koşullar, bu olayların onun yaşamında yarattığı değişiklikler ve çocuğun yaşı gibi etkenler bu alanda belirleyicidir.

ÇOCUK ÜZERİNDE TERÖR EYLEMLERİNİN VE SAVAŞIN ETKİSİ

Garmezy ve Rutter (1985), çocukların genellikle savaş alanlarında uzak yerlere götürüldüğü için, savaş etkilerini doğrudan yaşamayabileceklerini, fakat sivil düşmanın ya da teröristlerin beklenmedik, ani, kontrolü olanaksız, doğrudan hücumlarının savaştan çok daha korkutucu ve çok daha travmatik etki yaratacağını yazmışlardır.

Garmezy ve Rutter (1985) bu alanda Lübnan ve İsrail 'de yapılmış çalışmalarda çocuklarda akut stres tepkilerinin belirgin bulunduğunu belirtmiş ve Raviv ve Klingman'ın bir çalışmasını aktarmışlardır. Buna göre, ani şekilde terörist saldırısına uğrayan bir okulda, sağ kalan çocukların % 60 'ında hücumun tekrarlanmasından büyük korku, % 75 'inde büyük yorgunluk duygusu, uykusuzluk, gece kabusları ve psikosomatik yakınmalar, % 30 'unda depresyon ve göğüs bölgesinde sıkışmalar, % 20 'sinde altını ıslatma ve insanlardan genel korku saptanmıştı. Daha az oranda çocukta regresif ve saldırgan davranışlar ortaya çıktı. Çocuklar tekrar okula başladığı zaman, öğrencilerin sık sık okula gelmediği, gelenlerin gruplar halinde korkutucu sahneleri tekrar tekrar konuşma eğilimi taşıdıkları, derslere karşı genel bir ilgisizlik yaşadıkları dikkati çekiyordu. Garmezy ve Rutter (1985) 'e göre, bu olayda çocukların gösterdiği tepkiler, o toplumda, yetişkinlerin tepkisinin eklenmesi nedeniyle daha çok artmıştı. Öyle ki, babalar, gelecek bir başka saldırıya karşı ailelerini daha iyi korumak amacıyla işe gitmeyi reddederek evde

kalmışlar, anneler şaşkın bir durumda, günlerce gecelikleriyle etrafta dolanıp durmuşlardı.

İrlanda'da 1970 ile 1980 yılları arasında iki bin kişi terörist saldırıları sonucu ölmüş, çıkarılan yangınlarla şehirler yer yer harebeye dönmüştü. Bu yıllarda terörist saldırılarının çocuklarda bıraktığı psikolojik izleri konu alan çok sayıda araştırma yapıldığı ve ciltlerle kitap yayınlandığı anlaşılıyor. Araştırma ve gözlemler, çatışmaların olduğu bölgelerde yüksek oranda antisosyal davranışlar görüldüğünü ortaya koymaktadır. Ancak araştırma sonuçları hala tartışılmaktadır; çünkü yukarıda da söz edildiği gibi, bu tip davranışların zaten ekonomik ve toplumsal alanda en şansız yörelerde meydana geldiği savunulmuştur. Öyleyse soygun, hırsızlık ve benzeri toplum karşıtı eylemleri salt silahlı çatışmalara, iç savaşa ya da terörist saldırılarına bağlamak ve bunlarla açıklamak doğru olmayacaktır (Garmezy ve Rutter 1985).

Savaş ve benzeri felaketlerin etkisinden söz ederken, hiç kuşkusuz ilk akla gelen, posttravmatik stres bozukluğu tanısı olacaktır. Bilindiği gibi, yetişkinlerin büyük bir felaketle karşılaşması durumunda, felaket sahnesinin zihnine kazınması ve sanki silinmez izler bırakmışçasına tekrar tekrar bu sahneleri yaşamaları, bu tanının önemli belirtilerinden biridir. Psikolojik donma yani hiçbirşey hissetmeme ve hiçbir duygusal tepki vermeme de çok bilinen bir diğer tepki biçimidir. Son yıllardaki yayınlara göre, aynı duygusal donma, veya hiçbirşey hissetmeme durumu çocuklar için de söz konusudur; ama okul öncesi ve hatta okul yaşı çocuklar bunu konuşma diliyle belirtmezler, oyun ve resim dışında bu belirtiyi ortaya çıkarabilmek çok zordur (Pynoos 1990).

Bundan yaklaşık on üç yıl kadar önceye uzanan yayınlarda ise travma karşısında çocukların gösterdiği tepkinin yetişkinlerden farklı olduğunun savunulduğunu görüyoruz. Örneğin, Terr (1981) çocuklarda hem olayları tekrar tekrar yaşama durumlarının hem de psikolojik donmanın görülmediğini belirtmekte idi; ona göre çocuklarda stres karşısında amnezi de ortaya çıkmazdı.

Bazı yazarlar ise şu noktanın altını çizmişlerdir : Savaşlar genellikle kronik biçimde devam eder ve bazı çocuklar yaşantılarının büyük bölümünü savaş içinde geçirmiş ve bunu doğal ve bir yaşam biçimi olarak öğrenmiş olabilirler. Üstelik savaşlarda kahramanlık, vatanseverlik gibi yüce başka kavramlar çocuklar için

büyük önem kazanır. Bu nedenle posttravmatik stres bozukluğu tanısı, konabilecek tablolara çocuklarda pek rastlanmaz ya da daha sınırlı sayıda çocuk bu tanının ölçütlerine uymaktadır (Jensen ve Shaw 1993, Ziv ve ark 1974).

Ancak savaş ve benzeri durumlarda hemen bütün yazarlar tarafından, çocuklarda regresif davranışlar, saldırganlık, suçluluk duyguları, elem tepkileri, okul başarısında değişmeler, kişilik değişiklikleri, uyum ve davranış sorunları, çeşitli psikofizyolojik bozukluklar, anksiyete ve depresyon tablolarının geliştiği bildirilmiştir.

Çocukluk travmalarını gözden geçirme yazısında Terr (1991), çocuklar için iki tip psikolojik travmadan söz etmektedir. Birinci tip, genellikle tek, ani ve hiç beklenmedik bir biçimde çocuğu sarsan ve bunaltan travmadır. İkincisi tekrarlanan ve uzayan zaman diliminde çocuğun karşılaştığı travmadır, fiziksel veya cinsel bakımdan çocuğun kötü kullanımı ya da savaş içinde yaşaması gibi. Hiç kuşkusuz birinci tip travmalar, ikinciye dönüşebilir. Jensen ve Shaw (1993), Garmez ve Rutter (1985), savaşın çocuk üzerindeki etkisinden söz ederken, stres yaratan olayın niteliğinin çok iyi incelenmesini önemle vurgularlar. Çocukta bedenen yaralanma, açlık, fiziksel ve duygusal büyük yoksunluklar, sahip olduğu eşyaları, sevdiklerini, arkadaşlarını kaybetme, savaş yerine coğrafi ve psikolojik olarak yakın bir yerde bulunma gibi durumların var olup olmasını ve çocuğun uyum yeteneğinin değerlendirilmesini çok önemli bulmaktadırlar.

Çocuklar üzerinde savaş ve benzeri sarsıcı olayların etkisinin incelendiği tüm yayınlarda, hiç kuşkusuz çocuğun yaşı ayrıca göz önüne alınmaktadır.

STRES KARŞISINDA ÇOCUKLARIN YAŞINA BAĞLI DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİ

Yukarda sözü edilen genel belirtilere ek olarak, bilindiği gibi, her yaş grubu özellikle bazı davranış değişikliklerine karşı daha duyarlıdır, daha çabuk örselenebilir. Konuşma dönemine henüz ulaşmamış çocuklar tamamen oyun veya korkuları yoluyla, uzun süre bu olayla ilgili algıladıkları anılarını ortaya koyarlar (Terr 1988).

Okul öncesi çocuklarında duygularını söze dökme yeteneklerinde azalma ve bilişsel konfüzyon görülmesi büyük olasılıktır; yetişkine

bağlanma davranışlarında artma ve diğer regresif belirtiler görülür. En sık aktarılan belirtiler yetişkinlere yapışma, anneden ayrılama-ma, çeşitli özel korkular, algılama bozuklukları, ikincil enürezis, karın ve baş ağrıları ve içe kapanmadır (Pynoos 1990, Jensen ve Shaw 1993, Garmez ve Rutter 1985, Kinzie 1989).

Okul çağı çocukları, kendilerini ciddi biçimde sarsan olaydan birkaç ay sonra ayrılma güçlükleri, iştah yokluğu veya iştah artması, uyku bozuklukları, gece kabusları, saldırgan veya inhibe davranışlarla tepki göstermişlerdir. Psikosomatik yakınmalar, okula karşı ilgi kaybı, hatırlama güçlükleri, özel korkular, yaşlarıyla ilişki kurmada problemler en sık yayımlanan belirtilerdir. Çocuğun davranışlarının huzursuz olabileceği, karşılaştığı sarsıcı olayı obsesif biçimde tekrar tekrar anlatma eğilimi gösterebileceği de vurgulanmıştır (Lystad 1984, Solomon 1988, Terr 1991, Zivic 1993, Pynoos 1990).

Pynoos (1990) 'a göre, sarsıcı durumlarla karşılaşan çocukların normal faaliyetlere karşı ilgilerinin azalması, sadece depresyonun bir sonucu olarak düşünülmemelidir; bu, çocuğun dış dünya ile ilişkilerini azaltarak, tekrar travma ile karşılaşmasından kaçınma çabasını belirtir. Bu nedenle okul çağı çocukları, çok korkutucu durumlarla karşılaştıkları zaman, tekrar o acıyı duymamak için, kendilerine büyük haz veren oyun veya eğlenceden kolayca vazgeçmişlerdir.

Gençler kendi beden bütünlüklerinin büyük önem taşıdığı bu dönemde, savaş ve benzeri felaketleri, kendi bedenlerine yönelik bir tehlike olarak algılama eğilimindedirler. Ailelerinde ve sevdikleri arasında daha önceki yıllarda büyük kayıp yaşamış olanların, savaş ve benzeri felaketlerden çok daha fazla etkilendikleri genellikle kabul edilir.

Pynoos (1990)'a göre, araştırma ve gözlemler ortaya koyar ki, gençler savaş ve benzeri felaketler karşısında çoğunlukla vaktinden çok önce bağımsızlaşma ve olgunlaşma yönünde davranış gösterirler ya da tamamen aksine aşırı derecede bağımlı davranırlar. Bu değişim, onları okulu bırakma, erken evlenme, gelecek meslek seçimini tamamen değiştirme gibi farklı biçimde yaşamaya itebilir ya da hiç bir şekilde evden ve aileden uzaklaşmayı istemeyecek biçimde bağımlı davranırlar (Pynoos 1990).

Savaş ve benzeri felaketlerde gençlerin okuldan kaçma, erken cinsel yaşantı, uyuşturucu madde kullanma, suçlu davranışlarda bulunma gibi

taşkın davranışlar göstermeleri de hiç nadir değildir. Bazı yazarlar, savaş travmasının yarattığı narsistik kızgınlığa gençlerin dayanmasının güç olduğuna ve güçlü intikam duygusunu kendi elleriyle alma yönünde tehlikeli davranışlara girebileceklerine dikkat çekmişlerdir (Pynoos 1990).

Yayınlarında, savaşın ve terör eylemlerinin çocuk ve gençlerde psikiyatrik bozukluk yaratıp yaratmayacağı sorusuna kesin yanıt vermenin zor olduğu belirtilmektedir. Çok sayıda etkene bağlı olmak üzere, bazılarında bu etkilerin bir süre devam edip geçebildiği, bir kısmında daha ciddi bozukluklara yol açtığı, topluma uyumlarının bozulduğu belirtilmektedir. Terör eylemleri dışında, savaşın etkilerinin düşünüldüğünden daha az olabileceğini savunanlar vardır. Fakat büyük bir önemle tekrarlanan ve vurgulanan üç noktadan biri, çocuklardaki ruhsal tepkilerin ana babaların tutum ve tepkilerine paralel gittiği ve onları model aldıkları şeklindedir. İkinci nokta, yaş ve cinsiyetleri ne olursa olsun, evdeki atmosferin niteliğidir; saldırgan ve acımasız ailelerde yaşayan çocuk ve gençler savaş ve benzeri felaketlerden daha olumsuz etkilenmişlerdir (Gamezy ve Rutter 1985, Pynoos 1990). Üçüncü önemle vurgulanan nokta, çocuk ve gençlerde oluşabilecek psikososyal bozuklukla, toplumun genel tutumu arasındaki yakın ilişkidir.

ÖNLEMLER VE ÖNERİLER

Uyguladıkları yöntemler ne kadar farklı olursa olsun, bu konuda yapılan bütün araştırmalarda ortak bir noktanın vurgulandığı dikkati çekmektedir. Bu da savaş ve terör olaylarında yetişkinlerin tutum ve davranışlarının önemidir. Buna göre, örneğin panik içinde perişan dolaşan ana babaların durumu veya toplumun genel olumsuz tutumu, en az savaşın ya da terörün kendisi kadar çocuk ve gençler üzerinde etkilidir. Savaş ve benzeri durumlardan çocukların etkilenmelerini önleyebilmek, yaşam boyu sürecek örselenmelerini en aza indirebilmek için çocuğun ve gencin o sırada desteğe gereksinimleri büyüktür. Güven duydukları yetişkinlerle dürüstçe konuşabilmeleri, alınacak önlem ve çareleri tartışabilmeleri önemlidir. Kısaca bu kriz döneminde yaşama uyumlarında yardımcı olmak ana babaların görevidir. Oysa ana babaların, çoğunlukla hazırlıksız yakalandıkları bu gibi durumlarda, kendilerini çaresizlik duygularına kaptırdıkları, çocuklar için büyük önem taşıyan güven duygusunu onlara sağlayamadıkları

görülmektedir. Dünyanın en iyi aktörleri de olsalar, ana babaların bu duygularını aynen çocuklarına geçirecekleri ve onları örseleyecekleri bir gerçektir. Bu noktada, gelişmekte olan bir ülke olmamız nedeniyle; bize, toplumu aydınlatmak ve en azından ana babaların yeni durumlarla başa çıkmalarını kolaylaştıracak, uyum yeteneklerini geliştirecek önlemler üzerinde düşünme görevinin düştüğünü hatırlamamız gerekir.

Ayrıca, Vietnam savaşlarının olumsuz etkileri üzerinde durulurken söylendiği gibi, halkın savaşın gerektiğine inanması veya inanmaması son derece önemlidir. Çocuklarını yitiren ana babaların, televizyonlardaki yürek parçalayan görüntülerinin, çocuklarımızı, askerlik çağına gelen gençlerimizi ve ailelerini nasıl etkileyeceği üzerinde düşünmemiz gerekir. Kanımca, eğer ülkemiz topraklarının gerçekten parçalanması tehlikesi söz konusu ise, bu konuda basın yayın organlarını daha duyarlı olmaya çağırmanın veya ülkeyi yönetenlere bu konuda güven verici olmalarını hatırlatmanın bizim sorumluluğumuza girip girmediğini de düşünmemiz gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Gamezy N, Rutter M (1985) Acute reactions to stress. Child and Adolescent Psychiatry içinde, M Rutter, L Hersov (ed). Blackwell Scientific Publishers, London, s : 152 - 162.
- Jensen P, Shaw W (1993) Children as victims of war : Current knowledge and future needs. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 32, 4 : 697 - 708.
- Kinzic D J (1989) Posttraumatic stress disorder. Comprehensive Textbook of Psychiatry içinde, HI Kaplan, BJ Sadock (ed). Williams Wilkins, USA, s : 1000 - 1008.
- Lystad M (1984) Children's responses to disaster : family implications. Int J Family Psychiatry, 5 : 451 - 467
- Lyons HA (1971) Psychiatric sequelae of the Belfast riots. Br J Psychiatry, 118 : 265 - 273.
- Pynoos R (1990) Posttraumatic stress disorder in children and adolescents. Psychiatric Disorders in Children and Adolescents içinde, BD Garfinkel, GA Carlson, EB Weller (ed). WB Saunders Comp, USA, s : 48 - 63.
- Solomon Z (1988) The effect of combat related posttraumatic stress disorder on the family. Psychiatry, 51 : 323 - 329.
- Terr L (1988) What happened to early memories of trauma? A Study of twenty children under age five at the time of documented traumatic events. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 27(1) : 96 - 104.
- Terr L (1991) Childhood traumas : an outline and overview. Am J Psychiatry, 148 : 10 - 20.
- Ziv A, Kruglanski A, Shulman S (1974) Children's psychological reactions to wartime stress. J Pers Soc Psychol, 30 : 24 - 30.
- Zivic I (1993) Emotional reactions of children to war stress in Croatia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 32,4 : 709 - 713.

ERGENLERDE RUHSAL BOZUKLUKLARIN FARMAKOLOJİK TEDAVİSİ : GÖZDEN GEÇİRME

Özlem Erman*

ÖZET

Ergenlerde, ruhsal bozuklukların ilaçla tedavisinde kullanılmakta olan psikotrop ilaçların, gerek etkinliği, gerekse güvenilirliği konusunda yapılmış olan çalışmaların sayısı son derece azdır; bilgilerin çoğu erişkinlerle yapılmış olan çalışmalara dayanmaktadır. Bu yazıda, ergenlerde depresyon, anksiyete bozuklukları ve şizofreninin farmakolojik tedavisi ile ilgili yapılmış olan çalışmalar ve bu yaş grubunda tedaviye yanıt etkileyebilecek bazı farmakokinetik ve farmakodinamik etkenler gözden geçirilmiştir.

Anahtar sözcükler : Ergen, psikofarmakoloji, depresyon, anksiyete bozukluğu, şizofreni

SUMMARY : PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF PSYCHIATRIC DISORDERS IN ADOLESCENTS : A REVIEW

The number of studies related to the efficacy and reliability of psychotropic drugs which are being used for the treatment of psychiatric disorders of adolescents is very few. Most of the data is derived from the studies related to adults. In this paper, the studies on pharmacological treatment of adolescent depression, anxiety and schizophrenia are reviewed and some of the pharmacokinetic and pharmacodynamic aspects which might affect the response to the treatment in this age group are summarized.

Key words : Adolescents, psychopharmacology, depression, anxiety disorder, schizophrenia

Çocuk ve ergen psikiyatrisinde ilaç kullanımına ilişkin ilk yayınlar, 1937 yılında Bradley'in aşırı hareketli çocuklarda bir amfetamin türevi olan benzedrin; 1950 yılında Bender'in otizm ve taşkınlık gösteren organik olgularda rezepin kullanımına ilişkindir (Aysev 1992). 1979'da Amerikan Çocuk Psikiyatrisi Akademisinin yıllık raporunda araştırmalarda ilaç kullanımı % 1,9 olarak belirtilmiştir (Aysev 1992). Yakın zamana kadar çocuk ve ergen psikiyatrisinde farmakolojik tedaviler, bazı psikoterapötik ve davranışçı tedavilerin uygulanabilmesine yardımcı olması amacıyla kullanılmakta iken (Ryan ve Puig-Antich 1987) psikofarmakoloji, giderek ruhsal bozukluklarda sağaltımın önemli bir parçası haline gelmiştir.

ERGENLERDE İLAÇ TEDAVİSİNİ ETKİLEYEN ETKENLER

Çocuk ve ergenler, bazı farmakokinetik ve farmakodinamik etkenler nedeniyle ilaç tedavilerine erişkinlerden farklı yanıt vermektedirler (Popper 1993, Ryan ve Puig-Antich 1987, Hein 1987, Geller 1991). Farmakokinetik, ilaçların emilim, dağılım, biyotransformasyon ve atımlarının; farmakodinamik ise ilaçların fizyolojik, biyokimyasal ve patolojik olaylar üzerindeki etkilerinin incelenmesidir. Bir başka deyişle, farmakokinetik vücudun ilaca ne

yaptığı, farmakodinamik ise ilacın vücuda ne yaptığıdır (Kayaalp 1984).

Emilim : Klinik deneyimler, psikotropik ilaçların emiliminin çocuklarda erişkinlerden daha hızlı olabileceğini düşündürmektedir. Winsberg ve arkadaşları (1974) imipramin emiliminin ergenlik öncesi dönemde daha hızlı olduğunu belirtmişlerdir. Emilimin hızlı olması, kanda tepe noktaları oluşturup, dalgalanmaların daha fazla olmasına neden olacağından, ilacın bölünmüş küçük dozlar halinde verilmesi önerilmektedir (Riddle 1991).

Dağılım : İlaçların bedendeki dağılımı, beden sıvılarının ve yağ dokusunun beden hacmine oranı, kardiyak output, bölgesel kan akımı, organ perfüzyonu, plazma proteinlerine bağlanma oranları ve asit-baz dengesi gibi etkenlere bağlıdır (Hein 1987). İlaçların plazma konsantrasyonları şu formülle belirlenir:

$$\text{İlacın plazma konsantrasyonu (Cp)} = \frac{\text{Absorbe olan doz (D)}}{\text{Dağıldığı hacim (V)}}$$

Lityum gibi suda çözünen ilaçlar vücut sıvılarında dağılırken, lipofilik ilaçlar yağ dokusunda dağılır ve depolanır. Bedendeki toplam sıvının ve hücre-dışı (ekstraselüler) sıvının beden ağırlığına oranı yaşla birlikte belirgin olarak azalır. Yeni doğanda hücre-dışı sıvı, beden ağırlığının % 40 - 50'si iken, 10-15 yaşlarda %15 - 20'sini oluşturur (Riddle 1991). Çocuklarda, lityumun dağıldığı hacmin fazla

* Arş. Gör. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Ankara.

olmasına bağlı olarak belirli bir kan düzeyine ulaşması için daha fazla ilaç verilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte, sıvı kayıpları lityumun toksisitesine neden olabileceğinden dehidratasyon riski olan durumlarda (ateşli hastalıklar, aşırı terleme, gastrointestinal rahatsızlıklar, diüretik ilaç kullanımı), ilacı kesme ve doktora başvurma konusunda hasta ve ailesi uyarılmalıdır (Fetner ve Geller 1992). Antidepresanlar ve nöroleptikler gibi lipofilik ilaçların dağılımında, bedendeki yağ dokusunun oranı önemlidir. Yetişkinler, yağ dokusunun fazlalığına bağlı olarak, lipofilik ilaçları daha uzun süre depolayabilirler. Çocuklarda, antidepresan ve nöroleptiklerin kesilmesi ile ani ve hızlı gelişen yoksunluk durumu, yağ dokusunun görece azlığı ile ilişkili olabilir (Geller ve ark 1987, Law ve ark 1981, Petti ve Law 1981).

İlaçların plazma proteinlerine bağlanma oranı yeni doğanlarda belirgin olarak düşüktür. Ancak çocuk ve ergenlerde bu oran erişkinlerdekine yakındır. Klinik uygulamada, proteinlere bağlanma oranı, ölçülen antidepresan düzeyini etkilediği için önemlidir. Ateşli hastalıklar sırasında, plazma proteinleri arttığından, bağlı ilaç miktarı da artar ve ölçülen kan düzeyleri, ilaç miktarı değişmediği halde yüksek bulunur (Fetner ve Geller 1992). Karaciğer ve böbrek hastalıklarında olduğu gibi plazma proteinlerinin azaldığı durumlarda ise, kan düzeylerinin normal sınırlarda bulunmasına karşın, serbest ilaç miktarı artacağından toksisite gelişebilir (Fetner ve Geller 1992, Hein 1987).

Metabolizma : Karaciğerin metabolizma hızı, yenidoğanda düşüktür, 6. ayda artmaya başlar, 1-5 yaşlar arasında en yüksek seviyededir, bundan sonra giderek azalır ve 15 yaşında erişkin düzeyine ulaşır (Hein 1987). Buna bağlı olarak, karaciğerde metabolize olan ilaçların yıkılması, çocuklarda daha hızlı olur. Bu nedenle doz aralıklarının daha dar olması ve yeterli kan düzeyine ulaşabilmek için mg/kg olarak, erişkinlerden daha yüksek dozda ilaç verilmesi gerekmektedir (Popper 1993). Metabolizmalarının hızlı olması nedeniyle, ilaçlar kararlı plazma düzeylerine daha kısa sürede ulaşırlar. Kan düzeyi ölçümleri daha erken yapılabilir (Popper 1993).

Karaciğerin metabolizma hızı, genetik olarak belirlenir ve aynı yaştaki bireyler arasında bile büyük bireysel farklılıklar gösterebilir. Bu nedenle, ilaçlar kan düzeyleri izlenerek kullanılmalıdır (Hein 1987, Geller ve ark 1989).

Atılım : Çocuklarda glomerüler filtrasyon hızı erişkinlerden daha yüksektir. Bu nedenle lityum gibi böbrek yoluyla atılan ilaçların atılımı daha hızlı olur (Fetner ve Geller 1992, Weller ve ark. 1986, Vitiello ve ark. 1988). Bazı ilaçlar lityumun böbrekten atılımını engelleyebilirler. Özellikle genç kızlar menstruasyon dönemlerinde, steroid olmayan analjezik ilaçları kullanmamaları konusunda uyarılmalıdır. Bu ilaçlar, lityumun böbrekten atılımını engelleyerek toksisiteye neden olabilirler (Jefferson ve ark 1981).

Tablo-1. Ergenlerde Farmakokinetik Özellikler

	DEĞİŞİKLİK	SONUÇ	UYGULAMA
EMİLİM	Psikotropik ilaçlar daha hızlı emilir (Winsberg 1974)*	Kan düzeyinde dalgalanmalar daha fazla	Doz aralığı daha sık olmalı
DAĞILIM	Çocuklarda hücre dışı sıvı oranı daha fazla (Edelman 1974)*	Li kan düzeyi düşer	Daha yüksek Li dozu gerekir
	Çocuklarda yağ dokusu oranı daha az (Widdowson 1974)*	Lipofilik ilaçların depolanması daha az, çekilme belirtileri daha belirgin (Geller ve ark 1987)	İlaçlar ani kesilmemeli
METABOLİZMA	Çocuklarda plazma proteinlerine bağlanma oranı yüksek, ergenlerde erişkin düzeyine yakın	Kan düzeyine etkisi minimal (Winsberg 1974)*	
	KC enzimlerinin metabolik hızı daha yüksek (Morselli 1982)*	Kandan eliminasyon hızı	mg / kg olarak daha yüksek doz verilmeli
ATILIM	KC ağırlığı daha fazla (Alvarez 1975)*	Doz aralarında çekilme belirtileri daha sık	Bölünmüş ufak dozlar verilmelidir
	Çocuklarda glomerüler filtrasyon hızı yüksek (Fetner ve Geller 1992)	Kararlı kan düzeyine çabuk ulaşır	Erken kan düzeyi ölçümü yapılabilir
		Li renal klirensi yüksek (Jefferson 1982)*	Daha yüksek Li dozu gerekir

* Aktaran Riddle 1991

ERGENLİK DÖNEMİ DEPRESYONUNUN PSİKOFARMAKOLOJİSİ

Yakın zamana kadar depresyonun ortaya çıkışının bilişsel ve psikolojik olgunluğu gerektirdiği düşüncesi, çocuklukta gerçek bir depresyonun olamayacağı inancına neden olmaktadır (Ryan 1992). Daha sonra yapılan çalışmalarla, çocuklukta depresyonun varlığı kabul edilerek, erişkinler için geliştirilen depresyon ölçütlerinin bu yaş grubunda da kullanılabilmesi gösterilmiştir (Ryan ve Puig-Antich 1987). Bugün DSM-III-R'de çocuk ve ergen depresyonu için tanı kriterleri erişkinlerle aynıdır. DSM-III-R'de belirtilen tek fark erişkinlerdeki çökkün duygudurumun yerini çocuk ve ergenlerde huzursuzluğun (irritabilitenin) alabilmesidir.

Depresif bozukluğun, çocuk ve ergen tipinden erişkin tipine belirgin devamlılık gösterdiğine ilişkin kanıtlar vardır (Harrington ve ark 1990). Yapılan izleme çalışmalarında, okul yaşlarında başlayan depresyonun, düzeldikten sonra yüksek oranda nüksettiği, süregenleştiği ve bipolarite oranının yüksek olduğu ortaya konmuştur (Kovacs ve ark 1984). Epidemiyolojik çalışmalar çocukluktan ergenliğe kadar duygulanım bozukluğu oranlarının ikiye katlandığını ortaya koymaktadır (Fleming ve Offord 1990). Weller ve arkadaşları (1985) deksametazon supresyon testinin (DST), çocuk ve ergenlerde kullanımını incelemişler, DST'nin depresyon-

daki çocuklarda %70, ergenlerde ise %43 oranında duyarlı olduğunu bulmuşlardır.

Depresyonun ailesel geçişi ile ilgili olarak da önemli kanıtlar vardır. Yapılan aile çalışmalarında bireyde major depresif bozukluk ne kadar erken yaşta ortaya çıkarsa, ailede duygulanım bozukluğu yükünün o kadar ağır olduğu görülmektedir. (Weissman ve ark 1987, Puig-Antich ve ark. 1989).

Sonuç olarak ergenlerde, depresyonun erişkin depresyonu ile benzer bir klinik tablo oluşturması, ergen depresyonu ile erişkin depresyonunun devamlılığı, nöroendokrin çalışmalarda alınan benzer sonuçlar ve ailesel geçiş ile ilgili veriler, erişkin depresyonunda etkinliği kanıtlanmış ilaçların, depresyondaki ergenlerde de aynı düzeyde etkili olacağını düşündürmüştür. Bunu kanıtlamak için, erişkinlerle yapılan ilaç çalışmalarına benzer çalışmalar yapılmaktadır. Ancak bu konuda, ergenlerle yapılan çalışmaların sayısı gerek erişkin, gerekse çocuklarla yapılan çalışmalara göre son derece azdır.

Çocuk ve ergenlerde heterosiklik antidepressanların etkinliği ile ilgili çalışmalar iki ana yöntemle yapılmaktadır. İlki kan düzeyi-klinik yanıt çalışmaları, ikincisi ise çift-kör plasebo kontrollü çalışmalardır. Tablo-2 'de bu çalışmalar gözden geçirilmiştir.

Tablo-2. Ergenlerde Depresyonun Farmakolojik Tedavisi ile İlgili Çalışmalar

Yazar - yıl	Örneklem	Yaş	Yöntem	İlaç - doz	Klinik etki
Geller ve ark. 1986	N : 34 M. Depresyon	Ergen	Kan düzeyi - yanıt	Nortriptilin 20-50 mg/gün	% 63.6 olumlu yanıt alınmış ve kan düzeyi ile klinik yanıt ilişkili bulunmuş.
Geller ve ark. 1985	N : 8, M. Depresyon N : 6, Psikotik Depresyon	12 - 17	Kan düzeyi - yanıt	Nortriptilin-70-150 mg/gün Nortriptilin + Klorpromazin 20-35 mg/gün + 50-100 mg/gün	nortriptilin + klorpromazin alan grupta aynı kan düzeyi için daha düşük doz nortriptilin kullanılmış
Geller ve ark. 1990	M. Depresyon	Ergen	Çift kör plasebo kontrollü	Nortriptilin	Plasebodan üstünlük anlamlı değil
Ambrosini 1989	N : 22 M. Depresyon	Ergen	Kan düzeyi - yanıt	Nortriptilin	Kan düzeyi ile klinik yanıt arasında ilişki bulunamamış
Ryan ve ark 1986	N : 34 Depresyon	10 - 17	Kan düzeyi - yanıt	İmipramin	Kan düzeyi ile klinik yanıt arasında ilişki bulunamamış.
Strober ve ark. 1990	N : 35 M. Depresyon	Ergen	Kan düzeyi - yanıt	İmipramin 5 mg/kg/gün	Kan düzeyi ile yanıt arasında ilişkili bulunamamış.
Kramer ve Feugine 1981	N : 10 Depresyon	Ergen	Çift kör plasebo kontrollü	Amüriptilin 200 mg/gün	Plasebodan üstünlük anlamlı değil
Boulos ve ark. 1991	M? Depresyon	Ergen	Çift kör plasebo kontrollü	Desipramin	Plasebodan üstünlük anlamlı değil
Joshi ve ark. 1989	N : 14 M. Depresyon	9 - 15	Kan düzeyi - yanıt	Fluoksetin 10-40 mg/gün	% 71.4 olumlu yanıt
Simeon 1990	N : 31 M. Depresyon	13 - 18	Plasebo kontrollü	Fluoksetin 60 mg/ gün	Plasebodan üstünlük anlamlı değil

Depresyon tanısı almış olan ergenlerde, trisiklik antidepressanların kan düzeyi ile klinik yanıt arasında, çocuk ve erişkinlerdekine benzer bir ilişki (Puig-Antich ve ark. 1987, Preskorn ve ark. 1982), bir çalışma dışında saptanamamıştır. Bu yaş grubunda, antidepressanlar açık çalışmalarda belirli bir düzeyde etkili bulunsalar da, plasebo kontrollü çalışmalarda, plasebodan üstünlükleri gösterilememiştir.

Ancak bu çalışmaların az sayıda olması, ayrı ayrı ele alınan örneklem gruplarının ve toplam denek sayılarının az olması ve çalışmalarda temel yöntemsel sorunlar, sonuçların değerlendirilmesini güçleştirmektedir. Bu metodolojik güçlüklerin başında, ergenlerde depresyonun, diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülmeye (komorbidite) sıklığının yüksek olması gelmektedir (Kashani ve Orvachel 1988, Last ve ark. 1987). Yanısıra dönemin gelişimsel özellikleri, psikopatolojiyi etkileyerek belirtilerin görünümünü değiştirebilmektedir. Bu tanısız güçlükler ek olarak standart belirti değerlendirmelerinin (toplumsal ve mesleki işlevlerle ilgili) eksikliği diğer bir güçlüktür. Yapılmış olan çalışmanın süreleri 3-10 hafta arasında değişmektedir. Oysa tedavi süresinin uzatılmasının, sonuçları %50 oranında etkileyebileceği belirtilmektedir (Ambrossini ve ark. 1989). Depresyon tanısı almış olan ergenlerin %25'inde, 2 hafta içinde spontan iyileşme olacağı bildirilmekte iken (Ambrossini ve ark. 1993) çalışmalarda, antidepressan ya da plaseboya başlamadan önce 2 hafta beklenmemiş olması sonuçları etkilemiş olabilir.

Ergenlerde depresyon tedavisinde antidepressanların etkinliğinin neden erişkinlerden daha az olduğu sorusunun yanıtı bugün kesin olarak bilinmemekle birlikte çeşitli olasılıklar ileri sürülmüştür. Ergenlik dönemi, beynin noradrenerjik sistemi üzerinde önemli etkisi olan kortikosteroidlerin ve cinsiyet hormonlarının yüksek olduğu bir dönemdir. Ryan ve arkadaşları (1986) yaptıkları çalışmada major depresyonu olan ergenlerin, imipramine çocuklardan daha az yanıt vermelerinin nedeninin, ergenlerde artan cinsiyet hormonlarının antagonistik etkileri olabileceğini belirtmişlerdir. Diğer bir açıklama da, duygulanım düzenlenmesi üzerinde etkili olan nörotransmitter sistemlerinin bu yaşlarda yeterince olgunlaşmamış olması konu-

sundadır. Beynin noradrenerjik sisteminin anatomik ve işlevsel olarak genç erişkin yaşlara kadar tam olarak gelişmediği söylenmektedir (Goldman ve Brown 1982, Smolen ve ark. 1985). Bu nedenle adrenerjik etkili ilaçlar erişkin yaşlardan önce tam bir etki sağlayamayabilir (Ryan 1992).

Varolan bilgilerin yetersizliğine rağmen, antidepressanlar, ergenlerde görülen depresyonda, tedavinin önemli bir parçasını oluşturmaktadırlar. Antidepressanları kullanırken, bilinmesi gereken en önemli farmakokinetik özellik, bu ilaçların karaciğerde metabolizma hızlarının genetik olarak farklılık göstermesi nedeniyle kararlı durum plazma düzeylerinin 6-72 kat farklı olabilmesidir (Fetner ve Geller 1992). Bu büyük bireysel farklılıklardan dolayı, verilen sabit doz bazı hastalarda tedavi edici düzeyi sağlarken, hızlı metabolize edenlerde yetersiz kalıp, yavaş metabolize edenlerde toksik olacaktır. İlaç kimin hızlı kimin yavaş metabolize ettiğini klinik olarak yordamanın bir yolu olmadığından bu ilaçlar mutlaka kan düzeylerine bakılarak uygulanmalıdırlar (Ryan 1992, Fetner ve Geller 1992). Garfinkel (1990), antidepressanları, kan düzeylerine bakılarak kullanmanın yararlarını, ilaç tedavisine uyumu (kompliansı) izleyebilmek, klinik yanıt oranını arttırmak, toksisiteyi önlemek, maliyeti düşük tutabilmek ve yasal sorunları önlemeye yardım edebilmek şeklinde özetlemiştir. Kan düzeylerine bakılmadığı durumlarda ise dozların mg/kg olarak verilmesi ve doz arttırımının EKG takibi ile yapılması önerilmektedir.

Antidepressanlara yanıt vermeyen major depresyonlu erişkinlerde, tedaviye lityumun eklenmesi, kontrollü ve açık çalışmalarda olumlu sonuçlar vermiştir (deMontigny ve ark. 1983, Heninger ve ark. 1983). Bu bilgiden yola çıkarak ergenlerde, antidepressanların etkinliğinin lityum ya da MAO inhibitörleri gibi ilaçlarla arttırılması çalışmaları yapılmaktadır (Ryan ve ark. 1988a ve 1988b, Strober ve ark. 1992).

Bu çalışmalarda, trisiklik antidepressanlara yanıt vermemiş olan ergenlerin bir kısmında tedavilerine lityum ya da monoaminooksidaz inhibitörü (MAOI) eklendiğinde belirgin düzelme görülmüştür. Ancak bu çalışmalar az sayıda ve kontrolsüz çalışmalardır ve bu alanda da kontrollü çalışmalara gereksinim vardır (Ambrossini ve ark. 1993, Ryan ve ark. 1988b, Strober ve ark. 1992).

Tablo-3. Ergenlerde Trisiklik Antidepresanların Lityum veya MAOI ile Birlikte Kullanıldığı Çalışmalar

Yazar - Yıl	Örneklem	Yaş	Yöntem	İlaç	Klinik Etki
Ryan ve ark 1988a	N: 14 M. Depresyon	Ergen	Açık çalışma	TSA + Lityum	~%43 vakada belirgin düzelme
Ryan ve ark 1988b	N: 23 M. Depresyon	Ergen	Açık çalışma	TSA + MAOH	%74 vakada belirgin düzelme
Strober ve ark 1992	N: 24 M. Depresyon	Ergen	Açık çalışma	TSA + Lityum	%49 vakada belirgin düzelme

TSA : Trisiklik antidepresan

MAOI : Monoaminooksidaz inhibitörü

ERGENLİK DÖNEMİNDEKİ ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ PSİKOFARMAKOLOJİSİ

DSM III-R'de çocuk ve ergenler için dokuz anksiyete bozukluğu tanı sınıfı vardır. Bunlardan üçü, yalnız çocuk ve ergenlik döneminde görülen ayrılık anksiyetesi bozukluğu, aşırı anksiyete bozukluğu ve çekinme bozukluğudur. Diğer altısı ise tüm yaş grupları için geçerli olan, panik bozukluğu, agorafobi, travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, basit fobi, obsesif kompulsif bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğudur.

Anksiyete bozuklukları çocuk ve ergenlerde sık görülen bozukluklardır. Genel nüfusta yaygınlığı, uygulanan yöntem ve olguların tanımlanmasına göre %5-50 arasındadır (Lewis 1991). Erişkinlerde olduğu gibi, çocuk ve ergen anksiyete bozuklukları sıklıkla başka bir birinci eksen tanısı ile, bir diğer anksiyete bozukluğu ile ya da bazı medikal hastalıklarla birlikte görülür (McGee ve ark. 1990, Weiss ve Rosenberg 1985, Garland ve Smith 1990). Kashani ve Orvaschel (1988) 150 ergenin %69'unda anksiyete ve depresyonun birlikte bulunduğunu saptamışlardır. Yanısıra, aşırı anksiyete bozukluğu olan bir grup ergenin %58'inin en az bir diğer anksiyete bozukluğu kriterlerini karşıladıkları yayınlanmıştır (Last ve ark. 1987). Bu önemli komorbidite ve tanısız heterojenite çocuk ve ergen anksiyete bozuklukları ile ilgili psiko-farmakolojik çalışmalarda dikkate alınması gereken bir özelliktir. Farklı bozukluklar, belli ilaçlara farklı yanıtlar verebilir ve komorbidite prognozu etkileyebilir.

Ergenlerde anksiyete bozukluklarının tedavisinde benzodiazepinler, antidepresanlar, buspiron, nöroleptikler, antihistaminikler, propa-

nolol gibi çok çeşitli ilaçlar denenmiştir. Ancak ergenlerdeki diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi, anksiyete bozukluklarının farmakolojik tedavisinde kullanılan bu ilaçların etkinliklerini ve risklerini değerlendiren, uygun şekilde yürütülmüş çift-kör plasebo kontrollü çalışmaların sayısı son derece azdır.

BENZODİAZEPİNLER

Ergenlerde anksiyete bozukluklarının tedavisinde benzodiazepinlerle yapılan çalışmalarda örneklem grupları sıklıkla çocuk ve ergen yaş gruplarını bir arada içermektedir. Yalnızca ergenlerle yapılmış çalışmalar az sayıdadır. Çocuk ve ergenlerin anksiyete bozukluklarının tedavisinde benzodiazepinlerin kullanımına ilişkin yapılmış olan çalışmalar Tablo - 4'de özetlenmiştir.

Düşük potanslı benzodiazepinlerden olan kloridiazepoksit ve diazepamın çocuk ve ergenlerde kullanımına ilişkin yapılmış olan eski dönem çalışmalarında, tanıların heterojen olması, standart semptom değerlendirme ölçeklerinin kullanılmaması ve çift-kör plasebo kontrollü çalışmaların eksikliği nedeniyle sonuçları değerlendirmek güçtür. Yüksek potanslı benzodiazepinlerden klonazepam ve alprazolam, bu yaş grubunda son zamanlarda üzerinde en fazla durulan ve çalışma yapılan ilaçlardır (Simeon ve Ferguson 1987). Alprazolamın, aşırı anksiyete bozukluğu ve çekinme bozukluğu olan çocuk ve gençlerin tedavisinde önemli olabileceği bildirilmiştir (Simeon ve Ferguson 1987, Simeon ve ark. 1992). Klonazepam ise gençlerde panik bozukluğu ve buna eşlik eden aşırı anksiyetenin tedavisinde etkili bulunmuştur (Kutcher ve Mackenzie 1988, Biederman 1987).

Tablo-4. Ergenlerde Anksiyete Bozukluklarının Tedavisinde Benzodiazepinlerin Kullanımı ili İlgili Çalışmalar

Yazar - Yıl	Örneklem	Yaş (yıl)	Yöntem	İlaç-doza mg / gün	Klinik Etki
Kraft 1965*	N: 130 Tanı heterojen	7-17	Açık çalışma	Klördiazepoksit 30-60 mg	%40 vakada yanıt iyi/çok iyi
D' Amato 1962*	N: 9 Okul reddi	8-11	Açık çalışma	Klördiazepoksit 10-30 mg	8 hasta 2 haftada okula dönebilmiş
Lucas - Pasley 1969*	N: 15 Heterojen	7-17	Plasebo kontrolü	Dazepam 5-20 mg	Plaseboda üstün değil
Bernstein ve ark 1990	N: 6 Okul reddi	9-17	Çift-kör plasebo kontrollü	Alprazolam 1-3 mg	Belirgin düzelme
Simeon ve Ferguson 1987	N: 12 Aşırı AB** -ÇB***	8-16	Vaka kontrollü	Alprozolam 0.25-1.5 mg	Plaseboya göre belirgin düzelme
Simeon ve Ferguson 1987	N: 30 Aşırı AB** -ÇB***	12-6	Çift kör plasebo kontrollü	Alprozolam 1.57 mg	Plaseboda üstünlük istatistiksel olarak anlamlı değil
Simeon ve ark 1992	N: 21 Aşırı AB**	8-16	Çift kör plasebo kontrollü	Alprozolam 0.5-3.5 mg	Plaseboda üstünlük istatistiksel olarak anlamlı değil
Klein 1991	N: 18 Ayrılık AB****	6-17	Açık çalışma	Alprozolam 0.5-6 mg	Belirgin düzelme
Biederman 1987	N: 3 Anksiyete B.	8-11	Açık çalışma	Klonazepam 0.5-3 mg	Belirgin düzelme
Kutcher-Mackenzie 1988	Panik B.	16-19	Açık çalışma	Klonazepam 1-2 mg	Belirgin düzelme
Kutcher 1990	N: 12 Panik B.		Çift kör plasebo kontrollü	Klonazepam 1-2 mg	Orta derecede ve belirgin düzelme

* aktaran Kutcher ve ark 1992

** Aşırı AB : Aşırı anksiyete duyma bozukluğu

*** ÇB : Çekinme bozukluğu

**** Ayrılık AB : Ayrılık anksiyetesi bozukluğu

Bununla birlikte, bu yaş grubunda, her iki ilacın da kötüye kullanımı, uzun dönemde etkileri ve yoksunluk belirtileri ile ilgili bilgilerin eksikliği ve tedavi edici dozlarının belirsiz olması kullanımlarını güçleştirmektedir (Kutcher ve ark. 1992). Bu alanda bu eksiklikleri de gidermeye yönelik kontrollü çalışmalara gereksinim vardır.

Anksiyeteli adolesanların tedavisinde benzodiazepinlerden biri kullanılacaksa, ilaca günde tek ve düşük dozda başlanmalıdır. Bu ilaçlar için önerilen başlangıç ve tedavi dozları ile maksimum dozları Tablo-5'de verilmiştir (Kutcher ve ark. 1992).

Benzodiazepinlerin kullanımı ile ilgili önemli sorunlardan biri yoksunluk belirtileridir. Bunlar, ilacın kesilmesi ile oluşan ve önceden bildirilmemiş olan belirtilerdir. Karında rahatsızlık hissi, ataksi, konsantrasyon bozukluğu, soğuk algınlığına benzer yakınmalar gibi hafif,

ya da konvülsiyon, deliryum gibi ciddi düzeyde olabilir (Albeck 1987, Breier ve ark. 1984, Herman ve ark. 1987). Burada önemli olan, yoksunluk belirtilerinin, rebound fenomeni ve nüksden ayırılmasıdır. Yoksunluk ve rebound için ilacın daha yavaş azaltılması gerekirken, nükste ilacın yeniden başlanması gerekebilir. Konvülsiyon riski, yüksek potanslı ve kısa etkili ilaçların kesilmesi sırasında daha fazladır. Alprazolam özellikle yüksek dozda kullanıldığında en sık konvülsiyon yapan ilaç olarak bildirilmiştir (Breier ve ark 1984, Kutcher ve ark. 1992). Benzodiazepinlerin kullanımı ile oluşan inhibisyon yoksunluğu ve saldırganlık gibi paradoksal tepkilerin ergenlerde, erişkinlerden daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Kutcher ve ark. 1992). Çocuk ve adolesanlarda benzodiazepin kullanımı sırasında bilişsel yetilerde ya çok az zayıflama olduğu ya da hiç olmadığı saptanmıştır (Simeon ve Ferguson 1987).

Tablo-5. Ergenlerde Anksiyete Bozukluklarında Benzodiazepinler için Önerilen Dozlar

İLAÇ	Başlangıç Dozu	Tedavi Dozu	En Yüksek Doz
Klonazepam	0.25-1.0 mg/gün	1.0-4.0 mg/gün	4.0-6.0 mg/gün
Diazepam	1.0-5 mg/gün	5.0-20 mg/gün	20-40 mg/gün
Alprazolam	0.125-0.25 mg/gün	0.25-2.5 mg/gün	3.0-4.0 mg/gün

ANTİDEPRESANLAR

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde trisiklik antidepresanların kullanımına ilişkin yapılan çalışmaların hemen hepsi okul reddi ve ayrılık anksiyetesi bozukluğu olan çocuk ve ergenlerle yapılmıştır.

Trisiklik antidepresanların, okul reddi ve ayrılık anksiyetesinde olumlu sonuçlar verdiği görülmüş ancak plasebo kontrollü çalışmalarda, plasebodan üstünlükleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Gittelman - Klein ve Klein 1971, Berney 1981, Bernstein ve ark. 1990).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve anksiyetenin birlikte görüldüğü çocuk ve ergen-

lerde, antidepresanlarla yapılmış bir grup çalışmada ise, özellikle anksiyetesi yüksek olan gruplarda, aşırı hareketlilikte azalma ve dikkatte artma olduğu bildirilmektedir (Cox 1982, Pliszka 1989, Garfinkel ve ark. 1983, Beiderman ve ark. 1989).

Tüm bu çalışmalarda alınan sonuçlar, çocuk ve ergenlerde anksiyete belirtilerinin trisiklik antidepresanlara olumlu yanıt verebileceğini düşündürmektedir. Ancak bu ilaçların anksiyete belirtilerine yönelik olarak kullanılışı sırasında en uygun dozun ne olduğu ve kan düzeyi-yanıt ilişkileri belirlenmemiştir. Bunun yanısıra küçük çocuklarda kazayla; ergenlerde intihar amacıyla istemli olarak aşırı doz alınması riski, tedavi sırasında görülebilen kardiyak yan etkiler ve ani ölümler bu ilaçların kul-

Tablo-6. Ergenlerde Anksiyete Bozukluklarının Antidepresanların Kullanımı İli İlgili Çalışmalar

Yazar - Yıl	Örneklem	Yaş (yıl)	Yöntem	İlaç-doç	Klinik Etki
Gittelman - Klein ve Klein 1971	N: 35 Okul reddi	7 - 15	Çift-kör plasebo kontrollü	İmipramin ort 159 mg/gün + davranış tdv	İmipramin + psikoterapi, plasebo + psikoterapiden önemli ölçüde etkin bulunmuş
Klein ve ark 1992	N: 25 Ayrılık A.B*	6 - 15	Çift-kör plasebo kontrollü	İmipramin ort 150 mg/gün	plasebodan üstünlük gösterilememiş
Cox 1982	N: 14 DEHB** + anks.	7 - 11	Açık çalışma	İmipramin	Belirgin düzelme
Bernstein ve ark 1990	N: 17 Okul reddi	9 - 14	Açık çalışma	İmipramin - Alprazolam	Her iki ilaç arasında istatis- tiksel olarak anlamlı fark bulunmamış
Bernstein ve ark 1990	N: 24 Okul reddi	9 - 14	Çift-kör plasebo kontrollü	İmipramin - Alprazolam	İlaçlarla plasebo arasında ve her iki ilaç arasında istatis- tiksel olarak anlamlı fark bulunmamış
Berney 1981	N: 45 Okul reddi	9 - 15	Açık çalışma	Klomipramin maks. 75 mg/gün	plasebodan üstünlük gösterilememiş
Garfinkel ve ark 1983	DEHB** + anks.	6 - 15	plasebo kontrollü	Metilfenidat- Klomipramin	Anksiyetesi yüksek olanlarda klomipramin daha etkili bulunmuş

Ayrılık A.B*: Ayrılık anksiyetesi bozukluğu
DEHB**: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

lanımları ile ilgili temel kaygıları oluşturmaktadır (Kutcher ve ark. 1992).

BUSPİRON

Buspiron, antidepresan etkisi de olan, benzodiazepin olmayan anksiyolitik bir ajandır (Goldberg 1984). Erişkinlerde, yaygın anksiyete bozukluğunda benzodiazepinlere benzer etkinlikte ve yan etkilerinin daha hafif düzeyde olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Cohn ve Wilcox 1986, Kastenholz ve Crimson 1984, Skolnick ve ark. 1984). Ancak anksiyeteli çocuk ve ergenlerde bu ilacın kullanımı ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Bu alanda yapılmış az sayıda açık çalışmada belirgin anksiyolitik etki alınmıştır (Kranzler 1988, Kutcher ve ark. 1992). Buspironun, ergenlerdeki terapötik endikasyonları belirlenmemiş olmakla birlikte, aşırı anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluklarında yararlı olabileceği bildirilmiştir (Kutcher ve ark. 1992).

Buspiron, ciddi yan etkileri göreceli olarak az olan bir ilaçtır. Terapötik dozlarda plasebodan daha fazla sedasyona neden olmaz. Güvenlik sınırları oldukça geniştir, buspirona bağlı hiç bir ölüm vakası bildirilmemiştir (Newton ve ark. 1982). Benzodiazepinlerin aksine, buspironun anksiyolitik etkisi 2-4 hafta gibi uzun bir sürede başlar.

Ergenlerde bazı anksiyete bozukluklarının tedavisinde, güvenlik sınırının geniş, ciddi yan etkilerinin az olması, bağımlılık ya da yoksunluk tepkilerine yol açma potansiyelinin düşük olması nedeniyle uygun seçenek olabilir. Ancak bu yaş grubundaki etkileri ile ilgili yeterli bilgi olmadığından, ilk seçenek olarak önerilmemektedir (Kutcher ve ark. 1992).

PROPRANOLOL

Anksiyolitik etki düzeneği tam olarak bilinmemekle birlikte, erişkinlerle yapılan çalışmalarda propranololün, bazı anksiyete bozukluklarında etkili olabileceği gösterilmiştir (Meibach ve ark. 1987). Çocuk ve ergenlerde bir tür panik bozukluğu olduğu düşünülen hiperventilasyon sendromlu 14 tedaviye dirençli hastanın 13'ünde propranolol ile olumlu sonuç alınmış ancak ilacın kesilmesinden sonra hastaların çoğunda nöks görülmüştür (Garland ve Smith 1990, Joorabchi 1977). Bir diğer çalışmada, travma sonrası stres bozukluğu tanısı almış 11 çocukta 4 haftalık propranolol tedavisinden sonra yakınmalarda önemli düzelmeler kayde-

dilmiş ancak ilaç kesilmesi sonrası yine nöks görülmüştür (Famularo 1988).

Propranololün bradikardi, sedasyon, bayılma, bronkokonstriksiyon gibi bilinen yan etkileri nedeniyle, çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluklarında rutin kullanımı desteklenmemektedir. Diğer tedavilere yanıt vermeyen durumlarda, ancak tıbbi açıdan iyi bir izlemin mümkün olduğu hallerde kullanılabileceği bildirilmektedir (Kutcher ve ark. 1992).

NÖROLEPTİKLER

Çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluklarının tedavisinde, nöroleptiklerin kullanımına ilişkin 1961-1975 yılları arasında yayınlanmış birkaç çalışma vardır. Bu çalışmaların sonuçlarının kesin olmayışı, ilaçların bilinen ciddi yan etkileri ve geç diskinezi riskinin çocuklarda daha fazla olması nedeniyle günümüzde primer anksiyete bozukluklarının tedavisinde endikasyonlarının olmadığı düşünülmektedir (Kutcher ve ark. 1992).

ANTİHİSTAMİNİKLER

Antihistaminiklerden difenhidramin ve hidrokizin, çocuk ve ergenlerde anksiyolitik etkilerinden dolayı geçmişte kullanılmıştır. Ancak günümüzde antikolinergik etkiler, nöbet eşliğinde azalma, aşırı uyuklama gibi yan etkileri ve ergenlerde bağımlılık yapma riskleri nedeniyle anksiyete bozukluklarının tedavisinde önerilmemektedirler (Malcolm ve Miller 1972, Kutcher ve ark. 1992).

ADOLESANLARDA OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKLUĞUN (OKB) PSİKOFARMAKOLOJİSİ

Yapılan son epidemiyolojik çalışmalarda, 14-18 yaş arasındaki 5000 ergende OKB'un yaygınlık oranı yaklaşık %1 olarak saptanmıştır (Whitaker ve ark. 1990, Flament ve ark. 1985).

Bu konudaki diğer bir önemli nokta da erişkinlerdeki OKB'un %70'inin 10-23 yaşlar arasında başlıyor olmasıdır (Rasmussen ve Tsuang 1986). Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluğun kliniği erişkinlerde görülen tabloya benzemektedir (Swedo ve ark. 1989). Bu hastaların %25'inin birinci derece akrabalarında da OKB olduğu gösterilmiştir (Piacentini ve ark. 1992). Erişkinlerle paralel olan klinik tablo ve ailesel geçiş ile ilgili veriler

Tablo-7. Ergenlerde OKB'nin Farmakolojik Tedavisi ile İlgili Çalışmalar

Yazar - Yıl	Örneklem	Yaş	Yöntem	İlaç-doza	Klinik Etki
Leonard ve ark. 1988	N : 48 OKB	Ergen	Çift kör çapraz	Klomipramin Desipramin	Klomipramin Desipraminden üstün
Riddle ve ark. 1990	N : 10 OKB + Tourette B.	8 - 15	Açık çalışma	Fluoksetin 10-40 mg/gün	% 50 belirgin düzelme
Leibovitz ve ark. 1990	N : 8 OKB	Ergen	Çift kör plasebo kontrollü	Fluoksetin	% 50 düzelme
Pigott ve ark. 1990	N : 11 OKB	Erişkin	Çift kör çapraz	Klomipramin Fluoksetin	Klinik etkinlik eşit ancak Fluoksetin ile yan etki daha az
Flament ve ark. 1985	N : 19 OKB	10 - 18	Çift kör plasebo kontrollü	Klomipramin 100-200 mg/gün	Klinik ve istatistiksel olarak plasebodan anlamlı üstün

erişkinlerde uygulanan tedavilerin bu yaş grubunda da etkili olabileceğini düşündürmüş ve bu yönde çalışmalar yapılmıştır.

Tablo-7'de bu çalışmalar gözden geçirilmiştir.

Ergenlerde görülen obsesif kompulsif bozukluklarda, klomipramin açık, çift-kör plasebo kontrollü ve çift-kör çapraz çalışmalarda etkili ve plasebodan ve desipraminden anlamlı derecede üstün bulunmuştur (Flament ve ark 1985, Leonard ve ark 1988). Selektif serotonin geri alım blokörü olan fluoksetinle de klomipramine benzer sonuçlar alınmıştır. Klomipramin ile fluoksetin arasında etkinlik açısından fark bulunmakla birlikte fluoksetinin klomipraminden daha kolay tolere edilebildiği ve ilaç kesildiğinde daha az nüks oluştuğu bildirilmektedir (Leibovitz ve ark 1990, Pigott ve ark. 1990).

Çocuk ve ergenlerin hastalıklarının başlangıç süresinin kısa olması, yaygın işlev kayıplarının henüz çok fazla olmaması nedeniyle, davranışçı tedavilere erişkinlerden daha fazla yanıt verebilecekleri varsayılmaktadır (Piacentini 1992). Bu nedenle ilaç ve davranışçı tedavilerin birlikte uygulandığı kontrollü çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır (Piacentini ve ark.)

ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLARIN PSİKOFARMAKOLOJİSİ

Şizofreni çocuklarda çok nadir görülen bir bozukluktur. Ancak pubertenin başlamasıyla bu bozuklukların sıklığında önemli ölçüde artış olur (Werry 1992). Şizofrenik psikozların % 4'ünün 15 yaşın altında ve % 0.5'inin 10 yaşın altında başladığı belirtilmiştir (Remschmidt

1993). Erişkinlerde, nöroleptiklerin etkinliği çok sayıda çift-kör plasebo kontrollü çalışma ile gösterilmiş olmasına karşın bu alanda da ergenlerle yapılmış olan çalışmaların sayısı, sağlıklı tartışma yapılabilmesi için yetersizdir (Campbell ve Spencer 1988). Tablo. 8'de bu çalışmalar gözden geçirilmiştir.

Nöroleptiklerin, karaciğerde metabolize edilmesi çocuk ve ergenlerde daha hızlı olmakla birlikte, bu yaş grubunda D₁ ve D₂ reseptörlerinin yoğunluğu daha fazladır. Çocuk ve ergenlerin nöroleptiklerin etkilerine ve yan etkilerine daha hassas olmaları bu farmakodinamik etki ile açıklanmaya çalışılmıştır (Lewis 1991).

Nöroleptiklerin çocuk ve ergenlerde en rahatsızlık verici yan etkisi sedasyondur (Campbell ve Spencer 1988, Realmuto ve ark. 1984). Haloperidol gibi yüksek potanslı olanlar bile yetişkinlerden daha sık sedasyona neden olurlar. Nöroleptiklerin neden olduğu ekstrapiramidal belirtilerin sıklığında yaşa bağlı farklılıklar vardır. Bu belirtiler, okul öncesi çocuklarda göreceli olarak nadir görülürken, 10-19 yaşlar arasında distoni ve parkinsonizm belirtileri en yüksek sıklık düzeyine ulaşır (Campbell 1985, Gelenberg ve Mandel 1977). Akatizi ise bundan farklı olarak 20-30 yaşlar arasında en sık görülür. Sürekli hareket halinde olma, tedirginlik gibi belirtilerle ortaya çıkan akatizinin çocuklarda hiperaktiviteden ayırılması güç olabilir. Çocuk ve ergenlerde nöroleptiklerin neden olduğu geç diskinezinin sıklığı çeşitli çalışmalarda % 8-51 arasında bulunmuştur (Campbell ve ark. 1983). Geç diskinezinin çocuklarda kısa dönem nöroleptik kullanımından sonra bile görülebileceği bildiril-

Tablo-8. Ergenlerde Şizofreninin Farmakolojik Tedavisi ile İlgili Çalışmalar

Yazar - Yıl	Örneklem	Yaş	Yöntem	İlaç-doza	Klinik Etki
Pool ve ark 1976*	N: 75 Şizofren	Ergen	Çift kör plasebo kontrollü	Haloperidol-9.8mg Loksapin -87.5 mg	Her iki ilaç plasebodan üstün
Realmuto ve ark 1986*	N: 21 Kr. Şizofren	Ergen	Çift kör plasebo kontrollü	Tiyotiksen Tiyaridazin	% 50 vakada belirgin düzelme
Slefen ve Remschmidt 1986**	N: 21 Kr. Şizofren	12 - 18	Açık çalışma	Klozapin	% 52.4 vakada belirgin ölçüde düzelme % 29 vakada kısmen düzelme
Remschmidt ve ark. 1992**	N: 41 Şizofren	16 - 20	Açık çalışma	Klozapin	% 75.6 vakada önemli ölçüde düzelme % 31.7 vakada yanıt alınmamış % 17 vakada lökopeni nedeniyle tedavi kesilmiş
Birmaher ve ark 1992	N: 3 Kr. Şizofren	17 - 18	Olgu sunumu	Klozapin	Belirgin klinik düzelme
Mozes ve ark 1994	N: 3 Şizofren Çok erken başlangıçlı	10 - 12	Olgu sunumu	Klozapin	Belirgin klinik düzelme

* aktaran McClellan veWerry 1992

** aktaran Remschmidt 1993

miştir (Campbell ve ark. 1983). Ergenlerde nöroleptik malign sendromun görülebileceği ve en erken görülme yaşının 12 olduğu bildirilmiştir (Merry ve ark. 1986, Diamond ve Hayes 1986, Geller ve Greydanus 1979).

Erişkinlerde olduğu gibi, nöroleptikler çocuk ve ergenlerde de prolaktin artışına neden olur. Ancak hiperprolaktineminin, psikoseksüel gelişim ya da fertilité üzerinde uzun dönemdeki etkileri henüz bilinmemektedir.

Son 5 yıl içinde, atipik bir nöroleptik olan klozapinle ergenlerde çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Bu çalışmalar, nöroleptiklere dirençli, şiddetli yan etkiler ortaya çıkmış, kronik şizofren ergenlerde yapılmış ve %30-50 oranında olumlu yanıt alınmıştır (Remschmidt 1993). Bu çalışmaların yanısıra çocuk ve ergenlerde klozapin kullanımına ilişkin olgu sunumları yayınlanmıştır (Birmaher ve ark. 1992, Mozes ve ark. 1994). Ancak agranülositoz ve epileptik nöbet eşğini düşürmek gibi ciddi yan etkileri nedeniyle, klozapin iyi seçilmiş olgularda ve ancak çok düzenli izlemin mümkün olduğu şartlarda kullanılmalıdır.

Günümüzde, çocuk ve ergen şizofrenisinde ilaç, psikoterapötik yaklaşımlar, aile yönelimli yaklaşımlar ve rehabilitasyona yönelik yaklaşımların uygulandığı çok yönlü tedavi esastır. Antipsikotik ilaçlar ise bu tedavinin kilit noktasını oluşturmaktadır (Campbell ve ark. 1983, Remschmidt 1993).

SONUÇ

Çocuk ve ergenlerde ruhsal bozuklukların ilaçla tedavisi, son zamanlarda üzerinde durulmaya ve çalışmalar yapılmaya başlanmış, gelişmekte olan bir alandır. Bu konuda yapılmış olan çalışmaların hem niceliksel, hem de niteliksel eksiklikleri dikkat çekicidir. Bugün, çocuk ve ergen psikiyatrisinin belki de en önemli sorunu olan tanısız güçlükler, normal-anormal sınırının iyi çizilememesi ve sınıflandırma sistemlerinin yetersizliği, bu alanda da etkisini göstermektedir. Çocuk ve ergen psikiyatrisinde, ilaç tedavileri, psikoterapi, aile tedavisi, davranışçı terapiler gibi çeşitli yaklaşımların birlikte uygulandığı kapsamlı bir tedavi programının bir parçasını oluşturduğundan, ilaçların tek başına verildiği araştırmaların yerine kombine tedavi araştırmalarının yapılmasına gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

- Albeck J (1987) Withdrawal and detoxification from benzodiazepine dependence: A potential role of clonazepam. *J Clin Psychiatry* 48 [suppl] : 43-48
- Ambrossini P, Metz C, Bianchi M ve ark. (1989) Open nortriptyline treatment over 10 weeks in depressed adolescent outpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 5 : 59-60.
- Ambrossini P, Bianchi M, Rabinovich H ve ark. (1993) Antidepressant treatment in children and adolescents I. Affective disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32 : 1-6
- Aysev A (1992) Çocuk psikiyatrisinde ilaç kullanımı. *İlaç ve Tedavi Dergisi* Cilt : 5 Sayı : 5 E14-E24
- Berney T (1981) School phobia : A therapeutic trial with clomipramin and short term outcome. *Br J Psychiatry* 138 : 110-118
- Bernstein G, Garfinkel B, Barchard C (1990) Comparative studies of pharmacotherapy for school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 : 773-781

- Biederman J (1987) Clonazepam in the treatment of prepubertal children with panic-like symptoms. *J Clin Psychiatry* 48 (10 suppl) : 38-41
- Biederman J (1988) Pharmacological treatment of adolescents with affective disorders and attention deficit disorders. *Psychopharmacol Bull* 24 : 81-87
- Biederman J, Baldessarini R, Wright V ve ark (1989) A double-blind placebo controlled study of desipramine in the treatment of attention deficit disorder : II. Serum drug levels and cardiovascular findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 : 773-781
- Biederman J, Faraone S, Keenan K ve ark. (1991) Familial association between attention deficit and anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 148 : 251-256
- Birmaher B, Baker R, Kapur S ve ark (1992) Clozapine for the treatment of adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31 : 160-164
- Blanz B, Schmith M (1993) Clozapine for schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32 : 223-224
- Bolton D, Steinberg D (1983) The treatment of obsessive compulsive disorder in adolescence : A report of fifteen cases. *Br J Psychiatry* 142 : 456-464
- Boulos C, Kutcher S, Marton P ve ark. (1991) Response to desipramine treatment in adolescent major depression. *Psychopharmacol Bull* 27 : 59-65
- Breier A, Charney D, Nelson J (1984) Seizures induced by abrupt discontinuation of alprazolam. *Am J Psychiatry* 141 : 1606
- Campbell M. (1985) On the use of neuroleptics in children and adolescents. *Psychiatric Annals* 15 : 104-107
- Campbell M, Perry R, Bennett W ve ark. (1983) Long term therapeutic efficacy and drug related abnormal movements : A prospective study of haloperidol in autistic children. *Psychopharmacol Bull* 19 : 80-82
- Campbell M, Spencer E (1988) Psychopharmacology in child and adolescent psychiatry : Review of past five years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27 : 269-279
- Cohn J, Wilcox C (1986) Low sedation potential of buspirone compared with alprazolam and lorazepam in the treatment of anxious patients : A double-blind study. *J Clin Psychiatry* 47 : 409-412
- Cox W (1982) An indication for use of imipramine in attention deficit disorder. *Am J Psychiatry* 139 : 1059-1060
- deMontigny C, Courmoyer G, Morissette R ve ark. (1983) Lithium carbonate addition in tricyclic antidepressants resistant unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry* 40 : 1327-1334
- Diamond J, Hayes D (1986) A case of neuroleptic malignant syndrome in a mentally retarded adolescent. *J Adolesc Health Care* 7 : 419-422
- Famularo R (1988) Propranolol treatment for childhood post traumatic stress disorder, acute type : A pilot study. *Am J Dis Child* 142 : 1244-1247
- Fetner H, Geller B (1992) Lithium and tricyclic antidepressants. *Psychiatric Clin North America* 15 : 1 223-241
- Flament M, Rapoport J, Berg C ve ark. (1985) Clomipramine treatment of children obsessive compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 42 : 977-979
- Fleming J, Offord D (1990) Epidemiology of childhood depressive disorders : A critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 : 571-580
- Garfinkel B (1990) Psychiatric disorders in children and Adolescents. *Sounders Company Philadelphia Sayfa* : 18
- Garfinkel B, Wender P, Sloman ve ark (1983) Tricyclic antidepressants and methylphenidate treatment of attention deficit disorder in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 22 : 343-348
- Garland J, Smith (1990) Panic disorder on a child psychiatric consultation service. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 : 785-788
- Gelenberg A, Mandel M (1977) Catatonic reactions to high-potency neuroleptic drugs. *Arch Gen Psychiatry* 33 : 579-581
- Geller B, Cooper T, Farooki Z ve ark. (1985) Dose and plasma levels of nortriptylin and chlorpromazine in delusionally depressed adolescents and nortriptyline in nondelusionally depressed adolescents. *Am J Psychiatry* 142 : 3 336-338
- Geller B (1991) Psychopharmacology of children and adolescents : Pharmacokinetics and relationship of plasma serum levels to response. *Psychopharmacol Bull* 27 : 4 401-409
- Geller B, Cooper T, McCombs H ve ark. (1989) Double blind, placebo-controlled study of nortriptylin in depressed children using a "fixed plasma level" design. *Psychopharmacol Bull* 25 : 101-108
- Geller B, Cooper T, Carr L (1987) Prospective study of scheduled withdrawal from nortriptylin in children and adolescents. *J Clin Psychopharmacol* 7 : 252-254
- Geller B, Cooper T, Chestnut E ve ark. (1986) Preliminary data on the relationship between nortriptyline plasma level and response in depressed children. *Am J Psychiatry* 143: 1283-1286
- Geller B, Cooper T, Graham D ve ark. (1990) Double-blind placebo-controlled study of nortriptylin in depressed adolescents using a "fixed plasma level" design. *Psychopharmacol Bull* 26:85-90
- Geller B, Greydanus D (1979) Haloperidol-induced comatose state with hyperthermia and rigidity in adolescence: Two case reports with a literature review. *J Clin Psychiatry* 40: 102-103
- Gittelman-Klein R, Klein D (1971) Controlled imipramine treatment of school phobia. *Arch Gen Psychiatry* 25: 204-207
- Goldberg H (1984) Buspirone hydrochloride: A unique new anxiolytic agent. *Pharmacotherapy* 4: 315-324
- Goldman-Rakic P, Brown R (1982) Postnatal development of monoamine content and synthesis in the cerebral cortex of rhesus monkeys. *Developmental Brain Research* 4: 339-349
- Gualtieri C, Breuning S, Schroeder S ve ark. (1982) Tridive dyskinesia in mentally retarded children, adolescents and young adults. *Psychopharmacol Bull* 18 : 62-65
- Harrington R, Fudge H, Rutter M ve ark. (1990) Adult outcomes of childhood and adolescent depression. *Arch Gen Psychiatry* 47 : 465-473
- Hein K (1987) The use of therapeutics in adolescence. *J Adolesc Health Care* 8 : 8-35
- Heninger G, Charney D, Sternberg D (1983) Lithium carbonate augmentation of antidepressant treatment. *Arch Gen Psychiatry* 40 : 1336-1342
- Herman J, Rosenbaum J, Brotman A (1987) The alprazolam to clonazepam switch for treatment of panic disorder. *J Clin Psychopharmacol* 7 : 175-178
- Jefferson W, Greist J, Baudhian M (1981) Lithium interactions with other drugs. *J Clin Psychopharmacol* 1 : 124-134
- Joorabchi B (1977) Expressions of the hyperventilation syndrome in childhood. *Clin Pediatr* 16 : 1110-1115
- Kashani ve Orvaschel (1988) Anxiety disorders in mid-adolescence : A community sample. *Am J Psychiatry* 145 : 960-964
- Kastenholz K, Crimson M (1984) Buspirone, a novel benzodiazepine anxiolytic. *Drug Reviews* 3 : 600-607
- Kayaalp O. (1984) Rasyonel Tedavi Yönlüden Farmakoloji. *Ulucaan matbaası Ankara Cilt* 1 : 3-4
- Klein R, Koplewicz H, Kanner A ve ark (1992) Imipramine treatment of children with anxiety disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31 : 21-28
- Kovacs M, Feinberg T, Crouse-Novak M ve ark. (1984) Depressive disorders in childhood. I. A longitudinal study of characteristics and recovery. *Arch Gen Psychiatry* 41 : 643-649
- Kramer D, Feiguine R (1981) Clinical effects of amitriptylin in adolescent depression. *J Am Acad Child Psychiatry* 20 : 636-644
- Kranzler H (1988) Use of buspirone in an adolescent with overanxious disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27 : 789-790
- Kutcher S, Mackenzi S (1988) Successful clonazepam treatment of adolescents with panic disorder. *J Clin Pharmacol* 8 : 299-301
- Kutcher S, Reither S, Gardner D ve ark (1992) Pharmacotherapy of anxiety disorders in child and adolescents. *Psychiatric Clin North America* 15

- Last C, Hersen M, Kazdin A ve ark. (1987) Comparison of DSM III separation anxiety and overanxious disorders: Demographic characteristics and patterns of comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26 : 527-531
- Law W, Petti T, Kazdin A (1981) Withdrawal symptoms after graduated cessation of imipramine in children. *Am J Psychiatry* 138 : 647-650
- Leibowitz M, Hollander E, Fairbanks J ve ark. (1990) Fluoxetine for adolescents with obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 143 : 370
- Leonard H, Swedo S, Rapoport J ve ark. (1988) Treatment of childhood obsessive compulsive disorder with clomipramine and desmethylimipramine: A double blind crossover comparison. *Psychopharmacol Bull* 24 : 93-95
- Lewis M. (1991) *Child and Adolescent Psychiatry*. Williams and Wilkins Baltimore
- Malcolm R, Miller W (1972) Dimenhydrinate (dramamine) abuse: Hallucinogenic experiences with a proprietary antihistamine. *Am J Psychiatry* 128 : 1012-1013
- McClellan J, Werry W (1992) Schizophrenia. *Psychiatric Clin North America* 15 : 168-190
- McGee R, Feehan M, Williams S ve ark. (1990) DSM III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 : 611-619
- Meibach R, Dunner D, Wilson L ve ark. (1987) Comparative efficacy of propranolol, chlordiazepoxide and placebo in the treatment of anxiety: A double blind trial. *J Clin Psychiatry* 48 : 355-358
- Merry S, Werry S, Merry A ve ark. (1986) The neuroleptic malignant syndrome in an adolescent. *J Am Acad Child Psychiatry* 25 : 284-286
- Mozes T, Toren P, Chernauzan N ve ark (1994) Clozapine treatment in very early onset schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33 : 65-70
- Newton R, Casten G, Alous D ve ark (1982) The side effect profile of buspirone in comparison to active control and placebo. *J Clin Psychiatry* 43 : 100-102
- Orvaschel H (1990) Early onset psychiatric disorder in high risk children and increased familial morbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 : 184-188
- Petti T, Law W (1981) Abrupt cessation of high dose imipramine treatment in children. *JAMA* 246 : 768-769
- Piacentini J, Jaffer M, Gitow A ve ark. (1992) Pharmacologic treatment of obsessive compulsive disorder in child and adolescents. *Psychiatric Clin North America* 15 : 113-140
- Pigott T, Plato M, Bernstein S ve ark. (1990) Controlled comparisons of clomipramine and fluoxetine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 47 : 926-932
- Pliszka S (1989) Effect of anxiety on cognition, behavior and stimulant response in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28 : 882-887
- Popper C (1993) Pharmacologic treatment of anxiety disorders in adolescents and children. *J Clin Psychiatry* 54 : 5 (suppl) 52-63
- Preskorn S, Weller E, Weller R (1982) Depression in children: Relationship between plasma imipramine levels and response. *J Clin Psychiatry* 43 : 450-453
- Puig-Antich J, Blau S, Marx N ve ark. (1978) Prepubertal major depressive disorder: A pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 17 : 695-707
- Puig-Antich J, Goetz D, Davies M ve ark. (1989) A controlled family history study of prepubertal major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 46 : 406-418
- Puig-Antich J, Perel J, Lupatkin W ve ark. (1987) Imipramine in prepubertal major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 44:81-89
- Rasmussen S, Tsuang M (1986) Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 143 : 317-382
- Realmuto G, Erikson W, Yellin A ve ark. (1984) Clinical comparison of thiothixene and thioridazine in schizophrenic adolescents. *Am J Psychiatry* 141 : 440-442
- Renschmidt H (1993) Childhood and adolescent schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 6 : 470-479
- Riddle M, Hardin M, King R ve ark. (1990) Fluoxetine treatment of children and adolescents with Tourette's and obsessive disorder: Preliminary clinical experience. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 : 45-48
- Riddle M (1991) Pharmacokinetics in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook* içinde, Lewis M. Williams and Wilkins. Baltimore 767-795
- Ryan N (1992) Pharmacokinetics of child and adolescent depression. *Psychiatric Clin North America* 15 : 138-50
- Ryan N, Meyer V, Dachille S ve ark. (1988a) Lithium antidepressant augmentation in TCA-refractory depression in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27 : 371-376
- Ryan N, Pug-Antich J, Cooper T ve ark. (1986) Imipramin in adolescent major depression: Plasma level and clinical response. *Acta Psychiatr Scand* 73 : 275-288
- Ryan N, Puig-Antich J, Cooper H, ve ark. (1988b) Pilot clinical report: MAOIs in adolescent major depression unresponsive to tricyclic antidepressants. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27 : 755-758
- Ryan N, Puig-Antich J (1987) Pharmacological treatment of adolescent psychiatric disorders. *J Adolesc Health Care* 8 : 137-142
- Simeon J, Dinicola V, Ferguson H (1990) Adolescent depression: A placebo-controlled fluoxetine treatment study and follow-up. *Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 14 : 791-795
- Simeon J, Ferguson B (1985) Recent development in use of antidepressants and anxiolytic medications. *Psychiatric Clin North America* 8 : 893-907
- Simeon J, Ferguson B (1987) Alprazolam effect in children with anxiety disorders. *Can J Psychiatry* 32 : 570-574
- Simeon J, Ferguson H, Knott V, ve ark. (1992) Clinical, cognitive, and neurophysiological effect of alprazolam in the children and adolescents with overanxious and avoidant disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31 : 29-33
- Skolnick P, Paul S, Weissman B (1984) Preclinical pharmacology of buspirone hydrochloride. *Pharmacotherapy* 4 : 308-314
- Smolen A, Beaton-Wimmer P, Wright L ve ark. (1985) Neurotransmitter synthesis, storage, and turnover in neonatally deafferent sympathetic neurons. *Developmental Brain Research* 23 : 211-218
- Strober M, Freeman R, Rigali J (1990) The Pharmacotherapy of depressive illness in adolescence: In an open label trial of imipramine. *Psychopharmacol Bull* Vol26, No.1, 80-84
- Strober M, Freeman R, Rigali J ve ark. (1992) The pharmacotherapy of depressive illness in adolescence: II. Effects of lithium augmentation in nonresponders to imipramine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31 : 16-20
- Swedo S, Rapoport J, Leonard H ve ark (1989) Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 46 : 335-341
- Vitiello B, Behar D, Malone R ve ark. (1988) Pharmacokinetics of lithium carbonate in children. *J Clin Psychopharmacol* 8 : 355-359
- Weiss K, Rosenberg D (1985) Prevalence of anxiety disorder among alcoholics. *J Clin Psychiatry* 46 : 3-6
- Weissman M, Gammon G, John K ve ark. (1987) Children of depressed parents: Increased psychopathology and early onset of major depression. *Arch Gen Psychiatry* 44 : 847-853
- Weller E, Weller R, Fristad M (1986) Lithium dosage guide for prepubertal children: A preliminary report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 25 : 92-95
- Weller E, Weller R, Fristad M (1985) The dexamethasone suppression test in prepubertal depressed children. *J Clin Psychiatry* 46 : 511-513
- Werry J (1992) Child and adolescent (early onset) schizophrenia: A review in light of DSM III-R. *J Autism Dev Disord* 22 : 601-624
- Whitaker A, Johnson J, Shaffer D ve ark. (1990) Uncommon troubles in young people: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Arch Gen Psychiatry* 47 : 487-496

DAVRANIM BOZUKLUĞUNDA TANI VE ETİYOLOJİ : BİR GÖZDEN GEÇİRME

Aykut Özden*, Saynur Canat**

ÖZET:

Davranım bozukluğu, toplum tarafından onaylanmayan, başkalarının temel hak ve özgürlüklerini tehdit eden davranışları uzun bir süredir sergileyen kişilere konulan tanıdır. Bu yazıda davranım bozukluğunun tanısı, etiolojisi ve bunların klinik önemi gözden geçirilecektir. Yazının amacı, Türkiye'de üzerinde yeterince durulmadığına inandığımız bu önemli ruh sağlığı sorunu hakkında elde ettiğimiz bilgilerin özetlenmesidir. Bir sorunu ne kadar iyi tanırsak, tedavisinde ve klinik araştırma planlamasında o kadar gerçekçi ve başarılı olabiliriz. Davranım bozukluğu yaşla artmakta ve daha çok düşük sosyo-ekonomik düzeyden gelen erkeklerde gözlenmektedir. Başta depresyon olmak üzere birçok ruhsal bozuklukla birarada olabilmekte ve bunun farkedilmesi prognozu olumlu yönde etkileyebilmektedir. Etiyolojisinde, biyolojik, psikolojik ve toplumsal etmenler değişik oranda rol oynamakta ve hastadan hastaya değişebilmektedir.

Anahtar sözcükler : Davranım bozukluğu, ergenlik dönemi.

SUMMARY : DIAGNOSIS AND ETIOLOGY OF CONDUCT DISORDER - A REVIEW

Conduct Disorder is the diagnosis given to the individuals, who repeatedly violate societal rules and personal rights. This paper reviews the diagnosis and etiology of conduct disorder with their clinical relevance. The aim of this paper is to summarize the recent information on conduct disorder which is a quite important but highly neglected psychiatric problem in Türkiye. The more we know about an illness, the more we could be realistic and successful on its treatment and research. Conduct disorder increases with age and mostly seen in males coming from low socio-economical status. It can be seen with so many psychiatric conditions like depression, and identification of such a comorbidity enhances outcome. For its etiology, biological, psychological and social factors appear at different degrees and it also changes from patient to patient.

Key words : Conduct disorder, adolescence.

Davranım bozukluğu (DB), yaklaşık son yirmi beş yıldır Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) üzerinde en çok yayın yapılan çocuk ve ergenlik dönemi sorunlarından biridir. Bunun en önemli nedenleri arasında; DB'nun Amerika'da her geçen gün artması (Kay ve Kay 1986, Bailey ve Egan 1989) ve hala tanı, etioloji ve tedavi tartışmalarının bir sona ulaşmamış olması sayılabilir (Lewis 1991). Ülkemizdeyse, bazı yazılarda dolaylı olarak sözedilse de, bu konuyla ilgili yeterli yayın bulunmamaktadır. Bu bağlamda yazımızın amacı, sıklığı ve doğurduğu sorunlarla 21. yüzyılın en önemli ruh sağlığı konularından biri olmaya aday DB'nun tanısı ve etiolojisiyle ilgili yayınların gözden geçirilmesidir. Tedaviye bu yazıda değinilmeyecektir.

TANI

DB, toplum tarafından onaylanmayan, başkalarının temel haklarını tehdit eden, yaşa uygun önemli toplumsal norm ve kuralları bozan davranışlar kümesinden birkaçını, en az altı ay süreyle sergileyen kişilere verilen tanıdır

(American Psychiatry Association APA 1993). Çocukluk ve ergenlik dönemi tanıları arasında geçmekle birlikte, eğer antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB) tanısı konulamıyorsa yetişkinlerde de kullanılabilir (APA 1987). Tanıya götüren davranışların hangileri olduğu ve kaç tanesinin birarada olması gerektiği, hem çeşitli sınıflamalar arasında, hem de zaman içinde değişim göstermektedir. Genel olarak bu davranışların "söz dinlemezlik", "yaramazlık" veya "hırçınlık" gibi sıfatların ötesinde olması, başkalarının haklarını ve toplumsal kuralları bozuyor olması ortak ve en önemli özelliktir. DSM-IV için önerilen tanı ölçütleri Tablo-1'de, ICD-10'da yer alanlar Tablo-2'de yer almaktadır. (APA 1993, WHO 1992)

DSM-IV'ün DSM-III-R'e ek olarak getirdiği 1. ve 9. maddelerdir, fakat en önemli değişiklik alt tiplerinde yapılmıştır. DSM-III'de dört alt tip vardır : "Toplumsallaşmış saldırgan", "toplumsallaşmamış saldırgan", "toplumsallaşmış saldırgan olmayan" ve "toplumsallaşmamış saldırgan olmayan" (APA 1980). Burada "toplumsallaşmadan" kastedilen, anlamlı kişiler-arası ilişkilerin varlığıdır. Bu alt tiplerden "toplumsallaşmamış saldırgan", kötü prognozu göstermesi açısından kullanışlı bir tanımla-

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

** Prof. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

maydı (Lahey ve ark 1992), fakat "toplumsallaşmamış saldırgan olmayan" alt tipe yapılan çalışmalarda çok az rastlanması üzerine (Lahey ve ark 1992), DSM-III-R'de bu şekilde ayırımdan vazgeçilerek, farklı üç alt tip kabul edilmiştir: Grup tipi, tekil saldırgan tip ve farklılaşmamış tip (APA 1987). Grup tipinde antisosyal davranışlar bir grup içinde yapılmaktadır ve saldırganlığın varlığı şart koşulmamıştır. DSM-IV'de ise başlangıca göre ayırım yapılmıştır ve bu prognostik bir anlam taşımaktadır; erken yaşta başlayan DB'da hastalığın hem gidişi hem de sonlanması daha kötü olmaktadır, örneğin ASKB'a gidiş daha fazla olmaktadır (Robbins 1966, Lahey ve ark 1992). Bu tip ayırımının ayrıca kullanım kolaylığı da vardır.

ICD sınıflamasının DSM'den önemli bir farkı, eş-hastalanmayı tek bir tanı altında toplamasıdır. DSM'de böyle durumlarda birkaç tanı birden yazılmaktadır. Eş-hastalanmanın önemi, DB'da çok sık karşılaşıyor olması ve yine prognostik öneminin bulunmasıdır (Lahey ve ark 1992). Ergenlik öncesi dönem depresyonlarının çoğunda DB gözlenebilmektedir (Chiles ve ark 1980). Ayrıca; anksiyete bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), bedenselleştirme ve dışa atım bozuklukları da bu hastalarda sık görülmektedir (Cantwell 1985, Zoccolillo 1992). DEHB ile birlikte prognozu kötüleştirirken, anksiyete ile birlikte gidişi ve prognozu olumlu etkilemektedir (Lahey ve ark 1992, Walker ve ark 1992).

Tanı tartışmaları bir yanda sürerken, öte yanda da bu tanının gerekli olup olmadığı tartışılmaktadır. Lewis'e göre (1984);

1) Tanının aşağılayıcı bir yönünün ve bu gençleri yaftalama riskinin olması,

2) Klinisyenlerin bu tanıyı koyunca, altta yatan ve daha kolay tedavi edilebilir başka bir nöropsikiyatrik bozukluğu gözden kaçırma riskinin olması,

3) Birçok klinik durumda DB belirtilerinin gözleniyor olması,

nedenleriyle DB tanısı çok kullanışlı bir tanı değildir.

DB, birçok başka bozuklukla birlikte olabileceği gibi, DB belirtilerine diğer bozukluklarda da sık olarak rastlanabilmektedir (Lewis 1991). Örneğin, klinisyenlerin DB tanısı koyarken en çok baktıkları özellik olan "şiddet kullanımı" (Lewis 1984), şizofreniden maniye, epi-

lepsiden DEHB'a kadar birçok bozuklukta ortaya çıkabilmektedir (Kay ve Kay 1986). O yüzden tanıyı koyarken, altta yatan olası bozuklukların dışlanması daima ilk işlem olmalıdır.

GENEL ÖZELLİKLER

Bu tanıyı almış çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda bazı ortak özellikler saptanmıştır. Aileleri genellikle düşük sosyo-ekonomik düzeyden gelmekte ve ana baba arasında şiddetli geçimsizlik bulunmaktadır (Dadds ve Powell 1991, Fergusson ve ark 1992). Parçalanmış aile oranı yüksektir (Lewis 1991) ve genç suçluların % 70'inin tek ana babalı ailelerden geldiği saptanmıştır (Adler 1994). Annede ilgisizlik, babada duygusal uzaklık ve ASKB veya alkol ve madde bağımlılığına sık rastlanmaktadır (Frick ve ark 1992). Kız/erkek oranı çeşitli çalışmalarda 1/4-12 şeklinde bulunmuştur (Robbins 1981), fakat incelemede öz bildirim teknikleri kullanılırsa kızlarda sanıldığından yüksek bulunacağı bildirilmiştir (Kay ve Kay 1986). Prevalansı, kesin tanı zorluğundan dolayı şüpheli olmakla birlikte, %5-15 arasında değişmektedir ve suç işleme esas alındığında çok daha fazla oranlara ulaşılmaktadır (Popper 1988).

Bu özellikler, ülkemizde yapılan sınırlı sayıdaki tarama çalışması sonuçlarıyla kısmen benzerlik göstermektedir. Erol ve arkadaşlarının 1988 yılında yaptıkları tarama çalışmalarında, düşük sosyo-ekonomik düzeyden gelmenin ve erkek olmanın davranış sorunu çıkarma riskini arttırdığı gösterilmiştir (Erol ve ark 1988, Erol ve Özcebe 1988). 1986 yılında Ankara Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniğine başvuran 720 çocuk arasında DB, % 4.4 sıklıkta bulunmuş (Erol 1988), 1991'deyse (n=415) % 5.1 ile başvurularda yedinci sırayı almıştır (Avcı 1992). İkinci çalışma, aynı zamanda DB olan çocukların anlamlı oranda parçalanmış ve ruhsal sorunlu bir üyesi olan ailelerden geldiklerini göstermiştir. 1992 yılında Ankara Üniversitesi Ergen Kliniğine başvuran hastalarda (n = 576), DB %7.1 ile beşinci sırayı almıştır (Çalışkan ve ark 1993). Yurt dışındaysa, hem Amerika hem de Avrupa kökenli araştırmalarda DB, kliniğe başvurularda ve hastaneye yatışlarda hemen daima ilk sırayı almaktadır (Robbins 1981, 1991, Piha ve Spurkland 1992). Kliniğimize başvuranlar içinde DB tanılı hastaların az olması, tanı koymadaki farklılıklara ve hastaların gelmiyor olmasına bağlı olabileceği gibi, ülkemizde (veya Ankara'da) prevalansın düşük

olmasına da bağlı olabilir, fakat bu ayrımı yapabilmek için gerekli epidemiyolojik araştırmalar ülkemizde henüz yeterli değildir.

PSİKİYATRİK ÖZELLİKLER

Hastaların psikiyatrik özellikleri incelendiğinde, davranış sorunlarının çok çeşitli olduğu ve sanrı, varsanı ve duygudurum değişiklikleri gibi diğer psikiyatrik belirtilerin, eğer varsa, arka planda olduğu görülmektedir (Lewis ve ark 1987, Lewis ve ark 1988). Özellikle altta paranoid bir zemin varsa düşmanlık ve klinisyene güvensizlik artmakta, klinisyen doğru tanı koyacak bilgiye ulaşmamakta ve sonuçta da "Ağır davranım bozukluğu" gibi yanlış tanı koyma olasılığı en fazla olmaktadır (Lewis ve ark 1987) Bu hastalarda paranoid yanlış algılamaların (arkalarından aşağılandıklarını veya tehditkar bir şekilde bakıldığını düşünmeleri) öfkeyi ve sonuçta saldırganlığı doğurduğu düşünülmektedir. DB tanılı hastaların birinci ve ikinci derece akrabalarında psikotik belirtilerin anlamlı oranda yüksek bulunması, DB'nun atipik bir psikoz olup olmadığı sorusunu da gündeme getirmiştir (Heston 1977, Lewis 1991). Lewis ve arkadaşları (1988, 1989), benzer bulguları cezaevine girmiş DB tanılı ergenlerde de göstermiştir; bu ergenlerde gözden kaçmış psikotik belirtiler ve akrabalarında psikoz öyküsü fazla bulunmuştur. Lewis ve Shanok'un (1980) bulgularına göre, cezaevine giren DB olgularının % 60'ında psikiyatrik tedavi alma veya hastaneye yatma öyküsü bulunmaktadır. Çocuklukta psikiyatrik sorunlu olarak görülüp tedavi verilmeye çalışılan hastalara, benzer davranışı ergenlikte sergilediklerinde "karakterolojik" denilip ceza verilmektedir.

DB'da duygudurum bozuklukları da ender değildir. Anderson ve arkadaşlarına göre (1992), ergenlik öncesi depresyonlarının % 79'u, Kashani ve arkadaşlarına göre de ergenlik depresyonlarının % 25-33'ü DB ile gelmektedir. Bu durumun iyi saptanması, hem tedavinin doğru planlanması açısından, hem de özkıym riskinin azaltılması açısından önemlidir. Marttunen'e göre (1992), özkıymda bulunan ergenlerin % 33-45'inde, özkıym öncesi antisosyal davranışlar gözlenmektedir. DB olgularında özkıym; öfke, engellenme duygusu, dürtü kontrolündeki azalma ve eşlik eden depresyon nedeniyle sık görülebilmektedir (Lewis 1984). Ayrıca, davranış sorunlarının döngüsellik gösterdiği olgularda mani tanısı da düşünülmelidir (Lewis 1991).

Bu hastalarda alkol ve madde bağımlılığının da sık olduğu bilinmektedir (Kay ve Kay 1986, Lewis 1991). Bunun olası nedenleri arasında, depresyon veya anksiyetelerini alkolle tedavi etme çabası veya bir alt gruba kabul edilmek için başlama sayılabilir (Lewis 1991).

Son olarak da, cinsel kötüye kullanılma öyküsü olan, dönemsel yıkıcılık sergileyen, zaman zaman ortadan kaybolan ve belleğinde azalma saptanan DB olgularında, çoğul kişilik tanısı da dikkatle irdelenmelidir (Lewis 1991).

NÖROLOJİK ÖZELLİKLER

Bu hastaların nörolojik özellikleri incelendiğinde, merkezi sinir sistemi hastalığı, kafa travması ve yaralanma öyküsüne sık rastlandığı görülmektedir (Lewis 1992). Yine de beynin belli bir bölgesine lokalize herhangi bir nörolojik bozukluk saptanmamıştır (Lewis ve ark 1982). Temporal lob epilepsisinin bu olgularda normal popülasyondan 20 kat fazla olduğu gösterilmiştir (Lewis 1991). Epilepsi, belirgin konvülsiyonların az olması nedeniyle gözden kaçabilmektedir, fakat yine de olguların sadece bir kısmında vardır, her olguda bulunmamaktadır (Lewis ve ark 1982). Daha sık olan, özgül olmayan EEG değişiklikleri ve psikomotor semptomlardır : canlı deja vu'lar, metamorfopsi (nesneleri çarpık algılama), davranışları anımsa-yamama... gibi (Lewis 1991). Bunlardan dolayı, limbik sistemin anormal elektrik aktivitesinin davranış sorunlarına katkısının olduğu düşünülmektedir (Lewis ve ark 1982, Pincus 1985).

Davranış sorunlarına dikkat sorunları ve hiperaktivitenin de eşlik etmesi nadir değildir (Cantwell 1978, 1985). DEHB ile birliktelik ICD sınıflamasında ayrı bir tanıya gereksinim doğurmuştur (WHO 1992). Böyle çocuk ve ergenlerde, silik nörolojik bulgular (soft signs) denilen, duygusal değişkenlik, astereognosis, agrafestezi, dürtüsellik, dikkat, yakın bellek ve ince koordinasyon bozuklukları gibi çeşitli bulgulara rastlanmaktadır (Pincus 1991). Bu bulguların herhangi bir nöropsikiyatrik hastalığa özgüllükleri yoktur, birçok durumda rastlanabilirler, fakat o zaman hastalığın organik doğasına işaret ederler. Bu tip bulguların olduğu hastalar, duygularını ayarlamada ve davranışlarını kontrolde zorlanmaktadırlar (Pincus 1991).

BİLİŞSEL ÖZELLİKLER

DB olan hastaların bilişsel özellikleriyle ilgili de birçok çalışma yapılmıştır. Zeka düzeyleri düşük-normal veya sınırda bulunmuştur (Hirschi ve Hindelang 1977, Lewis 1991 sayfa 565'den aktarım). Zeka sorunundan bağımsız olarak, öğrenme sorunları da bulunmakta ve bunun sonucunda okul başarıları düşmektedir (Virkkunen ve Nuutila 1976). Daha önceleri bu çocukların okuldan sık sık kaçtıkları için başarısız oldukları düşünülürken, artık başarısız oldukları için kaçtıkları savı daha çok kabul görmektedir (Lewis 1991). Dil becerilerindeki güçlüklerinin, duygularını ve düşüncelerini sözel yol yerine fiziksel yolla yansıtmalarına neden olabildiği belirtilmektedir (Lewis 1991).

Bu çocukların toplumsal bilgi işleme örüntülerini inceleyen çalışmalarda da ilginç sonuçlar bulunmuştur. Saldırgan davranışın ortaya çıkmasında çocuğun o an çevresinden aldığı toplumsal uyaranları nasıl işlemlediği önemlidir. Piaget, bilişsel işlevselliklerinde gelişimsel gerilik olduğunu belirtmiştir (Matthys ve Engeland 1992). Bu görüşe, Dodge (1980) ve Flavel ve arkadaşları (1968) saldırgan çocukların toplumsal düşünce basamaklarında kontrollere göre sapkın ve hatalı oldukları sonucunu eklemiştir. Dodge ve Newman'a göre (1981) saldırgan çocuklar, karşısındaki kişinin niyetini çözerken, o kişiye ait verilere kontrollerine göre % 40 daha az başvurmaktadır. Bunun yerine kendi kafalarındaki taslaklara ve genellemelere dayanmaktadırlar. Bu taslaklara dayanınca da, yanıt verme basamağında, beklenildiği üzere daha saldırgan yanıtlar seçtikleri ve bunları daha az gözden geçirdikleri bulunmuştur (Dodge 1980). Perry ve arkadaşları da (1986) bu çocukların buldukları saldırgan yanıtların daima işe yarayacağına inandıklarını göstermiştir. Sonuç olarak, bu çocukların ve ergenlerin toplumsal bilgi işlemelemlerinde (çözme, yorumlama, yanıt oluşturma ve bunu inceleme), belirgin geri kalma ve sapma vardır. Bu sonuç, saldırganlığa giden yolu açmakta veya kolaylaştırmaktadır denilebilir (Matthys ve Engeland 1992). Toplumsal öğrenme kuramına göre, bu çocuklardaki yukarıda sayılan sapmalara, aile çevresindeki karışık ortam neden olmaktadır (Matthys ve Engeland 1992). Uzun yıllar bu ortamda yaşayan çocuk sürekli gözlem yapmakta ve saldırganlığı kullanmayı öğrenmektedir denilmektedir.

ETİYOLOJİ

Etiyolojiyle ilgili olarak ilk açıklamalar psikoanalistlerden gelmiş, onu sırayla toplumbilimciler ve nörobiyologlar izlemiştir. Bu yazıda da aynı sıra izlenecektir.

PSİKOANALİTİK YAKLAŞIM

DB etiyojisinde ilk ve en çok etki bırakan açıklamalar, 20. yüzyılın ilk yarısında Aichorn tarafından sunulmuştur. Aichorn'a göre (Kay ve Kay 1986, sayfa 483'den aktarım), saldırgan ve / veya suçlu çocuklar, intrapsişik çatışmalarını normal veya nörotik çocuklar gibi represyon ve ardından oyun ve fantaziyle çözmek yerine, dışa vurmaya (acting-out) kullanmaktadırlar. Bunun nedeni de, süperego gelişimindeki bozukluklardır ve 3 şekilde ortaya çıkabilmektedir:

1. Eğer çocukta aşırı katı süperego oluştuysa, bunu izleyen suçluluk duygusu, saldırgan (sonuçta cezalandırılmaya neden olan) davranışlarla yatıştırılmaktadır. Freud'un da benimsediği bu görüşe göre, bu tip çocuklara "nörotik suçlu" denilmektedir.

2. Bu grupta süperego, ana baba dışı değerlerle (örneğin bir çeteye) yapılan özdeşim sonucu oluşmaktadır. Buna "toplumsal olmayan süperego" denilmektedir.

3. "Primitif suçlu" denilen bu grupta süperego gelişimi uygun özdeşim yokluğu nedeniyle tamamlanamamaktadır.

Diğer psikoanalitik açıklamalar arasında; saldırganlığın anksiyeteye karşı bir savunma, üstü kapalı mazohistik bir girişim, karşıt-fobi ve saldırganla özdeşim olması gibi görüşler sayılabilir (Kay ve Kay 1986). Johnson ve Szurek (Bailey ve Egan 1989, sayfa 185'den aktarım), nesne ilişkileri kuramına dayanarak, çocuklardaki saldırganlığın ve suç işleme davranışının, ana babalarının antisosyal arzu ve dürtülerinin yansıtılmalı özdeşim yoluyla benimsenmesi olabileceğini belirtmişlerdir. Bu durumda oluşan süperegoya "süperego lakünae" denilmektedir. DB'nun psikodinamik açıklamaları terapistler arasında hala kabul görmektedir (Kay ve Kay 1986)

TOPLUMBİLİMSEL YAKLAŞIM

Healy ve Bronner, 1925 yılında suçlularla yaptıkları çalışmalarda, travmatik ve düzensiz aile ve toplum çevresinin etiyolojik önemi olduğu sonucuna varmışlardır (Kay ve Kay 1986,

sayfa 484'den aktarım). Onlara göre DB öğrenilmiş bir davranıştır ve dolayısıyla çevreseldir. Daha sonraki yıllarda da, etiolojide toplumsal etmenlere önem veren yazarlar, bu "farklı" davranışları, psikopatolojiden çok, düşman bir çevreye uyum olarak görmüşlerdir (Merton 1957, Lewis 1991 sayfa 565'den aktarım). DB olan çocukların çoğunun alt sosyo-kültürel çevreden gelmesi bu savı destekler gözükmektedir. Berzonsky'e göre (1981), bu çocuklar iyi uyum yapmıştır, hatta uzlaşmacı bile denilebilir. Tek sorun uyum yaptıkları grubun norm dışı olmasıdır. Suç işlemeyen, saldırganlık sergilemeyen yaşlılarıyla hedefleri aynıdır: Para, mevki, kabul görme... fakat kullandıkları yol farklıdır. Bu çocuk ve ergenlerin önlerindeki "normal" yollar tıkalı olduğu için, "anormal" yollar kullanmayı öğrendikleri düşünülmektedir (Merton 1957, Lewis 1991 sayfa 565'den aktarım). Bu bakış açısına "sosyo-legal" yaklaşım denilebilir. En çok eleştirildiği nokta, bazı gençler için geçerli olsa da genelleme yapmanın zor olmasıdır. Gerçekten de, düşük sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyden gelen, önündeki yasal yolları tıkalı olan ve çevresinde yüksek oranda suç işlenen her genç DB sergilememektedir (Berzonsky 1981). İnsanları suça yönelten güçler olduğu kadar ondan uzaklaştıran güçler de vardır. Diğer bir eleştiri de antisosyal davranışların gruba gidilmeden önce başladığının gösterilmesiyle gelmiştir. Wilson ve Hernstein'e göre (1985), bu davranışlar gruptan öğrenilmemekte, grup öncesi başlamakta ve gruba kabulü kolaylaştırmaktadır. Artık toplumbilimciler, bireysel özellikler ve çevrenin etkileşimine daha çok önem vermektedir. (Moore ve Arthur 1983).

1983 yılında Moore ve Arthur, gelişimsel toplumsal öğrenme bakış açısından yaklaşarak, DB oluşumunda birincil ve ikincil değişkenler olduğunu ileri sürmüşlerdir. Onlara göre, ana babanın denetim ve disiplin stili, çocukla ana baba arası ilişkinin duygusal özellikleri ve en önemlisi soyutlanma ve reddedilme gibi çocuğun ana babasıyla ilişkisinden kaynaklanan özellikler birincil değişkenlerdir. Araştırmacılara göre en olumsuz etki bile, hiç etki olmasından daha iyidir. (Sahakian ve Robbins 1977, Widom 1992). Johnson ve Pandina'ya göre (1991), ailenin işlevinin kötü olmasıyla çocuğun antisosyal davranışı arasında kuvvetli bir ilişki vardır ve burada asıl önemli olan ailenin birlikte geçirdiği süreden çok ilişkinin niteliğidir. Amerika'da tek ana babalı evlerin son yirmi yılda % 200 artıp 8 milyona ulaşması ve çocuk sahibi çiftlerde evlilik oranının %26'ya

düşmesiyle (Adler 1994), gençlerdeki depresyon, alkol ve madde bağımlılığı ve DB başta olmak üzere, psikiyatrik sorunlar arası bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir (Nicholi 1988). Öte yandan, ana babanın bazı özellikleri, arkadaş çevresi, yaşanan ortam ve topluma ait özellikler de ikincil değişkenlerdir. Örneğin; aile içinde alkolizm, şiddet ve suç işleme (çünkü saldırganlık öğrenilebiliyor), işsizlik, yoksul ve kalabalık ailede yaşamak, bir aile üyesinin ölümü (özellikle de babanın), evlilik sorunları, yaşanan ortamda suç oranının yüksek oluşu, ve sinema ve televizyondaki şiddet ögesi içeren filmler DB etiolojisinde üzerinde en çok durulan ikincil değişkenlerden bazılarıdır (Robbins 1966, Kay ve Kay 1986). Adler'e göre (1994). Amerika'da 10-17 yaş arası her altı çocuktan biri, vurulmuş birini görmekte veya tanımaktadır. İlkokulu bitirmiş herhangi bir çocuk, o yaşa kadar televizyonda sekiz bin cinayet ve yüz binin üzerinde şiddet sahnesi görmektedir. Suç oranı yüksek, şiddet kullanımı yaygın olan bölgelerde yaşayan çocuklarla yapılan araştırmalarda, DB dışında post-travmatik stres bozukluğunun, depresyon ve anksiyetenin sık olduğu, bu çocukların oyunlarının saldırgan doğada olduğu ve bazılarında karşıt fobik olarak saldırganlık olduğu gözlenmiştir (Osofsky ve ark 1993). Bir diğer önemli ikincil değişken de fiziksel veya cinsel kötüye kullanılmadır. Bu, doğrudan saldırganlığın öğrenilmesi, ana babaya oluşan öfkenin dışarıdakilere yöneltilmesi veya dayak sırasında olan kafa travmalarının DB için biyolojik bir zemin hazırlaması yollarıyla ortaya çıkabilmektedir (Lewis 1992). Bütün bu birincil ve ikincil değişkenler, DB'nun ortaya çıkmasında değişik derecelerde rol oynamaktadır ve hiçbiri için tek başına yeterlidir denilememektedir (Kay ve Kay 1986).

ABD'de gençler arasında suç işleme davranışının her geçen gün artıyor olması, araştırmaların da artmasına yol açmaktadır. Bu araştırmalar, genellikle polis veya mahkeme kayıtları kullanılarak yapılmaktadır (Kay ve Kay 1986, Berzonsky 1981). Bu kayıtlara geçen çocukların ve ergenlerin genelde "sürekli suç işleyenler" olduğu, yani örneklem toplama hatasına bağlı yanlışlıkların olabileceği söylenmektedir (Wolfgang ve ark 1972, Lewis 1991, sayfa 563'ten aktarım). Toplum bazında yapılan taramalarda, üst sosyo-kültürel seviyeden gençlerde de suç işlemenin fazla olduğu ama bu çocukların suçlarının kayıtlara az yansıdığı düşünülmektedir (Gardner 1988). Ayrıca DB tanılı çocuklarla ilgili araştırmaların suçlu çocuklar arasında yapılması da yanlışlıktır, çünkü DB

ölçütlerinin hepsi "suç" değildir, örneğin; evden kaçma, yalan söyleme, gece dışarıda kalma... gibi. Suçlu gençlerde, özellikle de cezaevine girilenlerde DB sık olabilir, ama bu DB ile gençlik-suçluluğunun (Juvenile Delinquency) eşanlı olduğu göstermemektedir.

BİYOLOJİK YAKLAŞIM

Thomas ve arkadaşları (1968), DB olan çocuklarda mizaç (temperament) üzerinde durmuşlar ve bu çocuklarda kalıtımla geçen ve bebeklikten saptanabilen bir mizacın olup olmadığını araştırmışlardır. Sonuçlarında herhangi bir mizaç özelliği ile bire bir ilişki saptanamamakla birlikte, "zor çocuk" diye tanımlanabilecek bir bebeklik özelliği ile ergenlikte ortaya çıkan DB arasında bir ilişki belirlenmiştir. Benzer bulguyu Sanson ve arkadaşları da saptamış (1993) ve ana baba tarafından "zor çocuk" olarak algılanan, sürekli huysuzluk yapan, uyum göstermeyen, duygudurumu olumsuz olan bebeklerin, ileride DB ve DB + DEHB sergileyebildiklerini belirtmişlerdir. Bu çocukların mizaçları, ana baba-çocuk ilişkisini zorlaştırmakta ve diğer bazı etmenlerin de varlığında (örneğin annenin çocuğu olumsuz ve "umutsuz" algılayışı), DB için risk oluşturmaktadır (Leheup ve Pearce 1993, Sanson ve ark 1993) Yine de "zor çocuk" işlevsel kullanım için fazlaca belirsiz bir kavramdır. Kime "zor çocuk" denileceği tam olarak açık değildir (Bailey ve Egan 1989).

1960'lı yıllardan itibaren çeşitli kromozom anomalileri ile sosyopatik davranış arasındaki ilişki araştırılmaya başlanmıştır. Suçlularda 47 XYY ve XXY (Kleinfelter) anomalilerine sık rastlandığı bildirilmiş (Nielsen ve Fisher 1965) fakat yinelenen çalışmalar bu tip anomalisi olup da hiç suç işlemeyen bireyleri ortaya çıkardıkça, araştırmalar evlat edinme ve ikiz çalışmalarına yönelmiştir (Gerald 1976). Evlat edinme çalışmalarında, öz babası suçlu, evlat edinen babası normal olan çocuklarda, her iki babası da normal olan çocuklara göre DB'nun fazla olması genetik geçiş olabileceğini düşündürmektedir (Coon ve ark 1992). Fakat en yüksek oranın, her iki babası da suçlu olanlarda çıkması, etiolojide "genetik + çevre" etmeninin her birinden daha baskın olduğunu göstermektedir (Kay ve Kay 1986). İkiz çalışmalarında, DB'nun tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine ve ikiz olmayanlara göre fazla oranda olduğu saptanmıştır (Cardoret 1978), fakat burada neyin, hangi predispozan etmenin geçtiği tam olarak

bilinmemektedir (Kay ve Kay 1986, Lewis 1991). Ayrıca ikiz ve evlat edinme çalışmalarının ciddi yöntemsel sorunları vardır; çevrenin etkisi tam olarak dışlanamamaktadır ve ana babadaki davranış sorunları geriye dönük olarak saptanan yasal sorunlarla eş tutulmaktadır. Oysa alkolizm de yasal sorun yaratıyor olabilir ve o zaman kalıtsal olarak geçerin DB mu, alkolizm mi olduğunu ayırmak güçleşir (Bohman 1978). DB ile ilgili genetik çalışmaların daha belirgin gruplarla, ileriye dönük ve kontrollü olması gerekmektedir.

Biyokimyasal çalışmalarda ise en çok serotonin, noradrenalin ve dopamin üzerinde durulmuştur, çünkü bu nörotransmitterlerin davranış üzerine etkisi eskiden beri bilinmektedir (Sahakian ve Robbins 1977, Brown ve ark 1979, Rogeness ve ark 1992). Beyin omurilik sıvısında serotonin ve plazmada, dopamini noradrenaline çeviren dopamin beta hidroksilaz (DBH) enzimi azlığı ile saldırganlık, yineleyici suç davranışı ve yangın çıkarma arasında doğrudan ilişki saptanmıştır (Rogeness ve ark 1984, Coccaro ve ark 1989, Virkunen ve ark 1989). Rogeness ve arkadaşlarına göre (1992), düşük serotonin ve noradrenalin ise anksiyeteli DB ile ilişkilidir. Dopaminin DB'da yüksek olması beklenmektedir, fakat bu varsayım için yeterli klinik veri saptanamamıştır. Biyokimyasal çalışmalarda artık, farklı reseptörlerin davranış üzerine etkileri araştırılmaya başlanmıştır. Örneğin, serotonin düzeyi azalmış insanların neden bazılarında depresyon gelişirken, bazılarında saldırganlığın ortaya çıktığı araştırılmaktadır (Lewis 1992).

Hare (Lewis 1991, sayfa 566'dan aktarım), Mednick (1981) ve Garralda ve arkadaşları (1991) yineleyici antisosyal eylemleri olan çocuklarla yaptıkları araştırmalarda, bu çocuklarda otonom sinir sistemi (OSS) yetersiz yanıt saptamışlardır. Bu çocuklar doyum verici uyarılara aşırı OSS yanıtı verirken (kalp hızında ve deri geçirgenliğinde artış), aşırı yoğun uyarılara kontrollere göre düşük yanıt vermişlerdir. Bunun klinik önemi, bu çocukların tasarladıkları antisosyal eylemlerden dolayı heyecanlanmama-ları, korkmamaları ve sonuçta saldırgan eylemi baskılamalarıdır. Çalışmaların laboratuvar şartlarında olması ve yinelenen çalışmaların hepsinin bu doğrultuda sonuçlar vermemesi nedeniyle eleştirilmiş olsa da, "OSS yetersiz yanıt kuramı" hala ümit verici olarak bulunmaktadır (Lewis 1992).

DB'nun daha çok erkeklerde gözlenmesi üzerine, bunun hormonal bir bozukluk olabileceği düşünülmüş ve özellikle testosteron düzeyleri araştırılmıştır (Persky ve ark 1971). Persky ve arkadaşları yüksek testosteron düzeyleri ile saldırganlık arasında anlamlı bir ilişki bulurken, Kreuz ve Rose (1972), herhangi bir ilişki saptayamamıştır. En son sonuçlar, yüksek testosteron ile yineleyici suç arasında orta dereceli bir ilişki gösterse de, genelleme yapılması zordur (Mattson ve ark 1980, Lewis 1992). Diğer bir varsayım olan, intrauterin anormal gonadal hormonlarla karşılaşma da yinelenmeye gereksinimi olan, herkese genellenemeyecek bir görüştür. Benzer şekilde, hafif viral enfeksiyonlarla karşışarıya kalındığı veya gebelikte annenin yaşadığı stres ve anksiyetenin saldırganlığa eğilimi arttırdığı şeklindeki varsayımların da bilimsel olarak daha fazla desteğe gereksinimi vardır (Lewis 1992).

Gray'e göre (1987), beyinde davranışsal baskılama sistemi (DBS) ve davranışsal aktivasyon sistemi (DAS) arasındaki denge, kişiliğin normal ve anormal özelliklerini belirlemektedir. DBS, septal hipokampal sistem, ön frontal ve singulat kortekslerden oluşmaktadır. Bu bölgenin hasarının, azalmış anksiyete ve azalmış davranış baskılanmasına neden olduğu fare deneylerinde gösterilmiştir (Gray 1987). Bu farelerde; saldırganlığın, ödül arayıcı davranışın, yeni çevreleri korkmadan araştırmanın ve cezadan sonuç çıkarmamanın arttığı saptanmıştır. DAS ise yan hipotalamus ve medial önbeyin sapında bulunmaktadır ve saldırganlık ve ödül arayıcı davranıştan sorumludur (Gray 1987). Gray'e göre DAS'ın fazla DSB'in yetersiz çalıştığı durumlarda antisosyal davranış en yüksek seviyede olmaktadır. Bu varsayımı destekleyen bir bulgu da anksiyeteli DB olgularında antisosyal eylem ve yineleyici suç davranışına çok az rastlanmasıdır (Walker ve ark 1991). Çünkü, anksiyetenin varlığı DBS hasarının olmadığını veya çok az olduğunu göstermektedir. Biyolojik çalışmalar umut verici bir şekilde sürmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

DB, yaygınlığı hergün artan ve toplumda ve ailelerinde sapkın davranışları, klinisyenler arasında da tedavisinin güçlüğü nedeniyle olumsuz duygular uyandıran bir bozukluktur (McCord 1978, Kay ve Kay 1986, Dumas 1989). Bu hastaların tedavisi, prognozun oldukça kötü olması nedeniyle belki diğer psikiyatrik hastalıklardan da önemlidir. Yetişkinlikte;

ASKB'a gidiş başta olmak üzere (% 28-50 arası), alkol ve madde bağımlılığı, özkiyım girişimi, maddi ve duygusal açıdan desteksiz kalma (örneğin aileleri tarafından terk edilme), işsizlik, askerlikte sık sık ceza alma, okuldan atılma, yaralanmalar, kazalar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler ve doğal olarak cezaevine atılmaları bu gençleri bekleyen olası sonuçlardır (Popper 1988). Bu tip önemli sorunlar ortaya çıkarmayanlarında bile, yetişkinlikte evlilik sorunları, iş sorunları, kişiler arası ilişkilerde güçlükler ve alkol kötüye kullanımına sık rastlanılmaktadır (Robbins 1978, Bailey ve Egan 1989). Bütün bunlar DB'nun klinik pratikte ne kadar önemle ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Doğru tedavinin yapılabilmesi için önce hastalığın doğru tanınması şarttır. DB tanısını atlamak, davranış sorunlarının çevrede yarattığı güçlükler nedeniyle zordur, fakat aynı nedenden dolayı altta yatan diğer nöropsikiyatrik tablolar atlanabilmektedir. Bir araştırmada, hastaneye yatırılan ergenlerin %80'inin DB tanısı aldığı, fakat bunun çıkışta %33'e düştüğü ve kalanların başta şizofreni olmak üzere başka tanılar aldığı bulunmuştur (Blackman ve ark 1991). Benzer şekilde, epilepsi, depresyon, DEHB, bipolar afektif bozukluk gibi bir çok farklı bozukluk, özellikle çocukluk ve ergenlikte, kendini davranış sorunlarıyla klinisyenin önüne getirebilir (Lewis 1984). Sonuç olarak, klinisyene düşen, DB tanısını koyarken iki kez düşünmesi ve eğer yine de DB denilecekse, izleminde sadece tek boyutlu olarak davranış sorunlarına eğilmeden, hastayı bir bütün olarak izlemesidir.

Etiyolojiye yönelik tartışmalar da bizi, tanı tartışmalarında olduğu gibi, homojen bir hastalıktan çok bir sendroma götürmektedir. Birçok farklı klinik durum, sonuçta kendini DB ile ifade edebilmektedir. İster biyolojik veya psikodinamik, ister aile çevresi veya toplumsal etmenler olsun hiçbir olguların, teker teker ele alındığında % 50'den, gruplandırıldığında %70'den fazlasını açıklamamaktadır (Popper 1988). Bu da bize, oldukça heterojen bir grupla karşı karşıya olduğumuzu düşündürmektedir.

Sonuç olarak, DB oluşumu birçok farklı bozukluğun ve biyolojik etiyolojinin son olarak ulaştıkları ortak yoldur denilebilir. Bu hastalarla çalışırken, hepsini aynı kefeye koymak klinisyen adına bir hata olacaktır. "Hastalık yok, hasta var" sözünün en çok uyduğu durumlardan biri herhelde davranım bozukluğudur.

Tablo-1

DSM-IV İÇİN ÖNERİLEN DAVRANIM BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

A. Yineleyici ve ısrarlı bir şekilde, başkalarının temel haklarının veya önemli, yaşa uyumlu toplumsal norm veya kuralların çiğnenmesi. Aşağıdaki maddelerden en az üçü, en az altı ay boyunca sergilenmelidir.

1. Sıklıkla kabadayılık yapar, tehdit eder veya çevresindekileri yıldırır, gözünü korkutur.
2. Sıklıkla kavga başlatır.
3. Başkalarına ciddi, fiziksel zarar verebilecek bir silah kullanmıştır. Örneğin, tabanca, bıçak, kırık şişe, sopa, taş vb.
4. Kurbanla karşı karşıya gelerek hırsızlık yapmıştır. Örneğin, silahlı soygun, çanta kapma vb.
5. İnsanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır.
6. Hayvanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır.
7. Birini cinsel ilişkiye zorlamıştır.
8. Sıklıkla kendini cezadan kurtarmak veya bir çıkar elde etmek için yalan söyler veya sözlerini tutmaz.
9. Ailesinin yasaklamasına rağmen sıklıkla gece dışarıda kalır. (13 yaşından önce başlamak üzere)
10. Ev içinde veya dışarıda, kurbanla karşılaşmadan, değerli şeyler çalmıştır.
11. Kasıtlı olarak, zarar verme amacıyla yangın çıkarmıştır.
12. Kasıtlı olarak başkalarının malına zarar vermiştir. (Yangın çıkarmanın dışında)

13. Ana babasıyla veya onların yerini tutan kişilerle yaşarken, en az iki kez geceleyin evden kaçmıştır (veya uzun bir süre dönmeksizin bir kez).

14. Sıklıkla okuldan kaçmaktadır (13 yaşından önce başlamak üzere), veya çalışıyorsa sıklıkla işten kaçmaktadır.

15. Başkasının evine, binasına veya arabasına girmiştir.

B. Eğer 18 yaşında veya daha büyükse antisosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

Başlangıcına göre tipinin belirlenmesi:

Çocukluk başlangıçlı: 10 yaşından önce en az bir davranış sorunu başlamıştır.

Ergenlik başlangıçlı: 10 yaşından önce hiçbir davranış sorunu yoktur.

Şiddetin belirlenmesi:

Hafif: Tanı koymaya yetecek kadar davranış sorunu dışında sorunun bulunmaması ve davranış sorunlarının çevredekilere çok az zarar veriyor olması.

Orta : Davranış sorunu ve bunların çevreye etkisinin "hafif" ve "ağır" arası olması.

Ağır : Bir çok davranış sorunu bulunması veya davranış sorunlarının çevredekilere önemli zarar vermesi, örneğin yaralama, hırsızlık...

ICD-10 DAVRANIM BOZUKLUKLARI SINIFLAMASI VE TANI ÖLÇÜTLERİ

F-90 : Hiperkinetik Bozukluklar :

F-90-1 : Hiperkinetik Davranım Bozukluğu

F-91 : Davranım Bozuklukları :

F-91-0 : Aileyle Sınırlı Davranım Bozukluğu

F-91-1 : Toplumsallaşmamış Tipte Davranım Bozukluğu

F-91-2 : Toplumsallaşmış Tipte Davranım Bozukluğu

F-91-3 : Karşı Çıkma - Başkaldırma Bozukluğu

F-91-8 : Diğer Davranım Bozuklukları

F-92-9 : Belirlenmemiş Davranım Bozukluğu

F-92 : Karışık Tipte Davranım ve Duygudurum Bozuklukları :

F-92-0 : Depresif Davranım Bozukluğu

F-92-8 : Diğer Karışık Tipte Davranım ve Duygudurum Bozuklukları

F-92-9 : Belirlenmemiş Karışık Tipte Davranım ve Duygudurum Bozuklukları

AÇIKLAMALAR :

F-90-1 : Hem Davranım Bozukluğu, hem de Hiperkinetik Bozukluğun birarada olduğu durumlardır.

F-91 : En az altı ay süren, gelişim düzeyine uygun olmayan, izole bir eylemden çok davranış örüntüsü haline gelmiş, saldırgan, toplumsal yönden bozuk, başkaldırıcı davranışlardır. Altta yatan şizofreni, mani, hiperkinetik bozukluk, depresyon ve yaygın gelişimsel bozukluk (Otizm, Rett sendromu vb.) varsa bu tanı konulamaz.

Tanınım temelini oluşturan davranış örnekleri DSM sınıflamasındakilerin aynıdır, fakat ek olarak çok sık ve ağır öfke nöbetleri de dahil edilmiştir.

F-91-0 : Saldırgan davranışlar ev ortamındadır veya bir ev üyesine/üyelerine yöneliktir. Ev dışı toplumsal ilişkiler normal sınırlarda olmalıdır.

F-91-1 : DB kriterleri dışında diğer çocuklarla ilişkilerinde kapsamlı, belirgin anormallik vardır. Yetişkinlerle "iyi ilişki" bu tanıyı dışlamaz.

F-91-2 : DB kriterleri vardır ve arkadaş grubuna iyi uyum yapmıştır. Uzun süreli, uyumlu ve kabaca aynı yaş grubundan arkadaşları olmalıdır. Antisosyal eylemlerini bu grupla birlikte sergilemiyor olması bu tanıyı dışlamaz.

F-91-3 : Genelde 9-10 yaşından küçük çocuklarda gözlenir, başkalarının haklarını çiğneyen ağır antisosyal veya saldırgan davranışlar bulunmamalıdır. Tam olmasa da DB'nun hafif şeklidir denilebilir.

F-92 : DB ve bir duygudurum bozukluğu biraradaysa bu tanı konulabilir.

F-92-0 : DB artı bir depresif bozukluk (örneğin distimi) biraradaysa kullanılır.

F-92-8 : DB artı bir başka duygusal sorun bir aradaysa kullanılır, örneğin; anksiyete, fobi, obsesyon/kompulsiyonlar, depersonalizasyon/derealizasyon, hipokondriasis vb.

KAYNAKLAR

- Adler J (1994) Kids growing up scared, *Newsweek* 1.10.1994 ; 123, 2, 37 - 43.
- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*, APA Press, Washington DC.
- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third edition, Revised*, APA Press, Washington DC.
- American Psychiatric Association (1993) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Draft*, APA Press, Washington DC.
- Anderson JC, Williams S, McGee R ve ark (1987) DSM-III-R disorders in preadolescent children. *Arch Gen Psychiatry*, 44 ; 69-70
- Avcı A (1992) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniğine Başvuran Hastaların Belirti Dağılımı ve Sosyodemografik Özellikleri. Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi, AÜTF Psikiyatri ABD, Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Ankara.
- Bailey GW, Egan JH (1989) *Conduct Disorders. Review of Psychiatry Vol. 8*, Tasman A, Hales RE, Frances AJ (Ed.) Washington DC, APA Press, 180-196.
- Berzonsky MD (1981) *Adolescent Development*, Macmillan, New York, 477-493.
- Blackman M, Eustace J, Chowdhury T (1991) Adolescent residential treatment : A one to three year follow-up. *Can J Psychiatry* 36 ; 472-479.
- Bohman M (1978) Some genetic aspects of alcoholism and criminality. *Arch Gen Psychiatry* 35 ; 269-276.
- Brown GL, Goodwin FK, Ballenger JC ve ark (1979) Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites. *J Psychiatry Res*, 1 ; 131-139.
- Cadoret R (1978) Psychopathology in adopted away offspring of biological parents with antisocial behavior. *Arch Gen Psychiatry* 35 ; 176-184.
- Cantwell DP (1978) Hyperactivity and antisocial behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 17 ; 252-262.
- Cantwell DP (1985) Hyperactive children have grown up. *Arch Gen Psychiatry*, 42, 1026-1028.
- Chiles J, Miller M, Cox G (1980) Depression in an adolescent delinquent population. *Arch Gen Psychiatry*, 37 ; 179-183.
- Coccaro ER, Siver LJ, Klar HM ve ark (1989) Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 46 ; 587-598.
- Coon H, Carey G, Corley R ve ark (1992) Identifying children in the Colorado Adoption Project at risk for conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31 ; 503-511.
- Çalışkan D, Çöl M, Bilgin Y ve ark (1993) Psikiyatri kliniği adölesan bölümüne yapılan başvuruların SCL-90-R tarama sonuçları. 3. Halk Sağlığı Günlerinde poster olarak sunulmuştur. 5-7 Mayıs 1993, Ankara.
- Dadds MR, Powell MB (1991) The relationship of interparental conflict and global marital adjustment to aggression, anxiety in nonclinical children. *J Abnorm Child Psychol*, 19 ; 553-567.
- Dodge K (1980) Social cognition and children's aggressive behavior. *Child Development*, 51, 162-170.
- Dodge K, Newman J (1981) Biased decision making process in aggressive boys. *J of Abnormal Child Psychol*, 9,375-379.
- Dumas JE (1989) Treating antisocial behavior in children. *Clin Psychol Rev*, 9 ; 197-222.
- Erol N (1988) Çocuk Psikiyatrisinde demografik özellikler ve belirti dağılımı. *Ankara Tıp Bülteni*, 10, 3'e ek, 13-24.
- Erol N, Özcebe H (1988) Rutter ana baba ve öğretmen ölçeği ile çekondo kesiminde oturan çocukların davranış sorunlarının değerlendirilmesi. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, serbest bildiri, 19-23/9/1988 Gülhane, Ankara.
- Erol N, Yalın A, Öztürk M (1988) Behavior problems of normal children : A normative study. *Ankara Tıp Bülteni*, 10,3'ek, 1-12.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT (1992) Family change, parental discord and early offending. *J Child Psychol Psychiatry* 33 ; 1059-1075.
- Flavell J, Botkin P, Fry C ve ark (1968) *The Development of Role Taking and Communication Skills in Children*, Wiley, New York.
- Frick PJ, Lahey B, Loeber R ve ark (1992) Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J Consult Clin Psychol*, 60 ; 49-55.
- Gardner RA (1988) *Psychotherapy With Adolescents*, Creative Therapeutics, New Jersey, 645-705.
- Garralda ME, Connell J, Taylor DC (1991) Psychophysiological anomalies in children with emotional and conduct disorders. *Psychol Med* 21 ; 947-957.
- Gerald PS (1976) Current concepts in genetics. *New Engl J Med*, 294 ; 706.
- Gray JA (1987) *The Psychology of Fear and Stress*, 2. Baskı, Cambridge University Press, Cambridge.
- Heston LL (1977) Schizophrenia. *Hosp Pract*, 12 ; 43-49.
- Johnson V, Pandina RJ (1991) Effects of the family environment on adolescent substance use, delinquency and coping styles. *Am J Drug Alcohol Abuse* 17 ; 71-88
- Kashani JH, Beck NC, Hooper EW ve ark (1987) Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry*, 144, 5 ; 584-589.
- Kay RL, Kay J (1986) *Adolescent Conduct Disorders. Annual Review of Psychiatry Vol. 5* Frances AJ, Hales RE (Ed.) APA Press, Washington DC, 480-496.
- Kreuz LE, Rose RM (1972) Assessment of aggressive behavior and plasma testosterone in a young clinical population. *Psychosom Med*, 34 ; 321-332.
- Lahey BB, Loeber R, Quay HC ve ark (1992) Oppositional defiant and conduct disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31 ; 539-546.
- Leheup R, Pearce JB (1993) *Conduct disorder and delinquency. Current Opinion In Psychiatry*, 6 ; 516-522.
- Lewis DO (1984) *Conduct Disorders and Juvenile Delinquency. Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4th ed, Kaplan H, Sadock B (Ed.), Williams and Wilkins, Baltimore.

- Lewis DO (1991) *Conduct Disorder. Child and Adolescent Psychiatry, Comprehensive Textbook*. Lewis M (Ed.) Williams and Wilkins, Baltimore, 561-573.
- Lewis DO (1992) From abuse to violence : Psychophysiological consequences of maltreatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31 : 383-391.
- Lewis DO, Shanok SS (1980) The use of a correctional setting for follow-up care of psychiatrically disturbed adolescents. *Am J Psychiatry*, 137, 953-955.
- Lewis DO, Pincus JH, Shanok SS ve ark (1982) Psychomotor epilepsy and violence in an incarcerated adolescent population. *Am J Psychiatry* 139 ; 882-887.
- Lewis DO, Pincus JH, Lovely R ve ark (1987) Biopsychosocial characteristics of matched samples of delinquents and non-delinquents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 26 ; 744-752.
- Lewis DO, Lovely R, Yeager C ve ark (1988) Intrinsic and environmental characteristics of juvenile murderers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27 ; 582-587.
- Lewis DO, Lovely R, Yeager C ve ark (1989) Toward a theory of genesis of violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28 ; 431-436.
- Marttunen MJ, Aro HM, Lonnqvist JK (1992) Adolescent suicide : End point of long term difficulties. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31 ; 649-654.
- Matthys W, Engeland WH (1992) Social cognitive researches in children with aggressive behavior : New perspectives. *Eur Child and Adolesc Psychiatry*, 1, 3 ; 178-185.
- Mattsson A, Schalling D, Oliveus D ve ark (1980) Plasma testosterone, aggressive behavior and personality dimensions in young male delinquents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 19 ; 476-491.
- McCord J (1978) A thirty year follow-up of treatment effects. *American Psychologist*, 35, 284-289.
- Mednick SA (1981) The learning of morality. Vulnerabilities to delinquency. Lewis DO (Ed.) New York, Spectrum, 187-204.
- Moore DR, Arthur JL (1983) Juvenile Delinquents. *Handbook of Child Psychopathology*. Ollendick TH, Hersen M (Ed.) Plenum Press, New York.
- Nicholi AM (1988) The Adolescent. *The New Harvard Guide To Psychiatry*. The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge. 637-665.
- Nielsen J, Fisher M (1965) Sex chromatin and sex chromosome abnormalities in male hypogonadal mental patients. *Br J Psychiatry*, 111 ; 641-647.
- Osofsky JD, Wewers S, Hann DM ve ark (1993) Chronic community violence : What is happening to our children? *Psychiatry*, 56 ; 36-45.
- Perry D, Perry L, Rasmussen P (1986) Cognitive social learning mediators of aggression. *Child Dev* 57, 700-711.
- Persky H, Smith KD, Basu GK (1971) Relation of psychological measures of aggression and hostility to testosterone production in man. *Psychosom Med*, 33 ; 265-277.
- Piha J, Spurkland I (1992) Portraits of child psychiatric treatment in Finland and Norway. *Eur Child And Adolesc Psychiatry*, 1, 4 ; 201-208.
- Pincus JH (1985) *Limbic System and Violence*. Pincus JH, Tucker GJ (Ed.) : Behavioral Neurology, 3r ed., Oxford University Press, New York, 70-100.
- Pincus JH (1991) The Neurological Meaning of Soft Signs. *Child and Adolescent Psychiatry, Comprehensive Textbook*. Lewis M (Ed.) Williams and Wilkins, Baltimore, 486-492.
- Popper CW (1988) *Conduct Disorder. Textbook of Psychiatry*. Talbott JA, Hales RE, Yudofsky SC (Ed.) American Psychiatric Press, Washington, 664-670.
- Robbins LN (1978) Sturdy childhood predictors of adult antisocial behavior. *Psychol Med* 8 ; 611-622.
- Robbins LN (1981) Epidemiological approaches to natural history research : Antisocial disorders in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 20 ; 566-580.
- Robbins LN (1991) Conduct disorder. *J Child Psychol Psychiat* 32 ; 193-212
- Rogeness GA, Hernandez JM, Macedo CA ve ark (1984) Clinical characteristics of emotionally disturbed boys with very low activities of dopamine beta hydroxylase. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 23 ; 203-208.
- Rogeness GA, Javors MA, Pliszka SR (1992) Neurochemistry and child and adolescent psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31 ; 765 - 781.
- Sanson A, Smart D, Prior M ve ark (1993) Precursors of hyperactivity and aggression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32 ; 1207-1216.
- Sahakian B, Robbins T (1977) Isolation-rearing enhances tail pinch induced oral behavior in rats. *Physiol Behav* 18 ; 53.
- Thomas A, Chess S, Birch HC (1968) *Temperament and Behavioral Disorders in Children*. New York University Press, New York.
- Virkkunen N, Nuutila A (1976) Specific reading retardation, hyperactive child syndrome and juvenile delinquency. *Acta Psychiatr Scand*, 54 ; 25-28.
- Virkkunen N, Dejong J, Bartho J ve ark (1989) Relationship of psychobiological variables to recidivism in violent offenders and impulsive fire setters. *Arch Gen Psychiatry*, 46; 600-603.
- Walker JL, Lahey BB, Russo MF ve ark (1991) Anxiety, inhibition and conduct disorders in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30 ; 187-191.
- Widom CS (1989) The cycle of violence. *Science*, 244 ; 160-166.
- Wilson J, Herrnstein RJ (1985) *Crime and Human Nature*. Simon and Schuster, New York.
- World Health Organization (WHO) (1992) *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması*. Ankara, Medikomat Basım Yayın Ltd. 251-258. Çev : Çuhadaroğlu F ve ark.
- Zoccolillo M (1992) Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31 ; 547-556.

GÖRÜŞLER

ANLATIM GÜÇLÜKLERİ

Bilim dilinin daha sağlıklı bir yapıya kavuşması için son yıllarda yoğun çaba harcanıyor. Yabancı kavramların Türkçe karşılıklarını sorgulayan yazılar, dil sorunları ile ilgili tartışmaların odak noktasını oluşturuyor. Bu konudaki gelişmelere bakınca, verilen emeğin boşa gitmediğini düşünüyorum. Artık yazarların çoğu yerleşmiş Türkçe terimleri kullanarak, dil konusundaki duyarlılıklarını ortaya koyuyorlar. Bu değişim sürecinin, daha yavaş olmakla birlikte, klinikte kullanılan konuşma dilini de etkileyeceğini sanıyorum. Böylece "yabancı kavramlar" sorunu, yavaş yavaş kendi çözüm sınırına ulaşacak gibi görünüyor. Ancak dil sorunlarını sadece uygun sözcüklerin seçimi ile sınırlamak yanıltıcı olabilir. Burada, bir görüşün okuyucuya nasıl aktarıldığının da yazının bütünlüğü açısından önemli olduğunu vurgulamak istiyorum.

Bilimsel yazılarda genellikle yabancı dildeki yayınlar kaynak olarak gösterildiği için öncelikle çevirilerdeki anlatım güçlüklerine değinmek gerekiyor. Bazı çevirilerde kaynak metine sadık kalmak uğruna Türkçe'de olmayan tümce kalıpları kullanılıyor. Yazıdaki dilin yapısını korumak için tümceler uzatılıyor, zaman kalıpları zorlanıyor, bazen noktalama işaretleri bile olduğu gibi aktarılıyor. Sonuçta aslına uygun ancak anlaşılması güç bir "çeviri dili" ortaya çıkabiliyor. Bu sorunu çözebilmek için hiçbir çevirinin aslı ile tamamen "aynı"

olamayacağını kabullenmek gerekiyor. Yazarın kullandığı dilin ne ölçüde korunabileceği, üzerinde tartışılacak bir konu. Ben yazılardaki bulgu veya görüşlerin anlaşılır bir dil ile aktarılmasını, kaynak metine sadık kalmak açısından daha anlamlı buluyorum.

Özgün araştırma ve gözden geçirme yazılarında da anlatım güçlüklerine rastlanabiliyor. Klinikte ya da bilimsel toplantılarda kolaylıkla aktarılabilen görüşler, yazıya dönüşürken tanınmaz hale gelebiliyor. Kendi görüşlerini çeviri dili ile aktarmak, sanıyorum ki, yazıya daha bilimsel bir hava kazandırma kaygısıyla yapılıyor. Anlatım tarzındaki bu değişikliği de gündelik konuşma dilinden uzaklaşma çabası olarak görüyorum.

Bilimsel verileri yalın bir dil ile tartışabilen usta yazarlarımızın anlatım tarzları, dil sorunlarının çözümü konusunda bize ışık tutabilir. Ancak kendimize özgü bir anlatım tarzı geliştirmek istiyorsak konuştuğumuz dile daha çok güvenmemiz ve yaratıcılığımızı harekete geçirmemiz gerekiyor. Türkçenin kurallarını aşmayan bütün anlatım arayışlarının, bilim dilini zenginleştireceğini düşünüyorum.

Dr. Fatih Ünal

YENİ YAYINLARDAN ÖZETLER

Alkoliklerin Çocuklarında Psikopatoloji

Reich W, Earls F, Frankel O ve ark. (1993). *Psychopathology in Children of Alcoholics*, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32:5 995-1002.

Bu çalışmanın amacı alkolik ve alkolik olmayan ailelerin çocuklarında psikopatolojinin araştırılmasıdır. Aileler ve çocuklarıyla yapılandırılmış görüşme teknikleriyle görüşülmüştür. Ailelerden hem kendileri hem de çocukları hakkında bilgi alınmıştır. Yaşları 6-18 arasında değişen 158 çocuk çalışmaya alınmış, analizlerin bir kısmı bunların 125'ine uygulanmıştır.

Alkolik ailelerin çocuklarında karşı çıkma bozukluğu ve davranım bozukluğu daha yüksek oranlarda bulunmuştur. Bu çocuklarda depresyon oranları anlamlı ölçüde yüksek bulunmakla birlikte, anksiyete için riskin yüksek olduğu belirtilmiştir. Alkolik ana babaların çocukları daha sık olarak alkol ve diğer maddeleri kullanmakta iken, DSM-III'de tanımlanan kötüye kullanım ve bağımlılıkların sık olmadığı saptanmıştır. Gruplar arasında kendilik değeri ve başarı testlerine göre az miktarda fark saptanmıştır. Psikopatoloji oranları açısından alkolik ve antisosyal kişilik bozukluğu olan ana babalar arasında fark bulunmamıştır.

Bu sonuçlar alkolik ana babaların çocuklarının daha yüksek oranda psikopatoloji riski taşıdıklarını, özellikle de karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu açısından risk altında olduklarını göstermektedir.

Dr. Hakan Erman

Enürezis Tedavisinde İmipramin Kan Düzeyi ve Etkinliği

Fritz GK, Rockney RM, Yeung AS (1994). *Plasma levels and efficacy of imipramine treatment for enuresis*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33, (1): 60-64.

Bu araştırma imipramin ile tedavi edilen enüretik çocuklarda ilaç kan düzeyi ve tedavi etkinliği ilişkisini saptamak amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya alınan 18 primer nokturnal enürezisli çocuğa iki haftalık gözlem periyodundan sonra bir hafta plasebo ve takiben her iki haftada bir doz artacak şekilde Imipra-

min başlanmıştır (1.0 mg/kg, 1.5 mg/kg, 2.0 mg/kg ve 2.5 mg/kg). Her doz artımında imipramin ve desipramin kan düzeyleri ve klinik cevap saptanmıştır. Ortalama kuru kalma oranı plasebo ile % 27.8, 2.5 mg/kg imipramin ile %73 olarak bulunmuştur. Enürezis sıklığını azaltma etkisi bakımından imipraminin plaseboya göre belirgin biçimde üstün olduğu görülmüştür. Tedavi etkinliği ilaç dozu artımı ile anlamlı olarak uyumlu, yüksek kan düzeyi de daha iyi klinik cevap ile uyumlu bulunmuştur; fakat, denekler arası kan düzeylerinde aynı dozda en az % 700 değişkenlik saptanmıştır. Görülen nadir yan etkiler iki çocukta ağız kuruluğu, bir çocukta ortostatik değişikliklerdir. Enürezis nokturna tedavisinde imipramin kan düzeyi monitorizasyonun klinikte sınırlı fakat yararlı etkisi vardır.

Dr. Berna Pehlivan Türk

İntihar Eden Gençlerde Antisosyal Davranışlar

Marttunen MJ, Ar. HM, Lönnqvist J K (1994). *Antisocial behaviour in adolescent suicide*. *Acta Psychiatr Scand*, 89:167-173

Finlandiya'da yurt çapındaki bir psikolojik otopsi çalışmasında, intihar eden gençlerin (44 erkek, 9 kız) antisosyal davranışları araştırılmıştır. Veriler akrabalarından, ilgili sağlık personelinin ve resmi kayıtlardan elde edilmiştir. Olguların % 43'ünde antisosyal davranışlar saptanmıştır. Antisosyal davranışları olan erkeklerde evden ayrılma, ailede şiddet ve alkol kullanımına sık rastlanmıştır. İntihar eden gençlerin psikososyal uyumlarının kötü olduğu, ciddi stres etmenleriyle karşılaştıkları ve çoğunda duygulanım bozukluğu saptandığı anlaşılmıştır. Antisosyal davranışları olan erkeklerde alkol kullanımı ve eşlik eden ruhsal bozuklukların, antisosyal davranış göstermeyenlere göre daha sık olduğu bulunmuştur.

Sonuçlar gençlerde intihar ve antisosyal davranış arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu göstermiştir. Ayrıca ruhsal belirtilerin tanınması ve tedavi edilmesinin önemi vurgulanmış, antisosyal davranışları olan ve madde kullanımı saptanan gençlerin intihar riski açısından değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Kısa süren ve antisosyal bozukluk ölçütlerin tam karşılamayan antisosyal belirtilerin dikkate alınması önerilmiştir.

Dr. Fatih Ünal

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 1(1), 1994

İntihar Eden Gençlerde Ailesel Risk Etmenleri : Kontrollü Bir Çalışma.

Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweers J, Balach L, Roth C (1994).

Familial risk factors for adolescent suicide: a case - control study.

Acta Psychiatr Scand, 89: 52-58.

İntihar eden 67 genç ve demografik olarak eşleştirilmiş, yaşayan 67 kişiden oluşan kontrol grubu; ailedeki yapılanma, stres etmenleri ve psikopatoloji yükü açılarından karşılaştırılmıştır. İntihar edenlerin biyolojik ana baba ile daha az birlikte yaşadıkları saptanmıştır. Bu gençlerin öykülerinde ana baba ile çocuk arasında uyumsuzluk, fiziksel taciz ve göç gibi stres etmenlerine daha sık rastlanmıştır. Ailenin duygulanım bozukluğu ve madde kullanımı açısından da daha yüklü olduğu anlaşılmıştır. Çok değişkenli analizlerde intihar ile en yakın ilişkisi olan etmenler; ailede hem duygulanım bozukluğu hem de madde kullanımının olması ve ana baba ile çocuk arasındaki uzun süreli uyumsuzluk olarak bulunmuştur.

Duygulanım bozukluğu ya da madde kullanımı olan kişilerin çocuklarının psikiyatrik açıdan taranması önerilmiştir. Gençlerde intihar riskini azaltmak için ailedeki uyumsuzluğu azaltıcı girişimler de yararlı görülmüştür.

Dr. Fatih Ünal

Afetlerle Karşılaşan Çocuklar : I. Travma Sonrası Bulguların Epidemiyolojisi ve Bulgu Profilleri

Shannon MP, Lonigon CJ, Finch AJ ve ark. (1994). *Children exposed to disaster : I. Epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profiles. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 33 (1) : 80-93.*

Bu çalışmanın amacı, doğal afetlerle karşı karşıya kalan çocuklarda görülen post-travmatik stres bozukluğu (PTSB) bulgularının şiddet ve sıralamalarını belirlemektir. Hurricane kasırgasından üç ay sonra Berkeley Eyaleti ve Güney Carolina'da, 5687 okul çağı çocuğunun fırtına hakkındaki deneyim ve tepkileri incelenmiştir. Bir öz-bildirim ölçeği olan PTSD Reaction Index kullanılarak PTSD bulguları elde edilmiştir. PTSD bulgularının prevalansında ırk, cinsiyet ve yaş açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. PTSD tanısı, DSM - III - R tanı sınıflandırma el kitabına

uygun olarak öz-bildirim yöntemi kullanılarak konmuştur. Örneklemin %5'i PTSD tanısı almak için yeterli bulgu ileri sürmüşlerdir. Kızlar ve küçük çocuklar tanı için daha fazla bulgu bildirmişlerdir. Kızlar travmaya karşı duygusal tepki ve duygusal süreç ile ilgili bulgular, oğlanlar ise bilişsel ve davranışsal etkenlerle ilgili bulgular göstermişlerdir. Sonuç olarak denebilir ki, büyük bir doğal afetle karşılaşan çocuklar DSM - III - R tanı ölçütlerine göre PTSD tanısı alabilmektedirler. Cinsiyet, yaş ve ırkın PTSD bulgularının gelişiminde önemli bir yer tuttuğu anlaşılmıştır.

Dr. İsmail Yavaş

Ergenlikte Psikoterapi Araştırmaları : Bir Gözden Geçirme

Hendren RL (1993). *Adolescent psychotherapy research: A practical review.*

Am J Psychotherapy, 47, 3: 334-343.

Tedavi masraflarının her geçen gün kısılmaya çalışıldığı günümüzde, psikoterapilerin etkili olduğunun kanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu aynı zamanda, herhangi bir hasta için hangi terapinin en etkin olduğunu belirlememize de yarayacaktır. Şu ana kadar bu konuyla ilgili yapılan çalışmalar, genelde yetişkinleri ve çocukları kapsamakta; ergenleri ele alan terapi sonucu çalışmalarına oldukça az rastlanmaktadır.

Yetişkinlerle yapılan çalışmaların çoğu terapinin etkin olduğunu yöntemsel olarak sorunsuz bir şekilde ortaya koymuştur. Aynı şeyi çocuk ve özellikle ergenler için söylemekse zordur. Bu gözden geçirme yazısında yazar, çocuk ve ergenlik döneminde terapinin etkinliğiyle ilgili kuşuklara neden olan araştırmalardaki yöntemsel hataları ve bunların çocuk ve ergenlik döneminden kaynaklanan nedenlerini tartışıp, öneriler getiren yazıları meta-analizle gözden geçirmiş ve ilerdeki çalışmalar için yeni öneriler sunmuştur.

Sonuç olarak, çalışmaya katma ve çalışma dışı bırakma ölçütlerinin yeterli genişlikte ve homojen bir grup oluşturacak netlikte saptanması, ailenin katılımını ve terapistin yetkinliğini de dikkate alarak terapinin belirlenmesi, kontrol gruplarının ve eşleştirme işlemlerinin yapılması ve son olarak da sonucun ölçümünde kullanılacak yöntemlerin ve değişkenlerin standardize edilmesi, ergenlerle yapılacak bir terapi sonucu değerlendirme çalışmasının iç ve dış tutarlığının sağlanmasında oldukça önemlidir.

Dr. Aykut Özden

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Tiroid Fonksiyonu

Weiss RE, Stein MA, Trommer B ve ark. (1993). Attention deficit hyperactivity disorder and thyroid function. *J Pediatrics*, 123 (4) : 539 - 545.

DEHB'nun etiyolojisi bilinmemekle birlikte, biyolojik nedenlerin rol oynadığı düşünülmekte ve ayırıcı tanısında hipertiroidizm gibi tiroid hastalıkları da yer almaktadır. Tiroid hormonuna yaygın direnç gösteren çocukların %46-70'inde DEHB olması, tiroid fonksiyon bozukluğu ile DEHB arasında bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Bu ileriye yönelik tarama çalışmasında DEHB tanısı alan 277 çocukta serum total tiroksin (T₄), serbest tiroksin indeksi (FT₄I) ve tirotropin düzeyleri ölçülmüştür. Tiroid fonksiyon test anormalliği saptanan 14 çocuktan altısında FT₄I normal, T₄ yüksek (Grup 1), üçünde FT₄I yüksek, tiropropin normal (Grup 2) ve beşinde FT₄I düşük ve tirotropin normal (Grup 3) bulunmuştur. Hastalarda tiroid hormonuna yaygın direnç gösterilmemiştir.

Sonuç olarak DEHB olan çocuklarda tiroid fonksiyon bozukluğu prevalansı (% 5,4) normal popülasyona göre (< % 1) daha yüksektir.

Dr. Berna Pehlivan Türk

Yıkıcı Davranış Bozukluğunda Psikanalizin Etkinliği

Fonagy P, Target M (1994).

The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorder. J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry, 33(1) : 45-55.

Bu araştırmada Anna Freud merkezinde 763 çocukta psikanaliz ve psikoterapi dosya taraması yapılarak yıkıcı davranış bozukluğu tanısı alan çocuklarda tedavi sonuçları incelenmiştir. Çalışmaya yıkıcı davranış bozukluğu tanısı alan 135 çocuk ve ergen; kontrol grubu olarak da duygusal bozukluk tanısı ile aynı klinikte tedavi görmekte olan 135 çocuk alınmıştır. Gruplar yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından eşleştirilmiştir. Her iki grupta da psikanaliz ve psikoterapi ile anlamlı düzelme görülmüştür. İyileşme oranı duygusal bozukluk grubunda yıkıcı davranış bozukluk grubuna göre daha yüksektir. Yıkıcı davranış bozukluğu grubu içinde iyileşme oranı karşı çıkma bozukluğunda % 56, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda % 36 ve davranım bozukluğunda % 23 olarak bulunmuştur. Fakat çocukların % 31'i bir yıl içinde tedaviyi kesmişlerdir. Bir yıldan fazla tedavide kalan çocukların % 69'u tedavi sonunda psikiyatrik bozukluk yönünde tanı konamaz duruma gelmişlerdir. Bu çalışmanın önemli metodolojik kısıtlılıkları olmasına karşın yıkıcı davranış bozukluğu olan çocukların yoğun veya yoğun olmayan psikodinamik tedaviden yarar gördükleri söylenebilir.

Dr. Berna Pehlivan Türk

KİTAP TANITIMI

ADVANCES IN HUMOR AND PSYCHOTHERAPY

William F. Fry ve Waleed A. Salameh (ed)
Professional Resource Press, Sarasota, Florida 1993
295 sayfa

Fry ve Salameh'in şaka ile psikoterapinin ilişkisi üzerine yayınladıkları dizinin üçüncüsü olan bu kitap onbir bölümden oluşmakta. Palo Alto Mental Research Institute'dan Paul Watzlawick'in önsözünden sonra giriş bölümünde editörler psikoterapinin uygulama kurallarının çok katı olmaması gerektiğini savunarak psikoterapiye ilişkin kendi görüşlerini aktarmaktalar.

Mosak ve Maniacci tarafından yazılmış ilk bölümde paradoks ve zıtlıkların hastalara bazı gerçeklerin gösterilmesi için nasıl kullanılabileceği örnekler verilerek tartışılıyor.

İkinci bölümde Kuhlman ağır ruhsal hastalığı veya saldırganlığı olan hastaların tedavisinde ve tedavi ortamının işlerliğini korumada şakanın rolü üzerinde duruyor.

Amerikan Adolesan Psikiyatrisi Birliği başkanı olan Schimel üçüncü bölümde adolesanların psikoterapisinde şakanın işlevini yine örneklerle açıklamakta, dokuzuncu bölümde de Amada lise öğrencilerinin ruh sağlığı programında şakanın rolüne değinmekte.

Dördüncü bölüm fıkra ve şakaların psikoterapi-deki rolü üzerine ilk özgün makaleleri yazarlardan biri olan bir Türk hocamız, Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu tarafından yazılmış. Yörükoğlu bu bölümde çocukların en sevdikleri fıkralarla patolojilerinin ve aile dinamiklerinin ilişkisi üzerinde duruyor ve fıkralardan elde edilecek verilerin çocukların psikoterapisinde nasıl kullanılabileceğini örnekler vererek açıklıyor.

Beşinci bölümde Maher madde bağımlılıklarının tedavisinde şakanın yerini vurgulamakta. Bir sonraki bölümde Eberhart danışmanlık çalışmalarında şakanın ruhsal içgörü kazandırmadaki önemine değinmekte.

Yedinci bölümde Surkis obsesif hastaların direncini kırmada kullanılan yapılandırılmış klinik bir teknik olan şakacı - regresif tekniği örneklerle açıklıyor.

Sekizinci bölümde Salameh, Albert Camus'un Sisyphus benzetmesinden yola çıkarak çeşitli

patolojileri olan hastaların psikoterapilerinde şakanın kullanımını örnekliyor.

Onuncu bölümde bir felsefe doktoru olan McKiernan insancıl bir bakış açısıyla insanın şakacı bir ruha sahip olmasının psikoterapi sürecini nasıl zenginleştireceğinin üzerinde durmakta.

Sonuncu bölümde Heuscher insanların gerçek özlerini saklı tutmak için başvurdukları oyunlara değindikten sonra özün yeniden ortaya çıkarılabilmesi ve canlılık kazandırılabilmesinde şakanın önemini vurgulamakta.

Kısmen bir fıkra antolojisi özelliği de taşıyan kitabın tüm bölümlerinde örneklere bol yer verilmesi ve her yazarın kendilerinden de birşeyler aktararak yazmış olmaları kitaba canlılık ve renklilik kazandırmış. Zevkle okunacak, ilginç ve öğretici bir kitap.

Dr. Füsun Çuhadaroğlu

LESSONS FROM THE LION'S DENTHERAPEUTIC MANAGEMENT OF CHILDREN IN PSYCHIATRIC HOSPITALS AND TREATMENT CENTERS.

Nancy S. Cotton (ed)
Jossey - Bass Publisher, San Francisco 1993.

Bu kitabın öncelikle içindekiler sayfasına baktığımızda, terapi ortamının düzenlenmesi, terapi ortamında insanlar arası ilişkiler - empati, iletişim, disiplin - problem durumlarıyla başa çıkmanın pratik yolları gibi bölümler içerdiğini ve "içimizdeki aslanları" ehli- leştirmeyi işleyen bir epilogla sona erdiğini görüyoruz. Kitap hem kuramsal bilgiler vermekte, hem de bizi birçok çocuğun, "aslanın", hastaneye, "aslan yuvasına" gelmesinden önceki deneyimlerine, çabalarına ve aslan yuvasındaki yaşantılarına götürmektedir. Yazar bunu gelişimsel - klinik bir model çerçevesinde ve çeşitli yaklaşımların senteziyle - gelişim-

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 1(1), 1994

sel, eğitsel, psikodinamik, sosyal öğrenme ve aile eğitimi - yapmaktadır. Saldırganlık, vandalizm, evden kaçma, cinsel problemler, düşük benlik algısı, arkadaş ilişkilerinde sorunlar, garip (alışılmadık) düşünce ve davranışlar, karamsarlık, ümitsizlik gibi çocukların ve ailelerin yaşadıkları çeşitli sorunlara yönelik çözümler tartışılmaktadır.

Önsözünde "keşke yıllar önce bir psikiyatri kliniğinde direktör olarak çalışmaya başlasaydım elimin altında böyle bir kitap olsaydı" denilmektedir ve kitabın çocuk gelişim uzmanları, psikologlar, sosyal çalışma uzmanları, psikolojik danışman, psikiyatrist, özel eğitimci ve bu çocuklar ile çalışan diğer uzmanlara

eğitim, program geliştirme ve klinik çalışmalarında yararlı olacağı belirtilmektedir.

Kitabın sonundaki, "içimizdeki aslanı" ehliştirmeyi işleyen bölümden etkileyici bir aktarımla bitirmek istiyorum.

"Kendimizi eğittiğimiz, geliştirdiğimiz ölçüde hastalarımızı da eğitebiliriz. İçimizde hissedemediğimizi, geliştiremediğimizi başkalarında da geliştiremeyiz."

Kitap, çocuklar ve aileleri kadar bizim için de dersler içermektedir.

Dr. Füsün Akkök

ABONE OLMA KOŞULLARI

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi'ne abone olmak isteyenlerin belirlenen ücreti Yapı ve Kredi Bankası Hacettepe Şubesi 1041055 - 5 No'lu Hesabına yatırdıktan sonra banka makbuzunun fotokopisini aşağıdaki adrese postalamaları gerekmektedir.

YILLIK ABONE ÜCRETİ : 150.000 TL.

**Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi
Pk. 67 Samanpazarı, 06242 ANKARA**

TEZ TANITIMI

ÇOCUKLAR İÇİN DURUMLUK SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİNİN UYARLAMA GÜVENİRLİK VE GEÇERLİK ÇALIŞMASI

Uzm. Psk. Şeniz Özusta
Hacettepe Üniversitesi Psikoloji A.B.D Uy-
gulamalı Psikoloji
Uzmanlık Tezi
94 sayfa, 49 kaynak, Ankara, 1993

Kaygının doğasına öğrenilmiş ya da doğuştan olduğuna, ilişkin tartışmalar günümüzde de sürmektedir. Kavramsal düzeydeki bu belirsizliğin, kaygının iki farklı durum için kullanılmasından kaynaklandığı yorumu ilk kez Cattell ve Scheier'in (1958) çalışmasıyla ortaya atılmıştır. Bu çalışma sonucunda, Spielberger'in (1966) "durumluk ve sürekli kaygı" olarak adlandırıldığı kaygıya ilişkin iki faktör tanımlanmıştır.

İki faktörlü kaygı kuramı çerçevesinde durumluk ve sürekli kaygıyı ölçmek için Spielberger tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olan Durumluk-Sürekli kaygı Envanteri 1983 yılında Öner ve Le Compte tarafından ülkemize kazandırılmıştır.

Bu çalışmada, Spielberger'in (1973) geliştirdiği çocuklar için Durumluk Sürekli Kaygı Envanterinin uyarlama, güvenilirlik ve geçerliği yapılmıştır. Bu amaçla, 9-12 yaşlarındaki toplam 615 çocuktan (298 kız ve 317 erkek) normatif veriler toplanmıştır. Dört yaş grubuna (102-114 ay, 115-127 ay, 128-140 ay, 141 - 153 ay) ilişkin durumluk-sürekli kaygı puanlarının yüzdelik sıraları ve normalleştirilmiş t puanları hesaplanmıştır.

Ölçeklerin güvenilirlik hesaplamaları, içtutarlık için Cronbach Alfa yöntemi ve test-tekrar test yöntemiyle yapılmıştır. Güvenirlik çalışması sonucunda ölçeklerin Türk örneklemini için güvenilir olduğu bulunmuştur.

Ölçüt geçerliği çalışmasında ise, kaygı bozukluğu tanısı alan, diğer psikiyatrik tanıları alan ve normal çocuklardan toplanan veriler karşılaştırılmıştır. Kaygı bozukluğu ve normal grup arasındaki farklar, durumluk ve sürekli kaygı puanları açısından anlamlı bulunmuştur. Kaygı bozukluğu tanısı alan grubun, diğer psikiyatrik tanıları alan gruba göre durumluk kaygı ölçeğinden daha yüksek puanlar aldıkları, ancak sürekli kaygı ölçeği açısından farklı puan almadıkları bulunmuştur.

Ayrıca yaş ve cinsiyete göre durumluk ve sürekli kaygı puanları varyans analiziyle karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmaların sonuçları literatürle uyumlu olup, büyük yaş çocukların (11-12), küçük yaş çocuklarına (9-10) göre, kızların ise erkeklere göre ölçeklerden daha yüksek puanlar aldıkları bulunmuştur.

BİR GRUP OTİSTİK ÇOCUKTA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE ORGANİK ETYOLOJİNİN ARAŞTIRILMASI

Uzm Dr. Esin Özatalay
Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi Ankara
Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana-
bilim Dalı Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı,
102 sayfa, 148 kaynak, Ankara 1993.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı'nda gerçekleştirilen bu çalışmada, 1976-1993 yılları arasında başvuran "Otistik Bozukluk" tanılı 116 olgunun genel özellikleri gözden geçirilerek, Ocak 1991- Ocak 1993 tarihleri arasında başvuran olgulardan 67 çocuğun organik ve genetik özellikleri araştırılmıştır. Otistik bozukluk erkek çocuklarda kız çocuklardan daha fazla görülmektedir. Çalışmada kız/erkek oranının 1/ 4.8 olduğu saptanmıştır. Olguların zeka düzeyleri 30-114 arasında dağılım göstermiş olup en büyük oran (% 40.01) 50-70 düzeyinde bulunmuştur. Olguların çoğu ailenin tek, ilk ya da en küçük çocuğudur. Olguların kardeşlerinde otizm tanısı alan yoktur. Anne-baba yaş dağılımı 21-40'dır. %24.20 olguda perinatal ve postnatal etkenlerin varlığı belirlenmiştir. Olguların %27.59 'unda ilk kelimeleri söyleme yaşı 18 ayda, % 52'sinde daha geç olmaktadır. % 13.79'unda konuşmanın hiç olmadığı saptanmıştır. Hekime ilk başvuru yaşları en sık 3-5 yaşlar arasında ve en sık başvuru yakınması konuşmanın azalması ve garip konuşmadır. %32 olguda EEG bozukluğu saptanmıştır. EEG bozukluklarının %80.9'u paroksizmal bozukluk olup, % 21.55'inde epilepsi tanısıyla antiepileptik tedavi uygulanmaktadır. Çekilen 35 BBT'de bozukluk saptanmamıştır. 65 olguda idrar kan aminoasitleri incelenmiş ve 1 olguda fenilketonüri saptanmıştır. 65 olguda kromozom analizi yapılmış ve hiç birinde Fragile-X kromozomu bulunmamıştır.

HABERLER

ÇOCUK PSİKİYATRİSİNDE KONSÜLTASYON - LIYEZON SEMPOZYUMU

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı'nın Prof. Dr. Mualla Öztürk anısına düzenlediği sempozyumların ikincisi "Çocuk Psikiyatrisinde Konsültasyon-Liyazon Sempozyumu" 17-18 Şubat 1994 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi konferans salonunda düzenlendi.

Açılış konuşmalarının ardından "Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Ödülü" sahipleri açıklandı. Sempozyumda, "Çocuk Psikiyatrisinin Konsültasyon-Liyazon işlevi: Klinikler Arası Yeri ve Önemi," , "Süregen Hastalıklarda Ortaya Çıkan Ruhsal Belirtiler ve Ele Alınışları" ve "Hastane Hekimliği ve Tıp Eğitiminde Konsültasyon-Liyazonun Yeri, Önemi ve Etik Özellikleri" isimli panellerin yanı sıra serbest bildiri özetlerinin yer alacağı kitap önümüzdeki aylarda yayınlanacaktır.

Sempozyumun 1995 yılında "Çocuk Psikiyatrisinde Aile Terapileri" konusunda yapılması planlanmaktadır.

Dr. Özlem Erman

PROF. DR. MUALLA ÖZTÜRK ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ÖDÜLÜ

Türkiye'de, çocuk psikiyatrisinin öncüsü, Prof. Dr. Mualla Öztürk adına, çocuk psikiyatrisi alanındaki bilimsel çalışmaları desteklemek ve bu alanda araştırmaların sayısını arttırmak amacıyla Türkiye Sınır ve Ruh Sağlığı Derneği tarafından düzenlenen Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Bilim Ödülü'nü bu yıl Bilkent Üniversitesi Psikolojik Danışma ve Araştırma Merkezinden Psk. Dr. Nilhan Sezgin, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalından Doç. Psk. Neşe Erol ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD'dan Prof. Psk. Işık savaştır "0-6 Yaş Çocukları için Gelişim Tarama Envanteri" adlı çalışmaları ile almışlardır.

Dr. Özlem Erman

TOPLANTI - KONGRE

7-9 Nisan 1994, International Congress Ethics and Freedom Changing Contexts and Family Therapy, European Family Therapy Association, Athens, Greece. Başvuru: DESTREE ORGANISATION, Rue des Drapiers 46-1050 Brussels-Belgium. Tel: 32/2/5124442 Fax: 32/2/5024443.

14-17 Nisan 1994, IV. Çocuk ve Gençlik Psikiyatrisi Kongresi, Bursa. Prof. Dr. Suna Taneli, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Görükle 16059 Bursa. Tel: 0-224-4428084 Fax: 0-224-4428085.

9-11 Mayıs 1994, Çocuk Nörolojisi XI. Sürekli Eğitim Semineri, Ankara. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi ve Çocuk Psikiyatrisi Üniteleri. Prof. Dr. Sabiha Aysun, Doç. Dr. Ferhunde Öktem, Ankara. Tel: (312) 3103545/ 1165-1150.

22-26 Haziran 1994, International Society for Humor Studies Conference Ithaca College, Ithaca, New York. Başvuru: Mary Ann Rishel, Writing Program 375 Roy H. Park Hall, Ithaca College Ithaca NY 14850 Tel: 607-274-3324 Fax: 607-274-1664.

29 Haziran- 6 Temmuz 1994, Pediatric Week Holland. Erasmus University Rotterdam, Sophia Children's Hospital.

24-28 Temmuz 1994, 13. Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professionals (IACA-PAP) "Violence and Vulnerability" San Francisco, California, USA. Başvuru: Irving Philips, M.D. Department of Psychiatry Langley Porter N.P.I. 401 Parnassus Avenue San Francisco, California, USA. Tel : 1-415-731-7379.

10-13 Eylül 1994, 10. International Congress on Child Abuse and Neglect " Creating a Caring Society for Children: A World-Wide Challenge" The International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) Kuala Lumpur, Malaysia. Başvuru: Malaysian Council for Child Welfare 25A Jalan Kampung Pandan 55100 Kuala Lumpur, Malaysia. Tel: 603-9850308/9810858 Fax: 603 - 9832400.

13-16 Mayıs 1995, V. European Conference on Child Abuse and Neglect. The International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) Oslo, Norway. Başvuru: MENTAL BARNEHJELP (Mental Aid For Children) Arbinsgate 1 N-0253 Oslo Norway Tel: 4722441451 Fax: 47 22440569.