

# ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

CİLT : 2

SAYI : 1

1995





# ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Cilt : 2 Sayı : 1, 1995 Yılda 3 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

Uzm. Dr. Bengi Baysal	Dr. Aykut Özden
Prof. Dr. Saynur Canat	Dr. Berna Pehlivantürk
Dr. Hakan Erman	Yrd. Doç. Dr. Birsen Sonuvar
Dr. Özlem Erman	Doç. Dr. Şahnur Şener
Psk. Doç. Dr. Ferhunde Öktem	Uzm. Dr. Fatih Ünal
Uzm. Dr. Belma Öy	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 (Erzurum)
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)	Psk. Doç. Dr. Ayşe Yalın (Ankara)

## KATKIDA BULUNAN

Psk. Mihriban Ertürk

## KAPAK RESMİ

Fahmide Faruque (Bangladeş)

## 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 Sımanpazarı, 06242 ANKARA  
Tel : (0 - 312) 488 71 15 - (312) 310 35 45/1151

Leponek - Anestezik  
keç 12.5 mg / 100 ml  
daha düşük dozda  
intoksikasyonu önler.  
seyimian olan ve  
olan ilaçlarla ve  
açılı glökom çözümleri  
ilaçlar, antihipertansifler,  
agranülostitoz, anti  
hipersalivasyon, izole  
kardiyak aritmiler,  
hipertermi, deniz hastalığı.

Referanslar: 1. J. Clin. Pharm. Therap. 1987; 12: 1-4.  
D. Proceedings of the 1st  
Tuason V, Klemm  
S47-53 8. Naber

Ayrıntılı bilgi için  
**SANDOZ**  
4. Levent, 80

## İÇİNDEKİLER

Önyazı.....	1
S. Canat	
Farklı İşitsel Uyarılara Karşı Otistik Çocukların Davranımları.....	3
S. Aksoy, Ş. Gümüşçü, S. Özkan	
Özürlü Çocuğu Olan Anne Babaların Gereksinimlerinin Belirlenmesi.....	10
B. Sucuoğlu	
Okul Öncesi Çocuklarda Cinsel İstismarı Önleme Programı : Ana Babaların Tutum, Görüş ve Davranışlarının Taranması.....	19
A. Yalın, E. Kerimoğlu, H. Erman	
Tepkisel Bağlanma Bozukluğu : Bir Olgu Sunumu.....	28
Ş. Şener, Y. D. Özdemir, M.V. Şahin	
Gilles de la Tourette Sendromu ve Birlikte Bulunan Bozukluklar.....	35
B. Gökler	
Çocuk ve Ergenlerde Depresyon Epidemiyolojisi ve Risk Etkenleri.....	40
B. Öy	
Görüşler.....	46
Yeni Yayınlardan Özetler.....	48
Kitap Tanıtımı.....	52
Tez Tanıtımı.....	53
Haberler / Toplantı – Kongre.....	54

**Türkiye  
Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği**

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

**1996**

1. "Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Ödülü" her yıl ülkemizde çocuk ruh sağlığı alanında yapılmış en başarılı çalışmaya verilmektedir.
2. Ödül miktarı 1996 yılı için 12.000.000 TL. dir.
3. Çalışmanın bilimsel koşullara uygun olarak yazılmış (basılmış veya basılmamış) altı kopyası en geç 31 Aralık 1995 tarihine kadar aşağıda bildirilen adrese gönderilmiş ya da elden verilmiş olmalıdır.
4. Ödül, seçici kurul tarafından değerlendirilecek en başarılı çalışmaya 1996 Baharı'nda "Çocuk Psikiyatrisi Kongresi" nde verilecektir.

**Seçici Kurul :**

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

**Başvuru Adresi :**

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



## ÖNYAZI

Çağımız yetişkin bir bireyin yaşamını sürdürmesi için; pek çok karmaşık sorunların, ilişkilerin üstesinden gelmesini, amaçlarını gerçekleştirmesini gerekli kılmaktadır. Yetişkin bir birey, çok yönlü, çok boyutlu rolleri üstlenmek durumundadır. Çalışma yaşamını sürdürmek, mesleksel gelişimini sağlamak, belli bir yaşam standardına kavuşmak, bunu koruyabilmek, eş olarak, anne - baba olarak rolünü gerçekleştirmek, yaşamsal olaylarla başa çıkabilmek zorundadır. Çağımızın getirdiği gelişmeler bireyden daha fazlasını istemekte, birey de gelişmelerden daha fazlasını beklemektedir. Bireyin tüm yaşam olaylarıyla başa çıkabilmesi, çözüm yolları bulabilmesi, yalnızca beden sağlığına, zeka ve bilgi düzeyine bağlı değildir. Ruhsal yönden sağlıklı, bir başka deyişle belli düzeyde bir olgunluğa ulaşmış olmasını gerektirmektedir. Bu da ancak erken gelişim dönemlerinden başlayarak yetişkinliğe ulaşıncaya kadar geçirdiği gelişim evreleriyle ilgilidir. Tüm gelişim evrelerinin yetişkinlikte kazanılacak kimlik, kişilik ve ruhsal yapı açısından önemi vardır ve bunlar içinde ergenlik dönemi en az çocukluk dönemi kadar önem taşımaktadır. Erikson'un "Aşamalı Oluşum Kuramı" bu olguyu ayrıntılı bir biçim de vurgulamaktadır. Bu dönemin biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarda gelişimsel sorunlar taşıması, dönemi karmaşık bir hale getirmektedir. Bu nedenle psikopatolojik açıdan normal ve patolojik ayrımının yapılamayacağı, dönemin özellikleri nedeniyle normal süreçlerin patolojik bir görünüm taşıyabileceği savları ortaya atılmıştır. Ergenlik dönemi bir yandan "fırtına ve stresler" dönemi olarak kabul edilirken öte yandan dönemin mutlaka sorunlu bir dönem olarak yaşanmayacağı, ciddi uyum bozuklukları görülmeden dönemle ilgili gelişimin tamamlanabileceği bazı yazarlar tarafından araştırmalarla ortaya konmuştur.

Tarihsel açıdan baktığımızda, psikiyatri diğer tıp dalları içinde göreceli olarak yeni bir bilim dalıdır. "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi" ise çok daha kısa bir geçmişe sahip olup, üniversitelerimizin bir çoğunda yeni kurulma aşamasındadır. Her ne kadar bu bilim dalı "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi" olarak anılıyorsa da üniversitelerimizde ayrı bir bilim dalı statüsünü kazanırken "Çocuk Psikiyatrisi" adıyla varlık bulmuştur. Bir başka deyişle "Ergenlik" ihmal edilmiştir. Yazın alanına baktığımızda gençliğin ruh sağlığına ilişkin yayınlanmış bilimsel kitap ve araştırmaların oldukça zengin olduğunu görüyoruz. Ancak uygulama alanında tam bir boşluk bulunduğunu söylemek abartma olmayacaktır.

Ülkemizde 0-24 yaş grubundaki nüfus, genel toplamın hemen yarısını (25 milyon) oluştururken, bunun 10 milyonu 15-24 yaş grubu içine girmektedir. Öte yandan nüfusun geri kalanı da yakın bir gelecekte ergenlik dönemi içinde yer alacaktır. Dolayısıyla ergen psikiyatrisi ülkemiz için büyük önem taşımaktadır. Psikiyatrik açıdan baktığımızda ergenlik

döneminde hemen her türlü ruhsal bozukluk gelişebileceği gibi, diğer yaş gruplarında daha az rastlanan ya da görülmeyen ve ergenlik dönemine özgü bozukluklar da söz konusudur : Davranım bozukluğu, yeme tutumu bozukluğu gibi. Madde bağımlılığı ise yine daha çok bu dönemle ilgili olup, ülkemizde giderek daha ciddi boyutlar kazanmaktadır. İntihar girişimi ve intihar sonucu ölümler de bu dönemin başlıca konuları arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Bu özellikleriyle ergenlik dönemi psikiyatride başlı başına bir alandır ve hem koruyucu hekimliği hem de tedavi hekimliğini kapsamaktadır. Türkiye'nin gelişmekte ve de hızla değişmekte olmasının yanı sıra genç nüfusun yoğunluğu göz önüne alındığında önemi daha da artmaktadır. Dönemin bir ucunun çocukluk, diğer ucunun yetişkinlikle bağlantılı olması nedeniyle gerek yetişkin psikiyatrisi gerekse çocuk psikiyatrisi uzmanlık eğitiminde ergenlik döneminin kuramsal ve uygulamalı olarak yer alması bu alandaki boşluğu kısmen dolduracaktır. Bir ergende, ruhsal sorunlar ne çocukluk döneminin, ne de yetişkinlik döneminin özellikleriyle ele alınamaz. Dolayısıyla alanda çalışacak uzmanın dönemi iyi tanımalarının yanı sıra toplumsal yapıyı da iyi bilmesi; genel psikiyatri ve çocukluk döneminde gelişim konularında yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir. 14-21 yaş grubuna ruhsal sorunlar yönünde hizmet veren merkezlerin ya da birimlerin kurulması ruh sağlığı alanında önemli bir gelişme olacaktır.

Prof. Dr. Saynur Canat



# FARKLI İŞİTSEL UYARILARA KARŞI OTİSTİK ÇOCUKLARIN DAVRANIMLARI

Songül Aksoy\*, Şebnem Gümüşçü\*\*,  
Soner Özkan\*\*\*

## ÖZET

Çalışmamızda otistik davranış özellikleri gösteren 1'i kız 9'u erkek 10 çocuğun farklı işitsel uyarılara gösterdikleri davranışlar değerlendirilmiştir. Çocukların en küçüğü 5, en büyüğü 13 yaşında ve yaş ortalaması 8.9'dur. Çocuklardan 3'ünde sınırlı sözel ifade, 4'ünde gereksinimlerine yönelik sözcük kullanımı ve diğer 3'ünde de sadece vokalizasyon olduğu tespit edilmiştir. Çocuklara farklı frekanslarda 4 farklı şiddette saf ses uyarı verilmiştir. Ayrıca insan, hayvan, nesne ve doğa sesi olmak üzere 4 farklı kategoride toplanan çevresel seslere davranışları gözlenmiştir. Çalışmaya alınan 10 çocuktan 7'sine BERA (Brainstem Evoked Response Audiometry) uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda çocukların farklı işitsel uyarılara gösterdikleri davranışlar ve BERA bulguları değerlendirilmiştir.

**Anahtar sözcükler :** Otizm, çevresel sesler, beyinsapı işitsel uyarılmış potansiyeller.

## SUMMARY : BEHAVIOR OF AUTISTIC CHILDREN TO DIFFERENT AUDITORY STIMULUS : A PRELIMINARY STUDY

In this study the behavior of 10 autistic children to different auditory stimulations has been evaluated. The age range of 10 children with autism was 5 to 13 years and mean age was 8.9 (1 girl, 9 boys). Three of them had limited verbal expression. 4 of them used words only for their needs and 3 of them had only vocalization. Different frequency and four different intensity pure tone stimulation has been applied. In addition to their reaction to environmental sounds which were classified in four different categories like human, animals, things and nature, BERA was applied to 7 of 10 children under study. BERA results and the behavior of autistic children to different auditory stimuli were discussed.

**Key words :** Autism, environmental sounds, brainstem auditory evoked potentials.

## GİRİŞ

Sosyal ilişki, iletişim ve yaratıcı etkinliklerdeki yetersizlikler olarak tanımlanan otizmin bir gelişim bozukluğu olduğu kabul edilmektedir (Volkmar ve ark. 1988, Morton 1989, Frith 1989). Psikolojik ve fizyolojik araştırmalar otistik bireylerin zengin bir iç dünyalarının olmadığını ve normal bireylerden oldukça farklı düşünce yapılarının olduğunu göstermektedir. Otizm zihinsel süreçlerin üst düzeydeki santral bir bozukluğu olarak değerlendirilmektedir. Otizmin en belirgin dört özelliği; yalnız kalma isteği, aynılığı korumada kararlılık, ayrıntı üzerinde yoğunlaşma ve yetersizlikleri ile karşılaştırıldığında oldukça üstün görünen bazı yeteneklerinin olması şeklinde özetlenebilmektedir. Aynı zamanda bazı otistik bireylerin karmaşık işleri yapabilmeleri de bulunmaktadır. Son yapılan araştırmalarla her bin çocukta bir ya da ikisinde görülen otizmdeki iletişim bozukluğu, sözel iletişimin olmaması ya da yetersizliği şeklinde görülmekte ve

konuşmayı öğrenme gecikmektedir. Aynı zamanda anlama ve vücut dilini kullanma güçlükleri de söz konusudur. Yaratıcı etkinliklerdeki bozukluk, otistik çocukların nesnelere tekrarlayıcı oyunlar oynamaları ve bazı otistik yetişkinlerin belli durumlara obsesif ilgilerinin olması şeklinde görülmektedir. Sosyal ilişkilerdeki yetersizlik ise, sosyal iletişim için gerekli olan arkadaşlık ilişkilerini kuramama şeklinde ortaya çıkmaktadır (Frith 1993).

Çoğu otistik çocuk "total işitme kaybı" varmış gibi davranım gösterse de normal saf ses işitme eşiklerinin olduğu kabul edilmektedir (Hayes ve Gordon 1977). Bu çocuklardan bir kısmının normal gelişim gösteren çocuklara göre soru ve sözel uyarılara daha az tepki verdikleri, gürültüden hoşlandıkları, TV reklamları gibi vokal stereotipik ifadelerden etkilendikleri ve müziği konuşma diline tercih ettikleri gözlenmiştir. Otistik çocukların konuşma, dili algılama ve üretmede yetersiz oldukları ancak görsel modelleri tanıma becerilerinin daha iyi geliştiği tespit edilmiştir (Van Lancker ve ark. 1988).

Otistik çocukların işitmelerinin normal ya da normale yakın sınırlarda olduğunu gösteren beyinsapı uyarılmış cevap odyometresi ile

\* Uzm. Ody. Öğr. Gör., Hacettepe Üniv. Sos. Hız. Meslek

Yüksek Okulu, Ankara

\*\* ÇSE Uzm. Özel Uyum Özel Eğitim Okulu, Ankara

\*\*\* Doç. Dr., Hacettepe Üniv. K.B.B Anabilim Dalı, Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Ünitesi, Ankara



yapılmış çalışmalar mevcuttur (Fein ve ark. 1981, Hayes ve Gordon 1977, Wong ve Wong 1991, Klin 1993).

Otistik davranış özelliği gösteren çocukların özellikleri gözönünde bulundurulduğunda işitme kaybı varmış izlenimleri vermeleri ve rutin odyolojik değerlendirmelerin bu çocuklara uygulama güçlüğü nedeniyle işitsel beyinsapı cevapları önemli veriler oluşturmaktadır (Jacobson 1985, Schroeder ve Kromer 1989, Hall 1992).

Otistik çocukların beyinsapı işitsel uyarılmış cevaplarının değerlendirildiği bir çalışmada; bu çocukların semptomları, gelişim düzeyleri ve medikal yönleri ile ilgili bilgi toplanmıştır. Çalışmadaki 9 otistik çocuğun BERA bulguları normal, 7 otistik çocuğun ise anormal bulunmuştur. Beyinsapı cevap anormalliklerinin ayrıntıları, grup ve bireysel olarak rapor edilmiştir. Bu çalışma otistik çocukların işitsel beyinsapı dalga latensilerinin, değerlerinin normallere göre daha uzamış olduğunu göstermektedir (Fein ve ark. 1981).

Klin, otistik çocuklarda yapılan işitsel beyinsapı cevaplarını bir makalede toplamıştır. Yapılan 11 çalışmanın farklı sonuçlar verdiğini belirtmiştir (Klin 1993).

Wong, infantil otizm tanısı konan 109 çocuktaki beyinsapı işitsel uyarılmış potansiyellerini, 38 otistik, 19 zihinsel özürü ve 20 normal çocukda karşılaştırmıştır. İnfantil otizm ve otistik olan çocukların beyinsapı transmission zamanları normallerden istatistiksel olarak daha uzun bulunmuştur. Beyinsapı lezyonunun, lisan, bilişsel ve sosyal gelişimdeki sapmanın nörolojik yansıması olabileceği düşünülmüştür (Wong ve Wong 1991).

**Amaç :** Bu çalışma, otistik davranış özellikleri gösteren çocukların farklı işitsel uyarılara karşı davranışları ve objektif olarak beyinsapı uyarılmış cevap odyometresinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır. Çalışmamız bir ön çalışma niteliğindedir. İleriye dönük çalışmalarımızda yapılandırılmış ortamdan çok doğal ortamda geniş örneklem grupları ile karşılaştırmalı araştırmalar yapılması planlanmıştır.

## YÖNTEM ve GEREÇ

Çalışmaya katılan 10 otistik davranış özelliği gösteren çocuğun 7'si ilgi Otistik Çocukları Koruma Derneği Özel Eğitim Merkezinde, 3'ü Özel Uyum Eğitim Okulu'nda eğitim gören çocuklardır. Otizm tanısı farklı üniversitelerin

Çocuk Ruh Sağlığı ve Psikiyatri bölümlerinde (DSM - III R kriterlerine göre) konulmuştur.

Çalışmaya katılan 10 otistik çocuktan 1'i kız, 9'u erkek, yaş ortalaması 8.9 (en küçüğü 5, en büyüğü 13) dur. Bu çocuklardan 1'inin fonksiyonel konuşması olduğu, 2'sinin fonksiyonel konuşması olmadığı halde iletişimi sınırlı sözel ifade ile gerçekleştirmektedir. Çalışmaya alınan çocuklardan 4'ü sadece gereksinimleri için tek sözcüklü ifadeler kullanmakta, kalan 3'ünün ise sadece vokalizasyonu mevcuttur. Bu çocukların en belirgin ortak özellikleri; stereotipik davranışlarının olması (sallanma, dönme, zıplama vb. ), göz kontağı kurma ve dikkat toplamada güçlük çekmeleri, anlamsız gülme ve ağlamalarının görülmesi ve bazılarında kendisine ve çevresine zarar verme, öfke nöbetleri gibi davranış problemlerinin görülmesidir.

**Tablo 1: Eğitime başlama yaşı ve eğitim süreleri**

Vakalar	Eğitime Başlama Yaşı	Eğitim Süresi
1	11	2
2	4	3
3	5	4
4	6	4
5	4	2
6	6	6
7	3	4
8	3	2
9	7	2
10	5	6

Çalışma grubumuzda en küçük eğitime başlama yaşı 3, en büyük 11, ortalama 5.4'dür. Bu çocukların eğitim alma süreleri en az 2, en fazla 6 yıl, ortalama 3.5 yıl'dir. (Tablo 1).

Çocukların eğitim programlarında 8 ana başlık yer almaktadır. Buna göre, çoğunlukla yer alan programlar; konuşma, akademik öncesi ve akademik becerilerdir. Çünkü bu becerilerin kazandırılabilmesi için bu becerilerle ilgili ön aşamaları çocuğun geçmiş olması gerekmektedir. Otistik çocuklardaki en belirgin özellik konuşma becerilerinin yetersizliği olduğu için, vakalarımızda sadece vokalizasyonu olan çocukların eğitim programlarında da kendi gelişim düzeylerine göre hazırlanmış konuşmaya yönelik çalışmalar mevcuttur. Ancak matematiğe hazırlık, okuma yazmaya hazırlık,



Tablo 2: Çocukların eğitimi düzeyi

Vakalar	Akademik Öncesi Beceri	Akademik Beceriler	Konuşma	Matematik Hazırlık	Okumaya Hazırlık	Yazmaya Hazırlık	Bağımsız Yaşam Becerisi	İşe Hazırlık Becerileri
1			X				X	X
2		X	X	X	X			
3		X	X	X				
4		X	X					
5	X		X					
6		X	X	X				
7		X	X			X		
8	X		X	X				
9	X		X					
10	X		X	X				

bağımsız yaşam becerileri ve işe hazırlık becerileri düzeyinde eğitim alabilecek çocuk sayısının az olduğu dikkat çekicidir (Tablo 2).

Çalışmamız, H.Ü. Hastaneleri K.B.B Anabilim Dalı Odyoloji Kliniğinde yapılmıştır. Uygulama, klinik odyolog ve çocuk sağlığı ve eğitimi uzmanı tarafından standartlara uygun IAC (International Acoustic Comp.) sessiz odada, DA 111 odyometri ve Dali23-B1 hopperlörler kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Serbest alanda iki hopperlör, iki sandalye, bir masa ve renkli plastik küpler bulunmaktadır. Çocuklar test odasına anneleri ya da ilişkilerinin iyi olduğu bir yetişkin ile birlikte alınmış ve pasif gözlemci olarak katılmaları istenmiştir. Uygulayıcılardan biri testi yaparken diğeri ile birlikte çocuğun davranımlarını gözleyerek ayrıntılı bir şekilde rapor etmişlerdir.

İlk aşamada saf ses (500 – 1000 – 2000 Hz) farklı şiddetlerde (25-45-75-90 dB) verilmiştir. İkinci aşamada farklı işitsel uyarılar (insan-hayvan-nesne-doğa sesi) teyp kayıtdan aralıklı olarak dinletilmiştir (Tablo 3). Çocuğun sesi arama, sese yönelme, dinleme, tepkisiz kalma, sesi taklit etme, ses kaynağını yok etmeye çalışma (hopperlörün kapağını açma, fişi prizden çekme gibi) davranımlar gözlenmiştir. Çocuklar test odasında yaklaşık 15-20 dk. süresince kalmışlar ve çıkmak istediklerinde çıkmalarına izin verilerek sıkılmaları önlenmeye çalışılmıştır. Bu aşamada çocuklardan bu sesleri taklit etmeleri de istenmiştir.

Çalışmanın üçüncü aşamasında BERA uygulanmıştır. Uygulama Amplaid MK 15 elektrodiagnostik sistem cihazı ile TDH-49P, MX41/AR standart kulaklıkla yapılmıştır. Yüze elektrodu olarak altın kaplamalı 4 elektrod kullanılmıştır. İmpedans 2000 Ohm ve altında tutulmuştur. Kayıttan önce herhangi bir sedatizasyon uygulanmamıştır. Bu uygulamada eşik tespiti ve lezyon yerini saptama testi yapılmıştır.

Çalışmaya alınan 10 çocuktan 7'sine BERA uygulanmıştır. Diğer 3'üne sakinleştirilemedikleri için uygulanamamıştır. Eşik saptama değerlendirmesinde 40 dB SPL düzeyinde V. dalga elde edilmiştir.

Tablo 3: Verilen İşitsel Uyarılar

İnsan Sesi	Hayvan Sesi	Nesne Sesi	Doğa Sesi
Gülme	Kanarya	Korna	Rüzgar
Bebek Ağlaması	Tavuk	Saat	Dalga
Bebek Oyunu	Köpek	Polis Sireni	Gök Gürültüsü

Çocuklara dinletilen işitsel uyarılar insan, hayvan, nesne ve doğa sesi olmak üzere dört kategoride toplanmıştır (Tablo 3). İnsan sesi; gülme, bebek ağlaması, bebek oyunu, hayvan sesi; kanarya, tavuk, köpek, nesne sesi; korna, saat, polis sireni, doğa sesi; rüzgar, dalga, gök gürültüsünü içermektedir. İşitsel uyarıları takiben çocukların bu seslere gösterdikleri tepkiler ve davranımlar gözlenmiştir.

Tablo 4: Çocukların Saf Ses İşitsel Uyarıları ve Konuşma Sesine Karşı Davranımları

Vakalar	Çocukların saf ses ve konuşma sesine davranımları
1	Tam kooperasyon kurulması ile uyarıları dinlediği, tepkilerinin belirgin olduğu ve sesleri taklit ettiği gözlenmiştir.
2	Tam kooperasyon kurulması ile uyarıları dinlediği, sese yöneldiği ve taklit ettiği ayrıca yüksek şiddetteki uyarıda korkma ve irkilme olduğu gözlenmiştir.
3	Tüm uyarılara sese yönelme şeklinde davranım gözlenmiştir. Yüksek şiddetteki seslerde kulaklarını kapattığı gözlenmiştir.
4	Tüm uyarılara sese yönelme ve gülerек dinleme şeklinde davranım gösterdiği ayrıca yüksek şiddetteki seslerden hoşlandığı gözlenmiştir.
5	Sese davranımının diğer çocuklara göre daha zayıf olduğu, irkilme veya yüksek şiddetteki seslerde ses kaynağını yok etmeye çalıştığı gözlenmiştir.
6	İlk uyarılarda tepkilerinin belirgin olduğu, uyarı tekrarında tepkilerinin zayıfladığı ve yüksek şiddetteki seslerde kulağını kapattığı gözlenmiştir.
7	Uyarıyı takiben hareketini değiştirdiği (durma, donuklaşma gibi) ve yüksek şiddetteki seslerde sesin kaynağını yok etmeye çalıştığı gözlenmiştir.
8	Tüm uyarılarda sesi arama ve sese yönelme ve yüksek şiddetteki uyarılarda irkilme şeklinde tepkiler gözlenmiştir.
9	Uyarılara karşı aktivitede değişiklik, sesi dinleme, sese yönelme ve rahatsız olduğunu belirten davranımlar gözlenmiştir.
10	Uyarılardan rahatsız olma, kulaklarını ve odadan çıkma isteğini belirten davranımlar gözlenmiştir.

## BULGULAR

Çocukların uygulanan saf ses işitsel uyarı değerlendirme sonuçları işitmelerinin normal ya da normale yakın sınırlarda olduğunu göstermiştir. Ancak CAVR (Conditioned Auditory Visual Response) ya da oyun odyometresi kooperasyon gücüğü nedeni ile uygulanamamıştır. Değerlendirme çocukların davranımlarındaki değişikliklerle yapılmıştır. Tüm çocuklarda gözlenen ortak davranış düşük şiddetteki saf ses uyarıya ve fısıltıya sesi arama şeklinde tepki vermeleridir.

Dört kategoride toplanan işitsel uyarılara verilen tepkiler; sese yönelme, dinlenme, tepkisiz kalma, sesi taklit etme, ses kaynağını yok etmeye çalışma, güleme, sallanma, sakinleşme, kulağını kapatma, oyununu sürdürme, irkilme şeklinde gözlenmiştir. Bu davranımların vakalara göre değerlendirilmesi Tablo 4'de verilmiştir.

Vakaların ortak tepkilerinin az olması nedeni ile her vaka ayrı değerlendirilmiştir. Vakaların işitsel uyarının farkında oldukları ve ve-

rilen uyarılara karşı sessiz kalma davranışından irkilme, sallanma, hopperlörün kapağını açmaya kadar değişik davranımlar sergiledikleri gözlenmiştir.

Çalışmaya alınan 10 çocukta konuşması olan 3'ü hariç diğerlerinde yüksek şiddetteki (90 dB HL) uyarılarda kulaklarını kapatma, ses kaynağından uzaklaşma ya da hopperlörün kapağını çıkartmaya çalışma davranımları gözlenmiştir. Ayrıca konuşması olmayan ve dikkat dağınıklığı problemi olan 2 çocukta da uyarının şiddetindeki artışla orantılı olarak artan zıplama, sallanma ve sürekli hareketini değiştirme gözlenmiştir.

Saf ses uyarılarda ve canlı ses ile yapılan değerlendirme sırasında fonksiyonel konuşması olan iki çocuk (Vaka 1-2) eğitimcinin sözel uyarısı ile kendilerine dinletilen sesleri taklit ettiler ve sorulara sözel ifadelerle cevap verdiler. Diğer çocuklar için de aynı uygulama yapılmasına rağmen, taklit etmedikleri gözlenmiştir.

Çocukların insan, hayvan, nesne ve doğa seslerine karşı gösterdikleri davranımlar değeri-



dirildiğinde fonksiyonel konuşması olan 1. vakanın uygulama sırasında tam kooperasyon gösterdiği ve dinletilen sesleri tanımladığı ve taklit ettiği gözlenmiştir. Bu durum diğer vakaların hiçbirinde görülmemiştir. Özellikle bir vakada (Vaka 6) tüm seslere karşı tepkisiz kalmaya çalışma, uyarı devam ettiğinde ise hopperlörün kapağını çıkarma gibi ses kaynağını yok etmeye çalışma gözlenmiştir.

Çocuklardan 5'inde (Vaka 3-5-8-9-10) doğa seslerine (gök gürültüsü, rüzgar, dalga) karşı irkilme, kulağını kapatma gibi davranımların yanı sıra zıplama, ellerini birbirine vurma ve sallanma gibi stereotipik davranışların ortaya çıktığı gözlenmiştir. Diğer 3'ünde ise (Vaka 2-4-7) bu uyarılara karşı dinleme ve sese yönelme davranışlarının olduğu bunun yanı sıra bu seslerden rahatsız olduklarını belirten herhangi bir davranış sergilemedikleri gözlenmiştir.

Çocuklardan 3'ü (Vaka 2-3-4) tavuk, kanarya ve köpek seslerinden oluşan hayvan seslerini dinlemek ve taklit etmekten hoşlanırken 5-7-8 ve 9. vakalar sadece sese yönelme davranımı göstermişlerdir. Vaka 10 ise bu uyarılara karşı stereotipik davranım (sallanma) sergilemiştir. Hayvan seslerini taklit eden vakaların konuşma becerisi olan otistik çocuklar olduğu görülmüştür.

Ses uyarılarına karşı genelde tepkileri çok fazla belirgin olmayan 5. vaka ve daha çok stereotipik davranım sergileyen 10. vaka insan sesleri grubundaki "bebek oyunu" sesine karşı dinleme, hoşlanma ve sakinleşme davranımı göstermişlerdir. Ancak bu ses uyarıları diğer çocukların çok fazla ilgisini çekmemiştir. İnsan sesleri grubu içindeki gülme sesi kalabalık bir

grubun gülme ve konuşma sesi şeklinde verilmiştir. Gülme sesine karşı gösterilen tepkilerin dinleme ve gülme şeklinde olduğu gözlenmiştir. Bebek ağlaması sesine ise çok farklı bir tepki gösterilmediği ancak konuşma becerisi olan 2. vakanın "bebek bağılıyor" ifadesini kullandığı gözlenmiştir. En son gruptaki nesne seslerinden korna ve polis siren sesine 7. 8. ve 10. vaka dışındaki vakaların sese yönelme, dinleme ve sesi arama davranışlarının olduğu bu 3 vakanın ise tepkisiz kaldığı gözlenmiştir. Genelde tüm vakaların ritmik olan saat sesine gösterdikleri tepki sakinleşme şeklinde olmuştur.

Çalışmaya alınan 10 çocuktan 7'sine BERA uygulanmıştır. Eşik saptama testinde 40 dB SPL düzeyinde V. dalga elde edilmiştir. Bu veriler işitmelerinin normal ya da normale yakın sınırlarda olduğunu göstermiştir. Lezyon yerini belirleme testinde elde edilen sonuçlar tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5'de gösterilen değerler incelendiğinde dalga latensi ve interpeak latensilerin 1 vakada (Vaka 4) anormal sonuç verdiğini, dalga latensi ve interpeak latensilerin uzadığı görülmüştür. Sağ ve sol kulaktan elde edilen veriler istatistiksel olarak Mann-Whitney U testi (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 1987) ile incelendiğinde I. dalga ( $U = 27.5, p > 0.05$ ), III. dalga ( $U = 34, p > 0.05$ ), V. dalga ( $U = 40, p < 0.05$ ), I-III interpeak latensi ( $U = 40.5, p < 0.05$ ), III-V interpeak latensi ( $U = 41, p < 0.05$ ), I-V interpeak latensi ( $U = 41.5, p < 0.05$ ) değerleri elde edilmiştir. Sağ ve sol kulaktan elde edilen verilerin karşılaştırılması ile anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu veriler beyinsapı düzeyinde olası bir asimetriyi desteklemektedir.

Tablo 5: Çocukların BERA Bulguları

Vaka	I		III		V		I-III		III-V		I-V	
	sağ	sol	sağ	sol	sağ	sol	sağ	sol	sağ	sol	sağ	sol
1	1.58	1.68	3.55	3.74	5.37	5.47	1.96	2.06	1.82	1.72	3.79	3.79
2	1.68	1.53	3.69	3.16	5.52	5.76	2.06	1.63	1.82	2.59	3.84	4.22
3	1.72	1.77	3.55	3.69	5.71	5.47	1.82	1.92	2.16	1.77	3.98	3.69
4	1.96	1.77	4.22	3.69	6.00	5.47	2.25	1.92	1.77	1.77	4.03	3.69
5	1.58	1.72	3.79	3.55	5.32	5.23	2.20	1.82	1.53	1.68	3.74	3.50
6	1.58	1.53	3.79	3.74	5.76	5.42	2.20	2.20	1.96	1.68	4.17	3.88
7	1.68	1.53	3.50	3.64	5.56	5.56	1.82	2.11	2.06	1.92	3.88	4.03
ORT	1.68	1.64	3.72	3.60	5.60	5.48	2.04	1.95	1.87	1.87	4.48	4.37



## TARTIŞMA

Bu çalışma, otistik davranış özellikleri gösteren çocukların farklı işitsel uyarılara karşı davranışları ve objektif olarak beyinsapı uyarılmış cevap odyometrisinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

Çalışmamızda farklı işitsel uyarılara karşı otistik çocukların davranışları incelenmiştir. Çalışmamızın bir kısmını içeren BERA değerlendirmelerini kapsayan ve bulgularımızı destekleyen araştırmalar görülmüştür (Klin 1993, Fein ve ark. 1981, Wong 1991). Ayrıca, uygulaması farklı olmakla birlikte otistik çocukların çevresel sesleri algılamaları ile ilgili de çalışmalar mevcuttur (Van Lancker ve ark 1988). Ancak hem BERA değerlerinin hem de çevresel seslere verdikleri tepkilerin değerlendirilmesinin aynı çalışmada yapılmamış olduğu dikkat çekici bulunmuştur.

Otistik çocuklarda yapılan işitsel beyin sapı cevapları ile ilgili araştırmalar incelendiğinde aşağıda da görüldüğü gibi elde edilen sonuçların birbirinden farklı olduğu görülmektedir.

Fein ve arkadaşlarının (1981) 16 otistik çocuğun (yaş ortalaması 10 yaş 4 ay ) BERA bulgularını değerlendirdikleri çalışmalarında bu çocukların 9'unda anormal, 7'sinde normal BERA bulguları elde ettikleri görülmüştür.

Klin (1993) otizmde işitsel beyin sapı cevapları ile ilgili yapılan 11 çalışmayı incelemiştir. Yapılan bu çalışmalarda elde edilen bulguların birbirini destekleyici nitelikte olmaması dikkat çekicidir.

Hashimoto ve arkadaşlarının (1993) otistik çocuklarda beyin sapı ve cerebellar vermesi içeren çalışmasında 21 otistik çocuğu 21 normal çocukla MRI tekniği ile karşılaştırmışlar ve otistik çocukların beyin sapı ve cerebellar vermesinin normal çocuklara göre hacim ve anatomik olarak farklı olduğunu bulmuşlardır.

Miral ve arkadaşlarının (1994) "otistik çocuklarda erken ve orta latans işitsel uyarılmış potansiyeller" ile ilgili yaptıkları çalışmada 15 otizm tanısı konmuş ve 15 sağlıklı kontrol grubu üzerinde her iki grubun karşılaştırılmasında erken latensi bulguları normal sınırlara yakın bulunmuştur. Elde edilen bu veriler olası patolojinin daha üst merkezlerde olduğunu düşündürmektedir.

Otistik davranış gösteren çocukların farklı işitsel uyarıların alt grubunda yer alan cansız seslerden ritmik olan saat sesi ile sakinleştikleri gözlenmiştir. Bu gözlem Van Lancker ve arkadaşlarının (1988) yaptıkları çalışmada otistik çocukların vokal stereotipik ifadelerden etkilendikleri ve müziği konuşma diline tercih ettikleri düşüncesini destekleyici nitelikte bulunmuştur.

Çalışmamız sırasındaki gözlemlerimiz; otistik davranış özellikleri gösteren çocukların farklı işitsel uyarılara karşı davranışlarının, sadece kısa süreli ve yapılandırılmış ortamdaki gözlemler ile değil, aileye verilecek gözlem formları ve eğitiminin uzun süreli doğal ortamdaki gözlemleri ile birleştirilerek değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Özellikle bu gözlemlerin ve çocuğun doğumundan itibaren gözlenen gelişiminin video ile yapılmasının hem tanıya yönelik bulgular elde edilmesi konusunda hem de işitsel uyarılara karşı davranışlarının daha ayrıntılı değerlendirilmesinde yararı olacağı düşünülmektedir (Erikson ve Chateau 1992).

Otistik çocukları daha iyi tanımak ve özellikle işitsel uyarılara gösterdikleri tepkileri en iyi şekilde değerlendirebilmek için ailenin günlük şeklinde tutacağı gözlemlerin yararlı olacağı ve bu çocukların eğitiminde kullanılacak ipuçlarının oluşturulacağını düşünmekteyiz. Bu ipuçları her otistik çocuğun bireysel özelliklerine göre hazırlanan eğitim programını etkileyecek düzenlemeleri içermelidir. Örneğin çocukların hoşlandıkları sesler belirlenerek, ödül olarak dinletilebileceği gibi, çocuğun dinlediği sesler ait olduğu resimlerle eşleştirilerek de değişik düzenlemeler yapılabilir.

Otistik çocuklarda işitsel uyarılmış potansiyellerin erken latens bulguları normal sınırlarda elde edilmesi nedeni ile ve bu grupta primer işitsel korteksde bir patolojinin varlığı ya da yaygın bir patolojinin yansması olabileceği düşüncesi ile (Mc Clelland ve ark. 1986, Buchwald ve ark. 1991, Miral ve ark. 1994) ileriye dönük çalışmalarda orta ve geç latensiyelerin çalışılmasının anlamlı sonuç vereceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamız sırasında otistik çocukların tanı ve rehabilitasyonunda yapılacak gözlemlerin bir ekip çalışması şeklinde yapılması gerekliliğini hissettik. Bu ekipte çocuk psikiyatristi, nörolog, çocuk sağlığı ve eğitimi uzmanı, odyolog, konuşma terapisti ve fizyoterapistin



olması gerekliliğine inanmaktayız. Otistik davranış özelliği gösteren çocukların düzenli aralıklarla gelişimlerinin izlenmesi, uygun eğitim programlarından yararlandırılması ve aile eğitiminin yapılması da bu grubun çalışma disiplini içinde olmalıdır.

Çalışmamızın bir ön çalışma niteliğinde olması nedeniyle, ileriye dönük çalışmalarımızda yukarıda söz edilen diğer parametrelerin de incelenmesi gerekliliğine inanmaktayız. Ayrıca farklı yaş gruplarında daha geniş örneklem grubu ile karşılaştırmalı çalışmalar yapılmasının tanıya ve eğitime yönelik yeni bulgular elde edilmesinde önemli olduğunu düşünmekteyiz.

## KAYNAKLAR

Buchwald JS, Erwin R, Van Lancker ve ark. (1992). Mid-latency auditory evoked responses. P1 abnormalities in adult autistic subjects. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*, 84 : 164-171.

Eriksson A, and Chateau P (1992). Brief report : A girl aged two years and seven months with autistic disorder video taped from birth. *Autism Dev Disord* 22 (1) : 127-129.

Fein D, Skoff B ve Mirsky A (1981). Clinical correlates of brainstem dysfunction in autistic children. *J Autism Dev Disord* 11 (3) : 303-315.

Frith U (1989). *Explaining the Enigma*. Billing and Sons Ltd., Worcester.

Frith U (1993). *Autism*. *Scientific American* 26 (6) : 78-84.

Hashimoto T, Tayama M, Miyazaki M ve ark. (1993). Brainstem and cerebellar vermis involvement in autistic children. *J Child Neurology* 8 : 149 - 153.

Hall JW (1992). *Handbook of Auditory Evoked Responses*. Allyn and Bacon, USA, 447-449, 691-692.

Hayes RW ve Gordon AG (1977). *Auditory abnormalities in autistic children*. *The Lancet*, 8 (2) : 767.

Jacobson JT (1985). *The Auditory Brainstem Response*. College-Hill Press, Boston.

Klin A (1993). *Auditory brainstem responses in autism : brainstem dysfunction or peripheral hearing loss?* *J Autism Dev Disord*, 23 (1) : 15-35.

Mc Clelland RS, Watson D, Mc Allister ve ark (1986). *Infantile autism and the brainstem auditory evoked potentials*. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*, 63 (5) : 79-80.

Miral S, İkiz AÖ, Günbay U ve ark (1994). *Ottistik çocuklarda erken ve orta latans işitsel uyarılmış potansiyeller*. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1 (2) : 79-86.

Morton J (1989). *The origins of autism*. *New Scientist*, 9, IPC.

Schroeder LL, Kromer SJ (1989) *The Very Basics of ABR*. The Interstate Printers & Publishers, Danville, Illinois.

Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V (1987) *Biyoistatistik*. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak. Biyoistatistik Bilim Dalı, Çağ matbaası, Ankara.

Van Lancker D, Cornelius C, Kreiman J ve ark (1988). *Recognition of environmental sounds in autistic children*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27 (4) : 423-427.

Volkmar R, Bregman J, Colen J D ve ark (1988). *DSM-III and DSM-III-R Diagnoses of Autism*. *American J Psychiatry*, 145 (11) : 1404-1408.

Wong V ve Wong SN (1991). *Brainstem auditory evoked potential study in children with autistic disorder*. *J Autism Dev Disord* 21 (3) : 329-340.

# ÖZÜRLÜ ÇOCUĞU OLAN ANNE BABALARIN GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Bülbin Sucuoğlu\*

## ÖZET

Bu çalışmada 24 maddelik Aile Gereksinimleri Belirleme Aracı kullanılarak özürlü çocuğa sahip ailelerin temel gereksinimleri belirlenmeye çalışılmıştır. Bailey ve Simeonsson tarafından geliştirilen aracın faktör analizi yapılmış, güvenilirliği hesaplanmış ve özürlü çocuğu olan 44 anne ile 45 babaya uygulanarak temel gereksinimler ve bu gereksinimleri etkileyen etmenler bulunmaya çalışılmıştır. Çalışma sonucunda, anne babaların sekiz madde için ortak gereksinim ifade ettikleri, özellikle bilgi gereksiniminin anne ve babaların çoğunluğu tarafından temel gereksinim olarak belirtildiği görülmüştür. Annelerin % 90.9'u, benzer özellikte çocuğu olan anne babalar hakkında yazılı materyal okuma gereksinimini, babaların % 84'ü ise çocuğa bazı becerileri öğretebilme konusunda bilgi gereksinimini öncelikli gereksinim olarak ifade etmişlerdir. Aracın açık uçlu sorusundan anne babaların özel gereksinimleri hakkında ayrıntılı bilgi toplanabilmiş, çoğunluğunun çocuğun okula gidip gelebilmesi için servis ve çocuk için tüm gün okulu ailenin temel gereksinimleri olarak belirttikleri görülmüştür.

**Anahtar sözcükler :** Özürlü çocuk, anne baba (ebeveyn), gereksinim.

## SUMMARY : ASSESSMENT OF THE NEEDS OF THE PARENTS OF EXCEPTIONAL CHILDREN

In this study, needs of the parents of handicapped children and influences of the demographic characteristics on the needs are investigated. Family Needs Survey developed by Bailey and Simeonsson is used to determine parental needs. Turkish form, reliability and validity studies are presented in this paper. The sample consists of 44 mothers and 45 fathers of mentally handicapped and autistic children.

The results showed that most of the mothers and fathers expressed the needs for information about child development, handicaps and how to teach, how to play with children. The open ended question on the Family Needs Survey provided information about needs of greatest priority for families. The transportation and whole day school are determined as the most important needs of the parents. Also, it is found that the demographic characteristics are not effective variables on the parental needs. These results are discussed in terms of the Turkish special education programs.

**Key words :** handicapped child, parent, needs

Özürlü çocuklar ve ailelerine verilecek hizmetlerin en iyi şekilde sağlanabilmesi için ; ailenin özelliklerinin, yapısının aile bireylerinin özellikleri, aile içinden ve dışından sağlanan destekler ve özürlü çocuğun gelişim düzeyinin belirlenmesi gerekmektedir. 1960'lı yıllardan itibaren özürlü çocuğa sahip anne babaları, ailenin diğer bireylerini ve özürlü çocuğun aile üzerindeki etkilerini inceleyen birçok çalışma yapılmıştır. Anne babaların kişilik özellikleri (Wolf ve ark. 1988), stresleri (Bebko ve ark. 1987) incelenmiş, anne babalar için çocuğa ve kendilerine ait problemlerle daha kolay başedebilmelerini sağlamak amacıyla psikolojik danışma grupları oluşturulmuş (Davis 1985, Davis ve Rushton 1991), annelerin çevreden aldıkları destek araştırılmıştır (Gill ve Harris 1991). Ayrıca çocuklarıyla etkili iletişim kurabilmelerini sağlamak amacıyla anne baba eğitim programları hazırlanmış (Baker ve Brightman 1984, Baker ve Mc Curry 1984) ve anne babaların çocuklarına yeni beceriler öğretebilmeleri amacıyla çeşitli öğretim bece-

rileri kazandırılmaya (Rosenberg ve Robinson 1985) çalışılmıştır.

Anne babaların özürlü çocukları ve ailenin diğer bireyleri ile ilgili problemlerine çözüm getirmek amacıyla hazırlanan / uygulanan bu tür eğitim rehberlik ve psikolojik yardım programlarının başarısı; çocuk ve ailenin ayrıntılı olarak değerlendirilmesi, programların ailenin gereksinimlerini karşılayıp karşılayamaması ile ilgilidir. Özürlü çocuk ve ailesi ; ailenin kuvvetli ve zayıf yönleri, anne baba çocuk etkileşimi, çocuğun gelişimi (motor, dil, bilişsel vb..) ve özellikleri (davranış, mizaç..) ile anne babanın gereksinimleri boyutlarında değerlendirilmelidir (Bailey ve Simeonsson 1988). Özellikle ailenin gereksinimlerinin belirlenmesi; aileye sağlanacak hizmetlerin türü, içeriği, niteliği ve yönteminin seçimi açısından çok önemlidir. Hizmetlerin bu temel gereksinimleri karşılamadığı durumlarda programların başarısı düşmekte, gereksinimler ve buna paralel olarak ailenin önceliklerinin belirlenmesiyle programlar amacına ulaşmakta ve uzman / öğretmenlerin önemli olarak belirttiği program amaçlarını anne babanın kabul etmesi kolaylaşmaktadır (Bailey ve Simeonsson 1988).

\* Yrd. Doç. Dr., Ankara Üniv. Eğitim Bilimleri Fak. EPH B.L. Özel Eğitim Anabilim Dalı, Ankara.



Özürü çöçüğü olan her ailenin, her anne babanın gereksinimleri birbirinden farklıdır ancak bu gereksinimler birkaç grupta toplanabilir. Turnbull ve Turnbull (1986), ailelerin gereksinimlerini belirlemek amacıyla geliştirdikleri Aile Bilgi Tercih Envanteri'nde (Family Information Preference Index) aile gereksinimlerini; çocukla çalışma, profesyonellerle işbirliği, gelecek için planlar, ailenin rahatlaması için yardım ya da destek bulma ve kullanma konularında olmak üzere beş grupta toplamışlardır.

Aile gereksinimlerini belirleme konusunda yapılan bir başka çalışmada, anne baba gereksinimleri; bilgi, destek gereksinimleri, maddi gereksinimler, çocuğun durumunu diğerlerine açıklayabilme, ailenin işleyişi ve toplumsal servislerle ilgili gereksinimler olarak gruplanmıştır (Bailey ve Simeonsson 1988). Araştırmacılar, erken eğitim programına katılacak anne babaların gereksinimlerini, önceliklerini belirlemek amacıyla Aile Gereksinimlerini Belirleme Aracı (Family Needs Survey) geliştirmişler, 34 anne babaya uygulayarak anne babaların en fazla ya da en az gereksinim duydukları alanları belirlemişlerdir. Hem annelerin hem babaların çocuklarına bir beceri öğretme, çocuk için uygun kurum bulma, diğer anne babalar hakkında yazılı materyal okuma alanlarında ortak gereksinimleri olduğu belirlenmiştir. Annelerin ayrıca çocuğun özürü hakkında bilgi, diğer anne babalarla tanışma ve konuşma, kendileri için zaman ayırma ve maddi yardım konularında gereksinimleri olduğu gözlenmiştir. Çocuğun öğretmeni ve terapistiyle görüşme, çocuğa uygun doktor bulabilme, kilise ya da sinagog'ta çocuğa bakacak kimse bulma ve iş bulabilme konularında annelerin % 10 dan azının gereksinim belirttikleri bulunmuştur. Aynı çalışmada Aile Gereksinimi Belirleme Aracının farklı özür ve yaş grubundaki çocukların anne babalarına uygulanması, ayrıca faktör analizi yapılarak aracın istatistiksel bütünlüğünün sağlanması önerilmiştir.

Son yıllarda ülkemizde özürü çocuklara ve ailelerine sağlanan hizmetler ile ailelerin farklı boyutlarda değerlendirilmesi konularında yapılan araştırmalar artmıştır. Anne babaların stresleri, kaygıları (Akkök 1989, Kuloğlu - Aksaz 1991), özürü kardeşi olan normal çocukların özellikleri (Şen 1992, Günayer 1992) üzerinde çalışılan temel konular olmuş, anne babalar için psikolojik danışma grupları sınırlı sayıda aile ile gerçekleştirilmiştir. Ayrıca anne babalar için özürü çocuklarına beceri kazandırma, problem davranışlarını azaltma konularında 8-10 haftalık eğitim programları hazırlanmış, böylece anne babaların öğretme becerilerini kazanmaları sağlanmış, aynı zamanda çocuğun gelişimine katkıda bulunul-

muştur (Akkök 1984, Kargın 1990, Sucuoğlu ve ark. 1991, 1994, Sucuoğlu ve Kuloğlu - Aksaz 1992). Bir başka çalışmada annelerle öğretmenlerin zihinsel özürü çocuklar için öncelikli eğitim hedefleri karşılaştırılmış, iki grubun öncelikli eğitim hedeflerinin farklı olduğu gözlenmiş; yapılacak eğitim / psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmetleriyle eğitim hedeflerinin ortak hale getirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır (Akıncı 1992).

Yapılan bu çalışmalar arasında doğrudan anne babanın gereksinimlerini belirleyen, öncelikli gereksinimler temel alınarak program hazırlanan çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle, Bailey ve Simeonsson tarafından geliştirilen Aile Gereksinimlerini Belirleme Aracının (AGBA) geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını yapmak ve bu aracı kullanarak özürü çocuğa sahip anne babaların gereksinimlerini, bu gereksinimlere etki eden faktörleri belirlemek amacıyla bu araştırma planlanmıştır.

## YÖNTEM

**Denekler :** Bu araştırmanın deneklerini zihinsel özürü ve otistik çocuğa sahip 44 anne ile 45 baba oluşturmaktadır. Çocukların hepsi çeşitli özel eğitim kurumlarına devam etmektedirler. Anne baba ve çocukların demografik özellikleri Tablo - 1.2 'de verilmiştir.

**Tablo 1: Özürü Çocuğa Sahip Anne Babaların Özellikleri**

		Anne n=44		Baba n=45	
		n	%	n	%
< Yaş	20 - 30	15	34.1	6	13.3
	31 - 40	17	38.6	23	51.1
	41 - 50	11	25.0	12	26.7
	51 >	1	2.3	4	8.9
Eğitim (Yıl) <	0 - 5 yıl	16	36.4	3	6.7
	6 - 8 yıl	3	6.8	-	-
	9 - 11 yıl	18	40.9	-	-
	11 - 15 yıl	7	15.9	38	84.4
	15 yıldan fazla	-	-	4	8.9

**Tablo 2: Araştırma Kapsamında Yer Alan Anne Babaların Özürü Çocuklarının Özellikleri**

		Otistik (n=30)		ZÖ (n=99)	
		n	%	n	%
Cinsiyet <	Kız	5	10.6	30	58.8
	Erkek	25	83.4	29	49.2
Yaş	0 - 5 yaş	13	43.3	10	16.9
	6 - 12 yaş	12	40.0	40	67.8
	13 - 18 yaş	3	10.0	9	15.3
	18 yaş üstü	2	6.6	-	-



**Veri Toplama Aracı :** Özürlü çocuğa sahip anne ve babaların gereksinimlerini belirleyebilmek amacıyla Bailey ve Simeonsson tarafından geliştirilen Aile Gereksinimlerini Belirleme Aracı (Family Needs Survey), bu çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Araç iki bölümden oluşmaktadır :

**I. Bölüm :** Bu bölümde anne babaların gereksinimlerinin farkına varabilmelerini sağlamak amacıyla altı grupta toplanmış 35 madde yer almaktadır. Birinci grupta anne babanın bilgi gereksinimini ifade eden 7 madde bulunmakta, ikinci grupta ise destek gereksinimini belirlemeye çalışan 8 madde yer almaktadır. Anne babanın özürlü çocuğunun durumunu çevresine açıklamasının oldukça önemli bir problem olduğu düşüncesiyle geliştirilen üçüncü gruptaki 5 madde, çocuğun durumunu ailenin diğer bireylerine, komşulara, diğer çocuklara açıklama konusundaki gereksinimleri ifade etmektedir. Dördüncü grupta toplumla ilgili servislere, beşinci grupta ailenin maddi gereksinimlerine, son grupta ise ailenin genel işleyişine ilişkin gereksinim ifade eden maddeler yer almaktadır.

Bu bölümde yer alan her madde 1 (Kesinlikle hayır), 2 (Emin değilim), 3 (Kesinlikle evet) olarak yanıtlanmaktadır. Yanıtlardan 1 : anne babanın o maddede yer alan ifade ile ilgili hiç gereksinimi olmadığını, 2 : o madde ile ilgili olarak emin olmadığını, 3 ise o madde ile ilgili olarak kesinlikle gereksinimi olduğunu ifade etmektedir.

**II. Bölüm :** Bu bölümde "Lütfen ailenizin en temel beş gereksinimini sıralayınız" açık uçlu sorusu bulunmaktadır. Bu sorudan elde edilen yanıtlar, anne babaların birinci bölümdeki 35 maddeye verdikleri yanıtlarla karşılaştırılmakta, iki bölümdeki yanıtlarda örtüşme olup olmadığı belirlenmekte; böylece birinci bölümde yer almayan aile için daha özel olan gereksinimlerin belirlenmesi hedeflenmektedir.

Araç anne ve babalara ayrı ayrı uygulanmakta, her iki bölümün eksiksiz uygulanmasıyla ailenin hem genel hem de özel gereksinimleri ile ilgili bilgi edinilmektedir.

Araçla elde edilen verilerin kararlılığı (stability), 6 ay arayla yapılan test - tekrar test yöntemiyle araştırılmış, iki değerlendirme sonucunda elde edilen puanların korelasyonu anneler için  $r = .67$ , babalar için  $r = .81$  olduğu bulunmuştur.

**Çeviri çalışmaları :** Aile Gereksinimlerini Belirleme Aracı (AGBA), İngilizce ve Türkçeyi iyi bilen 2 uzman tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, daha sonra her iki dili de iyi derecede bilen bir başka uzman tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiş, bazı maddelerin üzerinde tartışılarak araca son şekli verilmiştir.

**Faktör Analizi :** Aile Gereksinimlerini Belirleme Aracının birinci bölümünde yer alan "Kilisede / sinagogdayken özürlü çocuğuma kilise içinde bakabilecek kişi ya da yuvaya gereksinim duyuyorum." maddesi çıkarıldıktan sonra kalan 34 madde üzerinden bu bölüm için faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi 89 anne babadan alınan cevaplarla gerçekleştirilmiş, bu amaçla SPSS istatistik programının alt programı olan faktör analizi programı kullanılmıştır. Faktör analizinde Principal Component modeli ve daha sonra varimax rotasyonu kullanılmış, analiz sonucunda ortaya çıkan faktörlerin tümünün Eigen değerlerinin 1'den büyük olduğu görülmüştür. Her faktördeki maddeler, faktör yükleri büyükten küçüğe olmak üzere sıralanmıştır.

Analiz sonucunda toplam varyansın % 68.1'ini açıklayan altı faktör bulunmuştur. Varyansın % 33'ünü açıklayan birinci faktörde ailenin maddi gereksinimlerini ifade eden 5 madde bulunmaktadır. İkinci faktör varyansın % 10.4'ünü açıklamaktadır ve bu faktörde yer alan 4 madde çocuğun durumunun aile bireylerine açıklamak konusundaki yardımı ifade etmektedir. Üçüncü faktör çocuğun durumu ve özürü ile ilgili bilgi gereksinimi ile ilgilidir ve varyansın % 9.2 'sini açıklayan bu faktörde 4 madde yer almaktadır. Dördüncü faktörde anne babanın ailenin işleyişi ile ilgili gereksinimlerini ifade eden 4 madde yer almaktadır ve bu faktör varyansın % 5.9'unu açıklamaktadır. Ailenin destek gereksinimini ifade eden 4 maddenin yer aldığı 5. faktör toplam varyansın % 5.3'ünü açıklamaktadır. Son faktör ise toplumsal servislerle ilgilidir ve varyansın % 4.3'ünü açıklayan bu faktörde 2 madde yer almaktadır. AGBA'nın faktör analizi sonuçları Tablo 3'de yer almaktadır.

Yapılan faktör analizi sonucunda AGBA altı grupta toplanan 24 maddeden oluşan bir araç haline dönüşmüştür. Aracın son şeklinde yer alan boyutlar ve maddeler Tablo 3'de görülmektedir. Aracın II. bölümünde yer alan gereksinimlerle ilgili açık uçlu soru, aynı şekilde kullanılmıştır.



Tablo 3: AGBA'nın Faktör Yapısı

## FAKTÖR YÜKLERİ

AGBA'nın Maddeleri	F1	F2	F3	F4	F5	F6
1. Yiyecek, ev kirası, tıbbi bakım, giyim ulaşım gibi masraflarımı karşılayabilmek için maddi yardıma gereksinim duyuyorum.	.87					
2. Çocuğum için gerekli olan özel araçları sağlayabilmek için maddi yardıma gereksinim duyuyorum.	.81					
3. Çocuğumun terapi, özel eğitim, bakım ve bu gibi masraflarını karşılayabilmek için maddi yardıma gereksinim duyuyorum.	.80					
4. Çocuğumun gereksinimi olan oyuncakları alabilmek için yardıma gereksinim duyuyorum.	.78					
5. Zaman zaman çocuğuma bakan bakıcıya para ödeyebilmek için yardıma gereksinim duyuyorum.	.39					
6. Eşimin çocuğumun durumunu anlayabilmesi ve kabullenebilmesi için daha fazla yardıma gereksinim duyuyorum.		.88				
7. Çocuğumun durumunu eşime ve eşimin ailesine açıklayabilmek için daha fazla yardıma gereksinim duyuyorum.		.80				
8. Çocuğumun durumunu kardeşlerine açıklayabilmek için daha fazla yardıma gereksinim duyuyorum.		.63				
9. Ailem içinde problemlerim hakkında konuşabileceğim birisine gereksinim duyuyorum.		.49				
10. Çocuğuma bazı becerileri nasıl öğreteceğim hakkında daha fazla bilgiye gereksinim duyuyorum.			.82			
11. Çocuğumun davranışlarını nasıl kontrol edebileceğim hakkında daha fazla bilgiye gereksinim duyuyorum.			.78			
12. Çocuğumun durumu (özürü) hakkında daha fazla bilgiye gereksinim duyuyorum.			.74			
13. Çocuğumla nasıl oynayacağım / nasıl konuşacağım hakkında daha fazla bilgiye gereksinim duyuyorum.			.71			
14. Diğer özürü çocuk anne - babalarıyla daha çok tanışmaya ve konuşmaya gereksinim duyuyorum.			.47			
15. Ailemin, ev işleri, çocuk bakımı ve diğer işleri kimlerin yapacağı hakkında karar verebilmek için yardıma gereksinimi vardır.				.77		
16. Ailem, dinlenme / eğlenme etkinlikleri hakkında karar vermek ve yapmak için yardıma gereksinim duymaktadır.				.63		
17. Ailemizin, güç zamanlarda birbirlerini nasıl destekleyeceklerini öğrenmek için yardıma gereksinim vardır.				.63		
18. Problemlerimizi tartışmak ve çözümler bulabilmek için ailemin yardıma gereksinimi vardır.				.58		
19. Problemlerime çözüm bulabilmek için dini görevlilerle daha çok konuşmaya gereksinim duyuyorum.					.71	
20. Benim çocuğumla benzer özellikte çocuğu olan anne babalar hakkında yazılmış kitap, makale okumaya gereksinim duyuyorum.					.69	
21. Problemlerim hakkında konuşmak için düzenli olarak psikolojik danışman, sosyal çalışmacı, psikiyatrist, psikolog ile bir araya gelmek istiyorum.					.57	
22. Çocuğumun öğretmeni ya da terapisti ile konuşabilmek için daha fazla zamana gereksinim duyuyorum.					.56	
23. Çocuğuma yardımcı olabilecek dış hekimi bulmak için yardıma gereksinim duyuyorum.						.74
24. Beni ve çocuğumun gereksinimlerini anlayacak doktor bulmak için yardıma gereksinim duyuyorum.						.68



**Güvenirlilik çalışması :** 24 maddeden oluşan Aile Gereksinimlerini Belirleme Aracının 89 kişiden oluşan anne baba grubundaki Cronbach iç tutarlılık katsayısı hesaplanmış ve bu değer .90 bulunmuştur.

## **BULGULAR**

Bu çalışmada zihinsel özürlü ve otistik çocuğu olan anne babalara Aile Gereksinimlerini Belirleme Aracı uygulanarak, anne babaların temel gereksinimleri belirlenmeye çalışılmıştır.

**I. Anne babaların en fazla gereksinim duydukları alanlar :** Anne babaların en fazla gereksinim duydukları alanları belirleyebilmek için anne babalardan toplanan veriler ayrı ayrı incelenmiştir. AGBA' daki maddeleri "3: Kesinlikle evet" olarak yanıtlayan anne babaların yüzdeleri Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4'de görüldüğü gibi onbir maddede annelerin % 50'den fazlası, sekiz maddede ise babaların % 50'den fazlası gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir, aynı zamanda bu sekiz maddenin annelerle babaların % 50'den fazlasının ortak olarak gereksinimlerini ifade ettikleri maddeler olduğu gözlenmiştir.

Aracın beşinci grubu olan destek gereksinimi grubunda yer alan "Özürlü çocuğumla benzer özellikte çocuğu olan anne babalar hakkında yazılmış kitap, makale okumaya gereksinim duyuyorum." maddesi annelerin büyük çoğunluğunun (% 90.9) gereksinim duyduklarını ifade ettikleri madde olmuştur.

Üçüncü gruptaki "Çocuğuma bazı becerileri nasıl öğreteceğim hakkında da fazla bilgiye gereksinim duyuyorum" maddesi babaların % 84'ünün "kesinlikle evet" olarak cevap verdikleri madde olmuştur.

Bilgi gereksinimi grubundaki beş maddede de annelerin % 50'den fazlası gereksinim belirtmişler, "Diğer özürlü çocuk anne babalarıyla daha çok tanışma ve konuşmaya gereksinim duyuyorum." maddesi dışındaki diğer dört maddede babaların % 50'den fazlası gereksinim ifade etmişlerdir.

Destek gereksinimi grubundaki "Problemlere çözüm bulmak amacıyla dini görevlilerle konuşma gereksinimi "ifade eden madde dışındaki üç maddede annelerin % 50 'den fazlası gereksinim belirtirken, "diğer anne babalar hakkında yazılmış kitap, dergi okuma" ve "çocuğun öğretmeni / terapistle konuşma ge-

reksinimi "maddeleri için babaların % 50'den fazlası evet yanıtı vermişlerdir. Ayrıca, "Beni ve çocuğumun gereksinimlerini anlayacak doktor bulmak için yardıma gereksinim duyuyorum" maddesinde annelerin % 52.3'ü, babaların % 51.1'i kesinlikle gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir.

Maddi gereksinimler grubunda yer alan "Çocuğumun terapi, özel eğitim, bakım ve bu gibi masraflarını karşılayabilmek için maddi yardıma gereksinim duyuyorum." maddesi hem annelerin hem de babaların yarısının "Kesinlikle evet" olarak yanıtladıkları maddeler olmuştur.

**II. Anne babaların en az gereksinim duydukları alanlar :** Özürlü çocuğu olan anne babaların AGBA'nın maddelerine verdikleri yanıtlar incelendiği zaman maddi gereksinimler ile ilgili "Zaman zaman çocuğuma bakan bakıcıya para ödeyebilmek için yardıma gereksinim duyuyorum" maddesine, annelerin % 15.9'u, babaların % 6.7'si evet cevabı vermişler, böylece bu madde hem anneler hem de babalar tarafından en az gereksinim ifade edilen madde olarak belirlenmiştir.

**III. Açık uçlu sorulara verilen cevaplar :** AGBA'nın ikinci bölümünde yer alan "Ailenizin en temel beş gereksinimini sıralayınız." açık uçlu sorusundan elde edilen veriler değerlendirilmiş, sonuçlar I. bölümden elde edilen sonuçlarla karşılaştırılmıştır.

Açık uçlu soruda, anne babaların çoğu genellikle beş temel gereksinim için bırakılan boş yere bir ya da iki gereksinim yazmışlar, çoğunluğu en temel gördükleri bir gereksinimi belirtmişlerdir. Bu bölümde anne babaların verdikleri cevaplarda ifade ettikleri gereksinimler sıralanmış, 89 anne babanın temel gereksinimlerinin 24 maddede toplandığı görülmüştür. Bu 24 gereksinim, I. bölümde yer alan maddeler, I. bölümdeki herhangi bir maddeyle ifade edilenler ve I. bölümde yer almayan gereksinimler olarak üç grupta toplanmıştır. Dört maddenin (% 16) I. grupta yer aldığı, 6 maddenin (% 25) herhangi bir maddeyle ifade edildiği, 14 maddenin (% 58) ise I. bölümde yer almadığı görülmüştür. 14 maddede ifade edilen yeni gereksinimler; anne babaların çoğunun temel gereksinim olarak ifade ettiği servis (çocuğun okula gidip gelebilmesi), tüm gün okul ile özürlü kardeşi olan çocukların devam ettiği kurumlarda eğitim alması, özürlü çocuk için parasız ulaşım (belediye otobüslerinin bu çocuklara ücretsiz olması) ve bu çocuklara sağlanabilecek, anne babaları olmadan katılabilecekleri yaz kampları olarak sıralanabilir.



**Tablo 4 : Anne ve Babaların AGBA Maddelerine Verdikleri Evet Cevapları %'leri**

	<b>Anne</b>	<b>Baba</b>
<b><u>MADDİ GEREKSİNİMLER</u></b>		
1. Yiyecek, ev kirası, tıbbi bakım, giyim ulaşım gibi masraflarımı karşılayabilmek için maddi yardıma gereksinim duyuyorum.	38.6	37.8
2. Çocuğum için gerekli olan özel araçları sağlayabilmek için maddi yardıma gereksinim duyuyorum.	38.6	40.0
3. Çocuğumun terapi, özel eğitim, bakım ve bu gibi masraflarını karşılayabilmek için maddi yardıma gereksinim duyuyorum.	52.3	51.1
4. Çocuğumun gereksinimi olan oyuncakları alabilmek için yardıma gereksinim duyuyorum.	25.0	35.6
5. Zaman zaman çocuğuma bakan bakıcıya para ödeyebilmek için yardıma gereksinim duyuyorum.	15.9	6.7
<b><u>DİĞERLERİNE AÇIKLAMA YAPMAK</u></b>		
6. Eşimin çocuğumun durumunu anlayabilmek ve kabullenebilmesi için daha fazla yardıma gereksinim duyuyorum.	27.3	22.1
7. Çocuğumun durumunu eşime ve eşimin ailesine açıklayabilmek için daha fazla yardıma gereksinim duyuyorum.	31.8	15.6
8. Çocuğumun durumunu kardeşlerine açıklayabilmek için daha fazla yardıma gereksinim duyuyorum.	29.5	20.0
9. Ailem içinde problemlerim hakkında konuşabileceğim birisine gereksinim duyuyorum.	54.4	24.4
<b><u>BİLGİ GEREKSİNİMİ</u></b>		
10. Çocuğuma bazı becerileri nasıl öğreteceğim hakkında daha fazla bilgiye gereksinim duyuyorum.	88.6	84.4
11. Çocuğumun davranışlarını nasıl kontrol edebileceğim hakkında daha fazla bilgiye gereksinim duyuyorum.	88.6	77.8
12. Çocuğumun durumu (özürü) hakkında daha fazla bilgiye gereksinim duyuyorum.	81.8	77.8
13. Çocuğumla nasıl oynayacağım / nasıl konuşacağım hakkında daha fazla bilgiye gereksinim duyuyorum.	68.2	62.2
14. Diğer özürü çocuk anne-babalarıyla daha çok tanışmaya ve konuşmaya gereksinim duyuyorum.	63.6	48.9
<b><u>AİLENİN İŞLEYİŞİ</u></b>		
15. Ailemin, ev işleri, çocuk bakımı ve diğer işleri kimlerin yapacağı hakkında karar verebilmek için yardıma gereksinimi vardır.	18.2	15.6
16. Ailem, dinlenme / eğlenme etkinlikleri hakkında karar vermek ve yapmak için yardıma gereksinim duymaktadır.	29.5	26.7
17. Ailemizin, güç zamanlarda birbirlerini nasıl destekleyeceklerini öğrenmek için yardıma gereksinim vardır.	29.5	28.9
18. Problemlerimizi tartışmak ve çözümler bulabilmek için ailemin yardıma gereksinimi vardır.	34.1	28.9
<b><u>DESTEK GEREKSİNİMİ</u></b>		
19. Problemlerime çözüm bulabilmek için dini görevlilerle daha çok konuşmaya gereksinim duyuyorum.	21.3	10.2
20. Benim çocuğumla benzer özellikte çocuğu olan anne babalar hakkında yazılmış kitap, makale okumaya gereksinim duyuyorum.	90.9	73.3
21. Problemlerim hakkında konuşmak için düzenli olarak psikolojik danışman, sosyal çalışmacı, psikiyatrist, psikolog ile biraraya gelmek istiyorum.	65.9	44.5
22. Çocuğumun öğretmeni ya da terapisti ile konuşabilmek için daha fazla zamana gereksinim duyuyorum.	79.5	76.5
<b><u>TOPLUMSAL SERVİSLER</u></b>		
23. Çocuğuma yardımcı olabilecek dış hekimi bulmak için yardıma gereksinim duyuyorum.	45.5	37.8
24. Beni ve çocuğumun gereksinimlerini anlayacak doktor bulmak için yardıma gereksinim duyuyorum.		



**IV. Anne baba gereksinimleri ve demografik özellikler :** Çalışmanın bu aşamasında anne babaların AGBA'dan aldıkları toplam puanlar, anne baba ve çocuğa ait demografik özellikler açısından incelenmiş, anne baba gereksinimlerinin bu özelliklere göre değişip değişmediği belirlenmeye çalışılmıştır.

Toplam puanlar; anne baba olma, anne babanın yaşı ve eğitim durumuna göre tek yönlü varyans analizi ile incelendiği zaman hem annelerin hem de babaların toplam puanlarının bu özelliklere göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Ayrıca çocuğun özürü, cinsiyeti ve yaşı açısından anne baba gereksinimlerinin farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiş, bu değişkenlerin de anne baba gereksinimleri üzerinde etkili olmadığı gözlenmiştir.

## **TARTIŞMA**

Bu çalışmada, özürlü çocuğa sahip anne babaların gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu aileler için gerekli hizmetlerin sağlanmasında bu gereksinimlerin temel alınması düşüncesinden hareket edilerek, anne babaların gereksinimleri belirlenmeye çalışılmıştır. Öncelikle Bailey ve Simeonsson tarafından geliştirilen Aile Gereksinimleri Belirleme Aracı Türkçe'ye çevrilerek faktör analizi yapılmış, aracın 11 maddesi atılarak 6 grupta toplanan 24 maddeden oluşan son şekli verilmiştir. Aracın yeni hali 89 anne babaya uygulanarak, zihinsel özürlü ve otistik olan anne babaların gereksinimleri ve bu gereksinimleri etkileyen faktörler belirlenmeye çalışılmıştır.

Aracın birinci bölümünün doldurulması ile elde edilen verilerin açık uçlu soruya verilen yanıtlarla örtüşüp örtüşmediğine bakılmış, AGBA'nın özürlü çocuğu olan anne babaların gereksinimlerini ayrıntılı olarak belirlemek amacıyla kullanılabileceği görülmüştür.

Annelerle babaların aracın I. bölümünde sekiz madde için ortak gereksinim ifade ettikleri, bu maddeleri annelerin ve babaların % 50'den fazlasının "evet" olarak yanıtladıkları gözlenmiştir. Özürlü çocuğu olan annelerle babaların temel gereksinimlerinin ortak olması, gereksinimlerin yaş, eğitim gibi değişkenlere bağlı olarak değişmemesi, bu konuda sağlanacak hizmetlerin niteliğini, içeriğini belirlemede kolaylık sağlayacak bilgidir.

Bilgi gereksinimi grubundaki beş madde, anneler ve babalar (bir madde dışında) için en fazla gereksinim duyulan ifadelerin yer aldığı maddelerdir. Bu gruptaki maddelerde, çocuğun

özürü ile ilgili bilgi, çocuğun davranışlarını kontrol edebilme, çocuğa yeni bir beceri kazandırabilme, çocukla iletişim kurabilme ve diğer anne babalar hakkında bilgi gereksinimleri ifade edilmektedir. Özürlü çocuğa sahip anne babalar, çocuklarına tanı konduğu zaman doktorlar tarafından özürle ilgili verilen bilgileri ve yapılan önerileri yetersiz bulmakta (Nursey ve ark. 1990), özellikle ülkemizde aileleri yönlendirecek ve bilgilendirecek servislerin sınırlı olması nedeniyle, çocuklarının özürü ve onlara nasıl eğitim verilebileceği konularında sürekli olarak bilgiye gereksinim duymaktadırlar. Bu gereksinimlerin, çocuğun devam ettiği eğitim ve tedavi kurumlarınca karşılanmasının, anne babanın bilinmezlerle uğraşmasını önleyeceği ve eğitime katılımlarını arttıracacağı kabul edilmektedir. Bilgi gereksinimini karşılamak amacıyla hazırlanan ve uygulanan eğitim programlarından anne babaların çok yararlandıkları daha önce yapılmış olan çalışmalarda vurgulanmaktadır (Akkök 1984, Baker ve Brightman 1984, Kargın 1990, Sucuoğlu ve Kuloğlu - Aksaz 1992, Sucuoğlu ve ark. 1992, 1994).

Destek gereksinimi grubunda annelerin % 90.9'unun "evet" olarak yanıtladıkları madde, "Benim çocuğumla benzer özellikte çocuğu olan anne babalar hakkında yazılmış kitap, makale okumaya gereksinim duyuyorum." maddesidir. Özürlü çocuğu olan anne babaların stres ve kaygılarının çocuğun sağlık ve davranışlarla ilgili problemlerine, tanısının konulmasındaki güçlüklerle, aile içi ilişkilere ve ailenin gelir durumuna bağlı olarak değişmesine karşın, normal çocuk anne babalarından daha fazla olduğu kabul edilmekte (aktaran Akkök 1989), ayrıca annelerin kaygı ve endişe düzeylerinin babalara kıyasla daha fazla olduğu da bazı çalışmalarda vurgulanmaktadır (Holroyd 1974, Bristol 1984). Özürlü çocuklar için uygun ve sistemli eğitim programlarının, uygun kurumların sağlanmasının yanısıra; anne babaların benzer problemi olan diğer anne babalarla bir araya geldikleri psikolojik danışma grupları, diğer anne babalara ait yazılı materyaller, filmler yardımıyla anne babaların sorunlarıyla baş edebilmeleri için profesyonel yardım almaları ve bu şekilde destek gereksinimlerinin karşılanması sağlanmalıdır. Ancak bu durumda anne babaların özürlü çocuk ve birbirleriyle olan ilişkileri düzelecek, çevrenin (eğitim kurumu, hastane) ve çocuğun beklentilerini karşılayabileceklerdir.



Maddi gereksinimler grubunda annelerle babaların en az % 50'sinin çocuğun terapi, özel eğitim, bakım ve bu gibi masraflarını karşılayabilme konusunda gereksinim ifade ettikleri görülmüştür. Özürlü çocukların tedavi ve eğitimle ilgili gereksinimlerinin fazla olması, bu çocuklar için açılmış olan parasız eğitim kurumlarının sayıca ve program açısından yetersiz bulunması, çocukların okul sistemi dışında özel eğitim hizmetlerinden yararlanmaları gerekliliğini gündeme getirmektedir. Özel eğitim hizmetlerinin, bakımın, ilaçların ve çeşitli özel tedavilerin oldukça pahalı olması, bu aileleri genellikle maddi problemlerle karşı karşıya bırakmaktadır. Özellikle maddi sorunlara çözüm bulunmadığı durumlarda aileler çoğu zaman eğitimden hatta tedaviden tamamen vazgeçmektedirler. Bu nedenle anne babaların maddi gereksinimlerinin belirlenerek, çeşitli gönüllü kuruluşlar ve devlet yardımıyla çözümlenmesi ile birçok çocuğun eğitim alabileceği ve anne babanın eğitime katılımının artacağı düşünülmektedir.

Açık uçlu soruların yanıtlarına bakıldığı zaman, anne babaların en temel gereksinim olarak servis, bir başka deyişle çocuğun evden okula okuldan eve ulaşımı konusunda gereksinim ifade ettikleri görülmüştür. Gelişmiş ülkelerde, AGBA'nın geliştirildiği Amerika'da özürlü çocuklar için servis, dolayısıyla ulaşım sorunu yoktur. Çocuklar devletin sağladığı servislerle okullarına ücretsiz olarak gitmektedirler. Ülkemizde ise bazı devlet ve vakıf okullarında servis ücret karşılığında sağlanabilmekte, pek çok kurum bu gereksinimi karşılayamamakta, aileler bu konuda zorlandıkları için eğitimden vazgeçmektedirler. Bu nedenle, ülkemizde ailelerin gereksinimlerini belirleme çalışmalarında "ulaşım" ile ilgili madde konulması ve bu temel gereksinimin en uygun şekilde karşılanarak daha fazla çocuğun özel eğitimden yararlanması sağlanmalıdır. Aynı bölümde birçok anne baba "tüm gün okul" u tek ve temel gereksinim olarak bildirmiştir. Ülkemizde özürlü çocukların devam ettiği kurumlar son derece sınırlı olup bunların çoğunluğu yarım gün eğitim vermektedir, bazı kurumlar ise merkez niteliğinde çalışarak eğitimi günde, haftada birkaç saatle sınırlamaktadırlar. Özellikle ağır derecede özürlü çocuklar ve davranış sorunları olanlar var olan kurumlardan yararlanamamakta, bu çocukların anne babaları bakım ve eğitim konusunda güçlüklerle karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle birçok anne babanın tüm gün okulu temel gereksinim olarak ifade ettikleri kabul edilebilir.

Açık uçlu sorularda belirtilen temel gereksinimlerden birisi de özürlü çocukların normal eğitim kurumlarından yararlanmasıdır. Özellikle hafif derecede zihinsel özürlü ve otistik çocukların anne babaları çocuklarının sadece özel eğitim kurumlarında eğitim almasının çocuğun gelişimi açısından sakıncalı olduğunu, bu çocukların olabildiğince normal eğitim kurumlarına devam etmeleri gerektiğini savunmaktadırlar. Ülkemizde durumu ve özellikleri uygun olan özürlü çocukların normal eğitim kurumlarında eğitim görmesini zorunluluk haline getiren yasa olmasına karşın, ön hazırlıklar sağlanmadığı için birçok kurum özürlü çocukları kabul etmemektedir. Bu nedenle normal okulda eğitim görme, çocuklarının durumu uygun olmasa bile birçok anne babanın temel isteği olarak çıkmaktadır. Bu konuda bir yandan ailelerin çocuklarının durumu hakkında gerçekçi bilgilendirilmeleri, diğer yandan ise kurumların uygun özellikteki çocukların kaynaştırılmasına yönelik hazırlıkların yapılması yararlı olacaktır.

Sonuç olarak, özürlü çocuğu olan anne babalar için eğitim, terapi ve bu gibi hizmetlerin hazırlanmasında, anne babaların öncelikli gereksinimlerinin karşılanması, uygulanacak programların başarısını arttıracaktır. Ayrıca, özellikle anne babaların maddi gereksinim ya da servis gibi temel gereksinimlerin karşılanması ile daha fazla özürlü çocuğun eğitimden yararlanması da sağlanmış olacaktır.

## KAYNAKLAR

Akuncu A (1991) Öğretilebilir düzeyde zihinsel yetersiz çocukların annelerinin ve öğretmenlerinin eğitim hedefleri ile ilgili düşüncelerinin araştırılması. Yayınlanmamış Y.L. Tezi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Akkök F (1984) Davranışsal yaklaşıma dayalı aile rehberliğinin öğretilebilir çocukların özbakım becerilerinin gelişimine etkisi. Yayınlanmamış doktora tezi, A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi, Ankara.

Akkök F (1989) Özürlü bir çocuğa sahip anne babaların kaygı ve endişe düzeyini ölçme aracının geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Psikoloji Dergisi* 7(23) : 26-39.

Bailey D B, Simeonsson RJ (1988) Family Assessment in Early Intervention. Merrill Publishing Company, Columbus.

Bailey DB, Simeonsson RJ (1988) Assessing needs of families with handicapped infants. *The Journal of Special Education* 22 (1) : 117-127.



- Baker BL, Mc Curry MC (1984) School-based parent training : An alternative for parents predicted to demonstrate low-teaching proficiency following group training. *Education and Training of the Mentally Retarded* 19 : 261-267.
- Baker BL, Brightman RP (1984) Training parents of retarded children : program spesific outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 15 : 255-260.
- Bebko JM, Konstanteras MM, Springer J (1987) Parent and professional evaluations of family stress associated with characteristics of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorder* 17(4) : 565-577
- Bristol, M.M., Schopler, E. (1984) A developmental perspective on stress and coping in families of autistic children. *Severely Handicapped Young Children and Their Families*. J. Blacher (Ed). Academic Press Orlando, Florida.
- Davis H (1985) Counselling parents of children who have intellectual disabilities. *Early Child Development and Care* 22 : 19-35.
- Davis H and Rushton R (1991) Counselling and supporting parents of children with developmental delay : a research evaluation. *Journal of Mental Deficiency Research* 35 : 89-112.
- Harris S, Gill MJ (1991) Hardiness and social support as predictors of psychological discomfort in mothers of children with autism. *Journal of Community Psychology* 2 : 92-94.
- Günayer - Şenel H (1992) A comparison of the stress levels and attitudes of sibling of handicapped and normal children. *Yayınlanmamış Y.L. Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.*
- Kargın T (1990) Eğitsel yaklaşımlı aile rehberliğinin işitme engelli çocukların sözel iletişim becerilerine etkisi. *Yayınlanmamış Y.L. Tezi. A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Ankara.*
- Kuloğlu-Aksaz N (1990) Otistik ve öğretilebilir zihinsel özürülü çocukların anne babalarının kaygı düzeyleri. *Psikoloji Dergisi* 7(25) : 14-20.
- Nurse AD, Rohde JR, Farmer DT (1990) A study of doctor's and parents' attitudes to people with mentally handicaps. *Journal of Mental Deficiency Research* 34 : 143-155.
- Rosenberg S A, Robinson C (1985). Enhancement of mothers instructional skills in an infant education program. *Education and Training of the Mentally Retarded June*, 163-169.
- Şen MF (1991) İşitme engelli kardeşi olan çocukların psikolojik durumlarının incelenmesi. *Yayınlanmamış Y.L. Tezi. A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.*
- Sucuoğlu B, Kuloğlu-Aksaz N (1992) Otistik çocuklara bağımsız yaşam becerilerinin kazandırılması. *Psikoloji Dergisi* 7 (27) : 15-26.
- Sucuoğlu B, Küçük S, Kanık N (1992) Özel eğitimde anne baba programları (Örnek çalışma). *A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 24(2) : 521-538.
- Sucuoğlu B, Küçük S, Kanık N. (1994) Anne babalara öğretim becerilerinin kazandırılması. *Psikoloji Dergisi* 9(31) : 36-43.
- Turnbull AP, Turnbull HR (1986) *Families, Professionals and Exceptionally : A Special Partnership*. Merrill Publishing Company Columbus Ohio.
- Wolf S, Narayan S, Moyes B (1988) Personality characteristics of parents of autistic children : A controlled study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 29 (2) : 143-153.



# OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDA CİNSEL İSTİSMARI ÖNLEME PROGRAMI : ANA BABALARIN TUTUM, GÖRÜŞ VE DAVRANIŞLARININ TARANMASI

Ayşe Yalın\*, Efser Kerimoğlu\*\*,  
Hakan Erman\*\*\*

## ÖZET

Bu çalışmanın amacı, ana babaların, okul öncesi çocuklarda cinsel istismarı önleme programlarına ilişkin tutum, görüş ve davranışlarını saptamaktır. 3-6 yaşları arasında okul öncesi çocuğu olan 256 ana baba araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Elde edilen bulgulara göre, ana babaların, önleme programlarına, erken eğitime ve kendilerinin programa katılımına karşı olumlu yanıtlar verdiği saptanmıştır. Örneklemin üçte biri, okul öncesi çocuklarıyla cinsel istismarı tartıştıklarını ve tartışmalarının içeriğini tanımlamışlardır. Önleme programlarında hangi kavramların verilmesi konusunda ana babaların görüşleri alınmıştır. Araştırma bulguları, bir önleme politikası geliştirebilmek için önemli ip ucları vermiştir.

Colorado Üniversitesinden Wurtele ve arkadaşlarının (1992) araştırmalarında kullandıkları anket ve veri analizi teknikleri, iki farklı kültürdeki benzerlik ve farklılıkları tartışabilmek için mümkün olduğunca özdeş tutulmuştur.

**Anahtar sözcükler :** Cinsel istismar, okul öncesi çocuklar, önleme programı, ana baba tutum, görüş ve davranışlar.

## SUMMARY : ABSTRACT

The purpose of this study was to measure parents' prevention - related behaviors, attitudes and beliefs. Responce from 256 parents of preschoolers (aged 3-6) indicated a supportive attitude toward sexual abuse prevention programs, early education and parental involvement in prevention efforts. Approximately one third of the sample reported discussing sexual abuse with their preschoolers and the content of their discussion is described. Comparison were made between parents who had and had not discussed sexual abuse with their preschoolers. Reason for not discussing the topic were obtained. Parents beliefs regarding what concepts should be taught with these programs are described. Results of this study gaved us significant cues for a prevention policy.

The questionnaire and the analysis techniques were matched as much as possible with the study done by Wurtele et al. (1992) from The University of Colorado in order to compare and discuss the similarities and differences of two cultures.

**Key words :** Child sexual abuse, preschoolers prevention programs, parents' attitudes, beliefs and behaviors.

Çocuklara yönelik cinsel istismar konusu mitolojide ve yazılı tarihten itibaren tanımlanmaya çalışılmış ise de (Demausage 1974), ancak son 10 yıldır (1980-1990), çocuk cinsel istismarının görülme sıklığı, etkileri ve çocukta görülen psikopatolojiyi ele alan yönetsel açıdan güvenilir araştırmalara tanık olunmaktadır (Green 1993). Çocuk cinsel istismarının, özellikle 7 yaşın altındaki çocuklarda anlamlı düzeyde saptanması, birçok girişim yöntemlerinin ve önleme programlarının gelişmesine neden olmuştur (Green 1993, Kolka 1988, Wurtele 1987). Batı yazını gözden geçirildiğinde, çocuklarda cinsel istismarı önlemeye yönelik programların yeni gelişmekte olduğu görülmektedir (Gilbert ve ark. 1989). Buna bağlı olarak,

etkili, işe yarar programların geliştirilebilmesi için, ana babaların, konuya ilişkin tutum, görüş ve davranışlarının tanımlanması önemli bulunmaktadır (Wurtele 1992).

Kısıtlı sayıdaki araştırmalar, ana babaların önleme programlarına ilişkin davranış, tutum ve görüşlerini irdelemişlerdir.

Finkelhorn (1984), 6-14 yaş arası çocukların, ana babaları ile yaptığı bir araştırmada, örneklemin % 29'unun, konuyu çocuklarıyla tartıştığını belirlemiştir. Wurtele ve Perrin (1987) araştırma örneklemindeki ana babaların % 47'sinin bu tartışmayı yaptığını saptamışlardır.

Ülkemizde, çocuk cinsel istismarını önlemeye ilişkin araştırmalar, yazarların bildiği kadarıyla henüz yapılmamıştır. Bu nedenle ana baba tutum, görüş ve davranışlarının belirlenmesinin önemi tartışılmaz. Bunun yanı sıra, bir önleme programının okul öncesi düzeyde verilebilmesi ve başarısı, ana babaların desteğiyle gerçekleşebilir. Wurtele (1992) bu tür program-

\* Psk. Doç. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Ankara.

\*\* Prof. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Ankara.

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



lara karşı olumlu ya da olumsuz ana baba tutumlarının, programdan çocuğun alabileceği becerileri etkileyeceğini ve hiçbir eğitim programının ana babaların görüşleriyle çelişkili olmaması gerektiğini vurgulamıştır. Bu bağlamda, çocuklara yönelik cinsel istismarı önleme programları geliştirilirken ana babaların görüşlerinin alınması ön koşuldur.

Bu araştırma birkaç soruyu irdelemektedir. Birincisi; ana babalar, çocuklarıyla cinsel istismar olgusunu tartışıyorlar mı, tartışmalarının içeriği nedir? İkincisi; tartışamama nedenleri nedir? Üçüncüsü; cinsel istismarı tartışan ve tartışmayan ana babalar hangi özellikleri yönünden birbirlerinden farklıdır? Dördüncüsü; ana babalar, çocuklarının konuya ilişkin neleri öğrenmeleri gerektiğine inanmaktadırlar ve bu tür önlemeye yönelik programlar konusunda görüşleri nelerdir?

## YÖNTEM

### Denekler ve İşlem

Ankara ilinde, genelde üst sosyo-kültürel düzey çocuklarının gittiği dört ana okulunda, 3 - 6 yaşları arası çocukları olan 256 ana baba, örneklemi oluşturmuştur. Örneklem grubunun % 57.4'ü kadın, % 42.6'sı erkektir. Ana baba yaşı; % 43.8 31-35 yaş, % 27.7 25-30 yaş, % 23.3 36-40 yaş ve % 6.3 40 yaşın üstü olarak belirlenmiştir. Bu dağılıma göre, örneklem % 71.5'i 35 yaş altındadır. Ana babaların çoğunluğu (% 83.2) en az yüksek okul mezunudur. Çocukların, % 53.3'ü kız, % 45.7'si erkektir ve % 85.9'u 5 yaşın altındadır. Çocukların % 96.1'i ana babalı ailelerde, % 3.9'u boşanmış ailelerde yaşamaktadırlar. Dört ana okulunda 3-6 yaş arası çocukları olan tüm ana babalara anket gönderilmiş ve anketlerin geri dönme oranı % 51.2 olarak saptanmıştır.

Anket bir ön yazı ile, gizlilik ilkesine özen gösterilerek her çocuğun hem anne hem de baba ayrı zarflar içinde gönderilmiştir. Anketin herhangi bir yerine ne kendilerinin, ne de çocuklarının isimlerini yazmamaları istenmiştir. Zarflar her okul için hazırlanan, yalnızca araştırmacılar tarafından açılabilen kutulara konularak toplanmıştır.

### Ölçme Aracı

Bu araştırmanın amacı ana babaların okul öncesi çocuklarda cinsel istismarı önleme programlarına ilişkin tutum, görüş ve davranışlarını saptamaktır. Bu nedenle 1992'de Wurtele ve arkadaşları tarafından hazırlanan ve aynı amaçla kullanılan anket, yazardan izin alınarak bu çalışmada kullanılmıştır. Anket, çok iyi düzeyde İngilizce bilen üç öğretim üyesi tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Çeviriler iki öğretim üyesi tarafından tekrar

gözden geçirilmiş ve anlaşılabilirliğini saptamak amacı ile 10 ana babaya araştırma öncesi uygulanmıştır. Anlaşılmayan maddeler tekrar gözden geçirilerek son şeklini almıştır. "Bedeni Koruma Programı" adı verilen anket beş bölümden oluşmaktadır. Bunlar : a) demografik bilgiler; b) ana babanın önlemeye ilişkin neleri öğrettiği; c) cinsel istismarı önlemeye ilişkin tutumlar; d) cinsel istismarı önleme programlarının zarar ve yararlarına ilişkin görüşler; e) kimlerin cinsel istismar programlarına katılmasının gerekli olduğuna ilişkin görüşlerdir.

Birinci bölüm demografik bilgileri içeren maddelerden oluşmuştur.

İkinci bölümde, ana babalara, çocuklarıyla cinsel istismarı tartışıp tartışmadıkları sorulmuş ve eğer tartışmışlarsa hangi kavram ve becerileri öğrettikleri, tartışmamışlarsa bunun nedenini belirtmeleri istenmiştir.

Üçüncü bölüm, cinsel istismarı önleme programlarına ilişkin tutumların saptanmasını içeren 25 kavramdan oluşmuştur. Bu kavramlar, bedensel hakların, genital organların anatomik isimlerinin, önleme becerilerinin (örneğin "hayır de", "kaç", "dövüş" ve "birisine söyle" gibi), cinsel istismar terimlerinin, sır tutmamaları gereğinin, cinsel dokunuşların anlaşılmasını kapsamaktadır. Ana babalar, 25 kavram ile ilgili tutumlarını 1'den (kesinlikle katılmıyorum) 5'e doğru (kesinlikle katılıyorum) derecelendirmiş, Likert tipi puanlama ile belirtmişlerdir.

Dördüncü bölüm, cinsel istismarı önleme programları konusundaki görüşleri kapsayan 8 maddeden (Cronbach Alfa = .68) oluşmuştur. Bunlar; programın risklerini (örneğin "Bedeni koruma programları, çocukları ana babaların sevgiyle sarılmalarından ya da dokunmalarından koruyabilir") ve olumlu etkilerini (örneğin "Bedeni koruma programları çocukları cinsel istismardan koruyacaktır") içeren maddelerdir.

Beşinci Bölüm, kimlerin bu tür programlara gereksinimleri vardır sorusuna yanıt arayan bölümdür ve 6 madden (Cronbach Alfa = .70) oluşmuştur. Bunlar örneğin, "sadece kız çocuklarının cinsel istismardan kendilerini nasıl koruyacaklarına ilişkin bilgiye gereksinimleri vardır" gibi maddelerdir.

Bunlara ek olarak, ana babalara çocukların, cinsel istismarı önleme konusundaki bilgileri nereden almaları gerektiği, hangi yaşın bu programlara katılım için en uygun yaş olduğu ve bu tür programlara çocuklarını verip vermemeleri konusunda görüşlerini bildirmeleri istenen sorular da sorulmuştur. Tüm maddeler 1'den 5'e doğru derecelendirilmiş, Likert tipi puanlama ile değerlendirilmiştir.



Çocuklarıyla cinsel istismarı tartışan ve tartışmayanlar arasında karşılaştırmalar yapılmıştır. İki grup arasında, yaş, eğitim ve cinsiyet açısından farklar ki kare testi ile, cinsel istismarı önleme programları konusundaki görüşleri arasındaki farklar Çok Yönlü Varyans Analizi (MANOVA) ile ve çocuklarınızı böyle bir programa verir miydiniz sorusu açısından karşılaştırma ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile değerlendirilmiştir. Cinsel istismara ilişkin bazı veriler ise yüzdeleri ile sunulmuştur.

## SONUÇLAR

### Demografik Bilgiler

Tablo 1'de ankete katılan ana babalara ilişkin demografik bilgiler gösterilmiştir.

### Ana Babaların Cinsel İstismara İlişkin Deneyimleri

Çocuk cinsel istismarı ile ilgili deneyimler bağlamındaki sorulara, örneklemin % 14.3'ü yakın bir arkadaşının, bir akrabasının ya da bir komşusunun, % 7.4'ü bir çocuğun, %1.2'si kendi çocuğunun ve %1.2'si kendisinin cinsel istismara uğradığını belirtmiştir. Ancak anne ve babanın ortak yakınlarının bu oranı yükseltilmiş olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Deneyim açısından kadın (% 67.2) erkek (% 32.8) arasındaki fark önemlidir ( $\chi^2(1) = 7.23, p < .05$ ).

### Cinsel İstismarı Önlemeye İlişkin Davranışlar

Örneklemin % 32'si (üçte biri) çocuklarıyla cinsel istismarı tartıştıklarını bildirmişlerdir. Tartışan grubun % 78.2'si tartışmalarında; "seni bazı kişiler hediye ile kandırabilir", "bazı kişiler arabalarına alabilir", "cinsel organlarına dokunabilir" gibi birden fazla, % 20.3'ü yalnızca "seni bazı kişiler arabalarına alabilirler" gibi uyarılar verirken, yalnızca % 1.3'ü cinsel organların anatomik isimlerini doğru olarak öğrettiklerini bildirmişlerdir. Yine, tartışan grubun %70.7'si çocuklarını, yabancılar ve diğer çocuk ve gençlerin istismar edebilecekleri konusunda uyarırken, % 11'i yalnızca yabancıların, % 9.9'u gençlerin ve çocukların istismarda bulunabileceğini öğretmişlerdir. Hiçbir ana baba, aile içi bireylerle ilgili uyarıda bulunmamıştır. Ana babaların % 75.0'ı "hayır" demelerini, ana babalarına söylemelerini, yüksek sesle bağırma ve öğrettiklerini açıklamışlardır. Hiçbir ana baba "tekme atmak, vurmak" gibi davranışları öğretmemiştir.

Cinsel istismarı tartışmamanın iki önemli kaynağı olduğu görülmüştür. Bunlardan biri, "çocuğum henüz konuyu anlamak için küçük" (% 43.0), ki bu yanıtı verenlerin (% 89.4) çocukları 4 yaşındadır, diğeri ise, "konuya ilişkin bilgim yeterli değil, nasıl anlatacağımı bilemiyorum ve konu çocuğumu ürkütebilir" (% 40.9) biçimindeki ana baba görüşleridir.

Tablo 1: Ana Babaya İlişkin Demografik Bilgiler.

Cinsiyet	Kadın	% 57.4	Erkek	% 42.6
Evlilik Durumu	Evli	% 97.3		
	Boşanmış	% 2.8		
Eğitim Durumu	İlk Eğitim	% 0.4		
	Orta Eğitim	% 16.4		
	Ön Lisans	% 22.3		
	Lisans	% 44.5		
	Yüksek Lisans	% 10.9		
Yaş	Doktora	% 5.5		
	25-30	% 27.7		
	31-35	% 43.8		
	36-40	% 22.3		
	41 ve üstü	% 6.3		

## Cinsel İstismarı Önleme Programlarına İlişkin Tutumlar

Tablo 2'de hangi kavramların öğretilmesine "kesinlikle katılıyorum" yanıtını veren ana babaların oranları verilmiştir. Görüldüğü gibi,

ana babaların büyük çoğunluğu, "çocuklara, cinsel organları yaralandığı ya da hastalandığında, doktorların ya da ana babaların dokunabileceği öğretilmelidir", "çocukların kendilerini cinsel açıdan istismar etmek isteyenlere "hayır" demeleri öğretilmelidir", "çocuklara

Tablo 2: Cinsel İstismar İle İlgili Kavramların Öğretilmesine "Kesinlikle Katılıyorum" Yanıtını Veren Ana Babaların, Yanıtlarının Dökümü.

Kavram	%
1. Çocuklara, cinsel organları yaralandığı ya da hastalandığında, doktorların veya ana babalarının dokunabileceği öğretilmelidir.	94.1
2. Çocuklara, kendilerini cinsel açıdan istismar etmek isteyen kişilere "Hayır" demeleri öğretilmelidir.	93.4
3. Çocuklara rahatsız olacakları herhangi bir biçimde, kendilerine dokundurtmama hakkına sahip oldukları öğretilmelidir.	91.4
4. Çocuklara, cinsel istismara kalkışan biriyle karşılaştıklarında oradan uzaklaşmaları öğretilmelidir.	89.5
5. Çocuklara, cinsel istismara uğramaları halinde, hiç bir zaman, bunun kendi suçları olmadığı öğretilmelidir.	86.7
6. Çocuklara, cinsel organlarına dokunan bir büyük ile ilgili "sır" saklamamaları öğretilmelidir.	86.3
7. Çocuklara, "güvenlikte, güçlü ve özgür" olma hakkına sahip oldukları öğretilmelidir.	85.2
8. Çocuklara, yetişkinlere "Hayır" diyebilmeleri hakları olduğu öğretilmelidir.	84.8
9. Çocuklara, cinsel organlarına kimin dokunabileceğine karar verme hakkına sahip oldukları öğretilmelidir.	83.6
10. Çocuklara, cinsel istismara kalkışan birisi ile karşılaştıklarında "yüksek sesle bağırması" öğretilmelidir.	83.6
11. Çocuklara, cinsel organlarına bir yetişkinin bakmasına veya dokunmasına izin verip, vermemeleri gereken durumlar öğretilmelidir.	80.5
12. Çocuklara, cinsel istismara uğradıklarında, birisine nelerin olduğunu söylemeleri öğretilmelidir.	79.3
13. Çocuklara, cinsel organlarının fotoğraflarının çekilmesini kabul etmemeleri öğretilmelidir.	77.0
14. Bazen büyük çocukların ve gençlerin çocukları, cinsel açıdan istismar edebilecekleri öğretilmelidir.	75.0
15. Çocuklara, cinsel istismara kalkışan biriyle mücadele etme "vurma, tekme atma" gibi davranışlar öğretilmelidir.	73.0
16. Çocuklara, cinsel istismara uğradıklarını nasıl anlatacakları öğretilmelidir.	67.6
17. Çocuklara, cinsel istismara uğradıklarında bunu yalnızca ana babalarına anlatmaları gerektiği öğretilmelidir.	57.8
18. Çocuklara, cinsel organların anatomik isimleri doğru olarak öğretilmelidir (örneğin, penis, vajina).	59.9
19. Çocuklara "duygularına" kulak vermeleri gerektiği, yani bir dokunuş ile ilgili neler "hissettikleri", o dokunuşu kabul edip etmeyebilecekleri öğretilmelidir.	46.5
20. Çocuklara, cinsel istismar ile ilgili "kötüye kullanma, ensest, tecavüz" gibi terimlerin anlamları öğretilmelidir.	39.1
21. Çocuklara, cinsel istismara maruz kaldıklarını bildirdiklerinde bazan yetişkinlerin inandırmadıkları anlatılmalıdır.	34.4
22. Çocuklara, sevdikleri birisinin, hatta öz veya üvey ana babalarının bile, onları, cinsel olarak istismar edebilecekleri öğretilmelidir.	28.5
23. Çocuklara, yalnızken (gizlilik içinde) yapmaları koşulu ile kendi organlarına dokunmalarının bir zararı olmadığı öğretilmelidir.	25.0
24. Çocuklara, gerçek yaşamdaki cinsel istismar durumlarına daha iyi hazırlayabilmek için, bazı cinsel davranışlar tarif edilmelidir (cinsel ilişki gibi.)	21.5
25. Çocuklara, yalnızca, yabancıların cinsel istismara kalkabileceği öğretilmelidir.	19.1



rahatsız olacakları herhangi bir biçimde kendilerine dokundurtmama hakkına sahip oldukları öğretilmelidir", "çocuklara, cinsel istismara kalkışan biriyle karşılaş-tıklarında oradan uzaklaşması öğretilmelidir" gibi kavramlara "kesinlikle katılıyorum" yanıtını vermişlerdir. Buna karşın, "çocuklara yalnızken (gizlilik içinde) yapmaları koşulu ile kendi cinsel organlarına dokunmalarının bir zararı olmadığı öğretilmelidir", "çocuklara, genel yaşamdaki cinsel istismar durumlarına daha iyi hazırlanabilmeleri için, bazı cinsel davranışlar tanımlanmalıdır", "çocuklara

yalnızca yabancıların cinsel istismara kalkışabileceği öğretilmelidir" gibi maddelere oldukça az sayıda ana babanın katıldığı görülmektedir.

#### Cinsel İstismarı Önleme Programlarına İlişkin Görüşler

Tablo 3'de görüldüğü gibi, ana babaların, cinsel istismarı önleme programlarının çocukları koruyabileceği konusundaki görüşleri genel olarak "katılabilirim" eğilimi göstermektedir. Programların, çocukları yabancılardan fazla korkutabileceği ve bu programlar sonucu daha fazla

Tablo 3: Çocuk Cinsel İstismarını Önleme Programlarına İlişkin Görüşler.

	Tüm (n = 256)	Tartışan (n = 82)	Tartışmayan (n = 174)	F(1.254)
	Ort. (S.K.)	Ort. (S.K.)	Ort. (S.K.)	
1. "Bedeni Koruma" programları çocukları cinsel istismardan koruyacaktır.	4.141 (1.031)	4.195 (1.116)	4.115 (.990)	.336
2. "Bedeni Koruma" programlarından sonra çocuklar, yabancılardan fazla korkacaklardır.	3.273 (1.356)	3.122 (1.290)	3.345 (1.384)	1.51
3. Çocuklar "Bedeni Koruma" becerilerini öğrendikten sonra daha fazla cinsel denemelerde bulunmaya başlayabilirler.	3.188 (1.254)	2.988 (1.222)	3.282 (1.261)	3.08
4. "Bedeni Koruma" programları çocukları ana babalarının sevgiyle sarılmalarından veya dokunmalarından korkar hale getirebilir.	2.133 (1.334)	1.854 (1.198)	2.264 (1.377)	5.38**
5. Çocuklar "Bedeni Koruma" ile ilgili bilgileri edindikten sonra, cinsellikle ilgili, garip düşünceler geliştirebilirler.	3.035 (1.326)	2.780 (1.343)	3.155 (1.305)	4.51**
6. Çocuklarda "Bedeni Koruma" programlarına katıldıktan sonra, cinsel istismara uğradıklarına ilişkin masallar uydurma eğilimi artabilir.	2.441 (1.348)	2.146 (1.238)	2.580 (1.378)	5.90*
7. Çocuklara "Hayır" deme hakkına sahip oldukları öğretilirse, ana babalara baş kaldırmaya başlayabilirler.	1.680 (1.084)	1.488 (1.009)	1.770 (1.109)	3.82
8. Çocuklar, "Bedeni Koruma" konusunda bilgilendikten sonra yetişkinlere karşı güvenleri azalır.	2.563 (1.379)	2.256 (1.313)	2.707 (1.390)	6.07*

Not: Maddeler 1'den (kesinlikle katılmıyorum) 5'e (kesinlikle katılıyorum) doğru derecelendirilerek puanlanmıştır.

\*p < .02, \*\*p < .05



cinsel denemelerde bulunacakları konusunda ise "çekimser" oldukları görülmektedir. Bunların yanı sıra, ana babalar, bu tür programların çocukları, ana babalarının sevgiyle sarılmalarından korkutacağı, konuya ilişkin öyküler uydurabilecekleri, yetişkinlere "hayır" demeyi öğrendikten sonra, ana babalarına karşı gelecekleri gibi maddelere "katılmadıklarını" belirtmişlerdir.

#### Kimlerin Cinsel İstismarı Önleme Programlarına Gereksinimleri Vardır?

Tablo 4'de ana babaların kimlerin cinsel istismarı önleme programına alınması gerektiğine ilişkin görüşleri gösterilmiştir. Ana babalar, genel olarak, benim çocuğum cinsel istismar

açısından tehlikede değildir, kız çocuklarının "Bedeni Koruma" programlarına gereksinimleri vardır, inançları olan evlerde ve varlıklı ailelerde yaşayan çocukların, "Bedeni Koruma" programlarına gereksinimleri yoktur gibi maddelere "katılmama" eğilimi göstermişlerdir. Buna karşın, okul öncesi çocuklar için, özellikle kendi çocukları için, henüz küçük olmaları nedeniyle bu tür programlara gereksinimleri konusundaki görüşleri "çekimserlik" eğilimi üzerinde odaklanmıştır.

Bu bulgulara ek olarak, ana babaların büyük çoğunluğu (% 73.4) tüm ana okullarında bu tür önleme programlarının olması gerektiği, eği-

Tablo 4: Koruma Programına Kimin Gereksinimi Vardır.

	Tüm (n = 256)	Tartışan (n = 82)	Tartışmayan (n = 174)	F(1.254)
	Ort. (S.K.)	Ort. (S.K.)	Ort. (S.K.)	
1. Benim çocuğum cinsel istismar açısından tehlikede değildir.	1.969 (1.328)	1.671 (1.112)	2.109 (1.400)	6.20**
2. Çocuklarda, cinsel istismar çok nadir olduğundan okul öncesi çocukların "Bedeni Koruma" programlarına gereksinimleri yoktur.	2.125 (1.299)	1.756 (1.095)	2.299 (1.352)	10.08***
3. Okul öncesi çocuklar "Bedeni Koruma" eğitimi için henüz çok küçüktürler.	2.902 (1.568)	2.146 (1.45)	3.259 (1.512)	31.41***
4. Dini inançları olan evlerde yaşayan çocuklar için "Bedeni Koruma" programlarına gereksinim yoktur.	1.254 (.676)	1.134 (.539)	1.310 (.726)	3.81*
5. Varlıklı ailelerde yaşayan çocukların "Bedeni Koruma" programlarına gereksinimleri yoktur.	1.176 (.617)	1.061 (.328)	1.230 (.708)	4.23*
6. Sadece kız çocuklarının cinsel istismardan kendilerini nasıl koruyacaklarına ilişkin bilgiye gereksinimleri vardır.	1.199 (.653)	1.171 (.644)	1.213 (.659)	.228

Not: Maddeler 1'den (kesinlikle katılmıyorum) 5'e (kesinlikle katılıyorum) doğru derecelendirilerek puanlanmıştır.

\*p < .05, \*\*p < .02, \*\*\* p < .01



timin uzmanlar tarafından (% 93) ve hem evde hem okulda (% 94.1) verilmesi doğrultusunda görüş bildirmişlerdir. Örneklem % 90.8'i 4 ile 5 yaş arasında eğitimin verilmesini istemiş ve % 77.3'ü kendi çocuklarının bu tür bir programa katılmalarına izin verebileceklerini belirtmişlerdir.

#### Tartışan ve Tartışmayanların Karşılaştırılması

Çocuklarıyla cinsel istismarı tartışan (n = 82) ve tartışmayanlar (n = 174) arasında karşılaştırmalar yapılmıştır. İki grup arasında yaş ve eğitim açısından fark anlamlı bulunmamıştır. Ancak cinsiyet, konuyu tartışıp, tartışmama açısından önemli bir değişkendir. Bir başka deyişle anaların, babalara kıyasla konu hakkında daha fazla tartıştığı saptanmıştır ( $\chi^2(1) = 3.58, p < .05$ ). Cinsel istismar deneyimi açısından iki grup karşılaştırıldığında, deneyimi olanlar anlamlı düzeyde daha fazla tartışmışlardır ( $\chi^2(1) = 5.97, p < .02$ ).

Cinsel istismarı önleme programlarının başlama yaşı açısından, tartışanlarla tartışmayanlar arasındaki fark önemlidir ( $\chi^2(1) = 63.71, p < .001$ ). Tartışanlar eğitime başlama yaşını ortalama 3 yaş olarak verirken, tartışmayanlar bunu 5 yaşın üstü olarak belirtmişlerdir.

İki grup, cinsel istismarı önleme programları konusundaki görüşleri açısından karşılaştırılmıştır. Bu konudaki maddelere verdikleri tepkiler arasındaki farklılıkları değerlendirebilmek için Çok Yönlü Varyans Analizi (MANOVA) yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, görüşler açısından genel olarak (tüm maddeler göz önüne alındığında) iki grup arasındaki fark anlamlı değildir. Ancak, 8 maddeden 4'ü için fark anlamlıdır (Tablo 3'e ortalamalar ve F değerleri için bakınız.)

Tartışanlar ve tartışmayanlar, "kimlerin önleme programına gereksinimi vardır" maddeleri açısından karşılaştırılmışlardır. Bu karşılaştırmada MANOVA anlamlıdır, (Wilk = .879,  $F(5.668), p < .001$ ). Maddeler bağlamında anlamlılığa bakıldığında, 6 maddeden 4'ü arasındaki fark anlamlıdır (Tablo 4'e ortalamalar ve F değerleri için bakınız).

İki grup "çocuklarınızı böyle bir programa veriyordunuz" sorusu açısından da karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır (ANOVA). Gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur ( $F = 5.426$  S.D. = 1,  $p < .05$ ).

Yani, tartışanlar bu tür programlara çocuklarının katılması yönünde eğilim göstermektedir.

#### TARTIŞMA

Bu örneklem grubundaki ana babaların üçte biri (% 32) çocuklarıyla cinsel istismarı tartıştıklarını bildirmişlerdir. Grubun büyük çoğunluğu çocuklarına "seni bazı kişiler arabalarına alabilirler, hediye ile kandırabilirler, cinsel organlarına dokunabilirler" gibi uyarılarda bulunmuşlardır. Finkelhorn (1984) ve Wurtele'nin (1992) örneklemelerindeki ana babaların da benzer uyarılarda bulunduğu bildirilmiştir. Bunlara ek olarak, bulgulardan da izlendiği gibi çok az ana baba büyük çocukların ya da gençlerin istismar edebileceğinden söz ederken, yakın akrabaya ya da ana baba istismarından neredeyse hiç söz etmemişlerdir. Bu bulgu da Wurtele ve arkadaşlarının araştırmasıyla uygunluk göstermektedir. Aile dışı istismardan ya da yabancıların istismarından söz etmek doğal olarak çok daha kolay ve daha az rahatsız edicidir. Bu nedenle, eğitim programlarında "ensest" (aile içi cinsel istismar) olgusunun ana babalara tanımlanması düşünülmelidir. Ana babalara, çocuklarına bir istismar olasılığı durumunda neleri yapmaları gerektiği konusu sorulduğunda, çoğu yanıtlar genel olarak batıdaki eğitim programında verilen bilgilere ("hayır de", "kaç", "bağır", "birisine söyle") uygunluk göstermektedir (Wurtele 1992). Ancak ilginç olan Wurtele'nin (1992) örneklemelerindeki ana babaların yarısının, çocuklarına "tekme atmak", "dövüşmek" gibi davranışlar öğretmenlerine karşı, bizim örneklemimizdeki ana babalar, genel olarak bu tür davranışlardan söz etmemiş olmalarıdır. Bu fark, batı kültüründe, son zamanlarda, moda olan ve özellikle çocuklara sunulan "fiziksel - kendini koruma" becerilerinin öğretildiği programlara bağlı olabilir. Bu konuda, Wurtele de (1992), bu tür "fiziksel kendini koruma" becerilerinin öğretilmesinin, bu yeteneğin uygunsuz koşullarda da kullanılma riskini artırabileceğini belirtmiştir. Bizim toplumumuzdaki ana babalar, belki de, çocukların bu tür bir davranışla (istismar) kendi başlarına başedebilme zorluğunun kaygısını duymakta olabilir ve bu yüzden, başkalarından yardım istemelerinin çocuk adına daha güvenli olduğunu düşünebilirler.

Cinsel istismar deneyimi olan ana babalar çocuklarıyla daha fazla cinsel istismarı



tartışmaktadır. Bu bulgu Wurtele'nin bulgusu ile tutarlılık göstermektedir. Belki de "kurban olarak" ya da "kurbanı" tanıyarak, bu tür bir olayın doğurgularına tanık olma; bu konuyu çocuklarıyla konuşmayla ilgili direnci kırmış ve konunun tartışılması açısından onları daha duyarlı hali getirmiş olabilir. Wurtele'nin grubu ile bizim grubumuzda tartışanların oranı farklılık göstermektedir. Wurtele'nin örnekleminin yarısından fazlası çocuklarıyla konuyu tartışırken, bizim örnekleminin yalnızca üçte biri çocuklarıyla tartışmışlardır. Bu fark her iki örneklemdenki cinsel eğitimin ve cinsel konulara yaklaşımların farkından kaynaklanacağı gibi, iki örneklemin bilgi ve deneyim düzeylerinin farklılığından da kaynaklanabilir. Wurtele'nin örnekleminin % 11.7'si kendinin cinsel istismara uğradığını belirtirken, bu oran bizim örnekleminizde % 1.2'dir. Yine Wurtele'nin örnekleminin % 45.0'i yakın arkadaş, akraba gibi bireylerin istismarından söz ederken, bizim örnekleminizde bu oran % 15.4'tür.

Ana babalara tartışmama nedenleri sorulduğunda, bu gruptaki çoğu ana baba, konuya ilişkin bilgi yetersizliğini ve çocuklarının küçük oluşunu ileri sürmüşlerdir. Gerçekten de toplumumuz cinsellikle ilgili konuları hâlâ "tabu" olarak görmekte ve dolayısıyla konuşmamaktadır ve bu konuda yeterli, yazılı kaynaklar da ne yazık ki yoktur.

Genel olarak tartışmayan grup, bu tür eğitim programlarına, çocuklarını vermek konusunda da çekimserlik göstermektedirler. Ana babaların bu konudaki çekimserlikleri ve kaygıları genel olarak toplumumuzun bir özelliği gibi görülmektedir. Bu konudaki kaygı ve endişelerini ortadan kaldırabilmek için programın amaçlarının çok iyi anlatılması, olumsuz katkısının ya hiç ya da çok az ve kısa süreli olduğunun (Hazar ve ark. 1989, Wurtele 1990), buna karşı olumlu katkılarının diğer bir deyişle önlemeye ilişkin katkılarının azımsanamayacak ölçüde olduğunun vurgulanması gerekmektedir.

Önleme programlarında, nelerin öğretilmesi gerektiği konusundaki maddelere ana babaların büyük çoğunluğu olumlu yanıt vermiştir (Tablo 2). Ancak "gizlilik" içinde organlarına dokunmalarının zararı olmadığını ve cinsel ilişki davranışlarının öğretilmesi maddelerine örneklemin çok az bir bölümünden (% 25-21.5) olumlu yanıt alınmıştır. Bu yanıtların çoğu, dış kaynaklı araştırma bulgularına uygunluk gös-

termektedir. Ancak özellikle cinsel organlarına dokunmanın zararı olmadığına olumsuz yanıt alınması, büyük olasılıkla, ana babaların çocuklarının masturbasyon yapma endişesi ya da cinsel davranışlara eğilim gösterecekleri kaygısından ileri gelebilir.

Eğer önleme programlarına, çocuğun cinsel davranışlarının öğretilmesini içeren konular konulacaksa (konulması gerekir) ana babalara çocuğun yaşa özgü cinsel davranış ve gelişim özelliklerinin de anlatılması gerekmektedir.

Her ne kadar, örneklemin büyük çoğunluğu çocuklarına aile içi istismar olasılığından söz etmemiş olsalar da eğitim programlarında verilmesi gerekli olan kavramlardan "yalnızca yabancıların cinsel istismara kalkabileceği" maddesine ana babaların % 81.9'u "kesinlikle katılmadıklarını" belirtmişlerdir. Buradaki çelişki, gerçekten de ana babaların ensesti (aile içi istismar) konuşabilmedeki zorluklarından kaynaklanıyor olabilir ve belki de uzmanların eğitimde dereye girmesinin yüksek oranda istenmesi de buna bağlı olarak açıklanabilir.

Örneklemin yarıya yakını (% 46.5) "çocuklara, duygularına kulak vermeleri gerektiği, yani bir dokunuş ile ilgili neler hissettikleri, o dokunuşu kabul edip etmeyebilecekleri öğretilmelidir" maddesine kesinlikle katılıyorum biçiminde yanıt vermişlerdir. Bu bulgu Wurtele'nin (1992) araştırmasıyla paralellik göstermektedir. Ancak batı kültüründe, dokunuşun uygunluğu ya da uygunsuzluğunun öğretilmesine özen gösterilmektedir (Wurtele 1992). İlginç olan kültürümüzde bu tür bir özenin gösterilmemesine karşın bulguların paralellik göstermesidir. Belki de bu paralellik, çocuk yetiştirme biçimlerindeki farka bağlı olabilir. Bir başka deyişle, kültürel olarak bizler, batı kültürlerine kıyasla çocuk yetiştirirken öpme, sarılma, dokunma ve kucaga alma gibi davranışları oldukça sık kullanılmaktayız. Bu tür davranışların sıklıkla kullanılması, belki de çocukların ne tür bir dokunuşun uygun olup olmadığına karar verme becerilerini doğal geliştirmesine neden oluyor olabilir.

Aşağı yukarı örneklemin yarısı (% 59.9) çocuklara, cinsel organların anatomik isimlerinin öğretilmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Bu oran Wurtele'nin araştırmasında % 68.5'dir. Cinsel organların tanınması, anatomik olarak isimlerinin öğretilmesi, cinsel eğitimin veril-



mesini kolaylaştıracağı gibi; uygunsuz cinsel etkileşimin tanınmasını ve daha kolay bildirilmesini sağlayabilir.

Genel olarak, ana babalar "Bedeni Koruma", bir başka deyişle cinsel istismarı önleme programlarının, çocuklarını cinsel istismardan koruyacağını düşünmektedirler. Bu tür eğitimin uzmanlar tarafından, evde ve okulda kontrollü olarak verilmesini de önermektedirler. Her ne kadar başlama yaşı açısından tartışan ve tartışmayanlar arasındaki fark anlamlı olarak bulunmuş ise de örneklemin genelinde, önerilen eğitime başlama yaşı 4'tür.

Bu bulgular, örneklem grubuna özgü bulgulardır. Gruba bakıldığında, genel olarak genç ve eğitilmiş ana babalardan oluşmaktadır. Burada akla, acaba farklı yaş ve eğitim düzeyindeki ana babaların bu tür programlara ilişkin tutum, görüş ve davranışları nelerdir sorusu gelebilir. Konu bu yönüyle araştırmaya açıktır.

## SONUÇ

Bu araştırma bize, bir önleme programı politikası için önemli ip uçları vermiştir. Bunlar ; a) ana babalar, cinsel istismarı önleme programlarına olumlu bakmaktadırlar; b) tüm ana okullarında bu tür programların olması gerektiğine inanmaktadırlar; c) eğitimin 4 yaş civarında uzmanlar tarafından verilmesinin uygun olacağı ve eğitimin hem evde hem okulda verilmesi görüşünden yana olduklarını bildirmişlerdir; d) ana babalar, bu tür programlara çocuklarını verebileceklerini söylemektedirler.

## TEŞEKKÜR

Yazarlar, Colorado Üniversitesi'nden Prof. Dr. (Psk.) Sandy K. Wurtele'ye araştırmalarında, anketini kullanma izni verdiği için teşekkürü borç bilirler.

## KAYNAKLAR

Demaue L (1974) *The History of Childhood*. Psychot-herapy Press. New York.

Finkelhorn D (1984) *Child Sexual Abuse. New Theory and Research*. Free Press. New York.

Gilbert N, Berrick JD, Le Prohn N ve ark. (1989) *Protecting Young Children from Sexual Abuse : Does Pre-school Training Work?* Lexington. Lexington MA.

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

Hazards A, Webb C, Kleemeier C ve ark. (1991) *Child sexual abuse prevention : Evaluation and one year follow-up*. *Abuse and Neglect*, 15 : 123-138.

Kolko DJ (1988) *Educational programs to promote awareness and prevention of child sexual victimization : A review and methodological critique*. *Clin Psychol Rev*, 8 : 195-209.

Wurtele SK (1987) *School - based sexual abuse prevention programs : A review*. *Child Abuse Neglect* 11 : 483-495.

Wurtele SK, Miller-Perrin CL (1987) *An evaluation of side effects associated with participation in a child sexual abuse prevention program*. *J School Health*, 57 : 228-231.

Wurtele SK (1990) *Teaching personal safety skills to four-year-old children : A behavior approach*. *Behavior Therapy*, 21 : 25-32.

Wurtele SK, Kvaternick M, Franklin CF (1992) *Sexual abuse prevention for preschoolers : A survey of parent's behavior, attitudes and beliefs*. *J Child Sexual Abuse*, 1 : 113-128.



# TEPKİSEL BAĞLANMA BOZUKLUĞU : BİR OLGU SUNUMU

Şahnur Şener\*, Y. Dilek Özdemir\*\*,  
Mehmet V. Şahin\*\*\*

## ÖZET

Bebeklik ya da erken çocukluk döneminde birincil bakım verenin sürekli değişmesine ya da bakımın belirgin niteliksel eksikliğine bağlı olarak anne ile çocuğu arasındaki duygusal bağın sağlıklı oluşmasına " Tepkisel Bağlanma Bozukluğu" denilmektedir. Sağlıklı bağlanma çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimi için çok önemli bir gereksinime olup çocuğun ileri yaşamındaki ilişkilerinin de temelini oluşturmaktadır. Bu olgu sunumunda bozukluk gerek gelişimi, klinik görünümü ve otistik bozuklukla ayırıcı tanısı gerekse tedavi ve prognozu yönünden yazın ışığında tartışılmıştır. **Anahtar sözcükler** : tepkisel bağlanma bozukluğu, otizm, çocukluk dönemi.

## SUMMARY : REACTIVE ATTACHMENT DISORDER : A CASE REPORT

Reactive attachment disorder of infancy or early childhood is presumed to be due to grossly pathogenic care of the infant and is characterized by markedly disturbed social relatedness in most contexts. Healthy developed attachment between mother and infant is required for later reciprocal social relationship. The disorder should carefully be differentiated from other developmental disorders of childhood. In this case study a patient with reactive attachment disorder in regard to presenting symptoms, differential diagnosis and other relevant issues are discussed and compared with other studies.

**Key words** : reactive attachment disorder, autistic disorder, childhood.

## GİRİŞ

Çocuk ruh sağlığı alanında, bebeklik ya da erken çocukluk döneminde anne ve çocuk arasında oluşan etkileşimin önemi yıllardır bilinmektedir. Çocuk gelişiminin tarihsel süreci içinde, anne ve çocuk arasında oluşan bu ilişkinin boyutları, çocuk üzerindeki duygusal, bilişsel ve davranışsal etkileri çeşitli araştırmacılar tarafından birçok yönleriyle ele alınmıştır.

Emde ve Robinson (1979) "bağlanma" (attachment) teriminin ilk kez Bowlby'nin 1958 yılında çocuk ile anne arasındaki ilişkiyi araştırdığı bir çalışmada kullanıldığını belirtmişler ve "bağlanma" terimi üzerinde değişik yazarların görüşlerini de ele alarak konuyu farklı yönleriyle tartışmışlardır. Çocuğun özel olarak annesine duyduğu bu bağın daha çok doğuştan getirilen biyolojik belirleyiciler tarafından yönlendirildiği; sosyal ilişkilerin başlangıç noktasını oluşturduğu; emme, ağlama, gülümseme, izleme, çağırma, arama, bekleme gibi davranışlarla kendini gösterdiği ve anne

ile çocuk arasında dinamik, birbirini besleyici bir sistem tarafından denetlendiği vurgulanmaktadır. Osofsky ve Connors 1976'da Bowlby ve Ainsworth'ün annenin çocuğuna yönelik duygusal bağını "annelik duygusu" diyebileceğimiz "bonding", çocuğun annesine yönelik duygusal bağını da "bağlanma" "attachment" sözcükleri ile tanımladıklarını tekrarlarlarken, Ainsworth'ün anneye yönelik bağlanma belirtilerini; a) işaretler, b) davranışlar c) duygulanımlar olarak; Rutter'in ise a) İşaretler : ağlama, gülümseme, seslenme, b) Tavırlar : bakma, izleme, yönelme, c) Temaslar : çekme, yanaşma, asılma, kucaklama şeklinde gruplandığını belirtmektedirler. Aynı kitapta, Rheingold'un bağlanmanın ilk yılın ikinci yarısında, 5-12 aylar arasında oluşmaya başladığını belirttiğini, yabancılık çekme ve ayrılma kaygısının bu gelişiminin yansımaları olarak ele alındığını ileri sürmüşlerdir.

Diğer araştırmacılara göre çocuklar 3 yaşından sonra seçici olarak ana okulu öğretmeni gibi ikincil kişilere yönelebilmekte, bağlanma süresi 6 yaşına kadar devam edebilmektedir. Çocuklarda zorlu yaşantılarda bağlanma davranışları nicelik ve nitelik olarak artış göstermektedir. Bu artışlar gerileme olarak değerlendirilmemektedir. Doğumla birlikte başlayan sağlıklı bağlanma, anne ile çocuğun

\* Doç. Dr. Gazi Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Ankara

\*\* Uzm. Psk. Gazi Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Ankara

\*\*\* Ars. Gör., Dr. Gazi Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Ankara



ilerideki ilişkisini belirleyici bir nitelik taşımaktadır. Örneğin doğumu izleyen ilk 45-60 dakikalık dönemde bebek uyanık ve alıcı durumdadır. Anne ile teması çok kritiktir. Yenidoğan döneminin ilk üç günündeki anne - bebek yakınlığı son derece önemlidir. Yenidoğan dönemindeki hastalıklar, erken doğum ve buna bağlı olarak uzamış ayrılıklar, gelişme gerilikleri, komplikasyonlu doğumlar ve çocuğun cinsel ve fiziksel sömürsü sağlıklı bağlanmayı engelleyen etkenlerden bazıları olarak bildirilmiştir (Klaus ve Kennel 1976, Zeanah ve ark. 1993).

Sağlıklı bağlanmayı olumsuz etkileyen diğer etmenler ise : İştme, görme gibi duyu bozuklukları, otizm gibi duygusal ve gelişimsel bozukluklar, bebeğin istenip istenmediği, ana babanın fiziksel, ruhsal sağlığı ve kişilik yapısı, ailenin yaşam koşulları ve ilişki biçimleri, bebeğin özellikleri (görünüm, huy ve mizacı), erken annelik, yetiştirme yuvalarında büyüme, bebeklik döneminde birinci bakım verenin yineleyen ve sık değişimleri olarak değişik çalışmalarda bildirilmiştir (Lewis 1982, Kaplan ve Sadock 1988, Graham 1991, Şener ve Akça 1990, Kaplan ve Sadock 1994)

Yukarıdaki etkenlerden bir ya da bir kaçının birleşmesi bağlanma bozukluklarının oluşmasında yeterlidir. Graham (1991)'a göre, bu bozukluğu gösteren çocuklar korkulu, ürkek, ilgisiz ve kayıtsız görünümlüdürler. Yetişkin ve yaşlıları ile uygun ilişki kuramazlar ya da yüzeysel ilişki kurarlar. Bakımı verenin değişmesine kayıtsız kalırlar. Dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, saldırganlık, değişken duygulanım, kendine zarar verici davranışlarda da bozukluğun diğer belirtileridir. Bu bozukluklar ICD-10 (1992)'da : 1. Tepkisel ve sınırlanmış bağlanma bozukluğu, 2. Sağlıksız bağlanmanın yol açtığı diğer bozukluklar başlığı altında incelenmiştir. DSM IV (1994) ise belirtileri "Bebeklik ya da Erken Çocukluk Döneminin Tepkisel Bağlanma Bozukluğu" başlığı altında toplamıştır. Tanı ölçütleri : Beş yaşından önce başlaması, çoğu alanda önemli ölçüde bozuk ve gelişimine göre uygunsuz toplumsal ilişki kurma biçiminin olması, kalıcı bir bağlanmanın oluşmasını önler biçimde birincil bakım verenin sık sık değişmesi ya da çocuğun temel bakım ve duygusal gereksinimlerinin sürekli görmezlikten gelinmesi olarak özetlenebilir.

Bu tanı belirtilerinden birincil bakım veren kişinin doğumdan itibaren sık değişmesi ve

çocuğun temel duygusal gereksinimlerinin aksatılması sonucu seçici bağlanmanın oluşmadığı bir olgunun sunumu bu çalışmanın kapsamına alınmıştır. Olgu, tepkisel bağlanma bozukluğu tanısı ile izlenmektedir. Bu bozukluğun ayırıcı tanısında; zeka geriliği, iletişim bozukluklarından sözel anlatım bozukluğu, psikososyal cücelik, uyaran yoksunluğuna bağlı gelişme geriliği, yaygın gelişimsel bozukluklardan otistik bozukluk, Asperger bozukluğu, çocukluğun desintegratif bozukluğu düşünülmelidir. Sunulan olgunun gelişim öyküsünün tepkisel bağlanma bozukluğu ölçütlerini karşılaması ve klinik belirtilerinin ağırlıklı olarak otistik bozukluk ile benzerlik göstermesi bu olguda özellikle bu iki bozukluğun ayırıcı tanısının yapılmasını gerekli kılmıştır. Ayrıca bu olgu sunumu ile "tepkisel bağlanma bozukluğu" nun tanısın önemi ve geçerliliği vurgulanmaya çalışılmıştır.

## OLGU SUNUMU

Olgu 8 yaşında erkek, yüksek sosyoekonomik düzeyden gelen bir ailenin tek çocuğudur. Anne ve baba ayrı yaşadıkları için bakımı baba ve babaanne tarafından verilmekte ve halen ilkökul ikinci sınıfa devam etmektedir. Çevreye karşı isteksizlik, etkileşime girmede yetersizlik, güvensizlik, içe dönüklük, hareketlilik, dikkatini toplamada güçlük, uyumsuzluk, sözel ve davranışsal saldırganlık ve altını ıslatma yakınmaları ile baba ve babaanne tarafından getirilmiştir.

Çekirdek bir ailede, normal vajinal yolla, planlanmadan, evlilik öncesi hamile kalınan fakat doğumu istenen bir çocuk olarak dünyaya gelmiştir. Doğuş sırasında tıbbi herhangi bir komplikasyon yaşamayan olgunun, doğumdan sonra yalnızca 1 ay anne sütü alıp daha sonraları babaannesi tarafından biberonla beslendiği bildirilmektedir.

Olgunun gelişim dönemlerine bakıldığına herhangi belirgin bir bozukluk görülmemektedir. Motor gelişimin her basamağının zamanında ve sağlıklı olduğu, dil gelişiminde, 1.5 yaşında basit cümleler kurmaya başladığı; görme, işitme gibi duyu gelişimlerinin normal, dışkılama ve uyku alışkanlıklarının sağlıklı olduğu, tuvalet eğitiminin 2,5 yaşında babaanne tarafından verildiği bildirilmektedir. Ancak dil gelişiminin sağlıklı olmasına ve çoğunlukla düzgün konuşmasına karşın, olgunun zaman zaman konuşmada isteksiz olduğu cümle içinde kesik, tekrarlı ve üçüncü şahıs kullanımı gibi konuşma bozuklukları gösterdiği belirtilmekte-



dir. İlgi duyduğu alanlar resim, müzik ve çizgi film seyretmek olarak belirlenmiştir.

Olgunun zeka yönünden değerlendirilmesi, teste yönelimini tam olarak sağlayamadığı için objektif olarak belirlenememiş olmakla birlikte, değerlendirme gözlemi ve klinik muayene sırasındaki bulgularla kabaca bir sonuca ulaşılmıştır. Bu izlem, olgunun şu andaki etkinliklerinin yaşına uygun olmadığı, yaklaşık kendisinden 1-2 yaş küçük çocukların ilgi ve etkinliklerine yakınlık duyduğu, ilişkiye girmekte güçlük çektiği, okul başarısının düşük olduğu, paylaşma ve sahiplenme özelliklerinin görülmediği şeklinde aktarılan bilgi ile birleştiğinde, zekasının yaşitlarından kısmen geri olduğu kanısına varılmıştır. Bu açıdan olgunun zaman içinde ayrıntılı olarak değerlendirilmesi, bu durumun gözardı edilme-  
mesi gerekmektedir.

Klinik gözlemlerde olgu; kırılgan, uyumsuz davranışlar, çekingen ürkek ve utangaç görünüm sergilemiştir. Olguyla olan iletişimde, oldukça hareketli dikkatinin dağınık olduğu, konuşmaya başlama ve sürdürmede zorlandığı, beden teması kurmakla birlikte göz temasından kaçındığı, ailesinden ayrılmada bir zorluk yaşamadığı belirlenmiştir. Olayları kavrayıp izleyebildiği, ancak algılarını uygun olarak

ifade edemediği, çağrışımlarında hızlanma, düşünce akışında kopuklukların bulunduğu, düşünce içeriğinin ise yaşına uygun zenginlikte olmadığı belirlenen olgunun, duygulanımındaki apati ve değişkenliğe uygun olarak davranışlarının da değişken, zaman zaman dene-timsiz ve yineleyici olduğu saptanmıştır.

Olgu nesne ilişkileri yönünden değerlendirildiğinde; doğumundan bu güne kadar sürekli ve tek nesneli bir yaşantı geçiremediği, gelişim dönemlerinde bazen tekli bazen de çoklu bir bakım ve eğitim aldığı görülmektedir. Bakım verenin yineleyen değişikliklerine bağlı olarak ruhsal ve bilişsel yönden olası ve yoğun karmaşıklıklar yaşayan olgunun bu dönemleri kimlerle ve ne kadar süreyle geçirdiği Tablo 1 'de özetlenmeye çalışılmıştır.

Tabloda görüldüğü gibi olgu doğduğu andan itibaren tek nesneli bir ilişkiye girememiştir. Düzensiz aralıklarla kimin tarafından verildiği önceden kestirilemeyen, bazen tek ama sürekli olmayan, bazen çok kişili ve çelişkili mesajlarla dolu, uygunsuz, zor, karmaşık ve sürekli olmayan nesne ilişkileri içinde büyütüldüğü anlaşılmaktadır. Anne ve babaanne birlikte bakım veriyor gibi algılsa da bu bakımın iki yaşına kadar düzenli olmadığı ve sürekli nesne değişikliği yaşamamasına yol açtığı

Tablo 1: Olgunun Doğumundan Bugüne Kadar Yaşamında Yer Alan Nesne İlişkileri :

6 aylık dönemlere göre dağılım					
	0-6 ay	6 ay - 1 yaş	1-1.5 yaş	1.5-2 yaş	2-2.5 yaş
Bakımı üstlenen kişi ve kişiler	anne	anne babaanne anneanne	anne babaanne	anne + kreş (3 ay) babaanne (1 ay) yeni kreş + anne + babaanne (2 ay)	kreş (4 ay) anne (2 ay)
	2.5 - 3 yaş	3-3.5 yaş	3.5-4 yaş	4-4.5 yaş	4.5-5 yaş
	anne	anne + yuva	anne + babaanne	babaanne	anne + baba
	5-5.5 yaş	5.5-6 yaş	6-6.5 yaş	6.5-7 yaş	7-8 yaş
	yuva + anne + babaanne	yuva + anne + babaanne	anne babaanne	babaanne	babaanne

Not: Çocuğun birincil bakımında baba, etkin bir yer almadığı düşüncesi ile tablo içinde geçmemiştir.



görülmektedir. Olgunun 2-3.5 yaş arasında anesi ve yeni başladığı bir yuvanın birlikte verdiği düzenli bakıma bağlı olarak konuşmasının, karşılıklı ilişki kurma ve paylaşma becerisinin yaşına uygun olduğu, olayları duygu katarak anlatabildiği, konulu ve güzel resimler yapabildiği annesi tarafından belirtilmektedir. 3.5-4 yaşlarında babaanne ve annenin yeniden aynı evde yaşamaya başladıkları dönemde çocuğun babaannenin ısrarı ile yuvadan alındığı bildirilmektedir. Bunu izleyen kısa bir süre sonra, annenin evden zorunlu olarak ayrılmasıyla anne çocuk ilişkisinin yeniden koptuğu aktarılmaktadır. Sadece babaanne ile kaldığı 6-8 ay süre içinde, sallanma, dış gıcırdatma ve sözcük yineleme gibi davranışların ortaya çıktığı belirtilmektedir. 4.5-5 yaş arasındaki 6 aylık bir dönemi anne ve babanın çocuğu olarak ayrı bir evde geçirdikleri, ancak 5 yaş sonrası geniş aile ilişkilerinin düzelmesi ile, babaannenin evinde yeniden birlikte yaşamaya başlandığı bildirilmektedir. Bu dönemde farkedilen anlama ve kavramadaki güçlük nedeniyle 2 ay ilkökul özel alt sınıfına devam eden olgu, özel ders yardımıyla 1. sınıfa geçerek okuma yazmayı öğrenebilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi bundan sonraki ve şu andaki bakımında anne tümüyle devre dışı bırakılmıştır. Çocuğu ile olan ilişkisini yalnızca okul ziyaretleri şeklinde sürdürmeye çalışmaktadır. Bu arada annenin polis zoru ile çocuğu yanına alma girişimi olgu tarafından kendisinin kaçırılacağına yönelik bir girişim olarak algılanmış, çocuğun, annesine karşı geçici de olsa olumsuz duygular yaşamasına neden olduğu babası tarafından bildirilmiştir.

Olgunun değişen nesne ilişkilerindeki önemli kişilerin özelliklerine kısaca değinmek gerekirse;

30 yaşında altı çocuklu bir ailenin dördüncü çocuğu olan anne bilgisayar mühendisi olarak çalışmaktadır. İşine çok düşkün, girişimci, bağımsız, duygusal bir yapıda olup çocuğu ile ilgili konularda verici, gergin ve kaygılı bir izlenim vermektedir. Çocuğu ile olan ilişki örüntüsünün her zaman kesintili, düzensiz ve manüplasyonlara açık olması; eşinin davranışları nedeni ile çocuğuna uzak kalmasından dolayı son derece öfkeli, ancak bu durumu elinden geldiğince denetleme çabası içinde olduğu gözlenmektedir. Gelecekle ilgili kişisel plan ve umutları içinde, çocuğu ile olan ilişkisini sağlıklı bir biçime dönüştürme çaba ve arzusu bulunmaktadır.

36 yaşında 4 çocuklu bir ailenin ikinci çocuğu olan ve kendi ailesi ile birlikte yaşayan baba

bilgisayar mühendisi olup, resmi bir kurumda memur olarak çalışmaktadır. Hiperaktif, heyecanlı, aceleci, tedirgin, gergin bir yapısı olduğu gözlenmekte, basınçlı ve artikülasyon yönünden bozuk konuşmaktadır. İş verimliliğinde ve konumunda gerilemelerle karakterize değişiklikler yaşamaktadır. Çocuğu ile olan ilişkisinde yapıcı ve daha da geliştirme çabası içinde olmakla birlikte, duygusal iniş-çıkışlarını çocuğa yansıtmakta, gerek kendisi gerekse eşi ile olan ilişkilerinde çocuğu kullanma eğilimi göstermektedir. Gerek ayrı yaşadığı eşinin gerekse annesinin bildirdiklerine göre alkol kullanımı ve özellikle çocuğuna yönelik denetimsiz, hırpalayıcı davranışları bulunmaktadır. Son dönemlerde oğlu ile yakın ve daha etkin bir ilişki kurma arzusu ile ayrı bir ev kurma çabası içinde olduğu gözlenmektedir.

61 yaşında olan babaanne ev hanımı olup çocuklarına düşkün, aşırı bağımlı, koruyucu, girişimci ve otoriter bir yapıdadır. Olguya karşı bebekliğinden beri aşırı sahiplenici, anneyi ona yardım etme adına uzaklaştırıcı, sınır koymayan, koruyucu ve aşırı sevgi adına gelişmeyi önleyici bir ilişki tarzı sergilemektedir. Oğlu ve gelini arasındaki ilişkiye doğrudan karışmaktadır. Olguya annesi ile ilgili olumsuz yorum ve suçlamalarda bulunarak, çocuk-anne ilişkisini engelleyici bir yaklaşımla, kendisinin bakım vermesi gerekliliğine inanmaktadır.

66 yaşında emekli memur olan dede izin verici, bağışlayıcı, yumuşak, koruyucu bir yapıya sahip olmakla birlikte sınırları bozucu, tutarsız tutumu ile disiplini engelleyici bir ilişki tarzı sergilemektedir.

Olgunun anne ve babası anlaşarak evlendiklerini belirtmektedirler. Ancak evliliklerinin mezhap ayrılığından dolayı aileler tarafından onaylanmadığı fakat evlilik öncesi gebelik nedeni ile zorunlu olarak gerçekleştirildiği aktarılmaktadır. Eğitim ve ekonomik koşullar gereği geniş aile ile birlikte yaşamaya zorlandıkları anlaşılmaktadır. Olgu, sürekli aile içi geçimsizliğin, tartışmaların olduğu bir ortamda dünyaya gelmiştir. Düzensiz, karışık, uyumsuz ve sürekli değişen bu aile düzeni bir süre sonra ayrılma ile sonlanmıştır. Şu anda ayrı yaşayan ana baba boşanmayı düşünmektedirler. Baba ile anne arasında dostça bir ilişki kalmamış olup, her ikisi de geçmiş için birbirlerini suçlamakta, bitirilmemiş öfke ve kızgınlıkları yaşamaya devam etmektedirler. Her iki tarafın da çocuğun velayetine sahip olma arzusu ve planlarının olduğu belirlenmiştir.



**Tablo 2: Otistik Bozukluk İle Tepkisel Bağlanma Bozukluğunun Karşılaştırılması :**

	Tepkisel Bağlanma Bozukluğu	Otizm
1. Gelişim öyküsünde; özellikle ilk 1 - 2 yıl içindeki bakımın nicelik ve niteliksel olarak sağlıklı oluşu.	var	yok
2. Dil gelişimi, Konuşma Bozukluğu	sağlıklı var, ancak düzelebilir	sağlıksız var, özgün ve düzelemez
3. Bilişsel gelişimi, Ağır ve sürekli bilişsel yetersizlikler	yok	var
4. Zeka geriliği	yok bağımsız olarak rastlanabilir	var
5. Sosyal gelişimi ; karşılıklı sosyal ilişki kurma becerisi	var ancak sınırlı ve değişken	yok
6. Göz teması	var ancak sınırlı ve gelişebilen	yok, gelişmeyen
7. Duygulanım	sınırlı, değişken ve gelişebilen	künt, değişmeyen ve gelişmeyen
8. Davranış : Davranış bozuklukları (yineleyici davranışlar, tuhaf bağlantılar, ayrılık nedensiz ve denetimsiz ajitasyonlar)	var ancak nedeni belli ve denetlenebilir	var, düzensiz ve denetlenemez
9. Tedavi	Genellikle bireysel + aile terapisi	Genellikle bireysel, aile terapisi ve farmakolojik tedavi
10. Prognöz : Çocuk normal ve sağlıklı ortama alındığında	belirgin ve olumlu gelişmeler var	yok ya da minimal gelişme var

## TARTIŞMA

Tepkisel bağlanma bozukluğunun ayırıcı tanısında kanımızca ilk sırayı otistik bozukluk almaktadır. Olgumuzda da bu bozukluğa benzer belirtiler olduğundan bu iki bozukluk benzerlikleri ve farklılıkları yönünden karşılaştırılacaktır.

ICD 10 (1990)'da bu bozukluğun dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, davranış bozukluğu, Asperger sendromu, uzun süre hastanede yatan ya da sömürüye uğrayan çocuklarda görülen bozukluktan ayırıcı edilmesi gerekliliği belirtilmiştir. DSM -III-R (APA, 1987) ise ayırıcı tanıya zeka geriliğinin olmadığı nörolojik anormallikleri ve psikososyal cüceliği de eklemiş ve bağlanma bozukluğunda zeka geriliğinin ve nörolojik anormalliklerin olmadığını, ayrıca psikososyal cücelikteki gibi belirgin bir boy kısalığına da rastlanmadığını vurgulamıştır. DSM-IV (APA, 1994)'de ise bu bozukluk ketlenmiş ve ketlenmemiş tip olarak iki ayrı başlık altında toplanmıştır. Ayırıcı tanıda ise zeka geriliğinin ve tüm yaygın gelişimsel bozuklukların dışlanması koşulu getirilmiştir.

Bağlanmanın temel özellikleri; korunma, yakın olma, güven duyma ve güvende hissetme gereksinimlerinden kaynaklanır. Birey bağlandığı kişiden ayrıldığında kaygı ve telaşa kapılır ve buna ilişkin tepkilerde bulunur. Uzun süren ve yineleyen ayrılıklar yaşadığında güven sarsılır. Yaşamın erken dönemlerinde oluşan bu ilişki çocuğun belleğinde temel bir şema oluşturur ve ilerideki ilişkilerinde bu şema kaynak olarak kullanılır. Bağlanma davranışı olgunlaşmış ve duygusal bağımsızlığını kazanmış yetişkinlerde de özgün biçimlerde devam edebilir (Holmes 1993).

Olgunun gelişim öyküsüne baktığımızda birkaç yıl yineleyen bakım veren kişi değişikliklerinin olması, yoğun aile içi ilişki bozukluklarının yaşanması, anne, baba, babaanne ve dedenin gerek birbirileri ile gerekse olgu ile sağlıklı iletişim örüntüleri ve buna bağlı olarak çocuğun duygusal örselenmelerle karşılaşmış olma olasılığının, olguda bağlanma bozukluğuna neden olduğu kanısındayız. Olgunun bebeklik ve erken çocukluk yıllarında sağlıklı anne - bebek birlikteliğini yaşayamadığını, bu nedenle bağlanma davranışlarını sağlıklı bir biçimde ve özel tek bir kişi ile geliştiremediğini



görmekteyiz. Her ne kadar baba olgunun yaşamındaki değişmeyen tek kişi gibi görünse de daha önce belirtilen yapısal ve davranışsal özellikleri nedeni ile bağlanma sürecinde etkin olmadığı düşüncesindeyiz. Olgunun kısa ve kopuk aralıklarla da olsa annesi ile birlikte olan yaşantısında annenin bireysel ve ailesel sorunlarının yol açtığı yetersizlik duyguları içinde çocuğuna nitelik olarak rahat, güvenli ve huzurlu bir biçimde yaklaşmadığı güçlü bir olasılıktır. Olgudaki bu bulgu ICD 10 ve DSM IV için zorunlu olan - sağlıklı bakım - ölçütlerini karşılamaktadır. Otizm için böyle ya da benzer bir ölçüt yoktur. Olguda otizmi düşündürülen yineleyici davranışlar ve sözcük tekrarlamaları gibi bazı konuşma bozukluklarına rastlanmakla birlikte bunların giderek azalan bir seyir izlediği gözlenmiştir. Olguda, otizme en yakın belirtiler göz temasının az, cümlede kullanımının uygunsuz olması ve bizim gözlemediğimiz ancak öyküde belirtilen zaman zaman yineleyici söz ve davranışların bulunmasıdır. Bu belirtilerin bir kısmının tarafımızdan baştan beri hiç gözlenmemiş olması, bir kısmının ise tedavi süreci içinde belirgin ve etkileyici bir biçimde düzelmesi otizmden uzaklaşmamızı sağlayan nedenlerden bir diğerini oluşturmaktadır. Konuşmasının yapısal olarak düzgün, anlamlı ve duygu yüklü olduğunu gösteren bir oyun tedavisi oturumunda oynadığı bebeğe yönelik olarak "bu bebek üzülüyor, acı çekiyor, onu iyileştirelim, üzülme bebek, ağlama bebek, iyileşeceksin bebek" gibi cümleler kuruyor olabilmesi, başka bir oturumda ise resim yaparken annesi ile ilişkili bir konuda düşünceleri sorulduğunda terapiste "sus konuşma! konuşmak istemiyorum" şeklinde tepkisini uygun bir biçimde göstermesi, ilerleyen görüşmelerde terapiste kendiliğinden "seni seviyorum, seni özledim" gibi sözcüklerle duygusunu aktarabilmesi ve sağlıklı bir dil gelişim öyküsünün bulunması, yine otizmden uzaklaştıran önemli bulgulardır. Ayrıca uygun bir tedavi ile otizmden çok daha olumlu gelişmeler sağlandığını gösteren bu bulgular yazın bilgileri ile uyumludur (Kaplan ve Sadock 1988). Yine aynı yazın bilgisine uygun olarak olguda geçirdiği olumsuz yaşantılara ve zorlara bağlı zaman zaman yineleyici ve saldırgan davranışlara, geçici de olsa göz temasının azalması gibi davranışlarla kendini belirten gerilemelere rastlanmaktadır. Tedavi süreci içinde otizmden bizi uzaklaştıran önemli bir diğer özellik de olgunun sık sık ve kendiliğinden, karşılıklı normal iletişime girebilmesi, empati yapabilme becerisinin gelişmesi, sözel ve sözel olmayan iletişimde duygusal yüklülüğü ve anlamlılığının olmasıdır.

Olgu aşırı hareketliliği, dikkat eksikliği, konsantrasyon güçlüğü, öğrenmedeki zorluğu, zaman zaman hırçın, karşıt, denetimsiz davranış ve tutumları açısından da dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve/ya da davranım bozukluğu tanılarını başlangıçta kısmen düşündürmüştür. Olgunun sağaltımı süresinde özellikle dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ek tanı olasılığı gittikçe belirginleşse de, aile içi ilişkilerden kaynaklanan disiplin sorunlarının yaşandığı ve bu belirtilerin bu bağlamda ele alınmasının daha uygun olacağı kanısına varılmıştır.

Laboratuvar tetkikleri olarak istenen EEG ve BBT sonuçları normal gelen olgunun sağaltımında üçlü bir tedavi yaklaşımı planlanması uygun görülmüştür. Bunlar 1. Oyun terapisi, 2. Aile terapisi, 3. İlaç tedavisidir.

Olgunun, geleceği için en sağlıklı yaşam ortamı olan, ana babası ile birlikte ve geniş aileden uzakta yaşaması gerekliliği öngörülmüş ancak, ailenin koşullarının buna olanak sağlayamadığı gerçeği ile karşılaşmıştır. Bu durumda, çocuk için en uygun ve sağlıklı yaşam koşullarının sağlanması yönünde gerekli öneri ve girişimlerde bulunulmuştur. Planlanan tedavide yer alan oyun terapisinin amaçları; olgunun nesne ilişkilerini düzeltmek, eğitici bir ilişkiye girmek, kaygı ve korkularını çözmeye yardımcı olmak, duygusal boşalmasını sağlamak olarak belirlenmiştir. Olgu haftada bir kez olmak üzere 10 ay boyunca izlenmiştir. Bu olguda, aile terapisindeki amaç, ana babanın kendi aralarındaki ilişkileri çocuğa zarar vermeyecek biçimde yeniden düzenlemeyi, olgunun şimdiki ve gelecekteki gereksinimlerinin uygun olarak karşılanmasına yardımcı olmayı ve aile, çocuk, tedavi ekibi arasında işbirliği sağlanmasını içermektedir. Bu amaçla olgunun izlemi sırasında çeşitli aile oturumları gerçekleştirilmiştir. Enürezis ve hiper aktivite yakınmalarına yönelik farmakolojik tedavi olarak ise olguda, giderek artan dozlarda imipramin kullanılmıştır. Ayrıca aileyi bilgilendirme ve tedaviyi destekleme amacıyla geniş aileyi oluşturan bireylerle bireysel ve/ya da grup görüşmeleri yapılmıştır.

Yaklaşık bir yıllık bir izlem sonucu, yaşam koşullarında istenen olumlu değişiklikler sağlanamamasına karşın olgunun nesne ilişkilerinde, davranışlarında belirgin ve olumlu düzelme olduğu, gerek klinik gözlemlerimiz gerekse okul ve aile geri bildirimleri ile desteklenmiştir.



## SONUÇ

Sonuç olarak "Tepkisel Bağlanma Bozukluğu". klinisyenlerin pek karşılaşmadığı bir bebeklik ve çocukluk çağı ruhsal bozukluğu olup, ayırıcı tanısında yazıda adı geçen bozukluklar dikkatle ele alınmalıdır. Bu bozuklukta, ayırıcı tanının doğru yapılması, zamanında ve uygun tedavi yaklaşımı ile, klinik açıdan karışabileceği diğer bozukluklara göre daha olumlu sonuçlar alınacağı düşünce sindeyiz.

## KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder III. Revised* APA, Washington DC

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV* APA, Washington DC

Emde RN, Robinson J (1979) *The First Two Months : Recent Research in Developmental Psychobiology and the Changing View of the Newborn. Basic Handbook of Child Psychiatry* içinde. Joseph DN (ed.) New York. s : 93.

Graham PJ (1991) *Development and it's disorders. Child Psychiatry, A Developmental Approach* içinde. Philip G (ed.) Oxford University Press, New Yorks : 67-68.

Homes J (1993) *Attachment theory : A biological basis for psychotherapy, Br J Psychiatry* 163 : 430-438.

Kaplan HI, Sadock SJ (1988) *Contributions of the Psychosocial Sciences to Human Behavior 5 th ed.. Synopsis of Psychiatry* içinde Concro R (ed.) s : 83-85.

Kaplan HI, Sadock SJ (1994) *Contributions of the Psychosocial Sciences to Human Behavior 7 th ed.. Synopsis of Psychiatry* içinde Concro R (ed.) s : 161 - 164.

Klaus M, Kennel J (1976) *Parent - Infant Bonding. Maternal Infant Interaction* içinde. Kennel HJ, Voos DK, Klaus MH (ed.) Mosby, St. Louis. s : 796-797.

Osofsky JO, Connors K, *An Integrative View of a Complex System. Mother-Infant Interaction* içinde. Kennel HJ, Voos DK, Klaus MH (ed.) Mosby, St. Louis. s : 519-548.

Lewis M (1982) *Attachment Behavior. Clinical Aspect of Child Development. 2nd. ed.* içinde. Melvin (ed.) Leo and Febtger. Philadelphia. s : 16-30.

Şener Ş, Akça F (1990) *Yetiştirme yurtlarındaki çocuklarda nesne bağlılığının incelenmesi (henüz yayınlanmamış bir çalışma.)*

WHO (1992) *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Klinik Tanımlamalar ve Tanı Klavuzları* (çev. Öztürk O, Uluğ B). Türkiye Sınır ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993. Ankara.

Zeanah CH, Benoit D, Barton M ve ark (1993) *Representations of attachment in mothers and their one year old infants. J Am Acad Child Psychiatry* 32 : 278-286.



# GILLES DE LA TOURETTE SENDROMU VE BİRLİKTE BULUNAN BOZUKLUKLAR

Bahar Gökler\*

## ÖZET

Gilles de la Tourette sendromu (GTS), etyopatolojisi henüz tam anlamıyla açığa kavuşmamış olan, motor ve vokal tiklerle nitelikli bir bozukluktur. Bu hastalığın sıklıkla başka bozukluklarla bir arada bulunduğu bilinmektedir. Dolayısıyla GTS'nun etyolojisine yönelik olan genetik ve nörokimyasal araştırmaların, bu bozuklukla eş zamanlı olarak birlikte görülen birçok hastalık durumlarının kaynağına inmede de yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Bu yazıda GTS ile birlikte görülen hastalıklar özellikle bu açılarından ele alınarak gözden geçirilmektedir.

**Anahtar sözcükler :** Gilles de la Tourette sendromu, birlikte bulunan bozukluklar.

## SUMMARY : COMMORBIDITY IN GILLES DE LA TOURETTE'S SYNDROME

Gilles de la Tourette's syndrome (GTS) is a disorder with indefinite etiology which is characterized by both motor and vocal tics. It has been known that this disorder is seen commonly by co-existence of some other disorders. Research on the genetic and neurochemical factors concerning the etiology of this syndrome will also play an important role in highlighting the ethiopathological profile of the comorbid disorders. In this article, the co-occurrence of some disorders with GTS is reviewed from this view -point.

**Key words :** Gilles de la Tourette's syndrome, comorbidity.

## GİRİŞ

Gilles de la Tourette sendromu (GTS) motor ve vokal tiklerle nitelikli bir bozukluktur. Diğer sık görülen belirtileri koprolali, kopropaksi (toplum tarafından kabul edilebilir olmayan sözcükler, sıklıkla açık saçık sözcükler söyleme, benzer davranışlarda bulunma), ekolali (başka bir kişinin son duyulan sesini, sözcüğünü, deyişini ya da son duyulan sesi yineleme), ekopraksi (gözlenen birinin hareketlerini yineleme) ve palilali (kendi çıkardığı ses ya da kullandığı sözcükleri yineleme) dir; ancak bu bulgular tanı koyma açısından mutlaka koşul değildir (Robertson 1989, Steingard ve Dillon - Stout 1992, Robertson ve ark. 1993, Lanser ve ark. 1993).

GTS'nda belirtiler genellikle çocuklukta başlar, azalır, çoğalarak giderek bir süreç izler; zaman içinde belirtilerin sıklığı, şiddeti ve tuttukları bölge değişebilir. Tikler çoğalabilir ise de genelde çocuğun büyümesi ile birlikte giderek düzelmeye gösterirler. Tikler, fizik ya da duygusal zorlarla artabilir ve istemli bir biçimde kontrol altına alınabilir. Çoğunlukla motor tikler önce başlar, vokal tikler daha sonra çıkar. Baş ve boyunun içeren tikler, gövde ve karındaki tiklerden önce görülür (Steingard ve Dillon- Stout 1992, Lanser ve ark. 1993).

GTS'ndaki motor tikler klonik (kısa süreli silkinme, sıçrama biçiminde) ya da tonik (distonik, sürekli) hareketler olarak iki ayrı nitelikte olabilirler (Stone ve Jankovic 1991).

GTS'nun yaşam boyu görülme sıklığı % 0.01 - % 0.05 arasında nitelendirilmekle birlikte, bazı yazarlar oranını % 1 sıklıkta olduğunu bildirirler. GTS, erkeklerde, kızlardan daha sık görülmektedir (aktaran Steingard ve Dillon - Stout 1992).

GTS otozomal dominant yolla geçen kalıtsal bir bozukluktur. GTS fenotipinden sorumlu olan gen ya da genler henüz saptanamamıştır. Kromozom çalışmaları, özellikle 18q22, 3p21 ve 8g24 gibi genomların özel bazı bölgelerine ilişkin genetik bağlantılar göstermişlerdir (Pauls 1992, Tolosa ve Kulisevski 1992, Robertson ve ark. 1993). Taylor ve arkadaşları, GTS 'lu bir hastada 9. kromozomun kısa kolunda bir delesyon bulunduğunu açıklamışlardır (aktaran Tolosa ve Kulisevski 1992).

GTS'nda fizyopatoloji araştırıldığında, bu konunun henüz tam anlamıyla açıklığa kavuşmadığı ve bilinmezlikler içerdiği görülmektedir. GTS, büyük bir olasılıkla bir ölçüde dopaminerjik reseptör aşırı duyarlılığına bağlı olarak gelişmektedir (Steingard ve Dillon - Stout 1992, Lanser ve ark. 1993). Ancak serotonin ve norepinefrin ile ilgili yönler de bulunmaktadır. Motor tiklerden dopamin aşırı etkinliği sorumlu tutu-

\* Doç. Dr., Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı Bl. Ankara



lurken, koproli ve dürtüsellik (impulsivite) norepinefrinerjik ve serotonerjik sistemlerle bağıntılı bulunmuştur. Kolinerjik mekanizmalar ve GABA'nun da GTS etyopatolojisinde etkinlikleri vardır (Bornstein ve Baker 1991, Yuwiler ve ark. 1992).

GTS'nda bazı belirtilerin ortaya çıkmasında endojen opiat sistemin de rol oynadığı belirtile- rek, naltrekson tedavisinden sonra tiklerde be- lirgin derecede azalma olduğu gösterilmiştir (Tolosa ve Kulisevski 1992).

Bazı çalışmalar GTS'nda basal gangliya yapılarının tutulduğunu belirtirken, diğer çalışmalar organik bir temel yapı bozukluğu bu- lunmadığını ileri sürmektedirler (aktaran Steingard ve Dillon – Stout 1992). Basal gang- liya işlev bozukluğu yönündeki bulgular, diğer hareket bozuklukları üzerindeki çalışmalar, ilaç ve EEG araştırmaları sonucu elde edil- miştir. Örneğin; Huntington Koresi ve Parkinson hastalığı gibi hareket bozukluğu içeren durum- larda da basal gangliya işlev bozukluğunun bu- lunması, bu varsayımı destekler doğrultudadır. Basal gangliyada nörolojik bir travma sonrası GTS'na benzer bulguların ortaya çıktığını belir- ten yayınlar bulunmaktadır. (Stone ve Jankovic 1991, Caplan ve ark. 1992, Steingard ve Dillon – Stout 1992).

GTS'nda basal gangliya tutulumuna ilişkin kanıtlardan birisi de, haloperidol, pimozid gibi dopamin blokörlerinin, GTS tedavisindeki etkinlikleri, metilfenidat gibi dopamin-ago- nistlerinin ise semptomu bulunmayan kişilerde bile, tiklerin ortaya çıkmasına yol açan özel- likleridir. Basal gangliya ve korteksin limbik bölgeleri, beyinde dopaminerjik etkinliğin bi- rincil alanlarıdır. Bazı araştırmacılar basal gangliya ya da korteksin limbik bölgesindeki dopaminerjik işlev bozukluğunu GTS'nun oluşu- mundan sorumlu tutmaktadırlar (Stone ve Jan- kovic 1991, Steingard ve Dillon – Stout 1992, Lanser ve ark. 1993).

GTS'lu hastaların EEG'lerinde tiklerin çıkışın- dan önce öncül değişikliklerin görülmediği be- lirtilmiştir. Bu bulgular da tiklerin kortikal kaynaklı olmayıp, basal gangliya gibi subkor- tikal yapılardan köken almış olabilecekleri so- nucunu desteklemektedir (Steingard ve Dillon – Stout 1992).

Ancak otopsi çalışmaları, CT ve MRI sonuçları GTS'daki basal gangliya işlev bozukluğuna ilişkin bulgular vermemektedir. Chase ve arka- daşları, PET (positron emisyon tomografi) ile

basal gangliyada metabolizma artımı sap- tamışlardır. Yine frontal ve temporal loblarda da metabolik hızda bazı değişiklikler belirlen- miştir (aktaran Robertson 1989).

GTS'ndaki vokal ve motor tiklerin sıklıkla başka bazı bozukluklarla birarada bulunduğu bilinmektedir.

Bunlar :

- Obsesif kompulsif bozukluk
- Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu
- Davranım bozukluğu
- Otizm – yaygın gelişimsel bozukluk
- Uyku bozuklukları
- Depresyon ve anksiyete bozukluğu
- Çeşitli nörolojik bozukluklar şeklinde sıralanabilir.

### **OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB) VE GTS**

Araştırmalarda GTS ile OKB arasında genetik bir ilişkinin bulunduğu belirtilmiştir. Her iki bozuklukta stereotipik ve yineleyici belirti- ler ortak bir görünüm içermektedirler (Bornstein 1990, Pauls 1992). Ancak Pauls ve arkadaşları (1993) bu iki hastalığın arasında yalnızca etyo- lojik bir bağ olmayıp, OKB'un GTS'unun bir değişkeni olarak ele alınmasının daha uygun olduğunu ileri sürmektedirler.

Son çalışmalar GTS'lu hastaların % 7 sinde, OKB saptandığını ve bu hastalıkların benzer klinik bulgular ve ailesel geçiş örüntüsü sergile- diklerini belirtmektedirler. Yine GTS'da % 30 – % 90 arasında değişen oranlarda obsesif kom- pulsif belirtiye rastlandığı aktarılmaktadır. Araştırmalar GTS'lu kişilerin birinci dereceden akrabalarında obsesif kompulsif bozukluk gö- rülme oranının oldukça yüksek olduğunu gös- termektedir (Robertson 1989, Stone ve Jankovic 1991, Pauls 1992, Steingard ve Dillon – Stout 1992, Robertson ve ark. 1993, Pauls ve ark. 1993).

GTS'na benzer olarak, obsesif kompulsif bozuk- luğun da bir basal gangliya işlev bozukluğundan kaynaklandığına ilişkin veriler giderek art- maktadır. Basal gangliya'nın yüksek oranda se- rotonin reseptörü içerdiği belirtilmektedir. OKB tedavisinde etkin olduğu saptanmış olan klo- mipramin ve fluoksetin'in serotonerjik sistem üzerine seçici etkilerinin olduğu bilinmektedir.



PET çalışmaları da yine OKB'ta orbital korteks ve basal gangliya (corpus striatum) tutulumu göstermektedir (Bornstein 1991, Steingard ve Dillon - Stout 1992, Kurlan ve ark. 1993).

Nörotransmitterler üzerindeki araştırmalar, GTS ile OKB arasında, karmaşık bir ilişki olduğunu belirler. OKB için serotonerjik, GTS için dopaminerjik mekanizmalar sorumlu tutulmakta ise de, her iki hastalıkta da diğer transmitter sistemlerin ilişkisini vurgulayan veriler bulunmaktadır (Bornstein ve Baker 1991, Steingard ve Dillon-Stout 1992, Lanser ve ark.). GTS ile birlikte OKB gösteren bir grupta, hem serotonerjik, hem de dopaminerjik işlevlerde bozukluk olabileceği ya da bu sistemler arasındaki dengede bir sorun bulunduğu üzerinde durulmaktadır. Bu varsayım, her iki sistemin de basal gangliya ile ilişki açısından, nöroanatomik kuramlarla da uyumaktadır. (Steingard ve Dillon-Stout 1992).

GTS ve OKB'u olan hastaların tedavisine ilişkin araştırmalar giderek artmaktadır. Klomipramin ve fluoksetin gibi seçici serotonerjik ajanların etkin olduğu üzerinde durulmaktadır. Klomipramin'in GTS 'lu hastalarda obsesif kompulsif semptomların tedavisinde olduğu kadar tiklerin yoğunluğunu azaltmada da yarar sağladığını belirten bazı araştırmalar bulunmaktadır. GTS ile birlikte OKB'u olan hastalarda fluoksetin kullanımının obsesif kompulsif belirtileri yatıştırıp, tiklerde bir farklılık yaratmadığına ilişkin çalışmalar yanında fluoksetin tedavisi ile (20-40 mgr/gün, 4 ay süreyle) obsesif kompulsif belirtilerde hiç değişme olmaksızın, tikler, dikkat ve sosyal işlevlerde düzelmeyi gösteren araştırmalar da vardır (Steingard ve Dillon - Stout 1992, Kurlan ve ark. 1993).

Fluvoksamin (250 mgr / gün) ile pimozid'in (1mgr/gün) birlikte kullanımı sonucu, tek başına fluvoksamin ile bir sonuç alınmazken, hem obsesif kompulsif belirtilerin, hem tiklerin belirgin biçimde azalması da yine bazı hastalarda, hem serotonerjik, hem dopaminerjik sistemde bir işlev bozukluğu olduğunu düşündürmektedir (Steingard ve Dillon-Stout 1992).

GTS ve OKB, her ikisi de stres ve anksiyete ile artan bozukluklar olduğundan çeşitli davranışçı tedavi tekniklerinden benzer biçimde yarar sağlayabilirler (Steingard ve Dillon - Stout 1992).

## **GTS VE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB)**

GTS'undaki vokal ve motor tikler sıklıkla, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile birlikte bulunabilmektedir (Robertson 1989, Toluşa ve Kulisevski 1992, Pauls ve ark. 1993). Bu çocuklar çoğunlukla yaşlıları içinde dışlanan, daha yalnız ve daha agresif çocuklar olarak tanımlanmaktadır (Robertson 1989).

Okul ve öğrenmeye ilişkin sorunlara sık rastlanır. GTS'nda, hastalığa özgü vokal ve motor tikler büyük ölçüde zamanla azalsa bile, bu dikkat, öğrenme ve davranış sorunları kalıcılıklarını korurlar (Robertson 1989, Lanser ve ark. 1993).

Bir başka önemli nokta da, DEHB nedeniyle stimulan ilaçlar alan çocuklarda tik ve kompulsif davranışların ortaya çıkmasıdır. DEHB nedeniyle metilfenidat ve dekstroamfetamin alan 45 erkek çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada, % 60'ında hareket bozukluğu, % 51'inde kompulsif davranışlar saptanmıştır. Haloperidol ve pimozid gibi dopamini bloke eden ajanlarla GTS'unun tedavisinde yararlı sonuçlar elde edildiği, metilfenidat gibi dopamin agonistleri ile de, tiklerin ortaya çıktığı ya da alevlendiği gösterilmektedir (Steingard ve Dillon-Stout 1992).

## **GTS VE DAVRANIM BOZUKLUĞU**

Tiklerle birlikte davranışsal sorunlar, GTS'lu hastanın sosyal uyumunu olumsuz yönde etkileyen özelliklerdir. GTS hastalarında çeşitli yazarlar tarafından pek çok davranış sorunu bildirilmiştir :

- Kendine zarar verme (% 13 - % 53 oranında)
- Agresivite, öfke, şiddet (eşyaya, hayvanlara, insanlara zarar verme)
- Disiplin sorunları (erkeklerde fazla)
- Yalan söyleme
- Çalma
- Ateşle oynama
- Kavgacılık
- Tepkisellik
- İlaç ve alkol bağımlılığı (aktaran Robertson 1989).



## **OTİZM - YAYGIN GELİŞİMSEL BOZUKLUK, ŞİZOFRENİ BENZERİ BOZUKLUK VE GTS**

Sverd, Comings ve Comings'in, 26 çocukta otizm-yaygın gelişimsel bozukluk ve GTS'nun birlikte görüldüğünü belirten yayınları bulunmaktadır (aktaran Tolosa ve Kulisevski 1992). Yine aynı araştırmacılar GTS'lu hastaların yakın akrabalarında otizm tanımlanmış, bazı otizm, yaygın gelişimsel bozukluk türlerinin GTS ile aynı gen ve aynı yolla geçtiğini belirtmişlerdir (aktaran Sverd ve Montero 1993). GTS'nun hallusinasyon, paranoid düşünce yapısı, şizotipal düşünce özellikleri ve şizofreni benzeri psikoz belirtilerini içeren bir herediter tik bozukluğu olduğunu belirleyen araştırmalar vardır (Sverd ve Montero 1993).

Berthier ve arkadaşları GTS ile birlikte Asperger sendromu bulguları gösteren 7 hastayı incelemişler ve bu hastaların, otizm - yaygın gelişimsel bozukluk ile birlikte bulunmayan hastalara kıyasla, daha fazla motor ve uzamsal bozukluk, sözel olmayan problem çözme yetisinde düşüklük saptamışlardır. Bu 7 hastanın 5 'inde MRI tetkikinde yapısal beyin anormallikleri bulunmuştur (aktaran Tolosa ve Kulisevski 1992).

### **UYKU BOZUKLUKLARI VE GTS**

GTS'lu hastalarda uyku bozukluklarına sık rastlanmaktadır. Bu bozukluklar uykusuzluk, uykuda konuşma, gece kabusları, gece ürküsü, somnambulizm, enürezis, diş gıcırdatma, genel huzursuzluk ve öğle uykusunda zorluk biçiminde olabilir.

GTS'nin bir uyanma bozukluğu olduğunu vurgulayan araştırmalar bulunmaktadır (Robertson 1989).

### **DEPRESYON, ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE GTS**

GTS'ndeki depresif belirtiler ve bunların obsesyonel bulgularla olan bağlantıları ayrıntılı olarak araştırılabilmiş değildir (Robertson ve ark. 1993).

Obsesyonlar, depresif duygu -durum ve kaygıyı ölçen öz-bildirim ölçeklerine dayalı bir değerlendirmede, normal kontrollara kıyasla GTS ve depresyonlu hastalar belirgin olarak daha yüksek puanlar almışlardır. GTS' ndeki depresif semptomların boyutunu ölçmek üzere düzen-

lenmiş çalışmalarda, normal kontrollara kıyasla GTS'lu hastalar, daha ağır depresyon belirtileri göstermişlerdir. Hastalığın tik-obsesyon-depresyon gibi çeşitli boyutları üzerine en etkin tedaviyi planlayabilmek yönünden dopamin antagonistleri ile birlikte, bir serotonin geri alım inhibitörü kullanmak uygun olacaktır. Aynı nedenle GTS'da kognitif - davranışçı bir yaklaşımla ilaç tedavisini birleştirmek olumlu sonuçlar almak açısından önemlidir (Robertson ve ark. 1993).

### **GTS VE NÖROLOJİK BOZUKLUKLAR**

**MİGREN :** Barabas ve arkadaşları GTS'lu çocukların bir alt grubunda, her iki grubu da içeren benzer bir serotonin metabolizma bozukluğuna bağlı olarak GTS ile migrenin birarada görüldüğünü belirtmişlerdir (aktaran Robertson 1989).

Çeşitli araştırmalara göre GTS'nda migren görülme oranı %20 - % 60 dır, ancak bu oran genel populasyonda migren görülme sıklığına çok yakın olduğundan GTS'da migren yaygınlığının artmış olduğu söylenemez (Robertson 1989).

**DİSTONİ :** GTS'lu hastaların pek çoğunda distonik tikler görülmekle birlikte, kalıcı distoni ve GTS'nun birarada bulunması sık rastlanan bir durum değildir. Distoni ile birlikte, esansiyel tremor, myoklonus ve parkinsonizm tanımlanmış ise de distoni ile tik bağlantısı ayrıntılı olarak belirlenmemiştir (Stone ve Jankovic 1991, Tolosa ve Kulisevski 1992).

Araştırmalar, yüz tikleri ile fokal distoni (blefarospazm) arasında ortak bir fizyopatolojik mekanizma bulunduğunu vurgulamaktadırlar. Tikler ve distoninin basal gangliya ve beyin sapındaki bir işlev bozukluğundan kaynaklandığı belirtilmektedir. Yine her iki hastalığın genetik olarak, otozomal dominant bir geçiş izlediği ve ortak bir genetik bozukluktan kaynaklandığı düşünülmektedir (Stone ve Jankovic 1991).

Tik ve distonilerin tedavisi farklı farmakolojik ajanlarla yapılmaktadır ve her iki bozukluğun farklı nörotransmitter mekanizmaları ile bağlantıları vardır. GTS'ndeki tikler antidopaminerjik ajanlarla tedavi edilirken, distoniler antikolinergik ilaçlardan yarar sağlarlar (Stone ve Jankovic 1991).

Stone ve Jankovic (1991) tipik GTS bulguları veren 9 hastada daha sonra sürekli distoni (tor-



tikollis ve blefarospazm) geliştiğini ve distoninin başlamasından önce hiç bir hastanın nöroleptik tedavisi almamış olduğunu belirtmişler ve tiki olan hastaların distoni geliştirme riskinin yüksek olabileceğini aktarmışlardır.

Diğer nörolojik bozukluklarla bağlantılı olarak, örneğin nörolojik bir travmadan sonra motor ve vokal tikler çıkabilir. Ensefalit sonrası GTS benzeri bir sendrom geliştiren 6 yaşındaki bir kız çocuğu bildirilmiştir. Bu hasta pimozid ile tedavi edilmiş ve birkaç ay içinde tikler kontrol altına alınmıştır (Caplan ve ark. 1992).

## SONUÇ

Bütün bu çalışmaların ve bulguların ışığında, GTS ile ilgili gelecekte sürececek olan araştırmaların genetik ve nörokimya ile ilişkili olacağı ve bu alandaki yeni bulguların yalnızca GTS'nun değil aynı zamanda obsesif kompulsif bozukluk başta olmak üzere, diğer hastalıkların da daha iyi anlaşılabilmesi, ayrımlaştırılması ve uygun biçimde ele alınması yönünden aydınlatıcı işlevler taşıyacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

Bornstein RA (1991) Neuropsychological correlates of obsessive characteristics in Tourette syndrome. *J Neuropsychiatr* 3 (2) : 157-162.

Bornstein RA, Baker GB (1991) Urinary indoleamines in Tourette syndrome patients with obsessive - compulsive characteristics. *Psychiatry Research* 41 : 267-274.

Caplan R, Comair Y, Shewmon AD ve ark. (1991) Intractable seizures, compulsions and coprolalia : A pediatric case study. *J Neuropsychiatr* 4(3) : 315-319.

Kurlan R, Como PG, Deeley C ve ark. (1993) A pilot controlled study of fluoxetine for obsessive-compulsive symptoms in children with Tourette's syndrome. *Clin Neuropharmacol* 16 (2) : 167-172.

Lanser JB K, Van Santen WHC, Jennekens - Schinkel A ve ark. (1993) Tourette's syndrome and right hemisphere dysfunction. *Br J Psychiatry* 163 : 116-118.

Pauls DL (1992) The genetics of obsessive - compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *Psychiatr Clin North Am* 15 (4) : 759-766.

Pauls DL, Leckman JF, Cohen D J (1993) Familial relationship between Gilles de la Tourette's syndrome, attention deficit disorder, learning disabilities, speech disorder and stuttering. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32 (5) : 1044-1050.

Robertson MM, (1989) The Gilles de la Tourette syndrome : The current status. *Br J Psychiatry* 154 : 247-169.

Robertson MM, Channon S, Baker J (1993) The psychopathology of Gilles de la Tourette's syndrome. A controlled study. *Br J Psychiatry* 162 : 114-117

Steingard R, Dillon -Stout D (1992) Tourette's syndrome and obsessive - compulsive disorder *Psychiatr Clin North Am* 15 (4) : 849-860.

Stone LA, Jankovic J (1991) The coexistence of tics and dystonia. *Arch Neurol* 48 : 862-865.

Sverd J, Montero G (1993) Brief report : Cases for an association between Tourette Syndrome autistic disorder and schizophrenia - like disorder. *J Autism Dev Disord* 23 (2) : 407-413.

Tolosa ES, Kulisevski J (1992) Tics and myoclonus. *Curr Op Neurol Neurosurgery* 5 : 314-320.

Yuwiler A, Chen Shih J, Chen C ve ark. (1992) Hyperserotonemia and antiserotonin antibodies in autism and other disorders. *J Autism Dev Disord* 22 (1) : 33-45.



# ÇOCUK VE ERGENLERDE DEPRESYON EPİDEMİYOLOJİSİ VE RİSK ETKENLERİ

Belma Öy\*

## ÖZET

Yapılan çalışmalar çocukluk döneminde depresyonun sık görülmediğini ancak ergenliğin başından itibaren hızla arttığını göstermektedir. Çocukluk depresyonunda cinsiyet farkı bulunmadığı halde, kız ergenlerde depresyon erkeklere göre daha fazladır. Aile içi ilişki sorunları, ana babada psikopatoloji, olumsuz yaşam olayları ve düşük benlik saygısının çocuk ve ergen depresyonuyla ilişkili olduğu gösterilmiştir.

**Anahtar sözcükler :** Depresyon, çocukluk, ergenlik, epidemiyoloji, risk etkenleri.

## SUMMARY : EPIDEMIOLOGY AND RISK FACTORS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENT DEPRESSION

Various studies have shown that depression in children is rare but the rate of depression increases rapidly from the beginning of adolescence. Even though there is no sex difference in childhood, depression is seen more often in adolescent girls compared with boys. Family dysfunction, psychopathology in parents, stressful life events, and low self-esteem are related to childhood and adolescent depression.

**Key words :** Depression, childhood, adolescence, epidemiology, risk factors.

## GİRİŞ

Çeşitli çalışmalarda çocuk ve ergenlerde depresyon görülme sıklığının % 0.4 ile % 55.7 arasında değiştiği bulunmuştur (Fleming ve Offord 1990). Bu önemli fark, çalışmalarda kullanılan tanı ölçütleri, tanı yöntemleri, bilgi kaynağı ve incelenen örneklemin birbirinden farklı olmasından doğmaktadır.

Öz bildirim ölçekleriyle yapılan ve depresyon tanısı için, ölçeğin kesim puanı temel alınan ya da yalnızca depresif belirtilerin araştırıldığı çalışmalarda depresyon oranı, yapılandırılmış görüşme ölçekleriyle yapılan ve DSM III, DSM III -R gibi belirli ölçütlere göre depresif bozukluk tanısı konmuş çalışmalardan çok daha yüksektir (Rutter ve ark. 1976, Offord ve ark. 1987, Kashani ve ark. 1987).

Çocuk ve ergenin kendi ifadesine dayanan çalışmalarda depresyon oranı anne, baba ya da öğretmenden alınan verilere dayanan çalışmalardan daha yüksektir (Kandel ve Davies 1982, Lobovitz ve Handal 1985, Velez ve ark. 1989, Kashani ve ark. 1989).

Toplum taramalarıyla, çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniklerinde yapılan çalışmaların sonuçları doğal olarak farklıdır (Lobovitz ve Handal 1985, Kazdin ve ark. 1985, Feinstein ve ark. 1984).

**Depresif belirtilerin görülme sıklığı :** Çocuklarda depresif belirtilerin sıklığını inceleyen çalışmaların sayısı, ergenlerdeki çalışmalardan daha azdır (Tablo 1). Yurt dışı çalışmalarda çocuklarda depresif belirtilerin % 10-13 oranında görüldüğü bulunmuştur (Rutter ve ark. 1976, Pearce 1978). Ülkemizde yapılan bir çalışmada 9-13 yaş çocuklarında Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) kullanılarak % 30 oranında orta, % 6 oranında ağır depresif belirti gözlenmiştir (Öy 1991).

Ergenlerde depresif belirti sıklığının, yurt dışı çalışmalarda % 21 (Reinherz ve ark. 1989) ile % 56 (Offord ve ark. 1987) arasında değiştiği bulunurken, ülkemizde bu oran % 27 olarak saptanmıştır (Çuhadaroğlu ve Sonuvar 1992).

Yurt içi ve yurt dışı yapılan bütün çalışmalar depresif belirtilerin çocuklarda ve özellikle ergenlerde oldukça sık görüldüğünü doğrulamaktadır.

\* Doç. Dr., Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Kl., Ankara



**Tablo 1 : Çocuk ve Ergenlerde Depresif Belirtilerin Sıklığı**

Yazar - Yıl	Yaş	Denek Sayısı	Yöntem	Sıklık (%)
Rutter ve ark. 1976	10-11 14-15	2000 2000	Psikiyatrik görüşme Psikiyatrik görüşme	13 40
Pearce 1978	Puberte öncesi Puberte sonrası	547	Psikiyatrik görüşme Psikiyatrik görüşme	10 25
Kandel ve Davies 1982	14-18	1206	Belirti tarama listesi	25
Teri 1982	14-17	568	Öz bildirim ölçeği	49 : Hafif depresyon 32 : Orta - ağır depr.
Kaplan ve ark. 1984	11-18	385	Öz bildirim ölçeği	13.5 : Hafif depr. 7.8 : Orta depr. 1.3 : Ağır depr.
Kashani ve ark. 1987	14-16	150	Yapılandırılmış görüşme ölçeği	48
Offord ve ark. 1987	12-16	1231	Belirti tarama listesi	Kız : 37 Erkek : 56
Reinherz ve ark. 1989	15	378	Öz bildirim ölçeği	21
Öy 1991	9-13	432	Öz bildirim ölçeği	30 : Orta şiddette depr. belirti 6 : Ağır depr. belirti.
Çuhadaroğlu ve Sonuvar 1992	14-20	464	Öz bildirim ölçeği	27 : Ölçeğin kesim puanına göre depr.

**Depresif bozukluğun görülme sıklığı :** Çocuk ve ergenlerde depresif bozukluğun sıklığını inceleyen çalışmalar gözden geçirildiğinde (Tablo 2), çocuklarda depresif bozukluğun

görülme oranının % 3'ten az olduğu, ergenlerde % 7'ye kadar çıktığı görülmektedir. Psikiyatri kliniklerinde yapılan çalışmalarda ise bu oran daha yükselmektedir.

**Tablo 2 : Çocuk ve Ergenlerde Depresif Bozukluğun Sıklığı**

Yazar - Yıl	Yaş	Denek Sayısı	Yer	Yöntem	Ölçüt	Sıklık (%)
Rutter ve ark. 1976	14-15	2000	Toplum	Psikiyatrik görüşme	-	13
Kashani ve Simonds 1979	7-12	103	Toplum	Psikiyatrik görüşme	-	2.0
Kashani ve ark. 1983	9	641	Toplum	Yapılandırılmış görüşme ölçeği	DSM III	1.8
Kashani ve ark. 1987	14-16	150	Toplum	Yapılandırılmış görüşme ölçeği	DSM III	4.7
Offord ve ark. 1987	12-16	1231	Toplum	Belirti tarama listesi, Psikiyatrik görüşme	DSM III	Kız : 7.2 Erkek : 2.5
Anderson ve ark. 1987	11	792	Toplum	Yapılandırılmış görüşme ölçeği	DSM III	1.8
Garrison ve ark. 1989	11-17	677	Toplum	Yapılandırılmış görüşme ölçeği	DSM III	4.4
Mc Gee ve ark. 1989	15	943	Toplum	Yapılandırılmış görüşme ölçeği	DSM III	4.4
Polaino - Lorento ve Domenech 1993	8-11	6500	Toplum	Yapılandırılmış görüşme ölçeği	DSM III	1.8
Carlson ve Cantwell 1980	7-17	210	Psikiyatri kliniği	Psikiyatrik görüşme	DSM III	28
Strober ve ark. 1981	12-17	150	Psikiyatri kliniği	Yapılandırılmış görüşme ölçeği	DSM III	27
Feinstein ve ark. 1984	4-16	224	Psikiyatri kliniği	Psikiyatrik görüşme	DSM III	21
Kazdin ve ark. 1985	4-16	224	Psikiyatri kliniği	Psikiyatrik görüşme	DSM III	9
Lobovitz ve Handal 1985	8-12	50	Psikiyatri kliniği	Psikiyatrik görüşme	DSM III	34



## **Depresyonun görülme sıklığını etkileyen özellikler :**

**Yaş :** Hemen her çalışmada depresif belirtilerin çocukluktan ergenliğe geçişte arttığı ve bu artışın özellikle kızlarda belirgin olduğu saptanmıştır. Rutter ve arkadaşları (1976) on dört yaşındaki ergenlerde, on yaşındaki çocuklara göre üç kat fazla depresif belirti gözlemişlerdir.

Ontario Çocuk Sağlığı Çalışması'nda oniki - on beş yaşlarındaki kız ergenlerde, dört-onbir yaşlarındaki kız çocuklarına göre distimik bozukluk beş kat fazla bulunmuştur (Offord ve ark. 1987). İsveç'te yapılan bir çalışmada on - beş -ondokuz yaşlarındaki ergenlerde depresyon oranı on kat yüksek saptanmıştır (Von Knorring ve ark. 1987).

Ergenlik boyunca depresif belirtilerin giderek arttığını bulan çalışmaların yanı sıra (Teri 1982, Kaplan ve ark. 1984, Barron ve Perron 1986, Kashani ve ark. 1989), ergenlik boyunca değişiklik gözlenmediğini belirten araştırmalar da bulunmaktadır (Kandel ve Davies 1982, Velez ve ark. 1989, Larsson ve Melin 1990, Allgood - Merten ve ark. 1990).

Ergenlerde depresif belirtilerin erişkinlerden daha fazla görüldüğünü öne süren çalışmalar varsa da (Beck ve ark. 1988, Allgood-Merten ve ark. 1990) bu konu henüz kesinlik kazanmamıştır.

**Cinsiyet :** Altı - oniki yaş çocuklarında hem toplum taramalarında hem psikiyatri kliniklerinde yapılan çalışmaların çoğunda cinsiyet farkı saptanmamıştır (Kashani ve ark. 1983, Velez ve ark. 1989, Öy 1991, Cohen ve ark. 1993, Polaino - Lorente ve Domenech 1993). İki çalışmada depresyonun erkek çocuklarda kızlardan fazla görüldüğü bulunmuştur (Anderson ve ark. 1987, Costello ve ark. 1988).

Ergenlerle yapılan birkaç çalışmada cinsiyet farkı gözlenmemekle birlikte (Kaplan ve ark. 1984, Bird ve ark. 1988, Kashani ve ark. 1989), pek çok çalışmada hem depresif belirtilerin hem depresif bozukluğun kızlarda erkeklerden daha sık görüldüğü saptanmıştır (Fleming ve ark. 1989, Velez ve ark. 1989, Garrison ve ark. 1989, Larsson ve Melin 1990, Özbay ve ark. 1991, Çuhadaroğlu ve Sonuvar 1992).

Depresyonda cinsiyet farkı, erken ergenlikte ortaya çıkıp yaşla belirginleşmektedir (Fleming ve Offord 1990). Çeşitli çalışmalarda kız ergenlerin erkeklerden daha fazla sayıda ve

daha ağır depresif belirtiler bildirdiği gözlenmiştir (Kandel ve Davies 1982, Kashani ve ark. 1987, Larsson ve Melin 1990).

**İrk :** Çocukluk ve ergenlik depresyonunda ırkın rolünü araştıran çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Depresif belirtilerin siyah ergenlerde beyazlardan daha fazla olduğunu bulan çalışmaların yanı sıra (Schoenbach ve ark. 1982, Garrison ve ark. 1989, 1990), ırk farkı saptanmayan çalışmalar da bulunmaktadır (Kandel ve Davies 1992, Costello ve ark. 1988, Velez ve ark. 1989).

**Sosyoekonomik düzey :** Sosyoekonomik düzeyle depresyon ilişkisini inceleyen çalışmaların bir kısmında bağlantı gözlenmemekle beraber (Kandel ve Davies 1982, Kashani ve ark. 1983, 1989, Velez ve ark. 1989), birçok araştırmada düşük sosyoekonomik düzeyden gelen çocuk ve ergenlerde depresif belirtilerin daha yaygın olduğu bulunmuştur (Kaplan ve ark. 1984, Lefkowitz ve Tesiny 1985, Bird ve ark. 1988, Aydın ve Doğan 1988, Öy 1991, Çuhadaroğlu ve Sonuvar 1992).

## **Çocukluk ve ergenlik depresyonunda risk etkenleri :**

**Aile içi ilişki sorunları :** Çeşitli çalışmalarda aile içi ilişki bozukluğu ve çatışmaların varlığında, çocuk ve ergenlerde depresif belirtilerin arttığı gözlenmiştir (Kandel ve Davies 1982, Goodyer ve ark. 1985, Kashani ve ark. 1988, Bird ve ark. 1988, Garrison ve ark. 1989).

Kashani ve arkadaşları (1988) hem depresif ergenlerin hem depresyon dışında ruhsal bozukluğu olan ergenlerin, kendilerini ve annelerini aile içi çatışmaların çözümünde, sağlıklı ergenlere göre sözel ve davranışsal olarak daha saldırgan algıladıklarını, aile içi çatışmaların çözümü zorlaştıkça, ergenlerde depresif belirtilerin ağırlığının arttığını bulmuşlardır.

Robertson ve Simons (1989) ergenlerin anne ve babaları tarafından reddedildiklerini algılamalarının, depresyonu hem doğrudan, hem de benlik saygısını düşürerek dolaylı olarak arttırdığını saptamışlardır.

Garrison ve arkadaşları (1990) aile bağının zayıf olmasının ergenlerde depresif belirtileri çoğalttığını ancak aile içi bağlılığın aşırı olmasının depresif belirtileri etkilemediğini bulmuşlardır.

**Ana babada psikopatoloji :** Çeşitli çalışmalarda çocuk ve ergenlerde depresyonla ana babada



depresyon (Kandel ve Davies 1982, Beardslee ve ark. 1983, Weissman ve ark. 1984a, 1984b), annede ruhsal bozukluk ya da duygusal sorunların (Bird ve ark. 1989, Velez ve ark. 1989) ilişkili olduğu gösterilmiştir.

**Olumsuz yaşam olayları :** Pek çok çalışmada üvey ana babanın varlığı, tek ebeveynli olma, ana babanın boşanması, ailede ölüm, ağır hastalık, ekonomik güçlük gibi olumsuz yaşam olaylarının çocuk ve ergenlerde depresyonla ilişkili olduğu gözlenmiştir (Goodyer ve ark. 1985, Costello ve ark. 1988, Bird ve ark. 1989, Velez ve ark. 1989, Reinherz ve ark. 1989, Garrison ve ark. 1990, Allgood - Merten ve ark. 1990).

**Düşük benlik saygısı :** Birçok çalışmada çocuk ve ergenlerde düşük benlik saygısıyla depresyonun ilişkili bulunduğu, düşük benlik saygısının depresyon için bir risk etkeni olduğu saptanmıştır (Battle 1987, Çuhadaroğlu 1987, Oğuzhanoglu ve Kültür 1988, Cole 1989, Allgood-Merten ve ark. 1990, Çetin ve ark. 1990, De Wilde ve ark. 1993, Öy ve ark. 1994).

Block ve arkadaşları (1991) izleme çalışmalarında, onsekiz yaşında depresyonu olan kız ergenlerin ondört yaşında düşük benlik saygısına sahip olduklarını saptamışlardır.

Reinherz ve arkadaşları (1993) beş-onsekiz yaşları arasında izledikleri 385 ergen içinde, onsekiz yaşında depresyonu olan ergenlerin dokuz yaşında iken benlik saygılarının düşük olduğunu bulmuşlardır.

**Okul başarısızlığı :** Bazı çalışmalarda okul başarısızlığının çocuk ve ergenlerde depresif belirtileri arttırdığı saptanmış (Teri 1982, Bird ve ark. 1989, Fleming ve ark. 1989, Garrison ve ark. 1989, Reinherz ve ark. 1989, Cole 1990), bazı araştırmalarda ise okul başarısı ile depresyon arasında bir bağlantı gösterilememiştir (Kandel ve Davies 1982, Kashani ve ark. 1983, Costello ve ark. 1988, Aydın ve Doğan 1988).

## SONUÇ

Birçok yurt içi ve yurt dışı çalışmada çocuk ve ergenlerde depresif belirtilerin sık görüldüğü saptanmıştır. Depresif bozukluk ise, çocuklarda seyrek görülmekte, ergenliğin başından itibaren özellikle kızlarda artmaktadır.

Yapılan çalışmalarda aile içi ilişki sorunları, ana babada psikopatoloji, olumsuz yaşam olayları, düşük benlik saygısı, okul başarısızlığı, düşük sosyoekonomik düzey gibi etkenlerin depresyon riskini yükselttiği gösterilmiştir.

Çocukluk ve ergenlik depresyonunda risk etkenlerini inceleyen geniş kapsamlı, ayrıntılı çalışmaların sayısı çoğaldıkça, önemli bir sağlık sorunu olan depresyonun önlenmesi ve tedavisi kolaylaşacaktır.

## KAYNAKLAR

Allgood-Merten B, Lewinsohn PM, Hops H (1990) Sex differences and adolescent depression. *J Abnorm Psychol*, 99 : 55-63.

Anderson JC, Williams S, Mc Gee R ve ark. (1987) DSM - III disorders in preadolescent children. *Arch Gen Psychiatry*, 44 : 69-76.

Aydın C, Doğan L (1988) Normal prepubertal çocuklarda depresif bulguların araştırılması. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kongre Kitabı, s : 311-327, Ankara.

Barron P, Perron LM (1986) Sex differences in the Beck Depression Inventory scores of adolescents. *J Youth Adolescence*, 15 : 165-171.

Battle J (1987) Relationship between self-esteem and depression among children. *Psychol Rep*, 60 : 1187-1190.

Beardslee WR, Bemporad J, Keller MB ve ark. (1983) Children of parents with major affective disorder. *Am J Psychiatry*, 140 : 825-832.

Beck AT, Steer RA, Garbin MG (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. *Clin Psychol Rev*, 8 : 77-100.

Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M ve ark. (1988) Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*, 45 : 1120-1126.

Bird HR, Gould MS, Yager T ve ark. (1989) Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28 : 847-850.

Block JH, Cjerde PF, Block JH (1991) Personality antecedents of depressive tendencies in 18-year-olds. *J Pers Soc Psychol*, 60 : 726-738.

Garlson GA, Cantwell DP (1980) A survey of depressive symptoms, syndromes and disorder in a child psychiatric population. *J Child Psychol Psychiatry*, 21 : 19-25.

Cohen P, Cohen J, Kasen S ve ark. (1993) An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence. *J Child Psychol Psychiatry*, 34 : 851-867.

Cole D (1989) Psychopathology of adolescent suicide. *J Abnorm Psychol*, 98 : 248-255.



- Costello AJ, Edelbrock C, Burns BJ ve ark (1988) Psychiatric disorders in pediatric primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 45 : 1107-1116.
- Çetin M, Sürmeli A, Burkovik Y (1990) Liseli adolesanların benlik saygılarını ve ruhsal durumlarını etkileyen faktörlerin araştırılması. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Yayınlar Kitabı, s : 17-22, İzmir.
- Çuhadaroğlu F (1987) Adolesanlarda öz değerlilik duygusu ve çeşitli psikopatolojik durumlarla ilişkisi. XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel çalışmaları, s : 486-493, İstanbul.
- Çuhadaroğlu F, Sonuvar B (1992) Adolesanlarda depresyon. 1992 Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri Kongre Kitabı, s : 350-358, İzmir.
- De Wilde EJ, Kienhorst KWM, Diekstra RFW ve ark. (1993) The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32 : 51-59.
- Feinstein C, Blouin AG, Egan J ve ark (1984) Depressive symptomatology in a child psychiatric outpatient population. *Compr Psychiatry*, 25 : 379-391.
- Fleming JE, Offord DR, Boyle MN (1989) The Ontario Child Health Study : Prevalence of childhood and adolescent depression in the community. *Br J Psychiatry*, 155 : 647-654.
- Fleming JE, Offord DR (1990) Epidemiology of childhood depressive disorders : A critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29 : 571-580.
- Garrison CZ, Schluchter MD, Schoenbach VJ ve ark. (1989) Epidemiology of depressive symptoms in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28 : 343-351.
- Garrison CZ, Jackson KL, Marsteller F ve ark. (1990) A longitudinal study of depressive symptomatology in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29 : 581-585.
- Goodyer I, Kolwin I, Gatzanis S (1985) Recent undesirable life events and psychiatric disorder in childhood and adolescence. *Br J Psychiatry*, 147 : 517-523.
- Kandel DB, Davies M (1982) Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 39 : 1205-1212.
- Kaplan S, Hong G, Weinhold C (1984) Epidemiology of depressive symptomatology in adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry*, 23 : 91-98.
- Kashani JH, Simonds JF (1979) The incidence of depression in children. *Am J Psychiatry*, 136 : 1203-1205.
- Kashani JH, Mc Gee RO, Clarkson SE ve ark (1983) Depression in a sample of 9 year old children. *Arch Gen Psychiatry*, 40 : 1217-1223.
- Kashani JH, Carlson GA, Beck N ve ark (1987) Depression, depressive symptoms and depressed mood among a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry*, 144 : 931-934.
- Kashani JH, Burbach DJ, Rosenburg TK (1988) Perception of family conflict resolution and depressive symptomatology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27 : 42-48.
- Kashani JH, Orvaschel H, Rosenberg TK ve ark. (1989) Psychopathology in a community sample of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28 : 701-706.
- Kazdin AE, Moser J, Colbus D ve ark. (1985) Depressive symptoms among physically abused and psychiatrically disturbed children. *J Abnorm Psychol*, 94 : 298-307.
- Larsson B, Melin L (1990) Depressive symptoms in Swedish adolescents. *J Abnorm Child Psychol*, 18 : 91-103.
- Lefkowitz MM, Tesiny EP (1985) Depression in children : Prevalence and correlates. *J Consult Clin Psychol*, 53 : 647-656.
- Lobovitz DA, Handal PJ (1985) Childhood depression : Prevalence using DSM III criteria and validity of parent and child depression scales. *J Pediatr Psychol*, 10 : 45-54.
- Mc Gee RO, 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.
- Offord DR, Boyle M, Szatmari P ve ark (1987) Ontario Child Health Study II : Six - month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Arch Gen Psychiatry* 44 : 832-836.
- Oğuzhanoglu NK, Kültür Ş (1988) Lise öğrenimi sürdüren 15-18 yaşları arasındaki ergenlerde benlik saygısı ve bunu etkileyen etkenler. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kongre Kitabı . s : 451-456, Ankara.
- Öy B (1991) Çocuklar için Depresyon Ölçeği : Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2 : 132-136.
- Öy B, Yılmaz N, Emekçi A ve ark (1994) Sağlıklı ve çocuk ruh sağlığı kliniğine başvuran çocuklarda depresyon ve benlik saygısı ilişkisi. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi (Baskıda)*.



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

Pearce J (1978) The recognition of depressive disorder in children. *J Roy Soc Med* 71 : 494-505.

Polaino-Lorente A, Domenech E (1993) Prevalence of childhood depression Results of the first study in Spain. *J Child Psychol Psychiatry* 34 : 1007-1017.

Reinherz HZ, Stewart - Berghauer G, Pakiz B ve ark. (1989) The relationship of early risk and current mediators to depressive symptomatology in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28 : 942-947.

Reinherz HZ, Giaconia BM, Pakiz B ve ark (1993) Psychosocial risks for major depression in late adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32 : 1155-1163.

Robertson JF, Simons RL (1989) Family factors, self-esteem, and adolescent depression. *J Mar Family* 51 : 125-138.

Rutter M, Tizard J, Yule W ve ark (1986) Research report: Isle of Wight Studies 1964-1974. *Psychol Med* 6 : 313-332.

Schoenbach VJ, Kaplan BH, Grimson RC ve ark (1982) Use of a symptom scale to study the prevalence of depressive syndrome in young adolescents. *Am J Epidemiol* 116 : 791-800.

Strober M, Green J, Carlson GA (1981) Reliability of psychiatric diagnosis in hospitalized adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 38 : 141-145.

Teri L (1982) The use of the Beck Depression Inventory with adolescents *J Abnorm Child Psychol* 10 : 277-284.

Velez CN, Johnson J, Cohen P (1989) A Longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28 : 861-864.

Von Knorring A, Anderson D, Magnussen D (1987) Psychiatric care and course of psychiatric disorders from childhood to early adulthood in a representative sample. *J Child Psychol Psychiatry* 28 : 329-341.

Weissman MM, Leckman JF, Merikangas KR ve ark (1984a) Depression and anxiety disorders in parents and children. *Arch Gen Psychiatry* 41 : 845-851.

Weissman MM, Prusoff BA, Gammon GD ve ark. (1984b) Psychopathology in the children (aged 6-18) of depressed and normal parents. *J Am Acad Child Psychiatry* 23 : 78-84.

# ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

## Ö D Ü L Ü

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

### SEÇİCİ KURUL :

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



# GÖRÜŞLER

## TIP EĞİTİMİNDE ÖZERKLİK VE ÇAĞDAŞLIĞA DOĞRU

Türk Tabipler Birliği'nin (TTB) girişimi ile, 1993 yılında Türkiye'nin Avrupa Tıp Uzmanları Birliği'ne (ATUB) üyeliği onaylanmış ve bu üyelik bundan sonra Türkiye'deki tüm uzmanlık alanlarının dernekler ve TTB aracılığı ile ATUB'nde temsilini olanaklı kılmıştır. Böylelikle ülkemizde tıp biliminin gelişmesi ve çağdaş bir açılımla niteliklerinin yükseltilmesi adına yeni bir yapılanma süreci başlatılmıştır.

Avrupa topluluğunun bir organı olan Avrupa Tıp Uzmanları Birliği'nin (ATUB, UEMS) temel amacı tüm üye ülkelerde uzman hekim eğitimi en yüksek düzeye çıkarabilmek, uzmanlık alanlarında en üst standartları oluşturmak ve sonuçta hastalara en nitelikli tıbbi yaklaşımın sunulmasını sağlamaktır. Bu amaç çağdaş dünya tıbbi ile ülkemizdeki tıp biliminin yönelimini birlikte içeren, evrensel ve ulusal boyutta kaçınılmaz bir gerekliliktir.

Bu amaç doğrultusunda ülkemiz içinde yer aldığı Avrupa kıtasındaki konumunu daha çağdaş, daha uygar bir yapı ile belirlemeye çalışırken, gerek ülkenin gerekse tıp biliminin yararına olacak biçimde, tıp uzmanlığı eğitimi alanında yeni düzenlemelere gereksinim göstermektedir.

ATUB'ne üyelik bir yandan ülkemizi tüm Avrupa ülkeleri ile eşit konuma getirirken bir yandan da çeşitli yükümlülüklerle karşı karşıya bırakmaktadır. Bu nedenle Türkiye'de tıp uzmanlığı eğitimi alanında var olan aksaklıklara çağdaş çözümler üretmek; gelişmeler sağlamak; diğer Avrupa ve çağdaş dünya ülkeleri ile tıp uzmanlık eğitimi yönünde ortak eşgüdümsel bir uyumu oluşturmak amacıyla TTB önderliğinde çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmaların etkin örneklerinden biri "TBB-Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu"nun tanımlanmasıdır.

15 Ekim 1994 tarihinde Ankara'da yapılan tabip odaları, tıpta uzmanlık dernek temsilcileri, Sağlık Bakanlığı yetkilerinin katılmış olduğu bir toplantıda, tıpta uzmanlık eğitimi alanında gerekli olan yeniden yapılanma çalışmalarının çeşitli uzmanlık dernekleri temsilcilerinden oluşacak bir yürütme - yönetim kurulu tarafından yapılması oybirliği ile karara bağlanarak; belirlenen adaylar arasından seçimle bu kurul oluşturulmuştur. Bir genel kurul sayılabilecek yapısal bir bütün içinden seçilen bu koordinasyon kurulu TTB ve uzmanlık dernekleri arasındaki işbirliğini, sağlıkla ilgili diğer kurumlar ve ATUB ile bağlantıları içeren örgütsel çalışmaları götüren tümüyle demokratik nitelikte yeni bir yapılanmadır. "TTB-Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu" Başbakanlık, Sağlık Bakanlığı, YÖK, Dışişleri Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı gibi resmi ve tüzel kurumlarla da biraraya gelerek bu yeni örgütlenmeyi düzenleyecektir.

Ülkemizde tıp uzmanlık eğitimi Sağlık Bakanlığına bağlı bir kurul olan "Tababet Uzmanlık Kurul"unca Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne göre belirlenip, uygulanmaktadır ki, bu kurul ve tüzük tıp uzmanlık eğitimine çağdaş boyutlar kazandırma yönünden yetersiz kalmaktadır.

Çağdaş bir model olarak ATUB tarafından her ülke için tıp uzmanlığı alanında bir Ulusal Otorite (National Authority) ve bir Ulusal Kurul (National Board) tanımlanmıştır. Ulusal Otorite, Tababet Uzmanlık Kurul'una göre daha kapsamlı ve daha demokratik bir yapılanmayı belirlemektedir. Ulusal Otorite, Sağlık Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurumu, Tıp Fakülteleri, TTB, SSK, Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Fakültesi, özel hastane ve vakıf hastaneleri yöneticileri, tıp uzmanlık dallarında kurulacak Ulusal Uzmanlık Dalları Kurulları ve



Devlet Planlama Teşkilatı gibi kurumlardan seçilen üyelere oluşturulacak bir üst yapıdır. Bu üst yapı kurulunun doğal başkanı ise Sağlık Bakanlarıdır.

Ulusal Kurul ise, ATUB'nce belirlenen ilkeler doğrultusunda, üye ülkelerdeki tıp uzmanlık eğitimi düzenleyen üst yapıdır. Bir ülkede tıp eğitiminin süresi, içeriği, nitelik ve gereksinim doğrultusunda niceliğinin denetlenmesi, eğitime başlama ve bitirme koşullarının belirlenmesinden sorumludur.

Ülkemizde ATUB'nin önerdiği dünya standartları yönünde tıp uzmanlık eğitimi ve uygulamasında çağdaş bir düzeye erişebilmek, özerk, nitelikli bir model geliştirmek için, demokratik ve özerk bir Ulusal Otorite; her uzmanlık alanı için de ayrıca, ilgili alandaki hekimlerce kurulacak Ulusal Kurul (Board) ların oluşturulması birincil koşul gibi görünmektedir.

Bu yeni model ülkemizde "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi" alanında da anabilim dalı, yan dal konusu başta olmak üzere eğitimin süresi, eğitime başlama ve bitirme koşullarının ve gereksinim doğrultusunda eğiten ve eğitilenlerin

saptanabilmesi konularındaki belirsizliklere açıklık getirebilecektir.

"Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği" çocuk ve ergen psikiyatrisi bilimini ülkemizde temsil eden tek örgüttür. Bu dernek yapısında, eğitici ve eğitilen düzeyindeki üyeler biraraya gelerek bir Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kurul'u taslağı üzerinde çalışmaktadırlar.

Tıpta uzmanlık eğitiminin yeniden düzenlenerek, her uzmanlık alanının katılımı, seçim ve yenilenme ilkeleriyle kendi Ulusal Kurul'unu oluşturması ile eğitimin özerkleşmesi ve ülke düzeyinde standardize edilmesi sağlanmış olacaktır. Ayrıca her uzmanlık alanından seçilecek iki temsilci yoluyla ATUB ile işbirliğinin sürdürülmesi, çağdaş dünyayla tıpta uzmanlık eğitimi alanında ortak standartlarda buluşmak anlamına gelmektedir.

TTB'nin uzmanlık dernekleriyle ortaklaşa yürüttüğü bu model, ülkemizde tıp biliminin gelişmesi, çağdaşlaşması ve özerkleşmesi adına başlatılan çok yenilikçi ve sağlıklı bir yapıdır; bu ülkeye sahip çıkılmalıdır.

Doç. Dr. Bahar Gökler



## **Ergenlik Çağında Başlayan Psikozlar : Bir Klinik Gidiş ve İzleme Çalışması**

*Cawthron P, James A, Dell J ve ark. (1994). Adolescent onset psychosis : A clinical and outcome study. J Child Psychol Psychiat, 35 (7) : 1321 - 1332.*

İngiltere Nottingham Thorneywood Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Bölümü'nde yapılmış retrospektif bir araştırma olan bu çalışmada, 12-17 yaşları arasındaki 58 psikotik ergen ile psikoz dışında diğer psikiyatrik bozuklukları olan 58 kişilik diğer bir ergen grubu klinik ve sosyal açıdan karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada, 1975-1986 tarihleri arasında ICD-9 tanı ölçütlerine göre şizofreni, afektif psikoz (mani ile giden bipolar psikoz, major depresif bozukluk psikotik tip), şizoafektif bozukluk, paranoid durumlar ve diğer organik olmayan psikoz (belirlenmemiş psikoz) tanılarını alan ergenlerle çalışılmıştır. Bilgiler, o bölgedeki tüm hastane kayıtlarını ayrıntılı olarak içeren Oxford Kayıt Bağlantı Sistemi ile, ölüm ve suç kayıtlarına başvurularak elde edilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde hastalara mektup gönderilerek çalışmaya katılmaları istenmiştir. Kabul edip gelenler de Afektif Bozukluklar ve Şizofreni Ölçeği-Yaşamboyu Uyarlaması (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime version) ve Yetişkin Kişilik İşlevi Değerlendirme Ölçeği (Adult Personality Functioning Assessment) uygulanarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada psikotik grupta cinsiyet oranı aşağı yukarı eşit; belirlenmemiş psikoz tanısı yüksek oranda bulunmuştur. Bunlar erken ergenlik dönemi psikozlarının erişkin psikozlarından farklılıkları olarak belirtilmiştir. Bu çalışmanın en önemli sonucu olarak, şizofrenide zayıf ve kötü prognoz izlenirken, bipolar bozukluklar ve şizoafektif bozuklukta daha iyi sonuçlar alındığı vurgulanmıştır.

Yazarlar ergenlik dönemi psikozlarını iki ana alt başlığa ayırmaktadırlar :

1. Kötü prognozlu şizofreni
2. İyi prognozlu bipolar ve şizoafektif bozukluklar.

Yazıda afektif belirtilerin şizofrenide prognozun bir göstergesi olduğu; bu belirtilerin varlığının iyi prognozu, yokluğunun kötü prognozu gösterebileceği belirtilmektedir.

Bu araştırma, yaş aralığının ergenler ile sınırlı olması, Orta İngiltere sahasını içeren bölgesel (kırsal) bir örneği içermesi, 11 yıl gibi uzun bir sürecin sonuçlarını göstermesi, yalnızca psikopatolojinin değil, sosyal ve mesleki durumların da değerlendirilmeye katılması, tanı ve sürecin büyük bir kısmının geriye dönük (retrospektif) olmasıyla birlikte kayıtların güvenilir bilgisayar sistemlerinden elde edilmiş bulunması ve ergenlik dönemi psikozlarının özelliklerini gösteren karşılaştırmalı bir çalışma olması yönünden özenli bir çalışmadır.

*Dr. İsmail Yavaş*

## **Çocukluk Döneminde Depresif Belirtiler Üzerine Bir İkiz Araştırması**

*Thapar A, McGuffin P (1994). A twin study of depressive symptoms in childhood. Br J Psychiatry, 165 :259-265.*

Çocukluk dönemi depresif belirtileri genetik ya da çevresel kaynaklı olabilir. Bu ikiz araştırmasında çocuk ve ergenlerde depresif belirtiler üzerine genetik ve çevresel etkenlerin önemi incelenmiştir. Sistemli araştırılmış 8-16 yaş arası 411 ikize soru listeleri posta ile gönderilmiş ve 316(% 76)'sından yanıt alınmıştır. Bütün örneklem için veriler değerlendirildiğinde depresif belirtilerin kalıtsal geçiş oranı % 79 olarak bulunmuştur. Fakat örnekleme çocuk ve ergen olarak ikiye ayırdığımız zaman 8-11 yaş arası çocuklardaki belirtilerden çevresel faktörler sorumlu tutulurken, 11-16 yaş arası ergenlerdeki belirtiler kalıtsal faktörler ile açıklanmaktadır. Özetle depresif belirtiler kalıtsal geçiş göstermekle birlikte genetik ve çevresel faktörlerin etkisi yaş ile değişmektedir.

*Dr. Berna Pehlivan Türk*



## **Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Çocuklarda "Moklobemid" Kullanımı**

Trott GE, Friese HJ, Menzel M ve ark. (1992). Use of moclobemide in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychopharmacology Supplement*, 106 : 134-136.

Bu Makalede Almanya'nın Würzburg Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi bölümünde çok az sayıda çocuk ile yapılmış bir ön çalışmanın sonuçları bildirilmektedir. 1994 yılında Kirazlıyayla'da yapılan 4. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Kongresi'nde bir kısmını konuk ettiğimiz araştırmacıların doğrudan kendi dillerinden de bu çalışmanın sonuçlarını kısaca dinlemiştik.

1980 yılında bir kısım araştırmacı DEHB olan çocukların trombositlerindeki MAO-A'nın normal çocuklardakinin aksine azalmadığını gözlemlemişler. Bir başka grup araştırmacı da klasik MAO-A inhibitörü (Clorgyn) ve MAO-A ve MAO-B inhibitörü (Tranycypromine) nün DEHB tedavisindeki olumlu etkilerini belirtmişler. Bu çalışma, DEHB oluşumunda monoamin oksidaz varsayımına dayandırılmış.

Bu çalışmada da yeni, geri dönüşümlü (reversible) ve özgün bir MAO-A inhibitörü olan "moklobemid" in DEHB daki etkileri incelenmiş. DSM-III-R tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı alan 6-13 yaş arasındaki 12 çocuğa 4 haftalık bir çalışma sürecinde 2.3-5 mgr/kg/gün dozunda moklobemid uygulanmış.

Davranış düzeyleri, Conner'ın Hiperaktivite Ölçeği Ana baba ve Öğretmen Formu uygulanarak ve standardize edilmiş bir klinik gözlem ile; öğrenme ve bellek, nörofizyolojik bir test olan d-2 testi ve ilkökul çağı çocukları için farklılaşmış performans testiyle; motor aktivite bir aktigraf kullanılarak; konuşma davranışı da bir logoport ile monitorize edilerek değerlendirilmiş.

4 haftalık tedavi sürecinin sonunda çocukların psikolojik ve klinik değerlendirmeleri moklobemidin DEHB tedavisinde etkili olduğunu göstermiş. Çocuklardaki bozukluğun ciddi düzeyden, orta düzeye gerilediği izlenmiş. Özellikle konsantrasyon ve dikkat süresinde belirgin ilerleme görülmüş. Duygulanım değişiklikleri ve impulsif davranışlarda ise azalmayla birlikte devamlılık gözlenmiş. Araştırmacıların üzerinde önemle durdukları bir konu da çalışmaya alınan çocukların daha önce metilfenidat kullanırlarken istenmeyen yan etkileri nedeniyle tedaviyi sürdürmemiş olmaları ve aynı çocuklarda moklobemid kullanımında çok az yan etkinin çıkmasıdır.

Bu çalışma, DEHB olan çocukların tedavisinde kullanılan ilaçların istenmeyen yan etkileri olduğunda moklobemidin alternatif bir ilaç olarak düşünülebileceğini göstermesi ve ülkemizde de DEHB olan çocuklarda bu ilacın etkilerinin araştırılabileceğini anımsatması nedeniyle ilginç bulunmuştur.

Dr. İsmail Yavaş

## **Anne Babanın Ayrılması, Ergen Psikopatolojisi ve Sorunlu Davranışlar**

Ferguson DM, Horwood J, Lynskey MT (1994) Parental separation, adolescent psychopathology, and problem behaviours. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33 (8) : 1122-1131

Bu çalışmada, anne babanın ayrılığının, 15 yaş civarında, ergen psikopatolojilerinin ve sorunlu davranışların ortaya çıkışı üzerindeki etkileri incelenmektedir. Çalışmanın verileri 15 yıllık uzunlamasına bir çalışma olan Christchurch Sağlık ve Gelişim Araştırmasının verilerinden elde edilmiştir. Doğumdan itibaren 15 yıl süreyle (doğumda, 4 aylıkken, 1 yaşında ve daha sonra yılda bir kez olmaz üzere) izlenen 1265 çocuğun içinden, çocukluk dönemlerinde iken anne babaları ayrılmış olan 935 çocuğa ilişkin veriler incelenmiştir. Çocukluk döneminde anne babası ayrılmış olan ergenler, bazı psikopatolojiler açısından daha fazla risk altındadırlar. Bunlar davranış bozukluğu, duygudurum ve anksiyete bozuklukları, erken başlayan cinsel etkinlikler, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığdır. Kız ve erkek çocuklar arasında, ana babanın ayrılması karşısında verdikleri tepkiler açısından farklılık bulunmamıştır. Sonuçlar, ana babaları ayrılan çocukların, ergen sorunları sergileme risklerinin yüksek olduğunu akla getirmektedir; ancak, ayrılma ile risk artışı arasındaki ilişkinin büyük bir bölümünün, ayrılık öncesinde çocuğun ailesinin içinde bulunduğu, yapısal ve sosyal faktörlerden kaynaklandığı ileri sürülebilir. Bununla birlikte bu karıştırıcı faktörler kontrol altında tutulduğunda bile, çocukluk döneminde ana babalarının ayrılığına tanık olan çocukların, ergenlik dönemlerinde davranış bozukluğu, madde bağımlılığı ve duygudurum bozukluğu gösterme riskinde küçük ama görülebilir bir artış saptanmıştır.

Dr. Özlem Erman



## Toplum Örnekleminde Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk Sıklığı

Valleni-Basile L, Garrison CZ, Jackson KL ve ark. (1994) Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry*, 33 (6) : 782-791.

Araştırmanın amacı, ergenlerde obsesif bozukluk ve sublinik obsesif kompulsif bozukluğun sıklığı ve fenomenolojisini incelemektir. Çalışma, ABD'nin güneydoğu bölgesinde, 1986-1988 yılları arasında, adolesan depresyonunun incelenmesi amacıyla tasarlanmış iki aşamalı bir epidemiyolojik çalışma temel alanı olarak yapılmıştır. İlk aşamada toplum örnekleminin 3283 ergene depresif belirtilere ilişkin kendini değerlendirme formu verilmiştir. Tanı aşaması olan ikinci aşamada da 488 anne-çocuk çiftine Okul Çocukları için Afektif Bozukluklar ve Şizofreni Ölçeği Çocuğun Genel Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Obsesif kompulsif bozukluğun prevalansı % 3, sublinik obsesif kompulsif bozukluğun sıklığı da % 19 olarak bulunmuştur. Kızlar semptom olarak kompulsiyonları daha fazla bildirirken, erkekler obsesyonları daha fazla bildirmişlerdir. Obsesif kompulsif bozukluğu olan ergenlerin % 55'inden hem obsesyon hem de kompulsiyonlar vardır. En sık kompulsiyonlar düzenleme (% 55), sayma (% 41), biriktirme (% 38) ve yıkamadır (% 17). Obsesif kompulsif bozukluk ile birlikte görülen en sık tanılar, majör depresyon (% 45), ayrılma anksiyetesi bozukluğu (% 34), distimi (% 15), intihar fikirleri (% 15) fobi (% 8) olarak saptanmıştır. Bulgular obsesif kompulsif bozukluğun ergenlerde seyrek olmadığını ortaya koymaktadır. Yazarlar, obsesif kompulsif bozuklukta karakteristik semptomatoloji ve komorbiditenin hastalığın erken tanısını kolaylaştıracağını ileri sürmektedirler.

Dr. Özlem Erman

## Çocukluk ve Ergenlik Çağı Depresyonunun Erişkindeki Sonuçları. III İntihar Davranışı İle Bağlantısı

Harrington R, Bredenkamp D, Groothues C ve ark. (1994). Adult outcome of childhood and adolescent depression. III Links with suicidal behaviours. *J Child Psychol Psychiat*, 35 (7) : 1309-1319.

Bu çalışmada, çocukluk çağında depresif bozukluk tanısı almış çocuklar ve onlarla eşleştirilmiş depresif olmayan psikiyatrik kontrol gru-

bunun erişkin çağdaki izlemleri anlatılmaktadır.

60 depresif çocuktan 19'unun, 67 depresif olmayan çocuktan ise 8'inin erişkin çağda intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Çocukluk çağı depresyonu erişkin çağdaki intihar girişimi için önemli bir belirleyici olarak bildirilmiştir. Erişkin çağdaki depresyonun intihar için önemli bir risk, çocukluk çağı depresyonunun da erişkin depresyonu için önemli ve özel bir belirleyici olduğu vurgulanmıştır. Davranış bozukluğu ve çocukluk çağındaki intihar girişiminin diğer risk faktörleri ile belirgin bir ilişkisi kurulamamıştır.

Sonuç olarak araştırmacılar, erken yaşlardaki depresif bozukluğun etkin tedavisinin halk sağlığı programlarında, intihar girişimi oranlarının azatılması yönünden gerekliliğini vurgulamışlardır.

Dr. Bengi Baysal

## İngiltere ve Gallerde 1960-1990 Yılları Arası Çocuk ve Ergen İntiharı

G M G McClure (1994) Suicide in children and adolescents in England and Wales 1960-1990. *Brit J Psychiat*, 165 : 510-514.

Bu çalışmada, İngiltere ve Galler'de otuz yıllık bir zaman diliminde çocuk ve gençlerdeki intihar oranları ve özellikleri karşılaştırılmıştır. Yöntem olarak, geriye dönük kayıt tarama kullanılmış fakat yalnız kesinleşmiş intihar olguları değil, intihara benzeyen aydınlatılmamış ölümler ve kazalar da dikkate alınmıştır.

Sonuç olarak; 10 yaş altında kayda geçmiş herhangi bir intihar olgusuna rastlanmazken, 10-14 yaş grubunda 1960 yılında erkekler için milyonda 1.8, kızlar için 1.0 olan intihar oranının 1990 yılında hemen hemen aynı kaldığı bulunmuştur. Öte yandan, 15-19 yaş grubunda 1960-90 arasında erkekler arasında intihar oranı milyonda 30'dan 57'ye çıkmış, kızlardaysa milyonda 15'den 14'e inmiştir. İntihar yöntemlerinde ise, havagazı ve ilaç kullanımının azaldığı, fakat araba egzosu ve asının arttığı saptanmıştır. Aydınlatılmamış ölümlerin ve kazaların katılması sonuçları önemli ölçüde değiştirmemiştir.

*Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* : 2(1), 1995



Yazar tartışma bölümünde, 15-19 yaş grubu erkekleri intihara yaklaştıran, 10-14 yaş grubunu ve genel olarak kızları koruyan etmenleri irdelemiştir. 15-19 yaş arası erkeklerin, artan psikososyal strese bağlı olarak intihara yöneliklikleri ve daha öldürücü yöntemlere kızlardan ve küçük yaştakilerden daha kolay ulaşabildikleri sonucuna varılmıştır. 10-14 yaş grubunu intihardan uzaklaştıran en önemli etmenin, ailenin koruyucu şemsiyesi; kızlarda intihara az rastlanmasının nedeninin ise; fakirlik, işsizlik, parçalanmış aile gibi gençleri intihara götürebilen etmenlerden erkeklerle göre daha az etkilenecekleri olduğu düşünülmüştür. İntihar yöntemlerinde gözlenen değişiklikler ise en çok medyanın etkisine bağlanmıştır.

Dr. Aykut Özden

### **Çocukluk Çağı Anksiyete Bozukluklarında Fluoksetin**

Birmaher B, Waterman S, Ryan N ve ark (1994). Fluoksetine for childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33(7) : 993 - 999.

Bu açık çalışma, çocuk ve ergenlerdeki anksiyete bozukluklarında fluoksetinin etkinlik ve güvenliğini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Aşırı anksiyete duyma bozukluğu, sosyal fobi ve ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan 21 hastayla çalışılmıştır. Hastaların ortalama yaşları 14 (aralık : 11-17 yaşlar). Bu hastalar, çalışma öncesinde bilişsel-davranışçı psikoterapi (% 57), bireysel dinamik psikoterapi (% 50), aile terapisi (% 19) ve/veya davranış tedavisi gruplarından (% 24) ve ilaç tedavisinden (6 haftadan az olmayan süre ile 5mg/kg/gün imipramin veya desipramin) (% 67) yarar görmemiştir. Obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluğu, tekrarlayan majör depresif bozukluk tanıları almış olan hastalar çalışma dışında tutulmuştur. Hastalara fluoksetin ortalama 10 ay (aralık : 1 ile 31 ay) boyunca ortalama 25.7 mg/gün dozda uygulanmıştır. İlaç tedavisi öncesinde ve sonrasında uygulanan Genel Klinik İzlem Ölçeği ile hastalar değerlendirilmiştir. Hastaların % 81'inde (n = 17) anksiyete puanlarında belirgin düzelme (genelde tedavinin 6-8. haftalarında) gözlenmiştir. Hafif baş ağrısı (n = 1), bulantı (n = 3), uykusuzluk (n = 1), iştahsızlık (n = 1) ve mide ağrısı (n = 1) dışında yan etki gözlenmemiştir. Sonuçlar fluoksetinin depresif olmayan çocuk ve ergenlerin anksiyete bozukluklarında etkili ve güvenilir bir ilaç olduğunu düşündürmektedir.

Dr. Hakan Erman

### **Adolesanlarda Major Depresyon : Başlangıç Yaşı, Epizod Süresi ve Yineleme Sıklığı**

Lewinsohn PM, Clarke G.N., Seeley JR ve ark. (1994). Major depression in community adolescents : Age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33 : 809 -818.

Bu çalışmada, toplumdaki ergenlerde major depresyon parametreleri geriye dönük (retrospektif) ve ileriye yönelik (prospektif) olarak araştırılmıştır. Bu amaçla çalışmaya seçkisiz seçilen, yaşları 14-18 arasında değişen, lise öğrencileri alınmıştır. Yapılan ilk görüşmeye 1710 öğrenci katılmıştır. Bu iki görüşme sırasında öğrencilerden 261'i geçmişte en az bir major depresif epizod geçirdiğini belirtmiş; ayrıca görüşmelerin yapıldığı sırada 24 kişinin de bir major depresif epizod geçirmekte olduğu saptanmıştır. Bu gençlerle yapılan ikinci görüşmeye 1508 öğrenci alınmış; ikinci görüşmede geçmişte en az bir depresif epizod geçirmiş ya da geçirmekte olanların sayısı 362 olarak bulunmuştur.

Bu görüşmelerden elde edilen veriler değerlendirildiğinde, ilk epizodun başlangıç yaşı cinsiyet (kız), düşük ana baba eğitim düzeyi, distimi, anksiyete bozuklukları, davranış bozuklukları, madde kullanım bozuklukları komorbiditesi ve intihar girişimi öyküsü ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. Bu hastaların % 25'inin 3 hafta, % 50'sinin 8 hafta, % 75'inin de 24 hafta sonra iyileşmiş oldukları saptanmıştır. Epizod süresinin uzunluğunun, ilk epizodun başlangıç yaşının erken olması, intihar fikirlerinin eşlik etmesi ve depresyonun ciddiliği ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Ayrıca depresyondan iyileşen hastaların % 5'inde ilk 6 ay içinde, % 12'sinde 1 yıl, % 33'ünde de 4 yıl içinde yeni bir epizodun başladığı saptanmıştır. Bu çalışmada yineleme (rekürens) hızının yüksek olmasının geçmişte intihar girişimi ve fikirlerinin bulunması, ilk epizodun başlangıç yaşının geç olması ve ilk epizodun süresinin kısa olması ile pozitif bir ilişki içinde olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak yazıda, major depresyon riskinin çocuklarda düşük olduğu, ergenlerde ise bir miktar arttığı, epizod süresinin kısa ve başlangıç yaşının göreceli olarak daha erken, yineleme riskinin ise daha yüksek olduğu belirtilmektedir. İntihar davranışının ise epizod süresi ve yineleme riskinin önemli bir belirleyicisi olarak ele alındığı açıklanmaktadır.

Dr. Şahnur Şener



## KİTAP TANITIMI

### THE WORLD OF NIGEL HUNT The Diary of a Mongoloid Youth

*Nigel Hunt*

*M.M. Palmer & Co. Ltd. Harlow*

*80 sayfa*

"Nigel Hunt'in Günlüğü" zihinsel özürlü çocuğa sahip anne babaların, bu çocuklarla çalışan uzmanların ilgiyle okuyacakları bir kitap.... Günlük, iki bölümden oluşmuş. Birinci bölümde Nigel'in babasının önsözü, ikinci bölümde ise Nigel'in kaleminden anıları yer alıyor.

Babanın yazdığı önsözden Nigel'in hayatı, gelişimi, anne babanın Nigel'le ilişkileriyle ilgili birçok şey öğreniyoruz. Nigel doğduğu zaman anne babaya, çocuğun Down Sendrom'lu olduğu, ne kadar gelişirse gelişsin, ne kadar sevilirse sevilsin sonuçta yine zihinsel özürlü kalacağı, bu sonucun asla değişmeyeceği söylenmiş. Anne ve baba bu sözlere çok önem vermeyerek Nigel'a normal bir çocuk gibi davranmışlar; anne birçok şeyi ona sabırla ve inançla öğretmeye çalışmış. Nigel altı yaşına geldiği zaman konuşabilen, çevresiyle çok iyi ilişkileri olan ve okuma yazma bilen bir çocuk olmuş. Ancak götürüldüğü her hastane, her okul ve merkezde çalışan öğretmen ve uzmanların Nigel'in okuma yazma bildiği, okuduklarını anlayabildiği konusunda ikna edilmeleri gerekmiş. Bu bölümde baba Hunt uzmanların mon-

goloid çocukların kapasiteleri, yapabilecekleri konusunda beklentilerinin çok düşük olduğunu, bu düşük beklentinin çocukların gelişimini engellebileceğini vurguluyor.....

Baba Hunt zihinsel özürlü çocuğu olan anne babalar için çok önemli mesajlar veriyor. Bu mesajları şu cümleleriyle aktarmak mümkün :

"Mongoloid çocuklar öğrenebilir, cesaret ve destek verildiği zaman öğrenmeye devam edebilirler."

"Sizin çocuğunuz Nigel' dan daha yetersiz olabilir. Ancak onun içinde bir cevher olduğunu, bu cevheri çıkarmanın ve bundan keyif almanın da sizin önceliğiniz olduğunu biliniz...."

Kitabın ikinci bölümünde, Nigel kendini, anne babasını, okulunu ve anne babasıyla yaptığı seyahatleri anlatıyor. Pop müziğe düşkünlüğünü, Londra ve Innsburg'ta kayboluşunu akıcı bir biçimde anlattığı, anne babasıyla ilgili duygularını çok güzel bir şekilde aktardığı bu kitapçığın hepimize birşeyler söyleyeceği kanısındayım. Ayrıca bu kitabı bana İngiltere'den yollayarak benimle paylaşan, size tanıtmamı sağlayan, bu yıl eylül ayında kaybettiğimiz sevgili öğrencim Mehmet Kilislaroğlu'nu da burada, sevgiyle anmak istiyorum.

*Yrd. Doç. Dr. Bülbin Sucuoğlu*



## TEZ TANITIMI

### **ÇOCUKLARDA DAVRANIŞ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ VE HACETTEPE RUHSAL UYUM ÖLÇEĞİNİN MALATYA İL MERKEZİNDEKİ İLKOKULLARDA UYGULANMASI**

*Uzm. Dr. Ayşen Coşkun*

*Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Çocuk Psikiyatrisi Bölümü 74 sayfa, 50 kaynak. Ankara, 1994.*

Nüfusunun yaklaşık % 35'ini 0-14 yaş grubu çocukların oluşturduğu ülkemizde çocuk ruh sağlığı alanında toplum taramaları oldukça sınırlı sayıdadır. Varolan çalışmalar ise çoğunlukla üç büyük şehirde yoğunlaşmaktadır.

Bu çalışmada yurt dışında karşılaştırmalı toplum taramalarında en çok kullanıldığı gözlenen, yurt içinde halen değişik çalışmalarda kullanılan öncelikle tarama ve ikincil olarak da tanı amaçlı bir ölçek olan Çocuklarda Davranış Derecelendirme Ölçeği-Öğretmen Bilgi

Formu ile Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği kullanılarak Türkiye'de farklı sosyo-kültürel yapıya sahip bir bölgede her iki ölçeğe ilişkin psikometrik özellikler araştırılmış, iki ölçeğin korelasyonu incelenmiş, ölçeklerin kullanılabilirliği tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına Malatya İl Merkezinde değişik sosyoekonomik düzeydeki altı ilkokulda okuyan 6-12 yaş grubunda toplam 1848 öğrenci alınmıştır.

ÇDDÖ-ÖBF nun iç güvenilirliği için bakılan Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.96 bulunmuştur. Özgün alt ölçeklerin iç tutarlık katsayıları da yüksek bulunmuştur. Ancak özgün alt ölçeklerin tanı yönlü ayırdediciliği yeterli bulunmamıştır.

Öğretmenlerin gözlemlerine dayanan iki ölçek arasında yüksek korelasyon bulunduğu, klinik değerlendirme grubunda tanı alan ve almayan deneklerin karşılaştırmasında ortalama puanlarda anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır.

Her iki ölçeğin duyarlılığı ise belirgin olarak düşük bulunmuş ve bu sonuç değişik boyutlarıyla tartışılmıştır.



## HABERLER

### PSİKİYATRİK ARAŞTIRMA METODLARI KURSU

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ve Dünya Sağlık Örgütü'nün birlikte düzenlediği "Psikiyatrik Araştırma Metodları Kursu" 24, 25,26 Ekim 1994 tarihlerinde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yapıldı. Dünya Sağlık Örgütü'nden Dr. Bedirhan Üstün, A.B.D. Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nden Dr. Kathryn Magruder, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan Dr. Necati Dedeoğlu'nun konuşmacı olarak katıldıkları kurs Türkiye'nin çeşitli yerlerinden gelen katılımcılar tarafından ilgiyle izlendi.

Ruh Sağlığı alanındaki araştırmaların bilimsel niteliğinin artırılması amacıyla düzenlenen kursta, araştırma türleri, araştırma aşamaları, istatistik, araştırma sonuçlarının yorumu ana konulardı. Kurs sonunda, katılımcılar ve düzenleyenler, kursun daha kapsamlı olarak tekrarlanmasının gerekliliği konusunda görüş birliğine vardılar.

*Dr. Özlem Erman*

### "İSTİSMAR VE İHMAL EDİLEN ÇOCUKLARIN VE AİLELERİNİN SAĞALTIMI" SEMİNERİ

Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği 20 Aralık 1994 tarihinde "İstismar ve İhmal Edilen Çocukların ve Ailelerinin Sağaltımı" adlı bir seminer düzenlemiştir. Bu seminerin birinci gününde Doç. Dr. Ufuk Beyazova fiziksel istismara uğramış çocukların ve ailelerinin sağaltımı konusunda klinik bulguları ve önerileri ilemiştir. Duygusal istismara uğramış çocukların ve ailelerinin sağaltımı konusu Prof. Dr. Efser Kerimoğlu tarafından örneklerle tartışılmıştır. Çocuk İstismarı ve İhmal Uluslararası Komite Başkanı Dr. Kari Killen cinsel istismara uğramış çocukların ve ailelerinin içinde buldukları durumları özetleyerek kuramsal bir çerçeve ile uygulama bulgularını tartışmıştır. İstismar ve ihmal edilen çocuklarla çalışanların sorunları Prof. Dr. Şahika Yüksel tarafından ele alınmış; kanunun önemine dikkat çekilmiştir. Seminerin ikinci gününde Dr. Kari Killen başkanlığında bu konuda çalışan uzmanlarla istismar ve buna ilişkin sorunlara yönelik bir çalışma grubu oluşturulmuş ve uygulamadaki sorunlar tartışılmıştır.

*Psk. Doç. Dr. Ferhunde Öktem*

## TOPLANTI - KONGRE

20-21 Şubat 1995 Prof. Dr. Mualla Öztürk anısına "Aile Terapisi Sempozyumu"

Başvuru : Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı Mamak Cad. 06100 Dikimevi Ankara Fax : 0-312 3620809

11-13 Nisan 1995 Children, Urban Space and Gender "Building Identities Gender Perspectives on Children and Urban Space". University of Amsterdam The Netherlands PO BOX 16625, NL-1001 RC Amsterdam The Netherlands

10-13 Nisan 1995 International Special Education Congress "Education for All-Making it Happen". Birmingham (UK)

Başvuru : John Visser ISEC Congress Organiser School of Education University of Birmingham B15 2TT United Kingdom Fax : +44-214144865

25-27 Nisan 1995 The 2nd London International Conference on Eating Disorders "Eating Disorders'95". British Journal of Hospital Medicine, Great Ormond Street Children's Hospital, London. Başvuru : Mark Allen International Conferences Limited, Crotched Mews, 286A-288 Crotched Road, London SE24 9BY. Tel : 081-671 7521. Fax : 081-671 7327

30 Nisan - 3 Mayıs 1995 - "V. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi". Ankara.

Başvuru : A.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı Mamak Cad. 06100 Dikimevi Ankara Fax : 0-312-3620809

13-16 Mayıs 1995, V. European Conference on Child Abuse and Neglect. "PREVENTION TODAY-Treatment might be too late!". 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 : 47-22441451 Fax : 4722440569

5-8 Temmuz 1995 International Society for Adolescent Psychiatry 4th International Congress "Trauma in Adolescence" Atina - Yunanistan Başvuru : Brian Welsh ZITA Tourist Club Voulis 46 10558 Athens, Greece

Ayrıca : Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

Dr. Ayça Gürdal - Dr. Levent Kayaalp

Tel : (212) 588 48 00 / 1151

Fax : (212) 586 15 72

17-20 Eylül 1995 10 th International Congress "changing views". European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) Utrecht, The Netherlands.

Başvuru : Escap Congress Office SCHEM PO. Box 3003 3502 GA UTRECHT The Netherlands

Fax : 31-3455-71781