

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

CİLT : 2

SAYI : 2

1995



ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Cilt : 2 Sayı : 2, 1995 Yılda 3 sayı çıkar.

YAYIN KURULU

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Adına

Sahibi ve Sorumlu Müdürü

Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu

Yayın Yönetmeni

Prof. Dr. Bahar Gökler

Yrd. Yayın Yönetmeni

Doç. Dr. Füsün Çuhadaroğlu

Uzm. Dr. Bengi Baysal

Prof. Dr. Saynur Canat

Dr. Hakan Erman

Dr. Özlem Erman

Psk. Doç. Dr. Ferhunde Öktem

Doç. Dr. Belma Öy

Dr. Aykut Önden

Dr. Berna Pehlivan Türk

Yrd. Doç. Dr. Bürsen Sonuvar

Doç. Dr. Şahinur Şener

Uzm. Dr. Fatih Ünal

Dr. İsmail Yavaş

DANIŞMA KURULU

Psk. Doç. Dr. Melda Akçakan (Ankara)

Uzm. Dr. Zafer Atasoy (Ankara)

Yrd. Doç. Dr. Ayşe Avcı (Adana)

Prof. Dr. Cahide Aydın (İzmir)

Prof. Dr. Kemal Aydınalp (Ankara)

Prof. Dr. Kayıhan Aydoğmuş (İstanbul)

Prof. Dr. Ayşen Baykara (İzmir)

Yrd. Doç. Dr. Meral Berkem (İstanbul)

Doç. Dr. Ayşen Coşkun (Malatya)

Prof. Dr. Aysel Eksi (İstanbul)

Psk. Doç. Dr. Nese Enol (Ankara)

Prof. Dr. Ulviye Etaner (İstanbul)

Prof. Dr. Eiser Kerimoğlu (Ankara)

Yrd. Doç. Dr. Esin Ömüralay (Erzurum)

Doç. Dr. Haluk Ötübay (Ankara)

Prof. Dr. Teoman Söğmen (Ankara)

Prof. Dr. Sema Taneli (Bursa)

Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalım (Ankara)

KATKIDA BULUNAN

Psk. Mihriban Ertürk

Uzm. Psk. Şeniz Ömüralay

KAPAK RESMİ

Maria Belen (Ekvator)

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 74 72

REKLAM : Reklam koşulları ve diğer ayrıntılar için yayın yönetmeniyle iletişime geçilmesi gerekmektedir. Dergide yer alan yazılarda belirtilen görüşlerden yazarlar sorumludur. Yazılarının kaymak göstererek alını yapılabılır.

YAZIŞMA ADRESİ

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi P.K. 67 Samanpazarı, 06242 ANKARA

Tel : (0 - 312) 488 71 15 - (312) 310 35 45/1151

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------------|
| Önyazı..... | 55 |
| A. Yörükoğlu | |
| Genel Bir Hastanede Acil Servise İntihar Girişimi | |
| Nedeniyle Başvuran Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri..... | 57 |
| G.Bayam, N. Dilbaz, H. Holat, V. Bitlis, T. Tüzer, S. Şenol | |
| Bronşiyal Astım Tanısı Alan Çocuklar ve | |
| Annelerinde Hastalık Algısının Değerlendirilmesi..... | 63 |
| M. Berkem, A. Arman, E. Dağlı, O. Hayran | |
| Korunmaya Muhtaç Gençlerin | |
| Sosyal Grup Çalışması Gereksinimi..... | 70 |
| I. Bulut | |
| Çocuklar İçin Durumluk – Sürekli Kaygı Envanterinin | |
| İlkokul ve Ortaokul Öğrencilerine Uygulanması..... | 76 |
| B. Öy, R. İlgen, A. Ekmekçi, M. Türkmen, N. Yılmaz, N. Başoğlu | |
| Bir Yetişkin Asperger Bozukluğu Olgusu..... | 82 |
| B. Biber, S. Miral, A. Baykara, Ö. Saatçioğlu | |
| Çocuk ve Ergenlerde Panik Bozukluğu: Bir Gözden Geçirme..... | 87 |
| Z. B. Baysal | |
| Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Terapiler..... | 93 |
| M. H. Türkçapar, M.Z. Sungur, A. Akdemir | |
| Klozapin: Çocuk ve Gençlerdeki Etkinliği ve Yan Etkileri..... | 101 |
| F. Ünal | |
| Görüşler..... | 107 |
| Yeni Yayınlardan Özetler..... | 108 |
| Haberler..... | 110 |
| Toplantı – Kongre..... | 114 |

ÖNYAZI

2000'E BEŞ KALA ÇOCUK HAKLARI

İlk Çocuk Hakları Evrensel Bildirisi 1924 yılında Milletler Cemiyeti'nce (League of Nations) yayınlanmış ancak kağıt üstünde kalmıştı. Birleşmiş Milletler Örgütü'nün (1945) kuruluşuyla birlikte önce İnsan Hakları Evrensel Bildirisi (1948) daha sonra da Çocuk Hakları Evrensel Bildirisi (20 Kasım 1959) ortaya çıktı. Birleşmiş Milletler Örgütü'nün Genel Kurulu'nca oybirliğiyle benimsenen bildiri şu sözlerle başlar : "İnsanlık, çocuğa verebileceklerinin en iyisini vermekle yükümlüdür." İnsan Hakları'ndan ayrı bir Çocuk Hakları Bildirisi şu gereksinimden doğdu: Çocukların özel gereksinimleri vardır ve bunlar ertelenemez türdendir. Çocuklar öncelikle korunmalı ve kollanmalıdırlar. Çocuklar her çeşit savsaklama, zulüm ve sömürüye karşı korunmalıdırlar, çünkü kendilerini savunacak durumda değildirler. Çocuğun sağlıklı gelişme, beslenme, tıbbi bakım ve sosyal güvencelere kavuşması toplumun sorumluluğundadır. Her çocuk güvenli bir ortamda sevgi ve özgürlük içinde ve onurlu bir biçimde gelişebilmelidir. Onuncu ilkede belirtildiği gibi "Çocuk, anlayış, hoşgörü, insanlar arasında dostluk, barış ve evrensel kardeşlik ruhu içinde, tüm gücünü ve yeteneklerini insanlık yararına adanması gerektiğinin bilinciyle yetiştirilmelidir."

Çocuk Hakları Evrensel Bildirisi'nde yer alan on temel ilke bu bildiriye benimseyen ülkeleri bağlayıcı olmaktan çok, amaçlar gösteren ve yön çizen bir kılavuzdu. Ancak 20. yüzyılın sonuna yaklaşırken hiç bir ülkede bildirinin gösterdiği amaçlara tam ulaşamamıştı. En varlıklı ülkelerde bile çocuklar tüm haklarından yararlanamıyorlardı. Yoksul ülkelerde okul yüzü görmeyen, iyi beslenemeyen, hastalıktan kırılan, sokağa bırakılan çocuklar varlıklı ülkelerde de sömürülen, örselenen çocukların sayısı utanılacak boyutlara ulaşıyordu. Başka bir deyişle çağdaş yasalar bile çocukların haklarını gözetmeye yetmiyordu. UNICEF'in raporlarına göre yılda on beş milyon çocuk aşılanamadıkları için ölüyor. İkiyüz milyona yakın çocuk yetersiz ve kötü besleniyor; buna yakın sayıda çocuk okul yüzü göremiyor. Elli milyon kadar yuvadan atılmış, sokakta yaşıyor; savaşlarda açlık ve hastalıktan ölenlerin başında çocuklar geliyor. Bu yüzyıl sona ermeden on milyona yakın çocuğun ana babalarını AIDS'den yitirecekleri tahmin ediliyor. Elli milyonu aşkın on beş yaşından küçük çocuk kötü koşullarda çalıştırılıyor... Tüm bu türden kıyım ve sömürü Çocuk Yüzyılı olarak tanımlanan 20. Yüzyıl'da yaşanıyor. Ne büyük çelişkidir ki tüm ülkelerin yasaları çocuk haklarını savunan maddelerle dolu. Anayasalar aileyi yüceltiyor, onu toplumun temeli sayıyorlar. "Çocukların toplumun geleceği olduğu" sözleri nutuklarda bolca yineleniyor ama sağlığa ve eğitime ayrılan kaynaklar gittikçe küçülüyor.

Tüm bu acı gerçeklerin ışığında sürdürülen çalışmalar ortaya Çocuk Hakları Sözleşmesi'ni çıkardı. Çocukların evrensel saydığımız hakları ancak uluslararası bir anlaşmayla güvence altına alınabilecekti. 20 Kasım 1989' da yani Çocuk Hakları Bildirisi'nin benimsenmesinden otuz yıl sonra böyle tüm ülkeleri bağlayıcı bir sözleşme oybirliğiyle kabul edildi. Bundan dokuz ay sonra 2 Eylül 1990'da en az yirmi ülke parlamentosunun onaylamasıyla Çocuk Hakları Sözleşmesi yürürlüğe girdi. Türkiye Büyük Millet Meclisi bu sözleşmeyi beş yıl gecikmeyle 1994'ün sonunda onayladı ve sözleşme 1995

başında yürürlüğe girdi. Ancak üzümlere söylemeliyiz ki bu sözleşme bir kaç maddeye çekince konarak kabul edildi. Bu maddelerden biri de çocuğun kendi anadilinde konuşabilme ve eğitim görme hakkıyla ilgilidir.

Çocukların Magna Carta'sı olarak nitelenen bu sözleşme elli dört maddeyi içermektedir ve on yıllık titiz bir çalışmanın ürünüdür. Sözleşme bağlayıcı olduğuna göre her ülkeye kimi yükümlülükler getirmektedir. Her ülke kendi yasalarını bu sözleşmeyle uyumlu duruma getirecek gerekli düzenlemeleri yapacaktır. Birleşmiş Milletlere seçilmiş on üyeden oluşan bir komite sözleşmeyi benimseyen ülkeleri izleyecek ve denetleyecektir. Sözleşmeyi onaylayan ülkeler bu belgede yer alan hakların toplamında yaygın biçimde tanıtılmasıyla ve hakların hayata geçirilmesi yönünde yapılan işlerin düzenli olarak rapor edilmesiyle yükümlü tutulacaklardır.

Yirminci yüzyıl bir bakıma çocukların yüzyılı oldu. Teknolojik buluşlar, yenilikler, tıpta gerçekleşen büyük gelişmeler, eğitim alanındaki büyük atılımlar çocukların yazgısını değiştirdi. Eğitim, sağlık ve refahtan pay alan çocukların oranı gittikçe arttı. Demokrasinin yaygınlaşması insan haklarını dolayısıyla kadınların ve çocukların değerini artırdı. Ne var ki uygarlığın sunduğu olanaklardan tüm çocuklar eşit pay alamadılar. Varlıklı ve yoksul ülkeler arasındaki uçurum sürüp gitti. Ayrıca tek bir ülkede hem ortaçağ karanlığında yaşayan çocuklar, hem de en ileri ve çağdaş koşullarda yetişen çocuklar görmek olanaklı. Ne yazık ki çocukların durumu dünyamızın gelişmesiyle orantılı olarak düzelmedi. Bir çok bakımdan dünya çocuklarının bugünkü görünümü elli yıl öncesinden çok daha parlak değildir. Çünkü 20. Yüzyıl geçmiş yüzyıllara göre her alanda göz kamaştırıcı gelişmeler başarsa da savaşları, açlığı, yoksulluğu ve eğitimsizliği ortadan kaldıramamıştır. Şimdi bütün umutlar 21. yüzyıl'a bağlanmıştır. İnsanlık bilgi ve deneyim birikimiyle, ulaştığı uygarlık ve bilinçlenmeyle gelecek yüzyılda yaşanabilir bir dünya yaratabilir. Kaynaklarının eşitçe paylaşıldığı, yoksulluğun ve savaşın olmadığı bir dünya düzeni kurmak erişilmez bir düşüştür. Ancak böyle bir düzen kurulduğunda, çocuklar haklarını sonuna kadar kullanacak, alabilecekleri en iyi eğitime, en uygun beslenmeye, en özgür gelişme ortamına kavuşacaklardır. 20. yüzyıl öncesi çocukların karanlık çağlarıydı, 20. yüzyıl umut çağı oldu; inanıyorum ki insanlık gelecek yüzyılı "Çocukların ve Çocukluğun" altın çağı yapmayı başaracaktır.

Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu

Gİ
Ger
çali
nan
ter
den
değ
dir.
mal
gru
sor
kur
dir.
lişn
dir
198
Tür
çoc
ise
198
3-4
198
kin
lerd
*
**

GENEL BİR HASTANEDE ACİL SERVİSE İNTİHAR GİRİŞİMİ NEDENİYLE BAŞVURAN ERGENLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Göksal Bayam*, Nesrin Dilbaz**, Hüseyin Holat***, Verda Bitlis*, Tunga Tüzer****, Selahattin Şenol*****

ÖZET

İntihar davranışı öyküsü, bir ya da daha fazla intihar girişimi intiharların en güçlü göstergelerindedir. Bunun dışında intihar davranışı için risk etkenleri olabilecek özelliklerin saptanması bu konudaki koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine ışık tutacaktır. Bu amaçla 1994 yılı içinde intihar girişimi nedeniyle Ankara Numune Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran ve psikiyatri konsültasyonu istenen 60 ergen ile görüşüldü. Sosyodemografik özellikleri, acil servise geliş saati, intihar girişimi saati, önceden girişim olup olmadığı, girişim biçimi, öncesi zorlu yaşam koşulları, ailede intihar öyküsü gibi değişkenler araştırılarak, sonuçlar tartışıldı.

Anahtar sözcükler : İntihar girişimi, ergenlik, sosyodemografik özellikler

SUMMARY : SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF SUICIDE ATTEMPTS IN ADOLESCENTS WHO REFERRED TO AN EMERGENCY WARD OF A GENERAL HOSPITAL

Suicidal behaviour history and one or more suicide attempts are among the most important suicide predictors. Defining other risk factors for suicide would be beneficial for preventive mental health services. Sixty adolescent suicide attempters admitted to Emergency Ward of Ankara Numune Hospital in 1994 and referred to the Psychiatry Clinic were interviewed. Various parameters such as sociodemographic characteristics, time of arrival to emergency ward, timing of attempts, any previous attempts, method of attempts, previous stressful life events, history about suicides in family were examined and discussed.

Key words : Suicide, adolescence, sociodemographic characteristics

GİRİŞ

Genel popülasyondaki intihar dağılımı ile ilgili çalışmalar intihar ile intihar girişiminde bulunan bireylerin özellikleri arasındaki ilişkiyi göstermesi yönünden önemlidir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, dini eğilim ve mesleki durum gibi değişkenler bu konu kapsamında incelenmektedir. Genel popülasyondaki epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen intihar hızları, yüksek risk grubu için koruyucu programlar hazırlama ve sorunların yoğun olduğu bölgelerde merkezler kurma konusunda gerekli bilgileri sağlamaktadır. Yaş grupları göz önüne alınarak yapılan çalışmalarda ilk sırayı çocuk ve ergenler almaktadır (Fidaner ve Fidaner 1988, Moens ve ark. 1988).

Türkiye'de her yıl 5-14 yaş grubunda 40-50 çocuk canına kıymaktadır. 15-24 yaş grubunda ise yılda 200-400 intihar gerçekleşmektedir. 1980-89 yıllarında Türkiye'de ergen intihar hızı 3-4/100.000 bulunmuştur (Fidaner ve Fidaner 1988). Bu oran 21 Avrupa ülkesi ve ABD'ye ilişkin istatistikler ile karşılaştırıldığında bu ülkelerde saptanan intihar hızları Türkiye'deki hızın

7 katı kadardır (Ryland ve Kruesi 1992). Buna karşın lise öğrencisi gençlerde intihar girişimlerinin yıllık görülme oranının % 7-20 olduğu bildirilmektedir (Dobow ve ark. 1989, Rubenstein ve ark. 1989). Ülkemizde yapılan çalışmalarda tüm intihar girişimlerinin % 20'sini lise öğrencilerinin (Çakmak ve ark. 1988), % 25'ini ise 14 yaşın üzerinde ergenlerin oluşturduğu (Sonuvar ve Yörükoğlu 1971), başka bir deyişle intihar girişimlerinin % 30-35'inin 15-24 yaş grubunda yoğunlaştığı bildirilmektedir (Sonuvar 1985). Ankara Numune Hastanesinde 1993-94 yıllarında yapılan retrospektif ve prospektif çalışmalarda da ergen grubun tüm girişimlerin yarısına yakın bir kısmını oluşturduğu saptanmıştır (Bitlis ve ark. 1994, Tüzer ve ark. 1994).

Ergenlerde intihar girişimlerinin değerlendirilmesinde risk etmenlerinin belirlenmesi önemlidir. Yapılan çalışmalarda depresyon, davranış bozukluğu ve madde kullanımı gibi psikiyatrik bozukluklar (Shafii ve ark. 1988, Marttunen ve ark. 1991), aşırı duyarlılık gibi davranış ve kişilik özellikleri (Shafii ve ark. 1985), uyumsuz aile ilişkileri (Rich ve ark. 1991) ve cinsel kimlik karmaşaları (Remafedi ve ark. 1991) gibi psikososyal sorunlar, ailede intihar öyküsünün varlığı (Roy ve ark. 1991) ya da beyin-omurilik sıvısı monoamin metabolitlerinin düşük düzeyde olması (Kruesi ve ark. 1990) gibi değişkenlerin intihar girişimi üzerinde etkisi olduğu belirlen-

* Asis. Dr., Ankara Numune Hastanesi Psikiyatri Kliniği KL.,
** Doç. Dr., Numune Hastanesi Psikiyatri Kliniği KL., Ankara.
*** Psikolog, Numune Hastanesi Psikiyatri Kliniği KL., Ankara.
**** Asis. Dr., Numune Hastanesi Aile Hekimliği BL., Ankara.
***** Asis. Dr., Gazi Univ. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Ankara.

miştir. Bu risk etkenlerinin her biri çeşitli kombinasyonlar halinde ve değişik derecelerde etkili olabilirler. (Khan 1987). Başka bir deyişle temel risk faktörlerinin varlığı kendi başına bir ergende intihar girişiminin ortaya çıkması açısından belirleyici değildir.

Bu çalışma ile bir devlet hastanesinin psikiyatri kliniğine intihar girişimi ile başvuran ergenlerin demografik, psikososyal özelliklerinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM VE GEREÇ

Ankara Numune Hastanesi Acil Servisi'ne intihar girişimi nedeniyle başvuran ve psikiyatri konsültasyonu istenen 14-21 yaşları arasında 60 ergen incelenmiştir. Ergenlerle yapılan psikiyatrik görüşmeler girişimden ortalama 19.1 saat sonra, tıbbi yaklaşımdan ise ortalama 16.9 saat sonra gerçekleştirilmiştir. Her hastanın yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, medeni durum, doğum yeri ve adresleri yanısıra acil servise geliş saati, intihar girişimi saati, acil servise getirenler, yaşam ve barınma durumu, girişimin biçimi, önceden girişimi olup olmadığı, alkollü olup olmadığı, önceden intiharı düşünüp düşünmediği, düşündüyse kimseye söz edip etmediği, intiharı tetikleyen zorlu yaşam koşulları olup olmadığı, en son ne zaman ve ne nedenle bir doktora başvurduğu, ruhsal ya da bedensel hastalığı olup olmadığı, ailede depresyon ve/ ya da alkolizm tanısı ile tedavi gören olup olmadığı, ailede intihar girişiminde bulunan olup olmadığı, hastanın intihar girişimini o anda nasıl değerlendirdiği daha önceden hazırlanan yarı yapılandırılmış bir form ile belirlenmiştir.

Daha sonra bu hastalar bir psikiyatrist tarafından yapılan ruhsal durum muayenesi kapsamında Beck İntihar Niyeti, İntihar Düşüncesi, İntihar Davranışı, Beck Ümitsizlik Ölçeği, Risk Faktörleri skalaları ve Hamilton Depresyon skalası, Genel Sağlık Anketi, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği ve gerekli görülen hastalar için SADD formu kullanılarak değerlendirilmiştir. Ruhsal durum muayenesi ile ilgili sonuçlar başka bir yazıda tartışılmıştır.

BULGULAR

İntihar girişiminde bulunan 60 ergenin 47'si (% 78.3) kız, 13'ü (% 21.7) ise erkektir. Deneklerin ortalama yaşı 18.03 ± 0.73 , kızlar için 18.13 ± 0.78 , erkekler için ise 17.69 ± 0.67 dir. Ergenlerin sosyodemografik özellikleri Tablo I'de görülmektedir. Ergenlerin büyük kısmı (% 81.7) aileleriyle birlikte oturmakta olup girişim sonrası hastaneye

Tablo1 : Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri

| | |
|-----------------|------------------|
| Cinsiyet | |
| Kız | 47 (% 78.3) |
| Erkek | 13 (% 21.7) |
| Ortalama yaş | |
| Kız | 18.13 ± 0.78 |
| Erkek | 17.69 ± 0.67 |
| Medeni durum | |
| Bekar | 42 (% 70) |
| Evlü | 15 (% 25) |
| Sözlü / nişanlı | 2 (% 3.3) |
| Boşanmış | 1 (% 1.7) |
| Eğitim | |
| Eğitimsiz | 1 (% 1.7) |
| Okur - yazar | 1 (% 1.7) |
| İlk | 20 (% 33.3) |
| Orta | 34 (% 56.7) |
| Yüksek | 4 (% 6.6) |
| Meslek | |
| Ev hanımı | 21 (% 35) |
| Öğrenci | 23 (% 38.3) |
| Serbest | 7 (11.7) |
| İşçi | 2 (% 3.3) |
| İşsiz | 7 (% 11.7) |

aileleri tarafından getirilmişlerdir. (% 58.3) Bu ergenlerin girişimleriyle ilgili özellikler Tablo II'de verilmiştir. intiharı tetikleyen yaşam olayı açısından incelendiğinde 14 ergen (% 23.3) böyle bir olay olmadığını bildirmiştir.

Tablo 2 : İntihar Girişimlerinin Özellikleri

| | |
|----------------------|-------------|
| Hastaneye getirenler | |
| Aile | 35 (% 58.3) |
| Arkadaş | 16 (% 26.7) |
| Akraba | 4 (% 6.7) |
| Komşu | 1 (% 1.7) |
| Tanımıyor | 2 (% 3.3) |
| Bilmiyor | 2 (% 3.3) |
| Yaşadığı yer | |
| Ailesiyle | 49 (% 81.7) |
| Akrabalarıyla | 6 (% 10) |
| Yalnız | 2 (% 3.3) |
| Arkadaşlarıyla | 1 (% 1.7) |
| Yurtta | 2 (% 3.3) |
| Girişim saati | |
| Sabah | 9 (% 15) |
| Öğle | 16 (% 26.7) |
| İkinci | 8 (% 13.3) |
| Akşam | 19 (% 31.7) |
| Gece | 8 (% 13.3) |
| Girişim şekli | |
| Ası | 3 (% 5) |
| Gaz | 1 (% 1.7) |
| İlaç | 56 (% 93.3) |
| Önceden girişim | |
| Yok | 43 (% 71.7) |
| Bir kez | 11 (% 18.3) |
| İki kez | 4 (% 6.7) |
| İkiden fazla | 2 (% 3.3) |
| Girişim | |
| Düşünmüş | 23 (% 38.3) |
| Planlanmış | 2 (% 3.3) |
| Anı olmuş | 35 (% 58.4) |
| Düşünme süresi | |
| 1 aydan az | 39 (% 65) |
| 1-3 ay | 6 (% 10) |
| 4-6 ay | 3 (% 5) |
| 6 aydan fazla | 12 (% 20) |
| Girişimden bahsetme | |
| Bahsetmemiş | 36 (% 60) |
| Ailesine | 6 (% 10) |
| Arkadaşlarına | 17 (% 28.3) |
| Profesyonellere | 1 (% 1.7) |
| Zorlu yaşam olayı | |
| Yok | 14 (% 23.3) |
| Var | 46 (% 76.7) |

Yirmi üç ergen (% 38.3) aile geçimsizliğinin, 11 ergen (% 18.3) duygusal ilişkilerdeki güçlüğü, 4 ergen (% 6.6) öğrenim başarısızlığının, 3 ergen (% 5) geçim zorluğunun, 2 ergen (% 3.3) ruhsal veya bedensel bir sorunun, 1 ergen (% 1.7) iş ilişkilerindeki güçlüğü, 1 ergen (% 1.7) arkadaş ilişkilerindeki güçlüğü, 1 ergen (% 1.7) ise mesleki başarısızlığın intiharı tetiklediğini bildirmişlerdir (Tablo III).

Tablo 3 : İntiharı Tetikleyen Yaşam Olayları

| | |
|------------------------------|--------|
| Yok | % 23.3 |
| Aile geçimsizliği | % 38.3 |
| Duygusal ilişkilerde güçlük | % 18.3 |
| Öğrenim başarısızlığı | % 6.6 |
| Geçim zorluğu | % 5 |
| Ruhsal/bedensel sorun | % 3.3 |
| İş ilişkilerinde güçlük | % 1.7 |
| Arkadaş ilişkilerinde güçlük | % 1.7 |
| Mesleki başarısızlık | % 1.7 |

Elli iki ergenin (% 86.7) ailesinde depresyon ya da alkolizm tanısıyla tedavi gören herhangi bir yakını olmadığı, 5 ergenin (% 8.3) birinci derece akrabasının, 2 ergenin (% 3.3) ikinci derece akrabasının ve 1 ergenin (% 1.7) üçüncü derece akrabasının bu hastalıklar nedeniyle tedavi görmüş oldukları saptanmıştır. İki ergenin (% 3.3) birinci derece akrabasının, 1 ergenin (% 1.7) ikinci derece akrabasının ve 1 ergenin (% 1.7) ise üçüncü derece akrabasının intihar girişimi öyküsü olduğu, buna karşın 56 ergenin yakınlarında böyle bir girişim öyküsü bulunmadığı belirlenmiştir. Ergenlerin 6'sının (% 10) girişim sonrasında kurtulduğu için öfkeli, 10'unun (% 16.7) girişimde bulunduğu için pişman, 6'sının (% 10) kurtulduğu için sevinçli, 3'ünün (% 5) girişimde bulunduğu için şaşkın olduğu, 4'ünün (% 6.6) girişimini yinelemeyi, 2'sinin (% 3.3) girişimin yaşamını kolaylaştırdığını, 1'inin girişimin yaşamını zorlaştırdığını düşündüğü saptanmıştır. (Tablo IV).

Tablo 4 : İntihar Girişimi Sonrası Düşünceler

| | |
|-------------------------|--------|
| Pişman | % 16.7 |
| Öfkeli | % 10 |
| Sevinçli | % 10 |
| Yinelemeyi düşünüyor | % 6.6 |
| Şaşkın | % 5 |
| Yaşamını kolaylaştırmış | % 3.3 |
| Yaşamını zorlaştırmış | % 1.7 |

Ergenlerin ruhsal durum değerlendirmeleri ile ilgili sonuçlar başka bir yazıda tartışılmıştır.

TARTIŞMA

Ergenlerle ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde daha çok intihar girişimlerinin araştırıldığı göze çarpmaktadır. Ergenlerin intihar girişimleri ile ilgili yapılan çalışmalarda yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve aile yapısı gibi epidemiyolojik faktörler ile yaşam olayları, kendilik imgesi ve psikopatolojik durumlar incelenerek çocuk ve ergenlerde kendini öldürme sıklığını değiştirebilme amacıyla, intihar girişimindeki risk faktörlerinin belirlenmesinin önemi üzerinde durulmaktadır (Turgay 1992, Çuhadaroğlu ve Sonuvar 1992, Çuhadaroğlu ve Sonuvar 1993). Son 50 yılın araştırmaları, intihar girişimleri ve kendini öldürme olaylarının yakın ilişkisini açıkça ortaya koymaktadır (Turgay 1992).

Sosyodemografik özelliklerin değerlendirildiği çalışmalarda girişimde bulunanlarda kızların oranının daha yüksek olduğunu bildiren çalışmaların sayısı (Kreitman 1988, Diekstra 1989, Lester 1990, Kienhorst ve ark. 1993) erkeklerin daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalardan (Ryland ve Kruesi 1992) fazladır. Genellikle intihar oranlarının erkeklerde, girişimlerin ise kızlarda daha fazla olduğu bildirilmiştir (McClure 1984, Allen 1987, Turgay 1992). Bu çalışmada ortaya çıkan sonuçlar incelendiğinde de intihar girişiminde bulunan ergenlerin büyük çoğunluğunu (% 78.3) kızların oluşturduğu göze çarpmaktadır. Çalışmada erkek/kız oranı (13/47) yine literatürde bildirilen kızlarda girişimin 2-4 kez daha fazla olduğu bilgisi ile uyumludur (Sonuvar 1985, Çakmak ve ark. 1988, Turgay 1992).

Araştırma sonuçları intihar girişimi yaş ortalamasının kızlar için 15-19, erkekler için 20 yaş ve üzeri olarak bildirilmesine karşın (Sonuvar 1985, Çakmak ve ark. 1988, Turgay 1992) bu araştırmada her iki cins için de yaş ortalamasının birbirine benzer olduğu saptanmıştır.

İntihar girişimi ile medeni durum arasındaki ilişkinin önemli olduğu bildirilmektedir (Çuhadaroğlu ve Sonuvar 1992). Bu araştırmada bekar ergen oranı % 70 olarak bulunmuştur. Dilsiz ve arkadaşlarının araştırmalarında (1992b) ergenlerin tamamının bekar olduğu bildirilmektedir. Diğer bir karşılaştırmalı çalışmada evli ergenlerin daha fazla risk altında bulunduğu gösterilmiştir (Hawton 1982, Kreitman 1988). Çalışma sonuçlarının birbirleriyle uyum göstermemesi bu konuda sağlıklı bir bağlantı kurulmasını engellemektedir.

Bu araştırmadaki ergenlerin 34'ü (% 56.7) orta, 4'ü (% 6.6) yüksek eğitim düzeyindedir. Platt (1986), eğitim düzeyi yüksekliğinin 15-24 yař grubunda intihar girişimi riskini azalttığını belirtmektedir. Dilsiz ve arkadaşlarının (1992b) araştırmaları da eğitim düzeyi dūřukluđu ile intihar davranışı arasında paralel bir ilişki olduğunu dūřündürmektedir. Çalışmamızın sonuçları bildirilen bulgularla uyumlu değildir. İşsizlik ve dūřuk sosyoekonomik düzey ile intihar girişimi arasında ilişki olduğu gōsterilmiřtir (White 1974, Buglass ve Duffy 1978, Kotila ve Lōnnquist 1987). Araştırmamızın sonucunda toplam 9 ergenin (% 11.7 serbest, % 3.3 iřçi) iř sahibi olduğu gōr÷lmektedir. Ergenlerin % 85'inin ekonomik yōnden bağımlı olması intihar davranışının sosyal durumla bağlantılı olduğu sonucu ile uyumludur (Pfeffer ve ark. 1988).

Araştırmamızdaki ergenlerin % 81.7'si ailesi ile yaşarken, yaklaşık % 19'u ailelerinden ayrı yaşamaktadır. % 38.3'ü ise aile geçimsizliğinden dolayı intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiştir. Bu sonuç intihar girişiminde bulunan ergenlerin % 84.7'sinin ailesi ile birlikte oturduğu sonucu ile aynıdır (Kienhorst ve ark. 1993). Ergenlerle ilgili yapılan çalışmalarda yaşanan aile yapısına yōnelik incelemeler, intihar girişiminde bulunan ocuk ve ergenlerin b÷y÷k bōl÷m÷nün parçalanmış ailelerden geldiğini (Walker 1980, Garfinkel ve ark. 1982, Kerfoot 1988, Turgay 1992) ve ailelerinde boşanmaların yüksek olduğunu (Sonuvar 1985) gōstermektedir. Ailede fiziksel hastalık, psikiyatrik bozukluk ve intihar öyküsünün ergen intiharlarında önemli risk faktörleri olduğunu bildiren çalışma sonuçlarına benzer şekilde bu araştırmada da 5 ergenin (% 8.3) ailesinde psikiyatrik hastalık ve 2 ergenin (% 3.3) ailesinde de intihar öyküsü olduğu saptanmıştır (Walker 1980, Kerfoot 1988, Turgay 1992).

İntihar girişimi olan ergenlerde kontrol gruplarına gōre daha fazla yaşam olayı bildirilmektedir (Paykel ve ark. 1975, Goodyer ve ark. 1988, Gispert ve ark. 1987, Canat 1991). Araştırmamızda 46 ergenin (% 76.7) yaşamında intiharı tetikleyen bir olay bulunmaktaydı. İki ergenin ruhsal ya da bedensel bir bozukluğu, 23 ergenin aile geçimsizliği, 3 ergenin geçim zoruluğu, 11 ergenin duygusal ilişkilerde, 4 ergenin öğrenim, 1 ergenin iş, 1 ergenin de arkadaş ilişkilerinde g÷çlüğü ve 1 ergenin mesleki başarısızlığı vardı. % 38.3 ile en fazla gōr÷len zorlu yaşam olayı olarak ortaya aile geimsizliğinin çıkması, aile içi sorunun belirtilen en önemli intihar nedeni olduğunu bildiren yayınlarla uyumlu bulunmuştur.

(Adam ve ark. 1982, Yüksel ve ark. 1988, Kucur ve Aktan 1987, Özbek ve ark. 1987, Dilsiz ve ark. 1992a). Ayrıca diğer çalışmalarda belirtilen oran aralığı (% 11-80) içindedir (Rich ve ark. 1990). İntihar girişiminde bulunan Hollanda'lı ergenler üzerinde yapılan bir araştırmada, girişimde bulunanların bulunmayanlara gōre daha sıklıkla ilaç ve alkol kullandıkları, yakın zamanda aile üyeleri dışında yakınlarından birinin ölümü ile karşılaştıkları belirlenmiştir (Kienhorst ve ark. 1990). Başka bir çalışmada ise intihar girişiminde bulunan ergenlerin % 22.7'sinin ana babalarının boşanmış olduğu, % 19'unun ilaç kullandığı, % 6.9'unun aile üyelerinden birinin yakın zamanda ölmüş olduğu belirtilmiştir (Kienhorst ve ark. 1993).

İntihar biçimi açısından incelendiğinde, ABD için intiharlarda en fazla kullanılan yōntemler her iki cins için de ateşli silahlar olmakta, bunu erkeklerde aşı, kadınlarda y÷ksekte atlama izlemektedir (Shaffer ve ark. 1988). Girişimde bulunmada ise en sık ilaç kullanılmaktadır (Garfinkel ve ark. 1982, Platt 1984, Taylor ve Stansfeld 1984, Kucur ve Aktan 1987, akmak ve ark. 1988, Maner ve ark. 1988). Çalışmamızda da girişim şekillerinden ilaç kullanımı % 3.3 ile çok y÷ksek bir oranı oluşurmaktadır. Girişim öncesi alkol kullanımı oranı ABD'de % 46 iken (Brent 1987) bizim çalışmamızda bu oran % 11.7 düzeyindedir.

Çalışmamızda gōze çarpan noktalardan biri de girişimde bulunanların % 28.3'ünün önceden en az bir kez daha girişimde bulunmuş olmalarıydı. Başka bir çalışmada ergenlerde intihar kurbanlarının % 40'ünün önceden en az bir kez girişimde bulunmuş olduğu; girişimde bulunmanın ölümlle intihar riskini erkekler için 22.5 kızlar için 8.6 kez artırdığı belirtilmiştir (Shafii ve ark. 1985). İntihar girişiminde bulunan ergenlerin % 60'ı girişimlerinden daha önce hiç kimseye sōz etmemişken 17'si (% 28.3) arkadaşlarına, 6'sı (% 10) ailesine niyetlerinden bahsetmiştir. Buna karşın Shafii ve arkadaşları (1985) ölümlle sonuçlanan ergen intiharlarında niyetlerinden bahseden ergenlerin b÷y÷k çoğunlukla girişimlerinde başarılı olduklarını bildirmişlerdir.

Araştırma sonucunda 2 ergen dışında, ergenlerin intihar girişimlerini planlamadan ve hatta 35 ergenin bildirdiği gibi ani olarak gerçekleştirdikleri gōr÷lmektedir. Bu sonuç ergenlerde intiharların d÷rtüsel (impulsif) nitelik taşıdığı gōr÷şünü desteklemektedir (Walker 1980), yani ergen intihar girişimleri genellikle planlanmamış, anlık özellik taşımaktadır. Genelde ergen-

lerin intihar girişimlerinin farkedilmesine yönelik düzenlemeler yaptıkları bildirilmektedir (Kerfoot 1988). Ancak çalışmamızda ergenlerden % 60'ı girişimini gizlemiştir. Bu sonuç Dilsiz ve arkadaşlarının (1992a) araştırmalarındaki ergenlerin % 87.5'inin girişimin farkedilmesine yönelik bir düzenleme yapmadıkları sonucunu desteklemekle birlikte, bildirdikleri oran çalışmadakinden yüksektir.

Araştırmamızda girişim sonrası ergenler ile görüşülerek ne hissettikleri sorulmuş, % 10'u öfkeli, % 16,7'si girişimde bulunduğu için pişman % 10'u kurtulduğu için sevinçli, % 5'i şaşkın, % 6.6'sı girişimi yinelemeyi, % 3.3 ü girişimin yaşamını kolaylaştırdığını, % 1.7 si ise yaşamını zorlaştırdığını düşündüğünü belirtmiştir.

Hayatın bir döneminde herhangi bir zorluk ile karşılaştığında hangi ergenin intihar girişiminde bulunacağı ya da tamamlanmış bir intiharı seçeceğini önceden belirlemek çok güçtür. Bu konuda ileriye yönelik araştırma desenleri gerekmektedir. Ancak intihar davranışı ya da intihar düşüncesi ile birlikte yukarıda tartışılan özellikler gözönüne alınarak intihar girişiminde bulunan ergenlerin tekrarlayan girişimler ve hatta tamamlanmış bir intihar için risk oluşturdıkları hatırlanmalı ve özel bir dikkat gösterilmelidir. Bu tür çalışmaların ileride de sürdürülerek veri tabanının genişletilmesiyle istatistiksel olarak daha anlamlı sonuçlara ulaşılması mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

Adam KS, Bockons A, Streiner D (1982) Parental loss and family stability in attempted suicide. *Arch Gen Psychiatry* 39 : 1081-1085.

Allen BP (1987) Youth suicide. *Adolescence* 22(86) : 271-290.

Bitlis V, Tüzer T, Bayam G ve ark. (1994) Genel bir hastanede acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran hastaların retrospektif incelenmesi. (baskıda).

Brent DA (1987) Correlates of medical lethality of suicide attempts in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26 : 87-89.

Buglass D, Duffly JC (1978) The ecological pattern of suicide and parasuicide in Edinburgh. *Sc Sci Med* 12 : 241-253.

Canat S (1991) Stressful life events among suicidal adolescents. *ESCAP Kongresinde sunulmuş bildiri, Londra.*

Çakmak D, Aslanoglu K, Akman MB (1988) İntihar nedeniyle acil dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda psikopatolojik değerlendirme. XXIV Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Kongre kitabı, Saypa matbaası, Ankara, s : 214-217.

Çuhadaroglu F, Sonuvar B (1992) Adolesan intiharları : Risk faktörleri üzerine bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 3(3) : 222-226.

Çuhadaroglu F, Sonuvar B (1993) Adolesan intiharları ve kendilik imgesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 4(1) : 29-38

Diekstra RFW (1989) Suicidal behaviour and depressive disorders in adolescents and young adults. *Neuropsychobiology* 22 : 194-207.

Dilsiz F, Dilsiz A, Ökten A (1992a) Bir grup ergende suicidal eylemi. 1992 Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri, 25-28 Nisan 1992, Kuşadası. Saray Tıp Kitabevleri, Kongre Kitabı, s : 143-148.

Dilsiz F, Dilsiz A, Ökten N (1992b) Bir grup ergen suistinde demografik özellikler. 1992 Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri, 25-28 Nisan 1992, Kuşadası. Saray Tıp Kitabevleri, Kongre Kitabı, s : 366-369.

Dobow EF, Kausch DF, Blum MC ve ark. (1989) Correlates of suicidal ideation and attempts in a community sample of junior and high school students. *J Clin Child Psychol* 18 : 158-166

Fidaner H, Fidaner C (1988) İntihar yazıları, Ankara.

Garfinkel BD, Froese A, Hood J (1982) Suicide attempts in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 139 : 1257-1261.

Gispert M, Davis MS, March L ve ark. (1987) Predictive factors in repeated suicide attempts by adolescents. *Hosp Community Psychiatry* 38 (4) : 390-393.

Goodyer IM, Wright C, Altham PME (1988) Maternal adversity and recent stressful life events in anxious and depressed children. *J Child Psychol Psychiatry* 29 (5) : 651-667.

Hawton K (1982) Attempted suicide in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 23 : 497-503.

Kerfoot M (1988) Deliberate self-poisoning in childhood and early adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 29 : 335-343.

Khan AU (1987) Heterogeneity of suicidal adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26 : 92-96.

Kienhorst CMW, De Wilde EJ, Van den Bout J ve ark. (1990) Characteristics of suicide attempts in a population-based sample of Dutch adolescents. *Br J Psychiatry* 156 : 243-248.

Kienhorst CMW, De Wilde EJ, Van den Bout J ve ark. (1993) Two subtypes of adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scand* 87 : 18-22.

- Kotila L, Lönnquist J (1987) Adolescents who make suicide attempts repeatedly. *Acta Psychiatr Scand* 76 : 389-393.
- Kreitman N (1988) Suicide, age and marital status. *Psychol Med* 6 : 113-121.
- Kruesi MJP, Rapoport JL, Hamburger S ve ark. (1990) CSF monoamine metabolites, aggression and impulsivity in disruptive behaviour disorders of children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 47 : 419-426.
- Kucur R, Aktan MK (1987) Konya merkez ilçesinde 1986 yılında suicides insidansı. XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Onur Ofset, İstanbul, s : 317-320.
- Lester D (1990) Suicide in Mainland China by sex, urban/rural location and age. *Per Mot Skills* 71 : 1105.
- Maner F, Pınar Z, Yeşilbursa D (1988) Psikiyatrik hastalarda suicides girişimi. XXIV Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Saypa Yayıncılık, Ankara, s : 227-237.
- Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM ve ark. (1991) Mental disorders in adolescent suicide : DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13 to 19 year olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 48 : 834-839.
- McClure GMG (1984) Recent trends in suicide among the young. *Br J Psychiatry* 144 : 134-138.
- Moens FG, Haenen V, Woorde H (1988) Epidemiological aspects of suicide among the young in selected European countries. *J Epid Comm Health* 42 : 279-285.
- Özbek A, Ceyhan B, Kumbasar H ve ark. (1987) Açık tedavi ortamında intihar girişimi vakalarının değerlendirilmesi. XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Onur Ofset, s : 321-326.
- Paykel ES, Prusoff BA, Myers JK (1975) Suicide attempts and recent life events. *Arch Gen Psychiatry* 32 : 327-333.
- Pfeffer CR, Newcom J, Kaplan G ve ark. (1988) Suicidal behaviour in adolescent psychiatric inpatient. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 3 : 357-361.
- Platt S (1984) Unemployment and suicidal behaviour : A review of the literature. *Soc Sci Med* 19(2) : 93-115.
- Platt S (1986) Parasuicide and unemployment. *Br J Psychiatry* 149 : 401-405.
- Remafedi G, Farrow JA, Deisher RW (1991) Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. *Pediatrics* 87 : 869-875.
- Rich CL, Sherman M, Fowler TC (1990) San Diego suicide study : The adolescents. *Adolescence* 25 : 855-865.
- Rich CL, Warsrad GM, Nemiroff RA ve ark. (1991) Suicide, stressors and the life cycle. *Am J Psychiatry* 148 : 524-527.
- Roy A, Segal NL, Centerwall BS ve ark. (1991) Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry* 48 : 29-32.
- Rubenstein JL, Heeren T, Housman D ve ark. (1989) Suicidal behaviour in "normal" adolescents : risk and protective factors. *Am J Orthopsychiatry* 59 : 59-71.
- Ryland D, Kruesi M (1992) Suicide among adolescents. *International Review of Psychiatry* 4 : 185-195.
- Shaffer D, Garland A, Gould M ve ark. (1988) Preventing teenage suicide : A critical review. *Am J Acad Child Adolesc Psychiatry* 27 : 675-687.
- Şafti M, Carrigan S, Whittinghill JR ve ark. (1985) Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 142 : 1061-1064.
- Şafti M, Steltz - Lenarsky J, Derrick AM ve ark. (1988) Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *J Aff Disorders* 15 : 22-233.
- Sonuvar B, Yörükoğlu A (1971) Çocuklar ve delikanlılık çağında intihar girişimleri. *Hacettepe Tıp - Cerrahi Bülteni* 4 : 136,150.
- Sonuvar B (1985) Gençlerde intihar ve intihar girişimleri. XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı, s : 26-28.
- Taylor EA, Stansfield SA (1984) Children who poison themselves : A clinical comparison with psychiatric controls. *Br J Psychiatry* 145 : 127-135.
- Turgay A (1992) Çocuk ve gençlerde intihar girişimleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 3(3) : 183-189.
- Tüzer T, Bitlis V, Bayam G ve ark. (1994) Genel bir hastanenin psikiyatri kliniğine intihar girişimi nedeniyle gönderilen hastaların sosyodemografik özellikleri (baskıda)
- Walker WL (1980) Intentional self-injury in school age children. *J Adolescence* 3 : 217-228.
- White HG (1974) Self - poisoning in adolescents. *Br J Psychiatry* 124 : 25-35.
- Yüksel N, Özgentaş U, Çalangu S ve ark. (1988) Adölesanlarda intihar girişimi nedenleriyle ilgili bir çalışma. XXII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Ege Ü. Basımevi, İzmir, s : 220-230.

BRONŞİYAL ASTİM TANISI ALAN ÇOCUKLAR ve ANNELERİNDE HASTALIK ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Meral Berkem*, Ayşe Arman**,
Elif Dağlı***, Osman Hayran****

ÖZET

Gözlemlerimize göre, bazı durumlarda ailenin kronik hastalığı algılayışı, etkilenmesi ve bu durumu çocuğa yansıttığı tarzı hastalığın şiddetiyle doğru orantılı olmamaktadır. Bu çalışmada amaç, kronik bir hastalık olan bronşiyal astım hakkında anne ve çocuğun bilgilerini araştırmak, hastalığın ruhsal durumları üzerindeki etkilerini ve hastalığı algılayış derecelerini değerlendirmektir. Bu amaçla, Marmara Üniversitesi Pediatrik Göğüs Hastalıkları Polikliniği'ne Haziran 93 - Ocak 94 tarihleri arasında başvuran ve bronşiyal astım tanısı alan 7 - 12 yaş arası 29 çocuk ve annelerine CDÖ (Çocuklar için Depresyon Ölçeği) ve BTL - 90 (Belirti Tarama Listesi - 90) uygulanmıştır. Sonuçta bronşiyal astım hastalığının asıl şiddeti arttıkça annenin pozitif belirti düzeyinde anlamlı artış gözlenmiştir.

Anahtar Sözcükler : Astım, çocuk, psikoloji.

SUMMARY : PERCEPTION OF ILLNESS AMONG CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA AND THEIR MOTHERS

Families' thoughts and the expression of the feelings about chronic illness are not always in proportion to the severity of the illness itself. The aim of this study is to examine the childrens' and their mothers' knowledge and thoughts about the severity of bronchial asthma. The relationship of bronchial asthma and the psychological states of the children and their mothers' is also examined. CDI and SCL - 90 - R are applied to 29 7 - 12 years old children and their mothers who applied to Marmara University Pediatric Chest Diseases Outpatient Clinic during June 93 - January 94. The results reveal that the mothers' positive symptom levels rise significantly as the severity of bronchial asthma increase.

Key words : Asthma, child, psychology.

GİRİŞ

Son yıllarda gelişen tanı ve tedavi olanaklarının yardımıyla, kronik hastalığı olan çocuklar ve ailelerinde, bu hastalıkların algılanması ve psiko-sosyal uyum süreçlerini incelemek mümkün olmuştur.

Kronik hastalık; "patolojik değişiklikler sonucu oluşan, kalıcı bozukluk gösteren, geriye dönüşü olmayan ve uzun süre bakım, gözetim ve kontrol gerektirecek durum" olarak tanımlanmaktadır. (Kim 1989).

Çocukların kronik hastalıkları, hem çocuğun hem de ailenin sosyal ve duygusal yaşantısını etkilemektedir (Nocon 1991).

Çocuğun kronik hastalığa uyumunu etkileyen etkenler arasında, sosyal yaşamının kısıtlanması, hastalığın uzun süreli olması, akut ataklarla seyrediyor olması ve uzun süreli tedavi gerektirmesi sayılabilir (Nocon 1991, Kim 1989). Kronik hastalığın etkilerinin yaygın olması normal

gelişimsel süreci etkileyebilir. Çocuğun tepkisel davranışları arasında bunaltı, regresyon, yadıma, sosyal yaşam ve okulda uyumsuzluk, depresyon, öfke, saldırganlık, konversiyon bozuklukları ve hipokondriyak uğraşlar sayılabilir (Kim 1989, Mitchell ve Dawson 1973). Çocuk ve ergenlerde, ağır ve kronik hastalıkların depresyonla ilişkili olduğu gözlenmiş ve kronik hastalıklar risk etkenleri arasında belirtilmiştir (Öy 1995).

Ailelerin kronik hastalığa uyumu, çocuğun hastalığını öğrendikten sonra farklı şekillerde gelişmektedir. İlk dönemde korku ve bunaltı ön planda olup hastalığın yadsınması görülmekte, daha sonra kendini suçlama, kızgınlık ve sonuçta hastalığın kabulü izlenmektedir. Yapılan çalışmalarda, kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin iş düzenlerini değiştirmek zorunda kaldıkları, ev içi düzeni çocuğun hastalığına göre planladıkları gözlenmiştir. (Hookham 1985, Kim 1989). Bu durum çoğu zaman aile içi gerginlikleri ve tartışmaları arttırabilmektedir.

Bronşiyal astım, kronik hastalıkların başta gelenlerinden biridir. Amerikan Göğüs Hastalıkları Birliği (The American Thoracic Society)'nin tanımına göre; "solunum yollarının uyarılara karşı artmış duyarlılığı ve daralması" şeklinde

* Yrd. Doç. Dr., Marmara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, İstanbul.

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

*** Doç. Dr., Marmara Üniv. Tıp Fak. Pediatri Anabilim Dalı, İstanbul.

**** Doç. Dr., Marmara Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul.

açıklanabilir. Bronşiyal hiperreaktivitenin oluşması birden çok uyarana bağlıdır. Allerjenler, farmakolojik ajanlar, enfeksiyonlar, egzersiz, soğuk hava ve psikolojik etkenler, ailesel allerji öyküsü, bağımlı - edilgen ve ambivalan kişilik öğeleri sık rastlanan özelliklerdir. (Vachan 1989, Ünal 1990). Mrazik (1994) 'in yaptığı bir çalışmada, erken dönemdeki aile yaklaşımı sorunlarını içeren psikolojik etkenler ve artmış genetik riskin hastalığın oluşumunda rol oynadığı bildirilmektedir.

Gürdal ve arkadaşlarının (1993) yapmış olduğu bir çalışmada, bronşiyal astımın başlangıcında psikososyal stres etkenlerinin varlığı, ailenin hastalık hakkındaki endişelerinin hastalığın sıklığını arttırdığı, duygusal uyarınların krizleri uyarıcı etkisi olduğu, bu çocuklarda ekzamanın sık görüldüğü, erken yaşlarda annenin yanı sıra başka bir bakıcının da varlığının eklendiği ve genel olarak psikomotor gelişimin normal olduğu ileri sürülmektedir.

Astım hastalığında çocuk aile içinde ayrıcalıklı bir konum kazanabilir. Yapılan bir çalışmada, astımlı çocuğun hastalığı ile aileyi yönlendirdiğinden ve hükümdarlığından söz edilmektedir (Nocon 1991).

AMAC :

Gözlemlerimize göre, bazı durumlarda ailenin hastalığı algılayışı, etkilenmesi ve bu durumu çocuğa yansıtış tarzı hastalığın şiddetiyle doğru orantıda olmamaktadır. Bu çalışmada amaç, kronik bir hastalık olan bronşiyal astım hakkında anne ve çocuğun bilgilerini araştırmak, hastalığın asıl ve algılanan şiddetinin ruhsal durumları üzerindeki etkisini, hastalığın nasıl algılandığı ve çocuğun okul yaşantısı ve davranışları üzerine olan etkilerini değerlendirmektir.

YÖNTEM :

Denekler : Haziran 1993 - Ocak 1994 tarihleri arasında, MÜTF Pediyatrik Göğüs Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, bronşiyal astım tanısı alan, 7 - 12 (Yaş ortalaması : 9.4 ± 1.7) yaş arası 29 çocuk [Erkek : 25 (%86.2), Kız : 4 (%13.8)] ve anneleri basit seçkisiz örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Çocuklarda astımın gerçek ağırlık derecesi; "International Management Of Childhood Asthma Consensus Report"da (1992) belirtilen standartlara göre "hafif, orta, ağır" olarak, Pediyatrik Göğüs Hastalıkları Polikliniği'nde görevli uzman pediyatrist tarafından sınıflandırılmıştır.

Çalışmanın biçimi kesitsel olup, görüşmelerde anket tekniği kullanılmıştır.

Veri Toplama Araçları : Yukarıda belirtilen tanımlamaya göre bronşiyal astım tanısı alan çocuklara Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) uygulanmıştır. Bu ölçek, Kovacs (1981) tarafından Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak hazırlanmış olan bir kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Kesim puanı 19 olarak önerilmektedir. Ölçeğin Türkiye için geçerlik güvenirlik çalışması Oy (1991) tarafından yapılmıştır.

Annelere ise Belirti Tarama Listesi (BTL- 90) verilmiştir. Bu ölçek Derogatis ve arkadaşları (1977) tarafından psikopatolojik belirtileri taramak amacıyla symptom Check List - 90 (SCL - 90) adıyla geliştirilmiştir. Somatizasyon, obsesyon ve kompülsiyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, kaygı ve düşmanlık, fobik kaygı, paranoid, psikotik ve diğer bulgulara yönelik alt gruplara ilişkin soruları içeren 90 maddeden oluşmaktadır. Türkiye için geçerlik güvenirlik çalışması Fidaner ve Fidaner (1984) ve Dağ (1991) tarafından yapılmıştır. BTL -90'dan elde edilen Genel Belirti Düzeyi (GBD) (BTL - 90 toplam belirti puanı /90) ve Pozitif Belirti Düzeyi (PBD) (BTL - 90 toplam belirti puan / "hiç" seçeneği ile işaretlenen maddeler dışında, diğer maddelerin toplam sayısı) annenin genel zorlanma düzeyini tanımlamakta kullanılan parametrelerdir.

İşlem : Anneler BTL - 90'ı, çocuklar ÇDÖ'ni bağımsız olarak kendileri yanıtlamıştır. Daha sonra her iki gruba da bilim dalımızca hazırlanan anket formları verilmiştir. Anneler anketleri kendileri yanıtlamış, çocuklara ise yine aynı görüşmeci tarafından sorular sorularak anne ile çocuk birbirleri ile görüştürülmeksizin anket tamamlanmıştır. Ölçekler ve anketler aynı günde ve arka arkaya verilerek doldurulmuştur. Ankette, çocuğun ve annenin astım hastalığı ve tedavisi hakkındaki bilgileri, hastalığın şiddetinin algılanma derecesi, hastalığın süresi, şiddeti, çocuğun huy, davranış ve okul yaşamına etkileri, çocuğun tedaviye uyumu gibi parametreler değerlendirilmiştir.

Anketin Parametreleri : Anketteki hastalığın algılanan şiddeti (1: hafif, 2 : orta, 3: ağır) ve atakların sıklığı (1 : yılda 1 - 2 , 2 : yılda > 2, 3 : ayda <5, 4 : ayda >5) sorularına verilen yanıtlar yukarıda belirtildiği gibi 1 - 3 ve 1 - 4 arasında puanlanmıştır. Bu puanların toplanması sonucu, global bir puan elde edilmiş ve astım hastalığının anne ve çocuk tarafından algılanma derecesini ifade etmek amacıyla kullanılmıştır. Anne için

(anne astım algısı), çocuk için (çocuk astım algısı) bu puanı yansıtmaktadır. Anketteki, çocuğun huy, davranış (1: hayır, 2 : evet) ve okul yaşantısının etkilenmesi (1:hayır, 2:evet) puanlanarak; global bir puan elde edilmiştir. Bu toplam puan, çocuğun sosyal yaşantısının astım hastalığı nedeniyle etkilenmesinin, anne ve çocuk tarafından nasıl algılandığını tanımlamak amacıyla kullanılmıştır. Anneye göre çocuğun sosyal yaşantısının etkilenmesi (anne sosyal yaş. et.), çocuğa göre kendi sosyal yaşantısının etkilenmesi (çocuk sosyal yaş. et.) bu puanı yansıtmaktadır.

Anne ve çocuk tarafından hastalığın bundan sonraki beklenen süresi (1: 0-6 ay, 2:7 - 12 ay, 3 : 1 yıldan fazla) puanlanarak korelasyon analizinde değerlendirilmiştir. Anneye göre astımın beklenen süresi (anne astım süresi), çocuğa göre astımın beklenen süresi (çocuk astım süresi) puanları ayrı ayrı belirlenmiştir.

Astım krizi sırasındaki düşüncelere verilen yanıtlar (1: Gececek, 2: Daha kötüleşecek, 3: İyileşemeyecek) anne ve çocuk için puanlanmıştır. Annenin kriz sırasındaki düşüncesi (Anne kriz düşün.) ve çocuğun kriz sırasındaki düşüncesi (Çocuk kriz düşün.) puanları korelasyon tablosunda kullanılmıştır.

Korelasyon tablosundaki diğer parametrelerden biri de, çocuğa göre astım hastalığının annenin kendisine karşı davranışlarına etkisini (Anne davran. etkisi) yansıtmaktadır ve bu soruya verilen yanıtlar (1: Etkilemiyor, 2: Etkiliyor) şeklinde puanlanmıştır. Yine çocuğa göre annesinin, kendisinin hastalığından etkilenmesi (Anne hast. etkil.) sorusuna verilen yanıt, (1: Etkilenmiyor, 2 : Etkileniyor) olarak puanlanmıştır. Çocuğun kendi hastalığı hakkındaki bilgisinin (Çocuk hast. bilgisi) araştırıldığı soruya (1: Biliyor, 2: Bilmiyor) şeklinde puan verilmiştir.

Tabloların değerlendirilmesinde, ki kare testi, "Fisher's Exact Test"i ve t- testi kullanılmıştır. Anketin parametreleri, ÇDÖ ve BTL - 90 sonuçları arasındaki korelasyon ilişkisi ise "Pearson Momentler Katsayısı" testi ile araştırılmıştır.

BULGULAR

Çocuklarda hastalık hakkında konuşulması ile, tedaviye gelmek istemesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Hastalık hakkında konuşulmuş olması tedaviye gelmeyi olumlu yönde etkilemektedir (Tablo 1).

Tablo 1 : Çocukla Hastalık Hakkında Konuşulması -Tedaviye Gelmek İsteme İlişkisi

| | Tedaviye Gelmek (+) | Tedaviye Gelmek (-) | Toplam |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|-----------|
| Hastalık Hakkında (+) Konuşma | 17 (%59) | 1 (%3) | 18 (%62) |
| Hastalık Hakkında (-) Konuşma | 6(%21) | 5 (%17) | 11 (%38) |
| Toplam | 23 (%79) | 6 (%21) | 29 (%100) |

$$p = 0.0185$$

Çocukla hastalık hakkında konuşulmuş olması ile ilaç kullanmayı istemesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 2).

Tablo 2 : Çocukla Hastalık Hakkında Konuşulması - İlaç Kullanmayı İsteme İlişkisi

| | İlaç Kullanmayı İsteme (+) | İlaç Kullanmayı İsteme (-) | Toplam |
|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------|
| Hastalık Hakkında (+) Konuşma | 14 (%48) | 4 (%14) | 18 (%62) |
| Hastalık Hakkında (-) Konuşma | 9(%31) | 2 (%7) | 11 (%38) |
| Toplam | 23 (%79) | 6 (%21) | 29 (%100) |

$$p = 1.00$$

Cinsiyet faktörünün astımın asıl şiddeti üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi gözlenmemektedir (Tablo 3).

Tablo 3 : Çocuğun Cinsiyeti - Astım Şiddeti ile Karşılaştırılması

| | Hafif Orta | Ağır | Toplam |
|--------|------------|------------|------------|
| Kız | 3 (%10.3) | 1 (%3.5) | 4 (%13.8) |
| Erkek | 15 (%51.7) | 10 (%34.5) | 25 (%86.2) |
| Toplam | 18 (%62) | 11 (%38) | 29 (%100) |

$$p = 0.95$$

Astımın asıl şiddeti açısından ÇDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir (Tablo 4).

Tablo 4: ÇDÖ Puan Ortalamaları ile Astımın Asıl Şiddetinin İlişkisi

| Astımın Asıl Şiddeti | ÇDÖ Puan Ort. |
|----------------------|---------------|
| Hafif - Orta (n:18) | 8.5 ± 1.01 |
| Ağır (n: 11) | 8.8 ± 0.7 |
| Toplam (n: 29) | 8.6 ± 0.7 |

t = 0.18 p > 0.05

Astımın asıl şiddeti açısından annelerin GBD puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir (Tablo 5).

Tablo 5: Annelerin GBD Puan Ortalamaları ile Astımın Asıl Şiddetinin İlişkisi

| Astımın Asıl Şiddeti | Annelerin GBD Puan Ort. |
|----------------------|-------------------------|
| Hafif - Orta (n:18) | 0.7 ± 0.04 |
| Ağır (n: 11) | 0.6 ± 0.18 |
| Toplam (n: 29) | 0.7 ± 0.06 |

t = 0.27 p > 0.05

Astımın asıl şiddeti açısından annelerin PBD puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmektedir. Astımın şiddeti arttıkça annelerin Pozitif Belirti Puan ortalamaları artış göstermektedir (Tablo 6).

Tablo 6: Annelerin PBD Puan Ortalamaları ile Astımın Asıl Şiddetinin İlişkisi

| Astımın Asıl Şiddeti | Annelerin PBD Puan Ort. |
|----------------------|-------------------------|
| Hafif - Orta (n:18) | 0.8 ± 0.02 |
| Ağır (n: 11) | 1.5 ± 0.06 |
| Toplam (n: 29) | 1.48 ± 0.03 |

t = 11.6 p < 0.05

Çocuğun algıladığı astım şiddeti açısından ÇDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir (Tablo 7).

Tablo 7: ÇDÖ Puan Ortalamaları ile Çocuğun Algıladığı Astım Şiddetinin İlişkisi

| Çocuğun Algıladığı Astım Şiddeti | ÇDÖ Puan Ort. |
|----------------------------------|---------------|
| Hafif - Orta (n:23) | 8.3 ± 3.9 |
| Ağır (n: 26) | 9.6 ± 5.2 |
| Toplam (n: 29) | 8.6 ± 4.2 |

t = 0.6 p > 0.05

Annenin algıladığı astım şiddeti açısından PBD puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir (Tablo 8).

Tablo 8: Annenin PBD Puan Ortalamaları ile Annenin Algıladığı Astım Şiddetinin İlişkisi

| Annenin Algıladığı Astım Şiddeti | Annelerin Pbd Puan Ort. |
|----------------------------------|-------------------------|
| Hafif - Orta (n:20) | 1.5 ± 0.45 |
| Ağır (n: 9) | 1.37 ± 0.3 |
| Toplam (n: 29) | 1.44 ± 0.3 |

t = 0.97 p > 0.05

Tablo 9 incelendiğinde ise şu bulgular gözlenmektedir: Çocuğun ve annenin astım krizi sırasındaki düşünceleri ile annenin çocuğa davranışının etkilenmesi arasında önemli korelasyon gözlenmektedir. Annenin, çocuğun krizi sırasındaki düşünceleri, kriz geçecek (%41.3), öleceğinden korkuyor (%37.9) ve diğer üzülüyor, çaresizlik duyuyor, çocuk sarsılıyor düşünceleri (% 20.6) şeklindedir. Çocuğun kriz sırasındaki düşünceleri, kriz geçecek (%75.8), öleceğinden korkuyor (%20.6) ve diğer (%3.4) şeklindedir. Anneye göre çocuğun huy ve davranışlarının, okul yaşantısının astım nedeniyle etkilenmesi ile annenin astım algısı arasında anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır. Buna göre, çocuğun sosyal uyumu etkilendikçe, anne hastalığı daha

**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



Tablo 9: Anketin Parametreleri, ÇDÖ ve BTL-90 Korelasyon Tablosu

| | Anne astım algısı | Çocuk astım algısı | Genel belirti düzeyi | Çocuk dep.öl. puanı | Anne sosyal yaş.et. | Çocuk sosyal yaş.et. | Anne astım süresi | Çocuk astım süresi | Anne kriz düşün. | Çocuk kriz düşün. | Anne davr. etkisi | Anne hast. etkisi. | Çocuk hast. bilgisi | Pozitif belirti düzeyi | Astımın asıl şiddeti |
|------------------------|-------------------|--------------------|----------------------|---------------------|---------------------|----------------------|-------------------|--------------------|------------------|-------------------|-------------------|--------------------|---------------------|------------------------|----------------------|
| Anne astım algısı | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | |
| Çocuk astım algısı | .006 | 1.00 | | | | | | | | | | | | | |
| Genel belirti düzeyi | .246 | -.061 | 1.00 | | | | | | | | | | | | |
| Çocuk dep.öl. puanı | -.007 | -.036 | -.305 | 1.00 | | | | | | | | | | | |
| Anne sosyal yaş. et. | .417* | -.240 | .136 | .043 | 1.00 | | | | | | | | | | |
| Çocuk sosyal yaş.et. | .361 | .207 | .125 | .078 | .239 | 1.00 | | | | | | | | | |
| Anne astım süresi | -.181 | .054 | .350 | .168 | -.107 | -.118 | 1.00 | | | | | | | | |
| Çocuk astım süresi | .041 | .226 | .042 | -.096 | .034 | .073 | .191 | 1.00 | | | | | | | |
| Anne kriz düşün. | .217 | -.135 | .217 | .018 | .064 | -.163 | -.150 | -.309 | 1.00 | | | | | | |
| Çocuk kriz düşün. | .379* | .250 | .129 | .065 | -.021 | .103 | -.132 | -.023 | .232 | 1.00 | | | | | |
| Anne hast. etkilen. | -.011 | .251 | -.078 | -.231 | -.102 | -.057 | .060 | .277 | -.042 | -.275 | 1.00 | | | | |
| Anne davr. etkisi | -.176 | -.156 | -.252 | -.199 | .096 | .024 | -.104 | .347 | .337* | .417* | .130 | 1.00 | | | |
| Çocuk hast. bilgisi | .302 | .097 | .116 | .104 | .136 | .117 | .285 | .113 | .067 | -.347 | -.279 | -.266 | 1.00 | | |
| Pozitif belirti düzeyi | -.022 | .134 | .329** | -.263 | -.137 | .033 | .355 | .018 | .171 | .134 | -.122 | -.172 | -.071 | 1.00 | |
| Astımın asıl şiddeti | .498* | .030 | .159 | .076 | .102 | -.198 | .190 | .162 | .065 | -.054 | -.075 | -.226 | .229 | .257 | 1.00 |

olumsuz algılamaktadır. Hastalık ortaya çıktıktan sonra, huy ve davranış değişiklikleri, okul başarısına etkisi annelere göre %34.4, çocuklara göre %13.7 oranlarında saptanmıştır. Annenin astım algısı ile astımın gerçek ağırlığı arasında anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır. Çocuğun astım krizi sırasında ne düşündüğü ile annenin astım algısı arasında anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır. Anne ve çocuğa kriz

sırasındaki düşünceleri sorulduğunda annelerin %41.3'ü, çocukların %75.8'i krizin geçebileceğini düşünmektedirler. Annelerin çocuklarıyla hastalık hakkında konuşmasına verilen yanıt "%89.6 konuşuluyor" şeklinde iken, çocuğa hastalığı hakkında annenin konuşup konuşmadığına verilen yanıt "%62.1 konuşuluyor" olmuştur. Annelerin hastalık hakkında çocuklarıyla neyi nasıl konuştuğu ve çocukların bu konuşmaları na-

sıl anladığının netleştirilmesi, bu farklılığı anlayabilmek açısından yararlı olabilirdi. Çalışmamızda, çocuklara astım hastalığının nedeni sorulduğunda %34.4'ü bilmediklerini, %27'si koşma, terleme, %17.2'si soğuk ve üşümenin neden olduğunu söylemişlerdir. Sadece %13.7'si astımın ev tozu nedeni ile olabileceğini, %3.4'ü doğuştan, %3.4'ü doktorun verdiği antibiyotikten olduğunu belirtmişlerdir.

TARTIŞMA

Çalışmamızda, çocukla astım hastalığı hakkında konuşulması ve bilgilendirilmesinin tedaviye gelmeyi olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır. Buna karşın, çocukla konuşmanın ilaç kullanmak istemesini etkilemediği bulunmuştur. Tedaviye gelmekle, ilaç kullanımı birbirinden farklı kavramlardır. Çocuğun ilaç kullanımını ve medikal tedaviye uyumunda, hastalığın süresi tedavinin şekli gibi diğer etkenlerin de rolü olabilir. Çalışmamızda çocuklara hastalıklarının nedeni sorulmuştur. Bir kısmı bilmediklerini belirtmişler ya da farklı tahminlerde bulunmuşlardır. Kaynaklara göre çocuğun hastalıktan etkilenmesi, belirtilerin kontrol edilebilir olmasıyla yakından ilişkilidir (Nocon 1991). Bu ise, hastanın krizler ve tedavi konusunda yeterince bilgilendirilmesi ile gerçekleşmektedir.

Kronik hastalıklı çocuklar, hastalıkları ve hastalığın toplumsal ilişkilerine etkisi konusunda yeterli bilgiye gereksinim duyarlar. Bu bilgilendirme, belirsizliği ve buna bağlı bunalıntıyı büyük olasılıkla azaltacaktır. Bilgilendirme, kişinin bulunduğu durum karşısında güçlenmesini sağlar ve sorunların çözümünde önemli bir faktördür (Baysal 1993).

Astımın asıl şiddeti arttıkça, annelerin BTL - 90'dan elde edilen pozitif belirti düzeyleri de artmaktadır. Ailelerle ilgili çalışmalarda anne odak noktası olarak alınmıştır. Kronik hastalıkları olan çocukların annelerinde depresyon ve bunalıntı; araştırmacılar, klinisyenler ve annelerin kendileri tarafından sıkça bildirilmiştir (Perrin, Mac Lean 1988). Çalışmada genel zorlanma düzeyini yansıtan pozitif belirli puanında, hastalığın şiddetine göre anlamlı bir artışın olması tanımlanmış bir psikopatolojiyi ifade etmemektedir. Bununla birlikte, hastalığın annenin genel psikolojik durumu üzerinde etkisinin olduğunu düşündürmektedir. Çocuğun ve annenin astım kri-

zi sırasındaki "geçmeyecek, kötüleşecek" gibi düşünceleri ile annenin, çocuğunun hastalığından olumsuz yönde etkilenmesi birlikte görülmektedir. Çocuğun astım krizi sırasındaki "geçmeyecek, kötüleşecek" gibi düşünceleri ile, annenin astımı daha şiddetli olarak algılaması da birlikte izlenmektedir. Anneler çocuklarının hastalığının şiddetini doğru olarak algılamaktadırlar. Çalışmamızda, annelere astımın şiddeti sorulduğunda, "International Management Of Childhood Asthma Consensus Report'da (1992) belirtilen standartlara göre "hafif, orta, ağır" olan astım şiddetinin derecelendirilmesine yakın değerlendirmeler yapmışlardır. Çalışmalarda da belirtildiği gibi, çocuğun rahatsızlığı ve kriz sırasında yaşadıkları aileyi olumsuz yönde etkilemektedir (Nocon 1991, Hooham 1985). Çalışmada anneye göre astım ağırlığının artması, çocuğunun davranışları ve okul yaşantısını olumsuz yönde etkilemektedir. Kronik hastalıklarda okul dönemi çocuklarının akademik başarı ve yaşlıları ile ilişkileri etkilenir (Baysal 1993). Bir çalışmada, aileler astımlı çocuklarında kendine acıma, olumsuz benlik algısı ve arkadaş ilişkilerinde zorlanma durumunu gözlemlemişlerdir (Nocon 1991). Astımın başarılı bir biçimde ele alınması, hastanın ve ailenin tedaviye aktif olarak katılımıyla bağlantılıdır (Kim 1989). Bunun için hastalığın öneminin anlaşılması ve tedavinin uygulanabilir olması önemlidir (Mrazek 1994).

Öte yandan, yazında, astımın birçok aile için biraraya getirici bir faktör olduğu ve aktivitelerde daha çok bir arada buldukları belirtilmiştir (Nocon 1991).

ÖNERİLER

Sonuç olarak kronik bir hastalık olan astımın şiddetinin artması ile, annelerin ruhsal durumları olumsuz yönde etkilenmektedir. Astım hastalığı olan çocuklar ve ailelerinin, yaşadıkları zorlanmaları, sıkıntıları, belirsizlikleri kendi doktorlarına ya da çocuk psikiyatristine anlatmaları konusunda destekleyici olunması gerekmektedir. Hastalık hakkında açıklayıcı bilgilere geçmeden önce, çocukla ve anneye hastalık hakkındaki duyguların konuşulması uygun olacaktır. Araştırma sonuçları içinde anneler, çocuklarıyla hastalık hakkında konuştuğunu ifade ederken, çocukların bir kısmının kendileriyle konuşmadığı düşüncesinde olduğu görülmektedir. Anne ile çocuk arasında, açık belirtilerle giden

bronşiyal astım gibi bir hastalıkta da net ve doğru iletişim olamayabileceği gözlenmektedir. Bu nedenle doktorların hastalık hakkında bilgi verirken anneye olduğu kadar çocuklara yönelik açıklamalarda da bulunmaları önerilmektedir.

Krizler, hastalığın süresi ve tedavisi hakkında çocuğa ve aileye sağlıklı, açıklayıcı bilgi vermek, çocuk ve ailenin hastalığa bakış açısını değiştirecek; hem onlar, hem de tedavi ekibi açısından, tedaviye uyum kolaylaşacaktır.

KAYNAKLAR

Baysal ZB (1993) Çocukluk çağındaki kronik hastalıkların psikososyal etkileri. *Psikiyatri Bülteni* 2 : (3) : 127 - 130.

Dağ İ (1991) Belirti tarama listesi (SCL - 90 - R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2 : (1) : 5 - 12.

Derogatis LR- Lipman RS- Coft L (1977) SCL - 90 : An outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 9 : 13.

Fidaner H, Fidaner C (1984) SCL - 90 ruh sağlığı testinin uygulanması ve metodolojik sorunlar. XX. *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi'nde sunulmuş bildiri, Bursa.*

Gürdal A, Tanman Ç, Özmer M (1993) Çocukluk astımında psikososyal faktörler. 3. *Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kongresi'nde sunulmuş bildiri, Sapanca.*

Hookham V (1985) Family constellations in relation to asthma. *J Asthma* 22 : 99 - 144.

International Concensus Report on Diagnosis and Treatment of Asthma (1992) National Heart, Lung and Blood Institute. National Institutes of Mental Health. Bethesda, Maryland 20892 Publ. No : 92 - 3091 s : 4.

Kim P (1989) Childrens, reactions to illness, hospitalization and surgery. *Comprehensive Textbook of Psychiatry, 5th ed. içinde. HI Kaplan ve BJ Sadock (ed). Williams and Wilkins, Baltimore, s : 1970 - 1974.*

Kovacs (1981) Rating scale to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiat* 46 : 305 - 315.

Mitchell RG, Dawson B (1973) Educational and social characteristics of children with asthma. *Arch Dis Child* 48 : 467 - 471.

Mrazek D (1994) Psychiatric aspects of somatic diseases and disorders. *Child and Adolescent Psychiatry, 3rd ed. içinde. M Rutter, E Taylor, L Hershow (ed). Blackwell Science Publ, London s: 701 - 702.*

Nocon A (1991) Social and emotional aspects of childhood asthma. *Arch Dis Child* 66 (4) : 458- 460 .

Öy B (1991) Çocuklar için Depresyon Ölçeği : Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2 : (2) : 132 - 136.

Öy B (1995) Çocuk ve ergenlerde depresyon epidemiyolojisi ve risk etkenleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2 : (1) : 40 - 45.

Perrin JM, Mac Lean WE (1988) Children with chronic illness. *Pediatr Clin North Am* 35 (6) : 1325 - 1335.

Ünal M (1990) Stres ve psikosomatik tıp. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1 : (3) : 190 - 196.

Vachan L (1989) Respiratory disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry, 5th ed. içinde. HI Kaplan ve BJ Sadock (ed). Williams and Wilkins, Baltimore, s : 1198 - 1207.*

KORUNMAYA MUHTAÇ GENÇLERİN SOSYAL GRUP ÇALIŞMASI GEREKSİNİMİ

Işıl Bulut*

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, korunmaya muhtaç gençlerin sosyal grup çalışması gereksinimini belirlemektir. Araştırma 11-19 yaşlarındaki 60 kız ve 102 erkeği kapsamaktadır. Bilgi toplama aracı olarak soru kağıdı kullanılmıştır. Psikolojik, sosyal ve cinsel gereksinimleri belirleyen konular listelenerek, gençlere hangi amaçlı gruplara katılmak istedikleri sorulmuştur. Duygusal gereksinimlerde kızlarda "güven duygusu kazanmak", erkeklerde ise "çekingenliğini yenmek" en önemli gereksinim olarak görülmüştür. Sosyal gereksinimler konusunda "derslerde başarılı olmak" hem kızlar, hem de erkekler tarafından en önemli gereksinim olarak belirlenmiştir. Cinsel gereksinimlere gelince kızlarda ve erkeklerde "karşı cinsle iletişim kurabilmek" ve "cinsel konularda bilgi edinmek" en önemli gereksinim olarak ortaya çıkmıştır.

Anahtar sözcükler : Korunma altındaki ergen, sosyal çalışma

SUMMARY : THE NEED OF SOCIAL GROUP WORK FOR ADOLESCENTS UNDER PROTECTION

The objective of this study is to determine the need of social group work for adolescents under protection. The sample was consisted of 60 girls and 102 boys between 11-19 years of age. A questionnaire was used to collect relevant data. A list of psychological, social and sexual needs was prepared and the subjects were asked to mark five items they considered most important. In terms of psychological needs "to gain self - confidence" was found most important for girls whereas "overcoming avoidance" was found to be most important for boys. Items of social needs "to succeed in class work" was considered to be most important both in boys and girls. In terms of sexual needs "to communicate with the opposite sex" and "to obtain information about sexual subjects" were considered most important subjects for girls and boys.

Key words : Adolescent, institutionalized, social work

GİRİŞ

Korunmaya muhtaç çocuklar, toplum standartlarına göre tehlikede sayılan ve durumuna toplumca el konulması gerekli görülen çocuklardır. 1983 yılında yürürlüğe giren 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yasası ile bu çocukların bakımı, yetiştirilmesi ve topluma kazandırılması görevi Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü'ne verilmiştir. Korunmaya muhtaçlık olgusunda; bakımı, yetiştirilmesi, korunması ve gözetilmesindeki eksiklikler nedeniyle çocuğun sosyal, fiziksel, ruhsal ve ahlaki yönden sağlıklı bir yetişkin olması risk altındadır. Çocuğu bu duruma düşüren nedenler, yasada da belirtildiği gibi ana baba yokluğu ya da yoksulluğu ile sınırlı değildir. Ailenin ihmal ve istismarı da çocuğun korunmaya muhtaç hale gelmesinde önemli bir işleve sahiptir (Koşar 1989). Haklarında yetkili mahkemelerce korunma kararı alınmış olan çocuklardan 0-12 yaş grubuna çocuk yuvalarında, 13-18 yaş grubuna ise yetiştirme yurtlarında hizmet verilmektedir. Yetiştirme yurtları, 13-18 yaş arası korunmaya muhtaç gençleri korumak, bakmak ve bir iş veya meslek sahibi edilmeleri ve topluma yararlı bireyler olarak yetiştirilmelerini sağlamakla görevli ve yükümlü yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır. Koruyucu aile ve evlat edinme gibi bakım modelleri de bulunmasına

karşın ülkemizde en çok benimsenen bakım tipini, kışla tipi kurumlar oluşturmaktadır. Gerek çocukluk, gerekse gençlik döneminin özellikleri ele alındığında bu tür bakımın pek de olumlu özellik taşımadığı söylenebilir. Bilindiği gibi genç, bir taraftan bağımsız olma çabası içindeyken, diğer taraftan da büyüklerin desteğine gereksinim duyar. Kışla tipi bakım veren çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları istendiği kadar birer aile yuvası olarak kabul edilmeye çalışılmıyorsa, çocuk ve gencin büyükler tarafından desteklenmesi ve yönlendirilmesi işlevini yerine getirememektedir. Bunun başlıca nedeni ise gençleri destekleyecek ve sorunlarının çözümünde yardımcı olacak mesleki personelin sayıca azlığı ve sık değişmesidir. Erikson'a göre (1968) ergenlik bir kimlik arayışı dönemidir. Genç, hızla oluşan biyolojik ve psikolojik değişmelere sağlıklı uyum yapmakta zorlanır. Bu uyumun gerçekleşmesinde gencin içinde yaşadığı sosyal çevrenin önemi büyüktür. Block ve Block(1980) iç ve dış baskılar nedeniyle kişilik gelişiminde başa çıkma sorunu olanların risk altında olduğunu, sorumlu ana babalık ve iyi bir yönlendirmenin ergeni bu riskten koruyabileceğini ifade etmişlerdir. Yazarlara göre risk altında olan ergenler aşırı pasif ya da saldırgan, diğerlerine göre iletişim becerisi zayıf, şüpheli ve kurallara aykırı davranış göstermeye daha yatkın bireylerdir. Kurum bakımında olan gençlerin bu konularda risk altında olduğu çeşitli çalışmalarda belirtil-

* SHU, Doç. Dr., Hacettepe Üniv. Sos. Hiz. Yüksek Okulu, Ankara.

mektedir (Cılga 1989, Hutchinson ve ark. 1992). Bu çalışmalarda, yetiştirme yurdunda kalan gençlerin alkol ve uyuşturucu kullanma, suça yönelme ve intihar girişiminde bulunma eğilimlerinin daha yüksek olduğu üzerinde durulmaktadır. Aile, akrabalık ve komşuluk ilişkileri sınırlı olduğundan sosyalleşmenin sadece kurum içinde gerçekleştiği, kendi aralarındaki kapalı gruplaşmalarda da çok yönlü sağlıklı arkadaş ilişkileri oluşturamadıkları bu çalışmaların bulguları arasındadır.

Ergenlerin akran grupları aracılığıyla kendini ifade etme ve iletişim becerisi geliştirme deneyimi kazandıkları bilinmektedir. Ergenlik döneminde bireyin grup içinde kendini ifade etme ve dışa vurma davranışı ile, başkalarının ifade ettiği duygulara duyarlı olma becerisinin giderek arttığı bildirilmektedir (Linda 1992). Kurum bakımında bulunan gençlerle yapılan grup çalışmalarından edinilen gözlemler, bu ergenlerde kendini doğru ifade etme davranışının yeterince gelişmediğini göstermektedir. Dış çevre ile olan iletişimin sınırlı oluşu buna neden olabilir. Belki de günlük yaşam onlara kendilerini oldukları gibi dışa vurma fırsatı vermemektedir. Buna koşut olarak gruptaki diğer kişilere duyarlı olma da sınırlı düzeydedir. Köknel (1987) gençlerin başlıca sorunlarını; "büyüklerin anlayışsızlığı ve baskısı, arkadaş edinmede zorluk, kız-erkek arkadaşlığına izin verilmemesi, boş zamanı etkili bir şekilde değerlendirecek olanakların olmaması, okulda eğitimin ezbere dayanması, ders nedeniyle kültüre ve spora zaman ayrılması, meslek seçimi konusunda endişeler, geleceğe güvensizlik, eğitim sisteminde aşırı baskı ve disiplinin geçerli olması, yalnızlık, sorunlarına yardımcı olacak kişilerin ve kurumların olmayışı..." biçiminde ifade ettiklerine değinmektedir. Kurum bakımında olan gençlerin de benzer sorunlar yaşadıklarını söylemek yanlış olmaz. Bu tür sorunların çözümünde grup çalışmalarının önemli bir işleve sahip olduğu söylenebilir. Dunleavy ve Misci (1985) gençlerde grup tedavisinin bireysel tedaviye tercih edilmesinin nedenlerini şöyle açıklamaktadır : Grup aktivitelerinin ergenin normal gelişiminin bir parçası olması; ergenin gelişiminde akran ilişkilerinin çok gerekli olması; grup aracılığı ile izolasyon duygularının en aza indirgenmesi. Gerçekten de küçük gruplar gençlere özellikle tabu olan konular üzerinde konuşma, düşünme ve öğrenme fırsatı vermektedir. Aynı zamanda bu gruplar ergenlere karar verirken etkili olan değerleri keşfetme ve olumsuz davranışları düzeltme şansı da verir. Steinberg (1990), gencin o zamana kadar doğru olarak kabul ettiği, inandığı bazı de-

ğerleri değiştirmesinde kendisi için önemli olan kişilerin bu davranışları benimsemiş olmalarının önemli bir etkiye sahip olduğunu vurgulamaktadır. Bireylerin kişiliklerinin ancak kişilerarası ilişkilerle gelişebileceği grup tedavisinin temel varsayımını oluşturmaktadır (Güleç 1993). Yalom (1970), grup çalışmalarının; yardımlaşma, benzer sorunların başkalarında da olduğunu görerek rahatlama, yaşam güçlüğüne ilişkin geri bildirimler alma, istendik davranışlar kazanabileceği yönünde umutlanma, grup üyeleri ya da grup yöneticisi ile özdeşim kurma, gereksinimlerini ve sorunlarını tanıma, karşılıklı güven duygusu kazanma gibi tedavi edici bir çok olguyu içerdiğini ifade etmektedir.

Ergenlik döneminde arkadaşlık ilişkilerinin ön plana çıkması, istendik davranışların kazandırılmasında akran gruplarının önemli bir işleve sahip olduğunu göstermektedir. Bu çalışmanın amacı, kurum bakımını altındaki gençlerin grup çalışmaları aracılığıyla giderilebilecek gereksinimlerine ne derece bilinçli olduklarını, bir başka deyişle yapılması planlanan grup çalışmalarından beklentilerini ortaya çıkarmaktır.

ARAÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma Ankara'da okula giden gençlerin bulunduğu Ellinci Yıl Erkek Yetiştirme Yurdu ve Gazi Kız Yetiştirme Yurdu'nda tam sayım yapılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre oluşturulması düşünülen gruplar ilk aşamada "okuyan" gençlerle sınırlı tutulduğu için "çalışan" gençlerin bulunduğu yetiştirme yurtları çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Ayrıca yurtda kalan 12-18 yaşlarındaki genç kızlar arasında çalışanların oranının çok düşük olması da böyle bir sınırlamayı gerekli kılmıştır.

Çalışma 102 erkek ve 60 kız olmak üzere toplam 162 deneye kapsamaktadır.

Araştırmada veri kaynağı olarak soru kağıdı kullanılmıştır. Soru kağıdı üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyo demografik özellikler, ikinci bölümde yurt ve okul yaşamı ile ilgili sorular yer almış; üçüncü bölümde de özellikle kurum bakımında olan gençlerin psikolojik sosyal ve cinsel gereksinimi dikkate alınarak hazırlanan 30 maddelik karma bir listeden kendileri için en önemli gördükleri 5 gereksinimi seçmeleri istenmiştir. Bu listenin hazırlanmasında genel olarak gençlik ve özel olarak korunmaya muhtaç gençlerle ilgili kaynaklardan yararlanılmış, özellikle grup çalışmaları ile giderilmesi olanaklı gereksinimlerin seçilmesine özen

gösterilmiştir. Hazırlanan soru kağıdının uygulanması, gençler 30'ar kişilik gruplar halinde toplanarak araştırmacı tarafından yapılmış, soruların anlaşılmasında herhangi bir güçlükle karşılaşmamıştır. Soru kağıdının cevaplanması ortalama 25 dakika sürmüştür.

BULGULAR

Her iki grubun yaşları 11-19 arasında olup yaş ortalaması kızlarda 15.03; erkeklerde 13.47'dir. Yetiştirme yurtları 13-18 yaş grubuna hizmet verdiği halde, bu yaş sınırının altında ya da üstünde bulunmasına karşın çeşitli nedenlerle kurumda barınan gençler de çalışma kapsamına alınmıştır. Kızların çoğunluğu 14-17 yaş grubundadır (% 66.8). Erkeklerde ise 12-15 yaş aralığındakiler çoğunluğu oluşturmaktadır (% 69.6). Yaş yapısına bağlı olarak erkeklerin % 39.2'si, kızların % 55.2'si lisede okumaktadır. Diğerleri ise halen ortaokuldadır.

Gençlerin çoğunluğu kendilerini "orta derecede başarılı" olarak algılamaktadırlar (kızlar % 61.2, erkekler % 53.9). Çok başarılı ve çok başarısız algılayanlar her iki grupta da çok düşük olup, % 1.7 ile % 5.9 arasında değişmektedir. Okul başarısını nasıl algıladıkları konusunda kızlarla erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 3.01, p > 0.05$). Sınıfta kalma bir başarısızlık göstergesi olarak alınırsa, kız ve erkeklerin okul başarılarının kendi algıladıklarından daha düşük olduğunu söylemek olasıdır. Kızların % 58.2'si, erkeklerin % 62'si okul yaşantısında en az bir kere sınıfta kaldıklarını rapor etmişlerdir. Bu açıdan da iki grup arasında fark anlamlı değildir ($\chi^2 = 2.01, p > 0.05$).

Toplu olarak yaşanan yerlerde bir takım kuralların olması kaçınılmazdır. Yetiştirme yurtlarında da gençlerin kuruma giriş çıkışları, yatak odaları ve etüd odalarını kullanma biçimleri, TV seyretme ve ders çalışma yeri ve zamanı, kurum dışı arkadaşlarla ilişkileri, kız - erkek arkadaşlığı gibi konularda kurallar vardır. Tablo 1'de görüldüğü gibi erkeklerin hemen hemen yarısı (% 49) kurallara her zaman uyduğunu ifade ederken, kızların ancak üçte biri (% 35) her zaman kurallara uyduğunu belirtmiştir. Buna karşılık bazen kurallara uymadığını söyleyenler istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kızlarda daha çoktur (% 58.3).

Tablo 1: Kurallara uyum göstermeye göre dağılım

| Kurallara Uyum | Kız | | Erkek | | Toplam | |
|------------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | S | % | S | % | S | % |
| Her zaman uyar | 21 | 35 | 50 | 49 | 71 | 43.8 |
| Bazen uyar | 35 | 58.3 | 46 | 45.1 | 81 | 50 |
| Genellikle uymaz | 4 | 6.7 | 6 | 5.9 | 10 | 6.2 |
| Toplam | 60 | 100 | 102 | 100 | 162 | 100 |

$$\chi^2 = 3.81773 \quad p > 0.05$$

Yurda uyum sağlamış olma konusunda da erkeklerin kızlardan daha iyi uyum gösterdikleri görülmektedir. (Tablo 2). Erkeklerin dörtte üçü, kızların ise yarısı yurda yeterince uyum sağladıklarını ifade etmişlerdir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 9.31, p < 0.05$). Kurallara uyum gösterme ile yurda uyum arasında ilişki olması beklenen bir sonuçtur. Kızların kendilerini kurallarla çok sınırlandırılmış hissetmeleri kuruma sağlıklı uyum yapmalarını engellemektedir. En azından yarısı için böyle bir kaniye varmak olanaklıdır.

Tablo 2: Yurda uyum sağlamaya göre dağılım

| Yurda Uyum | Kız | | Erkek | | Toplam | |
|---------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | S | % | S | % | S | % |
| Kesinlikle | 32 | 53.3 | 77 | 75.5 | 109 | 67.3 |
| Şöyle böyle | 22 | 36.7 | 22 | 21.6 | 44 | 27.2 |
| Uyuşmaz | 6 | 10 | 3 | 2.9 | 9 | 5.5 |
| Toplam | 60 | 100 | 102 | 100 | 162 | 100 |

$$\chi^2 = 9.31522 \quad p < 0.05$$

Yurtta kalan gençlerin arkadaşlık kurmaları konusunda kızlarla erkekler arasında anlamlı bir fark yoktur (Tablo 3). Hem yurttan, hem de dışardan arkadaşı olduğunu belirten kızlar % 33.3, erkekler ise % 39.2 oranındadır. Sadece yetiştirme yurdu dışından arkadaşı olduğunu belirtenlerle hiç arkadaşı olmadığını belirtenler toplam olarak kızlarda % 46.7'ye, erkeklerde % 35.3'e ulaşmaktadır. Toplu olarak gece gündüz birlikte yaşanan bir ortamda bu kadar önemli oranlardaki bireylerin yakın arkadaşlık kuramamış olmaları düşündürücüdür.

Sorunları olduğunda en çok kime danıştıkları ile ilgili soruya verilen yanıtlarda "Hiç kimse" seçeneği kızlarda % 28.4, erkeklerde % 24.7 oranında işaretlenmiştir. Bu yanıtlar, gençlerin ortalama dörtte birinin gerçekten yalnız olduğunu göstermektedir. Kızların en çok danıştığı kişiler

Tablo 3 : Arkadaşlarının hangi çevreden olduğuna göre dağılım

| Arkadaş Çevresi | Kız | | Erkek | | Toplam | |
|-----------------|-----|------|------------------|------|--------|------|
| | S | % | S | % | S | % |
| Yurt içi | 12 | 20 | 26 | 25.5 | 38 | 23.4 |
| Yurt dışı | 18 | 30 | 26 | 25.5 | 44 | 27.2 |
| Her ikisi | 20 | 33.3 | 40 | 39.2 | 60 | 37 |
| Arkadaşı yok | 10 | 16.7 | 10 | 9.8 | 20 | 12.4 |
| Toplam | 60 | 100 | 102 ⁰ | 100 | 162 | 100 |

$\chi^2 = 3.62823$ $p > 0.05$

% 30 oranında "arkadaşlar" iken, erkeklerin en çok danıştığı kişiler % 38.2 oranında "grup öğretmeni" dir. Bir sorunları olduğunda kızların % 18.3'ünün grup öğretmenine, erkeklerin % 15.7'sinin arkadaşlara danışması; kızların arkadaşlara, erkeklerin ise grup öğretmenine daha çok güvendikleri şeklinde yorumlanabilir. Gençlerin bir çoğunun anne ya da babası, bazıların her ikisi de olduğu halde hiçbiri onlara danışabileceğini ifade etmemiştir. Sadece kızların %3.3'ü, erkeklerin %4.9'u "akraba" seçeneğini işaretlemiştir.

Yapılması düşünülen grup çalışmalarının en çok hangi gereksinimine yanıt vermesini istediklerine ilişkin alınan cevaplar duygusal, sosyal ve cinsel başlıklar altında derlenmiştir. Psikolojik olgunluk kazanma seçenekleri arasında "Psikolojik sorunları üzerinde çalışmak", "Başkalarına güvenebilmek", "Dengeli kişilik oluşturmak" konularında kızlar; "Kendini tanımak" konusunda ise erkekler "daha çok güçlükleri olduğunu belirtmişlerdir. Gruplar arası farklılık bu konularda istatistiksel açıdan da anlamlı bulunmuştur. "Gelecek kaygısını paylaşmak", "Yurtlu duygusundan kurtulmak", "Hayata olumlu bakmak", "Çekingenliğini yenmek" gibi beklentiler hem kızlar, hem de erkekler tarafından sık tekrarlanan gereksinimlerdir (Tablo 4).

Tablo 4 : Duygusal olgunluk kazanma beklentisine göre kız/erkek dağılımı

| Beklentiler | Kız | | Erkek | | χ^2 |
|--|------|------|-------|------|----------|
| | S=60 | | S=102 | | |
| | S | % | S | % | |
| Sınav kaygısını azaltmak | 3 | 5 | 7 | 6.9 | .226 |
| Psikolojik sorunları üzerinde çalışmak | 12 | 20 | 6 | 5.9 | 7.623** |
| Aşşlık duygusundan kurtulmak | 3 | 5 | 3 | 2.9 | .449 |
| Gelecek kaygısını paylaşmak | 14 | 23.3 | 16 | 15.7 | 1.464 |
| Çekingenliği yenmek | 10 | 16.7 | 23 | 22.5 | .806 |
| Hayata olumlu bakmak | 15 | 25 | 16 | 15.7 | 2.118 |
| Başkalarına güvenebilmek | 18 | 30 | 12 | 11.8 | 8.325** |
| Kızgınlığını kontrol edebilmek | 6 | 10 | 13 | 12.7 | .275 |
| Dengeli kişilik oluşturmak | 7 | 11.7 | 4 | 3.9 | 3.580* |
| Kendini tanımak | 3 | 5 | 16 | 15.7 | 4.167* |
| Yurtlu duygusundan kurtulmak | 11 | 18.3 | 22 | 21.6 | .243 |
| Çimsuz yönlerinin farkına varmak | 5 | 8.3 | 10 | 9.8 | .097 |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Sosyal olgunluk kazanmaya ilişkin beklentiler arasında "Sosyal etkinliklere katılmak" ve "Yetiştirme yurdu dışında arkadaş edinebilmek" konularında kızlar ve erkekler arasında önemli düzeyde farklılık olduğu görülmektedir (Tablo 5). Bu konular kızlar tarafından daha önemli bulunmaktadır. "Yurda uyum sağlamak" beklentisi ise erkekler için önemli görülmektedir. Tablo 2'de yurda uyum sağladığını belirten erkeklerin oranı kızlardan yüksek olduğu halde, yurda uyum sağlama beklentisinin yine erkeklerde daha yüksek oranlarda olması ilginçtir. "Derslerde başarılı olmak" kızlar ve erkeklerde de en yüksek oranlarda tekrarlanmıştır (% 48.3 ve % 59.8). Bunu "Etkili bir şekilde ders çalışabilmek" beklentisi takip etmektedir. Buradan yetiştirme yurdundaki gençlerin her ne kadar çoğunluğu kendisini "orta derecede başarılı" görüyorsa da, okul durumundan pek memnun olmadıkları anlaşılmaktadır. "İletişim becerisi kazanmak" da her iki cins tarafından tekrarlanan önemli beklentiler arasındadır.

Tablo 5: Sosyal olgunluk kazanma beklentisine göre kız / erkek dağılımı

| Beklentiler | Kız | | Erkek | | χ^2 |
|------------------------------------|------|------|-------|------|----------|
| | S=60 | | S=102 | | |
| | S | % | S | % | |
| Sosyal etkinliklere katılmak | 15 | 25 | 12 | 11.8 | 4.765* |
| Kendini daha iyi ifade etmek | 8 | 13.3 | 24 | 23.5 | 2.478 |
| Yurt dışında arkadaş edinebilmek | 20 | 33.3 | 14 | 13.7 | 8.759** |
| Liderlik özelliğini geliştirmek | 8 | 13.3 | 18 | 17.6 | .522 |
| İletişim becerisi kazanma | 17 | 28.3 | 24 | 23.5 | .461 |
| Derslerde başarılı olmak | 29 | 48.3 | 61 | 59.8 | 2.013 |
| Aile ile olumsuzlukları gidermek | 11 | 18.3 | 15 | 14.7 | .369 |
| Girişimci olabilmek | 11 | 18.3 | 14 | 13.7 | .615 |
| Yurda uyum sağlamak | 8 | 13.3 | 27 | 26.5 | 3.850* |
| Sorumluluk alabilmek | 4 | 6.6 | 14 | 13.7 | 1.906 |
| Okuldaki sorunları çözebilmek | 8 | 13.3 | 21 | 20.6 | 1.353 |
| Etkili şekilde ders çalışabilmek | 21 | 35 | 36 | 35.3 | .001 |
| Hoşlanmadığı yönlerini değiştirmek | 5 | 8.3 | 14 | 13.7 | 1.061 |
| Zararlı alışkanlıklardan kurtulmak | 9 | 15 | 14 | 13.7 | .050 |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Cinsel olgunluk kazanmaya ilişkin beklentiler erkeklerde daha çok bilgi edinme arzusunda odaklanmıştır (Tablo 6). "Karşı cinsle iletişim kurabilmek" beklentisinin kızlarda daha çok tekrarlanması, sınırlama ve kuralların kızlarda daha baskın olmasından kaynaklanabilir.

Tablo 6 : Cinsel olgunluk kazanma beklentisine göre kız/erkek dağılımı

| Beklentiler | Kız | | Erkek | | x ² |
|----------------------------------|--------|-----|---------|------|----------------|
| | S = 60 | | S = 102 | | |
| | S | % | S | % | |
| Karşı cinsle iletişim kurabilmek | 15 | 25 | 19 | 18.6 | 925 |
| Cinsel konularda bilgi edinmek | 6 | 10 | 24 | 23.5 | 3.815* |
| Ergenlik konusunda bilgi edinmek | 1 | 1.7 | 16 | 15.9 | 7.905** |

*p < 0.05 **p < 0.01

TARTIŞMA

Bu çalışmanın bulguları değerlendirildiğinde, yurttan kalan gençlerin gereksinim ve beklentilerinin, ailesi ile kalanlardan az da olsa farklılık gösterdiği görülmektedir. Ünver ve arkadaşlarının (1986) ülke çapında 12-24 yaş gençliğini kapsayacak bir örneklem üzerinde yaptıkları araştırmanın bulguları, sıkıntısı olduğunda hiç kimseye danışmayanların % 15.9 oranında olduğunu göstermektedir. Arkadaşına danışanlar ise %22.6 oranındadır. Bizim çalışmamızla karşılaştırıldığında sorununu hiç kimseye paylaşmayanların korunmaya muhtaç gençlerde % 10 civarında fazla olduğu gözlenmektedir. Arkadaşı ile sorununu paylaşanlar ise kızlarda % 30, erkeklerde % 15.7 bulunmuştur. Gökçe (1984) ortaöğretim gençlerinin beklenti ve sorunlarını irdelediği çalışmada arkadaşlarına danışanların % 11.4, hiç kimse ile konuşmayanların ise % 11 olduğunu bildirmektedir. Yurttan kalan gençlerle ilgili olarak elde edilen bu çalışmanın verileri ise, gençlerin sıkıntılarını arkadaşlarla konuşma ve hiç kimseye konuşmama eğiliminin aile yanında kalanlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Hutchinson (1992) kurum ortamında yetişen gençlerin psikososyal özellikleri ile ilgili olarak yaptığı bir çalışmada, bu gruplarda çok yönlü arkadaşlık ilişkilerine rastlanmadığını, gençlerin % 37'sinin birbirini yeterince tanımadığını belirtmektedir. Bu bulgu yetiştirme yurdu içinden arkadaşı olmadığını ifade eden % 46.7 oranındaki kız ve % 35.3 oranındaki erkek deneklerle ilgili bulgulara uyum göstermektedir.

Yurtkur (1988) tarafından gerçekleştirilen Kredi Yurtlar Kurumu yurtlarında barınan öğrencilerin beklenti ve problemlerine ilişkin araştırmada çeşitli nedenlere göre kurallara uymakta zor-

luk çektiklerini belirtenler, % 14 ile % 59 arasında değişmektedir. Arkadaşların ziyaretine izin verilmemesi kurallarına uymakta zorluk çekenler % 14, 10.00 - 15.00 saatleri arasında yatakhaneye girme yasağına uyamayanlar ise % 59 oranındadır. Cılga (1989)'nın yetiştirme yurtlarında yaptığı çalışmanın bulgularına göre ise yurt kurallarına her zaman uyanlar % 22.07, bazen uyanlar ise % 47.40 oranındadır. Çalışmamızdan elde edilen bulgular yukarıda ifade edilen her iki araştırmanın bulguları ile karşılaştırıldığında kızlarda % 35, erkeklerde % 49 ile kurallara her zaman uyma davranışının Cılga'nın verilerinden biraz daha yüksek olduğu, bazen uyma davranışında Cılga'nın verilerine daha yaklaştığı (kızlar % 58.3, erkeklerde % 45.1) görülmektedir. Kredi Yurtlar Kurumu verilerinin üst sınırı ile bizim verilerimiz uyum göstermektedir.

Middleman (1985) gençlerin en önemli gereksinimlerini kendini ifade etme becerisi kazanmak ve kendine güven duymak olduğunu, bu gereksinimleri gidermede sosyal grup çalışmasının etkili bir biçimde kullanılabileceğini belirtmektedir. Bu çalışmada da "başkalarına güvenebilmek", "iletişim becerisi kazanmak", "kendini daha iyi ifade edebilmek" gibi gereksinimler her iki cins tarafından daha büyük oranlarda tekrarlanan ihtiyaçlar olmuştur.

Bu çalışmanın verilerine dayanarak öncelikle okul başarısını arttırmak isteyen gençlerden sosyal beceri geliştirme gruplarının kurulmasına karar verilmiştir. Bu bağlamda arkadaşlarıyla ilişkilerini güçlendirmek, öğretmenlerle sağlıklı iletişim kurmalarında yardımcı olmak, daha etkili ders çalışma yöntemleri bulmak grup çalışmalarının alt amaçlarını oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

Block JH, Block J (1980) *The role of ego control and ego resiliency in the origins of behavior. Development of Cognition içinde, L Erlbaum (ed). Hillsdale, NJ.*

Cılga İ (1989) *Korunmaya Muhtaç Gençlerin Sorunları ve Yetiştirme Yurtları. Bakanlık GSGM Yayını, Ankara*

Dunleavy RP, Misci ML (1985) *Group therapy with adolescent female victims of incest. Advances in Clinical Social Work Practice içinde, CB Germain (ed). National Ass. of Social Workers Inc, Washington D.C.*

Erikson EH (1968) *Identity, Youth and Crises. W.W. Norton Comp, New York.*

Gökçe B (1984) *Orta Öğretim Gençliğinin Beklenti ve Sorunları. Milli Eğitim Gençlik Spor Bak. Yay. Ankara.*

Güleç C (1993) Psikoterapiler. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Hutchinson RL ve ark. (1992) Psychosocial characteristics of institutionalized adolescents. *Adolescence* 27 (106) : 339-356

Koşar NG (1989) Sosyal Hizmetlerde Aile ve Çocuk Refahı Alanı. Yargıçoğlu Mat, Ankara.

Köknel Ö (1987) İnsanı Anlamak. Altın kitaplar Yayınevi, İstanbul.

Linda PM (1992) Development of self-monitoring behavior from early to late adolescence. *Adolescence* 27 : 106, 329-338.

Middleman RR (1985) Interaction and experience in groups : Doing as life learning. *Advances in Clinical Social Work Practice* içinde, CB Germain (ed.) National Ass. of Social Workers Inc. Washington D.C.

Steinberg DM (1990) A model for adolescent pregnancy prevention through the use of small groups. *Social work with Groups*. 13 : 2 57-68.

Ünver Ö, Tolun B, Bulut I (1986) 12-24 Yaş Gençlerin Sosyo-Ekonomik Sorunları. Gazi Üniv. Mat. Ankara.

Yalom JD (1970) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books Inc. Pub, New York.

YURTKUR (1988) Yurtkur Yurtlarında Barınan Öğrencilerin Beklentisi ve Problemleri. Yurtkur Gn. Md. Ankara.

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 meslektaşları 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 Ruh Sağlığı Kongresinde duyurulacaktır.

SEÇİCİ KURUL :

Prof. Dr. Cahide Aydın
Prof. Dr. Saynur Canat
Doç. Dr. Füsun Çuhadaroğlu

Prof. Dr. Bahar Gökler
Psk. Doç. Dr. Ferhunde Öktem
Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın

ÇOCUKLAR İÇİN DURUMLUK - SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİNİN İLKOKUL VE ORTAOKUL ÖĞRENCİLERİNE UYGULANMASI

Belma Öy*, Ruhan İlgen**, Aydan Ekmekçi**,
Münire Türkmen**, Nuray Yılmaz**, Nuray Başoğlu**

ÖZET

Çocuklarda durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmek amacıyla Çocuklar için Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) 4. - 8. sınıflarda okuyan 180 öğrenciye uygulanmıştır. Ortaokul öğrencilerinin durumluk kaygısı ilkökul öğrencilerinden yüksektir. Sürekli kaygı açısından okul farkı gösterilememiştir. Cinsiyet açısından incelendiğinde, durumluk kaygıda cinsiyet farkı saptanmazken, kız öğrencilerin sürekli kaygısı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. ÇDSKE'ne göre öğrencilerin % 30'unda orta şiddette durumluk kaygı belirtileri, % 50'sinde ise orta şiddette sürekli kaygı belirtileri gözlenmiştir. Çalışmanın sonucunda öğrencilerde kaygı belirtilerinin oldukça sık görüldüğü, kız öğrencilerin sürekli kaygı düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu ve bu farkın yaşla ortaya çıktığı kanısına varılmıştır.

Anahtar sözcükler : Kaygı, çocuk.

SUMMARY : AN APPLICATION OF STAIT - TRAIT ANXIETY INVENTORY FOR CHILDREN IN ELEMENTARY AND JUNIOR - HIGH SCHOOL STUDENTS

Stait - Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) is applied to 180 students in 4th to 8th grades in order to measure stait and trait anxiety among children. Stait anxiety of junior - high school students is higher than elementary school students. There is no difference in trait anxiety according to school. Trait anxiety of girls is higher than boys but there is no sex difference in state anxiety. Thirty percent of students show state anxiety symptoms of moderate severity and fifty percent show trait anxiety symptoms of moderate severity according to STAIC. As the result of the study it is concluded that anxiety symptoms are seen quite often among students, trait anxiety levels of girls is higher than boys and this difference becomes apparent with age.

Key words : Anxiety, child.

GİRİŞ

Çocuk ve ergenlerde çeşitli korku ve kaygıların sık yaşandığı bilinmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırması olan DSM III'ün (APA 1980) yayınlanmasından önce, kaygının çeşitli ruhsal bozuklukların bir parçası olduğu kabul edilirdi (Keller ve ark. 1992). Çocuk ve ergenlerde görülen kaygı bozukluklarının tipleri, ilk kez DSM III'de kesin bir biçimde tanımlanmış ve her bir kaygı bozukluğu için tanı ölçütleri belirlenmiştir.

Son yıllarda hem klinik (Last ve ark. 1987a, 1987b) hem epidemiyolojik çalışmalarda (Anderson ve ark. 1987, Kashani ve Orvaschel 1988, 1990, Mc Gee ve ark. 1990) kaygı bozukluklarının çocuk ve ergenlerde en sık görülen ruhsal bozukluk olduğunun anlaşılmasıyla kaygı bozukluklarına duyulan ilgi artmıştır.

Çocuk ve ergenlerde kaygı belirtilerini inceleyen epidemiyolojik çalışmalar gözden geçirildiğinde, kızlarda % 27 - 50, erkeklerde % 8 - 36 ora-

nında kaygı belirtilerine rastlandığı görülmektedir (Kashani ve Orvaschel 1988). Epidemiyolojik çalışmalarda çocuk ve ergenlerde kaygı bozukluklarının sıklığı % 9 ile % 21 arasında değişmektedir (Bird ve ark. 1988, Costello ve ark. 1988, Kashani ve Orvaschel 1988, 1990, Mc Gee ve ark. 1990, Keller ve ark. 1992).

Yapılan araştırmalar gelişim dönemine göre ortaya çıkan korku ve kaygı belirtileri ile kaygı bozuklukları türünün değiştiğini doğrulamaktadır. On iki yaşından küçük çocuklarda en sık ayrılık kaygısı bozukluğu görülürken, (Kashani ve Orvaschel 1990, Anderson ve ark. 1987), daha büyük çocuk ve ergenlerde en sık rastlanan, aşırı kaygı duyma bozukluğudur (Kashani ve Orvaschel 1988, 1990, Keller ve ark. 1992). Panik bozukluğu çoğu zaman puberte sonrasında başlamaktadır (Bernstein ve Borchardt 1991). Ayrılık kaygısı bozukluğu (AKB) olan çocuklarda yaş arttıkça, AKB belirtilerinin sayısı azalırken (Francis ve ark. 1987), aşırı kaygı duyma bozukluğunda (AKDB) yaş arttıkça AKDB belirtilerinin sayısı ve ağırlığı fazlaşmaktadır (Strauss ve ark. 1988, Mc Gee ve ark. 1990).

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

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

Bebek ve küçük çocuklarda gürültü ve anneden ayrılma korkusu sıktır. İki – üç yaşlarındaki çocuklar hayali yaratıklar ve çeşitli hayvanlardan korkarlar. Dört yaşından itibaren karanlık korkusu belirginleşir. Beşinci – altıncı yaşta sosyal kaygılar ortaya çıkar. Altıncı yaştan ergenliğe kadar korku ve kaygılar pek değişmeden devam eder. Bu yaş grubunda kaza ve doğal olaylardan korkma; eleştirilme, alay edilme, başarılı olamama şeklindeki sosyal kaygılar en sık görülen korku ve kaygı belirtilerdir. Ergenlikte ahlak, din ve cinsellikle ilgili kaygılar giderek önem kazanırken, sosyal kaygılar da sürmektedir (Ollendick ve ark. 1985). Çocukluktan ergenliğe doğru genel olarak korkular azalırken (Ollendick ve ark. 1985, 1989, Erol ve ark. 1990), kaygı belirtileri artar (Strauss ve ark. 1988, Bowen ve ark. 1990, Mc Gee ve ark. 1990, Özusta 1993).

Hem klinik (Last ve ark. 1987a, 1987b), hem epidemiyolojik çalışmalarda (Mc Gee ve ark. 1990, Kashani ve Orvaschel 1990) bir tip kaygı bozukluğu varsa sıklıkla diğer tip kaygı bozukluklarının da eşlik ettiği gözlenmiştir. Kashani ve Orvaschel (1990) aynı hastada birden fazla kaygı bozukluğunun eş zamanlı bulunmasının nedenlerini, bir tip kaygı bozukluğunun diğer tipler için risk etkeni oluşturabileceğine, değişik tip kaygı bozukluklarının aynı etyolojiye sahip olabileceğine ya da değişik tip kaygı bozukluklarında benzer belirtiler görülmesi sonucu hastaların birden fazla tanı alabileceğine bağlamışlardır.

Yapılan çalışmaların pek çoğu hem korku ve kaygı belirtilerinin hem de kaygı bozukluklarının kızlarda erkeklerden daha sık görüldüğüne işaret etmektedir (Kashani ve Orvaschel 1988, 1990, Bernstein ve ark. 1989, Ollendick ve ark.

1989, Bell – Dolan ve ark. 1990, Francis ve ark. 1992, Erol ve ark. 1990, Özusta 1993).

Bu çalışmada çocuklarda durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmek ve kaygı belirtilerinin dağılımını incelemek amaçlanmıştır.

ARAÇ VE YÖNTEM

Çocuklarda durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmek ve kaygı belirtilerinin dağılımını incelemek amacıyla Ankara'nın Telsizler semtindeki bir ilkokulun 4. ve 5. sınıflarında ve aynı semtteki bir ortaokulun 6., 7. ve 8. sınıflarında okuyan 180 öğrenciye Çocuklar için Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri uygulanmıştır.

Çocuklar için Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) Spielberg (1973) tarafından geliştirilen, durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen, yirmişer maddelik iki alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta (1993) tarafından yapılmıştır. Her ne kadar ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 9–12 yaş çocuklarında yapıldıysa da, 12 yaşından büyük çocukların erişkin kaygı ölçeğini anlamakta güçlük çekmeleri nedeniyle 17 yaşa kadar kullanılmaktadır (Hoehn – Saric ve ark. 1987, Strauss ve ark. 1988, Öy ve ark. 1994).

Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS/PC paket programı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Okul ve sınıfa göre cinsiyet dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Deneklerin % 49'u kız, % 51'i erkektir. % 37'si ilkokul, % 63'ü ortaokul öğrencisidir.

Tablo 1 : Okul ve Sınıfa göre Cinsiyet Dağılımı

| Okul | Sınıf | Kız | | Erkek | | Toplam | |
|-----------------|-------|-----|------|-------|------|--------|-------|
| | | s | % | s | % | s | % |
| İlkokul | 4. | 21 | 60.0 | 14 | 40.4 | 35 | 19.4 |
| | 5. | 13 | 40.6 | 19 | 59.4 | 32 | 17.8 |
| Toplam İlkokul | | 34 | 50.7 | 33 | 49.3 | 67 | 37.2 |
| | 6. | 13 | 37.1 | 22 | 62.9 | 35 | 19.4 |
| | 7. | 17 | 42.5 | 23 | 57.5 | 40 | 22.2 |
| | 8. | 25 | 65.8 | 13 | 34.2 | 38 | 21.1 |
| Toplam Ortaokul | | 55 | 48.7 | 58 | 51.3 | 113 | 62.8 |
| Toplam öğrenci | | 89 | 49.4 | 91 | 50.6 | 180 | 100.0 |

Tablo 2 : Sınıflara göre Kaygı Puan Ortalamaları ve F Değerleri

| Kaygı | 4. sınıf | | 5. sınıf | | 6. sınıf | | 7. sınıf | | 8. sınıf | | F |
|----------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|------|
| | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | |
| Durumluk | 29.03 | 7.32 | 28.91 | 6.68 | 32.83 | 8.71 | 31.40 | 7.63 | 32.68 | 5.57 | 2.41 |
| Sürekli | 36.17 | 6.66 | 36.25 | 6.10 | 38.14 | 7.82 | 36.13 | 7.16 | 36.16 | 6.87 | 0.57 |

*p > 0.05

Sınıflar arasında durumluk ve sürekli kaygı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterilememiştir (Tablo 2).

Tablo 3 incelendiğinde, sürekli kaygıda okul farkı saptanmadığı halde (p > 0.05), ortaokul öğrencilerinin durumluk kaygısının ilkökullü öğrencilerinden daha yüksek olduğu görülmektedir (p < 0.01).

Tablo 3 : Okula göre Kaygı Puan Ortalamaları ve t Değerleri

| Kaygı | İlkokul | | Ortaokul | | t |
|----------|-----------|------|-----------|------|--------|
| | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | |
| Durumluk | 29.97 | 6.97 | 32.27 | 7.35 | -2.97* |
| Sürekli | 36.21 | 6.35 | 36.76 | 7.32 | -0.52 |

*p < 0.01

Kız öğrencilerin sürekli kaygısı erkeklerden daha yüksekken (p < 0.05), durumluk kaygıda cinsiyet farkı saptanmamıştır. (Tablo 4).

Tablo 4 : Okula göre Kaygı Puan Ortalamaları ve t Değerleri

| Kaygı | Kız | | Erkek | | t |
|----------|-----------|------|-----------|------|-------|
| | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | |
| Durumluk | 31.47 | 7.75 | 30.63 | 6.99 | 0.77 |
| Sürekli | 37.69 | 7.83 | 35.45 | 5.75 | 2.18* |

*p < 0.05

Okullarda cinsiyete göre kaygı puan ortalamalarını incelendiğinde (Tablo 5), ilkökulda hem durumluk hem sürekli kaygıda cinsiyet farkı görülmezken (p > 0.05), ortaokulda kızların sürekli kaygısı erkeklerden daha yüksektir (p < 0.01).

Tablo 5 : Okullarda Cinsiyete göre Kaygı Puan Ortalamaları ve t Değerleri

| Kaygı | Okul | Kız | | Erkek | | t |
|----------|----------|-----------|------|-----------|------|-------|
| | | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | |
| Durumluk | İlkokul | 28.03 | 6.42 | 29.94 | 7.47 | -1.12 |
| | Ortaokul | 33.60 | 7.78 | 31.02 | 6.74 | 1.89 |
| Sürekli | İlkokul | 35.77 | 6.55 | 36.67 | 6.20 | -0.58 |
| | Ortaokul | 38.87 | 8.36 | 34.76 | 5.41 | 3.09* |

*p < 0.01

Sınıflarda cinsiyete göre kaygı puan ortalamalarını incelendiğinde (Tablo 6), 4.-7. sınıflarda hem durumluk hem sürekli kaygıda cinsiyet farkı görülmezken (p > 0.05), ortaokulda kızların sürekli kaygısı erkeklerden daha yüksektir (p < 0.01).

Tablo 6 : Sınıflarda Cinsiyete göre Kaygı Puan Ortalamaları ve t Değerleri

| Kaygı | Sınıf | Kız | | Erkek | | t |
|----------|-------|-----------|-------|-----------|------|-------|
| | | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | |
| Durumluk | 4. | 29.05 | 6.02 | 29.00 | 9.19 | 0.02 |
| | 5. | 26.38 | 6.94 | 30.63 | 6.09 | -1.83 |
| | 6. | 34.54 | 10.47 | 31.82 | 7.57 | 0.89 |
| | 7. | 33.12 | 9.15 | 30.13 | 6.20 | 1.23 |
| Sürekli | 4. | 33.40 | 4.99 | 31.23 | 6.50 | 1.07 |
| | 5. | 35.29 | 6.27 | 37.50 | 7.23 | -0.96 |
| | 6. | 36.54 | 7.16 | 36.05 | 5.45 | 0.22 |
| | 7. | 41.38 | 9.60 | 36.23 | 5.99 | 1.75 |
| Sürekli | 8. | 37.71 | 9.21 | 34.96 | 5.08 | 1.11 |
| | 8. | 38.36 | 7.06 | 31.92 | 4.03 | 3.57* |

*p < 0.01

Kaygıda cinsiyete göre okul farkı araştırıldığında (Tablo 7), ortaokula giden kız öğrencilerin durumluk kaygısının ilkökula giden kızlardan daha yüksek olduğu görülmüştür (p < 0.01).

Tablo 7 : Sınıflarda Cinsiyete göre Kaygı Puan Ortalamaları ve t Değerleri

| Kaygı | Sınıf | İlkokul | | Ortaokul | | t |
|----------|-------|-----------|------|-----------|------|--------|
| | | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | |
| Durumluk | Kız | 28.03 | 6.42 | 33.60 | 7.78 | -3.50* |
| | Erkek | 29.94 | 7.47 | 31.02 | 6.74 | -0.71 |
| Sürekli | Kız | 35.76 | 6.55 | 38.87 | 8.36 | -1.95 |
| | Erkek | 36.67 | 6.20 | 34.76 | 5.41 | 1.53 |

*p < 0.01

Tablo 8 : Cinsiyete göre Sınıflarda Kaygı Puan Ortalamaları ve F Değerleri

| Kaygı | | 4. sınıf | | 5. sınıf | | 6. sınıf | | 7. sınıf | | 8. sınıf | | F |
|----------|-------|-----------|------|-----------|------|-----------|-------|-----------|------|----------|------|-------|
| | | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | \bar{X} | SS | X | SS | |
| Durumluk | Kız | 29.05 | 6.02 | 26.39 | 6.94 | 34.54 | 10.47 | 33.12 | 9.15 | 33.44 | 4.99 | 3.34* |
| | Erkek | 29.00 | 9.19 | 30.63 | 6.09 | 31.82 | 7.57 | 30.13 | 6.20 | 31.23 | 6.50 | 0.39 |
| Sürekli | Kız | 35.29 | 6.27 | 36.54 | 7.16 | 41.39 | 9.60 | 37.71 | 9.21 | 38.26 | 7.06 | 1.3 |
| | Erkek | 37.50 | 7.23 | 36.05 | 5.45 | 36.23 | 5.99 | 34.96 | 5.08 | 31.92 | 4.03 | 1.94 |

*p < 0.05

Kaygıda cinsiyete göre sınıf farkı incelendiğinde (Tablo 8), erkek öğrencilerde hem durumluk hem sürekli kaygıda sınıflar arası fark bulunmazken ($p > 0.05$), kız öğrencilerde durumluk kaygıda sınıflar arası fark saptanmıştır. Tukey HSD testi ile sınıflar arasındaki farkın kaynağı araştırıldığında, 6. ve 8. sınıflardaki kız öğrencilerin durumluk kaygısının 5. sınıftaki kızlardan yüksek olduğu anlaşılmıştır ($p < 0.05$).

Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinde her bir maddeden 1 puan alma, o maddenin ölçtüğü kaygı belirtisinin olmadığını ya da hafif olduğunu, 2 puan alma orta derecede kaygı belirtisini, 3 puan alma ise ağır derecede kaygı belirtisini göstermektedir.

Bu çalışmada ÇDKE'nde 1 puan alma oranı ortalama % 57.08, 2 puan alma oranı % 30.56, 3 puan alma oranı % 12.36 bulunmuştur. ÇSKE'nde öğrencilerin ortalama % 34.56'sı 1 puan, % 48.31'i 2 puan ve % 17.14'ü 3 puan almışlardır.

TARTIŞMA

Yurt içi ve yurt dışı yapılan çeşitli çalışmalarda kız çocuklarında korku ve kaygı belirtilerine erkeklerden daha sık rastlandığı gözlenmiştir (Ollendick ve ark. 1989, Bernstein ve ark. 1989, Kashani ve Orvaschel 1990, Francis ve ark. 1992, Erol ve ark. 1990, Özusta 1993). Bu çalışmanın bulguları da genel olarak benzer doğrultudadır. Durumluk kaygıda cinsiyet farkı gösterilemediği halde, kız öğrencilerin sürekli kaygısı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur.

Durumluk kaygı bireyin ölçeği doldurduğu anda duyduğu kaygı düzeyini, sürekli kaygı bireyin genel olarak yaşadığı olaylar karşısında duyduğu kaygı düzeyini gösterir. Çoğu zaman sürekli kaygı düzeyi yüksek olan bireylerin durumluk kaygısı da yüksektir (Spielberger 1973).

Sürekli kaygıda olduğu gibi kız öğrencilerin durumluk kaygısının da erkeklerden yüksek çıkması beklenirken, istatistiksel olarak fark gösterilememesi, genel bir bulgudan çok bu çalışmaya özgü bulunabilir. Öğrencilerin alışkın oldukları sınıf ortamında ölçeği doldurmaları, kaygı verici bir durum olarak algılanmamış ve durumluk kaygıda artışı engellemiş olabilir. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada (Özusta 1993) kız öğrencilerin hem durumluk hem sürekli kaygı düzeyleri erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Bu nokta daha geniş kapsamlı araştırmalarla kesinlik kazanabilir.

Yaşla cinsiyet farkının ilişkisi incelendiğinde, ilkokulda hem durumluk hem sürekli kaygıda cinsiyet farkı saptanmadığı halde, ortaokulda kız öğrencilerin sürekli kaygısı erkeklerden yüksektir. 4. - 7. sınıflarda, sınıf içinde cinsiyet farkı gösterilememiş ancak 3. sınıftaki kızların sürekli kaygısı erkeklerden yüksek bulunmuştur. Bu bulgular depresyonda olduğu gibi, kaygıda da cinsiyet farkının yaşla ortaya çıktığını düşündürmekte ise de, yayınlarda bu özellikle ilgili bir bulguya rastlanmamıştır.

Korku ve kaygı belirtilerinin kızlarda erkeklerden sık görülmesinin nedenini, kız çocukların duygularını erkeklere göre daha rahat dışa vurabilmelerine, erkek çocukların ise duygularını belli etmelerinin toplumda hoş karşılanmamasına bağlayan yazarlar bulunmaktadır (Ollendick ve ark. 1985, Auchter 1990). Bu özellik cinsel kimliğin giderek önem kazandığı çocukluğun son yıllarından itibaren kaygıda cinsiyet farkının ortaya çıkmasında rol oynayabilir.

Çeşitli çalışmalarda büyük çocuk ve ergenlerde küçük çocuklara göre daha fazla sayıda kaygı belirtisi bulunduğu gözlenmiştir (Strauss ve ark. 1988, Bowen ve ark. 1990, Mc Gee ve ark. 1990, Özusta 1993). Bazı araştırmacılar bunun nedenini bilişsel gelişmeye bağlamışlar ve büyük çocuklarla ergenlerin küçüklerden daha fazla

kaygı duyduklarını, duygularının daha farkında olduklarını ve daha iyi ifade edebildiklerini, bu özelliklerden ötürü bu yaş grubunda kaygı belirtilerinin daha sık görüldüğünü öne sürmüşlerdir (Strauss ve ark. 1988).

Kaygı belirtilerinin yaşla artması, bu çalışmada kısmen doğrulanmıştır. Sürekli kaygıda fark bulunmadığı halde, ortaokul öğrencilerinin durumluk kaygısı ilkokul öğrencilerinden yüksektir. Ancak genel kaygı düzeyini gösteren sürekli kaygının ortaokul öğrencilerinde ilkokul öğrencilerinden yüksek çıkması beklenirken, fark bulunmamasının nedeni açıklanamamıştır.

Kaygı düzeyleri üzerine yaşın etkisi kız ve erkeklerde ayrı ayrı incelendiğinde, erkeklerde hem durumluk kaygıda hem sürekli kaygıda fark bulunmadığı halde, ortaokula giden kızların durumluk kaygısı ilkokula giden kızlardan, 6. ve 8. sınıflardaki kızların durumluk kaygısı 5. sınıftaki kızlardan yüksek bulunmuştur. Bu bulgular kızlarda durumluk kaygının yaşla fazlaştığını düşündürmektedir.

ÇDSKE'ne göre kaygı belirtilerinin sıklığına bakıldığında, öğrencilerin % 31'inde orta derecede durumluk kaygı, % 48'inde orta derecede sürekli kaygı, % 12'sinde ağır derecede durumluk kaygı ve % 17'sinde ağır derecede sürekli kaygı belirtisi bulunmuştur. Bu sonuç kaygı belirtilerinin çocuk ve ergenlerde sık görüldüğünü saptayan çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur (Anderson ve ark. 1987, Kashani ve Orvaschel 1988, 1990. Mc Gee ve ark. 1990).

Sürekli kaygı ölçeğinde ağır kaygı belirtisi gösteren üç puanın en fazla alındığı maddeler kalp çarpıntısı, ana baba için kaygı duyma ve başkalarının kendisiyle ilgili düşüncelerinden endişelenmedir. Çeşitli çalışmalarda çocuk ve ergenlerde kaygıya bağlı somatik yakınmaların, kendine ve sevdiklerine zarar geleceği korkusunun, geleceğe ait endişenin, başarılı olamama, eleştirilme, topluluk önünde konuşamama şeklindeki sosyal kaygıların en sık görülen kaygı belirtileri olduğu bulunmuştur (Bell - Dolan ve ark. 1990, Kashani ve Orvaschel 1990, Auchter 1990, Keller ve ark. 1992).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın sonucunda öğrencilerde kaygı belirtilerinin oldukça sık görüldüğü, kızların sürekli kaygı düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu ve bu farkın yaşla ortaya çıktığı kanısına varılmıştır.

Çeşitli araştırmacılar tarafından çocukluk döneminde görülen kaygı bozukluklarının erişkin kaygı bozukluklarının öncüsü olduğu ileri sürülmektedir (Raskin ve ark. 1982, Gittelman ve Klein 1984, Zitrin ve Ross 1988, Ayuso ve ark. 1989). Bu özellik dikkate alındığında, çocukluk ve ergenlikte görülen kaygı bozukluklarının önemi daha iyi anlaşılmaktadır. Yurt dışında olduğu gibi ülkemizde de çocuk ve ergenlerde kaygı bozukluklarına duyulan ilgi son yıllarda artmış ve bu konuda çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (Gökler 1988, Çuhadaroğlu 1993, Özusta 1993, Öy ve ark. 1994).

Çocuk ve ergenlerdeki kaygı belirtileri ve kaygı bozuklukları ile ilgili hem kliniklerde hem toplumda yapılacak geniş kapsamlı, ayrıntılı çalışmaların, bu önemli ruh sağlığı sorununun tanınması, önlenmesi ve tedavisinde yararlı olacağı açıktır.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)*. Washington DC, American Psychiatric Association.

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

Auchter U (1990) Anxiety in children. *Acta Paedopsychiatrica*, 53 : 78-88.

Ayuso JL, Alfonso S, Rivera A (1989) Childhood separation anxiety and panic disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 13 : 665-671.

Bell-Dolan DJ, Last CG, Strauss CC (1990) Symptoms of anxiety disorders in normal children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29 : 759-765.

Bernstein GA, Garfinkel BD, Hoberman HM (1989) Self-Reported anxiety in adolescents. *Am J Psychiatry*, 146 : 384-386.

Bernstein GA, Borchardt CM (1991) Anxiety disorders of childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30 : 519-532.

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

Bowen RC, Offord DR, Boyle MH (1990) The prevalence of overanxious disorder and separation anxiety disorder : Results from the Ontario Child Health Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29 : 753 - 758.

- Costello AJ, Edelbrock C, Burns BJ ve ark. (1988) Psychiatric disorders in pediatric primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 45 : 1107-1116.
- Çuhadaroğlu F (1993) Adölesanlarda depresyon ve anksiyetin birlikte görülmesi : Bir araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4 : 189-194.
- Erol N, Şahin N, Özcebe H (1990) Çocukluk korkuları : Korku Tarama Ölçeği'nin psikometrik özellikleri ve geçeköndü kesimine ilişkin norm çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1 : 31-38.
- Francis G, Last CG, Strauss CC (1987) Expression of separation anxiety disorder : The roles of age and gender. *Child Psychiatry Hum Develop*, 18 : 82-89.
- Francis G, Last CG, Strauss CC (1992) Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31 : 1086-1089.
- Gittelman R, Klein DF (1984) Relationship between separation anxiety and panic and agoraphobic disorders. *Psychopathology*, 17 : 56-65.
- Gökler B (1988) Çocukluk depresyonunun tanınal geçeri liliği üzerine bir çalışma. *Ankara Tıp Bülteni*, 10 : 33-44.
- Hoehn - Saric E, Matsami M, Wiegard D (1987) Measurement of anxiety in children and adolescents using semistructured interviews. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 26 : 541-545.
- Kashani JH, Orvasches H (1988) Anxiety disorders in mid - adolescence : a community sample. *Am J Psychiatry*, (45) 1960 - 964)
- Kashani JH, Orvaschel H (1990) A community study of anxiety in children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 145 : 960 - 964.
- Keller MB, Lavori PW, Wunder J ve ark. (1992) Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31 : 595-599.
- Last CG, Strauss CC, Francis G (1987a) Comorbidity among childhood anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis*, 175 : 726-730.
- Last CG, Hersen M, Kazdin AE ve ark. (1987b) Comparison of DSM III separation anxiety and overanxious disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 26 : 527 - 531.
- Mc Gee R, Feehan M, Williams S ve ark. (1990) DSM III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29 : 611-619.
- Ollendick TH, Matson JL, Helsel WJ (1985) Fears in children and adolescents : Normative data. *Behav Res Ther*, 23 : 465-467.
- Ollendick TH, King NJ, Frary RB (1989) Fears in children and adolescents : Reliability and generalizability across gender, age, and nationality. *Behav Res Ther*, 27 : 19-26.
- Öy B, Başoğlu N, Türkmen M ve ark. (1994) Sağlıklı ve çocuk ruh sağlığı kliniğine başvuran çocuklarda depresyon ve kaygı ilişkisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 1 : 13-17.
- Özusta Ş (1993) Çocuklar için Durumluk - Sürekli Kaygı Envanterinin uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, H.Ü. Sosyal Bilimler Enst. Ankara.
- Raskin M, Peeke HVS, Dickman W ve ark. (1982) Panic and generalized anxiety disorders : Developmental antecedents and precipitants. *Arch Gen Psychiatry* 39 : 687-689.
- Spielberger CD (1973) Preliminary Manual for the State - Trait Anxiety Inventory for Children. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.
- Strauss CC, Lease CA, Last CG ve ark (1988) Overanxious disorder. *J Abnorm Child Psychol*, 16 : 433-443.
- Zitrin CM, Ross DC (1988) Early separation anxiety and adult agoraphobia. *J Nerv Ment Dis*, 176 : 621-625.

BİR YETİŞKİN ASPERGER BOZUKLUĞU OLGUSU

Bengi Biber*, Süha Miral**,
Ayşen Baykara***, Ömer Saatçioğlu****

ÖZET

Asperger Bozukluğu nadir görülen ve tartışmaları olan bir hastalıktır. DSM-IV'te yaygın gelişimsel bozukluklar başlığı altında sınıflandırılmıştır. Çok az olgu sunumu olan bu bozukluğun diğer psikiyatrik bozukluklarla da pek çok ortak yönü vardır. Bu etkenler bozukluğun tanı güçlüklerinde önemli rol oynamaktadır.

Bu yazıda geriye dönük olarak Asperger Bozukluğu tanısı alan yirmi yaşında bir genç kız sunuldu. Olgu sunumlarının bozukluğun klinik bilgilerine ve önemine katkıda bulunacağına inanıyoruz.

Anahtar sözcükler : Yetişkin, otizm.

SUMMARY : A CASE OF ASPERGER DISORDER

Asperger Disorder is an illness which is seen rarely and has diagnostic controversies It has been classified under Pervasive Developmental Disorders category in DSM-IV. There are very few case reports of this disorder which has many common aspects with other psychiatric disorders. These factors play an important role in diagnostic difficulties of the disorder.

In this report a twenty year old girl is presented who is diagnosed retrospectively as Asperger Disorder. We believe that case report will contribute to clinical knowledge and importance of the disorder.

Key words : Adult, autism.

GİRİŞ

İlk kez 1944 yılında Viyanalı çocuk psikiyatristi olan Asperger'in tanımladığı bu sendrom çocuklukta ender görülen bir bozukluktur ve hala üzerinde tartışılabilir tartışmalar sürmektedir. Bu klinik tabloda temel özellikler; tek başlılık, olağan dışı ben merkezilik, empati yoksunluğu, garip ilgiler, nesnelere kendine özgü bağlılıklar, sözel iletişimde sınırlılık biçimindedir. Asperger normal zeka düzeyinde çocuklarda var olduğunu belirttiği bu tabloyu, 1943' de Amerika'da erken bebeklik otizmini tanımlayan Kanner'den bağımsız olarak "Otistik Psikopati" olarak adlandırmıştır (aktaran Rutter 1985).

Yazın incelendiğinde; daha sonraki yıllarda benzer özellikleri taşıyan çocukların farklı tanımlarla yayımlandığı görülmektedir (Szatmari ve Nagy'nin şizotipal çocukları 1986, Tantam'ın normal zeka düzeyindeki otistik çocukları 1988, Wolff'un şizoid çocukları 1991). Bir İngiliz araştırmacı olan Sula Wolff (1991), bu çocukların daha sonra şizofreni tanısı alan çocuklar olduklarına ve klinik görünümünün şizofreni gelişiminde yüksek riske sahip çocuklarla benzer bulunduğuna dikkat çekmektedir. Aynı araştırmacı, şizoid olarak tanımlanan çocukların Wing ve Tantam'ın Asperger Sendromu olgularıyla çakıştıklarını belirtmektedir (Wolff 1991a).

* Arş. Gör. Dr. , Dokuz Eylül Üniv. Tıp. Fak. Psikiyatri Kliniği İzmir.

** Yrd. Doç. Dr. , Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bl. İzmir.

*** Prof. Dr. , Dokuz Eylül Üniv. Tıp. Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bl. İzmir.

**** Asis. Dr. , Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 9. Psik. Kl. İstanbul.

Asperger Bozukluğu ilk kez DSM -IV te ayrı bir tanı olarak Yaygın Gelişimsel Bozukluklar başlığı altında yer almıştır. Ancak hem ICD-10, hem de DSM-IV te bu bozukluğun tanısal geçerliliğinin tartışılabilir olduğu bildirilmektedir. Bozukluk DSM-IV'e göre sosyal, mesleki ve diğer işlevsellik alanlarında önemli bozulmaya yol açmaktadır. Dil gelişimi ve bilişsel gelişimde gecikme olmaması bu bozukluk için tipiktir ve diğer yaygın gelişimsel bozukluklardan ayırtedicidir.

Bu yazıda sunulan olgu, sorunun erken yaşlarda başlamasına karşın, izlenme sürecinde farklı tanımlar almıştır. Genç yetişkinlik döneminde olmasına karşın bozukluğa ilişkin belirtilerin sürdüğü dikkati çekmektedir. Olgu öyküsü ve izlemi çerçevesinde değerlendirildiğinde geriye dönük olarak Asperger Bozukluğu tanısı almıştır. Sosyal etkileşimde niteliksel bozulma, kısıtlı, yineleyici davranış, ilgi ve etkinlik kalıplarının olması Asperger Bozukluğu tanısını desteklemektedir. En belirgin bozukluğu sosyal ilişkiler ve karşılıklı etkileşim alanında gösteren olgu, sorunun ilk farkedildiği andan itibaren tedavi süreci içinde olması, tedaviye kısmen de olsa yanıt vermesi ve okul başarısını sürdürebilmesi açısından dikkat çekicidir.

Asperger Sendromu'nun epidemiyolojisine yönelik araştırmalarda Gillberg ve Gillberg'in tanı ölçütleri kullanıldığında; erkek : kız oranının 4 : 1 olması, kuşkulu ve olası Asperger Sendromu olguları eklendiğinde oranın 2.3 : 1'e düştüğünün görülmesi ve olgunun genç yetişkin grubunda yer alması sunulmasını sağlayan diğer özellikleridir.

Yazında bu bozukluğun risk etkenlerine ilişkin çok kesin bilgiler olmamakla birlikte, Gillberg'in (1990) 100 otistik çocukla yaptığı araştırmada Mart ayında doğanların daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu verinin bozukluğun etyolojisinde nasıl bir önemi olduğu bilinmemektedir. Ancak bizim olgumuzun da Mart ayı doğumlu olduğunu bildirmek uygun olur. Çünkü daha sonra bu konuda yapılacak araştırmalarda bir yoruma gidebilmek için ortak verilere gereksinim vardır.

OLGU SUNUMU

Yirmi yaşında kız, lise son sınıf öğrencisi. Aşırı telaş, heyecan, çok terleme, kâbuslar görme ya-kınmaları ile başvurmuştur. Aile baskısı altında olmaktan yakınmaktadır. Annesi dalgın, telaşlı ve sabırsız olduğunu belirtmekte, gülme nöbetlerinden söz etmektedir.

Aile ilk kez dört yaşındayken ardarda travmatik olayların (dedesinin ölümü, kuzeninin balkondan düşerek kafa travması geçirmesi ve yaşıtı bir diğer kuzeninin bir kaza sonrası bacak amputasyonu operasyonu geçirmesi) ardından rahatsızlık belirtilerinin başladığını bildirmektedir. O dönemde huysuzluk, tutturuculuk, dakikalarca süren ağlama nöbetleri olmuştur. Anne daha kısa cümleler kurduğunu, bilmesine karşın bazen hiç konuşmayıp, suyu parmakları ile gösterip istediğini, soru sorulduğunda duymaması gibi davrandığını farketmiş. Ağlamaklı, korkulu sabit bakışları oluyor, hiç bir dış neden yokken ya da birşeylerden korkmuşcasına koşuyor, sık sık odalara girip çıkıyor, daireler çizerek evde dolaşıyor. İlk kez bir üniversite hastanesi çocuk psikiyatrisi bölümünde değerlendirilerek; dikkatinin çabuk dağıldığı, oyuna yoğunlaşmadığı, oyunlarında oyun içeriğinin kuzeninin bacaklarının kopması teması üzerine odaklandığı gözlenmiş. O dönemlerde "garip çocuk" olarak adlandırılan çocuktaki bu tablonun "minimal beyin disfonksiyonu" ile açıklanabileceği düşünülmüş. Annenin aşırı denetleyici ve kontrol edici özellikleri gözlenip, tutum yanlışları konusunda aileye rehberlik edilmiş. Özellikle evde huzursuzluğu artıyormuş. Anne, uyandığı zaman yüzünü buruşturduğunu, yüzünde değişikliklerin, gerilme ve kasılmaların olduğunu gözlemiş. Anaokulu döneminde genellikle tek başına kalıyor, diğer çocukların arasına girmiyormuş. Evde oyun oynarken çevresine karşı ilgisiz davranıyormuş. Soru sorulduğunda zorlarsa yüzünü buruşturma, ayaklarını germe ve kasmaları çoğalıyormuş. Çok sık düşüyormuş.

Aile aynı yıl İsveç'te bir çocuk hastanesine başvurmuş. Burada kısa süre yatırılarak izlenmiş ve kendilerine verilen raporda, çocukta gözlenen hafif otizm benzeri davranışların bedensel ya da ruhsal kaynaklı olup olmadığının araştırıldığı bildirilmiş. Üç buçuk yaşına kadar ailenin normal gelişim öyküsü verdiği, Nisan 1978'den sonra ana babayla duygusal ve sözel iletişimin neredeyse otistik biçimde değiştiği, başlangıçta enüretik regresyon gösterdiği belirtilmiş. Yine aynı raporda; yapılan fizik ve laboratuvar incelemelerin olağan olduğu saptanarak, EEG'sinde yaygın hafif anomali olmakla birlikte özgül epilepsi bulgularının olmadığı açıklanmış. Yaşadığı travmatik olayların psikojenik bir zor etkeni olarak etkisini sürdürebileceği, bunun yanında olağan olmayan iletişimin yabancı dile ilişkin güçlüklerden kaynaklanabileceği üzerinde durulmuş.

Olgu ilkökul dönemi boyunca grup terapilerine devam ederken, ailenin değişik hekimlere başvurma yoluyla çözüm arayışları sürmüş. Yapılan zeka testinde, zihinsel kapasitesi normal olarak değerlendirilmiş. Bu dönemde aniden fırlayarak odalara girip çıkma davranışı sürüyormuş. On iki yaşına kadar değişen dozlarda ilaç kullanmış (daha çok, düşük doz antipsikotik, tiyoridazin 10 mg/gün). Ortaokul döneminde gülmeleri, dalgınlığı, ders sırasında sınıfta kalkıp dolaşmaları, daireler çizerek koşup aniden durmaları olmuş. Yüksek sesle konuşuyor, yürürken kendini ayarlayamayıp insanlara çarpıyormuş. Soru yinelemeleri, dalgınlığı sırasında "evet, evet" gibi yineleyen yanıtları belirginleşmiş. 1986 'da çekilen bilgisayarlı beyin tomografisi normal olarak değerlendirilmiş. Liseye başladığında yüksek sesle konuşması bir miktar azalmış. Dakikalarca süren gülme nöbetleri oluyormuş, sürekli telaşlı ve sabırsız davranıyormuş. 1992'de çekilen EEG'sinde yaygın ve dağınık yavaş dalga aktivitesi şeklinde özgün olmayan yaygın düzensizlik saptanmış. Yine aynı yıl beyin manyetik rezonans incelemesi normal olarak değerlendirilmiş.

Babanın ikinci evliliğinden, üçüncü çocuğu olarak, istenen bir gebelik sonucu doğmuş. Sekiz ay anne sütü aldıktan sonra bir yaşında emeklemeye ve konuşmaya başlamış. İki yaşında tuvalet eğitimini tamamlamış. Gelişme dönemlerinde babaanne ile birlikte yaşamışlar. Sert ve sınırlı bir insan olan babaanne ile anlaşamaz, "babaanemi öldüreceğim" diye bağırmış. Anne 58 yaşında, titiz, temiz, düzenli, mükemmeliyetçi yapıdaymış. Baba 73 yaşında, sınırlı, dağınıklığı sevmeyen, eleştirici ve katı bir insanmış. Olgu ,

evde en çok kendisinden sekiz yaş büyük ağabeyi ile anlaşmış. Baba sık sık eşyalarını kontrol eder, ders çalışması için zorlamış. Çok huzursuz olduğu dönemlerde anne ve babası ile birlikte uyurmuş. İlkokul birinci sınıfı iki kez okuyup, okuma yazmayı ikinci yılda öğrenmiş. Ortaokul ikinci sınıfta bir yıl kaybı olmuş. Eşyalarını çok sık kaybeder, bu nedenle baba tarafından hırpalanmış. Okul yaşamı ve yakın çevresinde çok yakın bir arkadaşı olmamış.

Ruhsal gözleminde, yaşından küçük gösterdiği, yüksek ses tonu ile konuştuğu, uyarıya karşın ses tonunu ayarlayamadığı saptandı. Konuşma miktarı artmıştı. Görüşmeyi monolog halinde sürdürme eğiliminde oluyor; bazen konuşma akışı 2-3 saniyelik bloklarla kesiliyor, bakışları sabitleşiyor, ancak kendiliğinden kaldığı yerden devam edebiliyordu. Düşünce üretiminde artma, çağrışımlarda hızlanma ve zaman zaman çözümler, izlemede güçlük yaratıyordu. Düşünce içeriğinin çoğunluğunu benzer temalar içeren fantaziler oluşturuyordu. Duygulanımı durağan izlenimi veriyor, yüz ifadesinden yaşadığı duyguyu anlamak güç oluyor, dikkati çabuk dağılıyordu.

Yapılan psikometrik incelemelerinde; Bender Gestalt testinde minimal organizite bulgusu sayılabilecek yanlışlar saptandı. Zeka testinde sözel IQ:107, performans IQ:53 ve total IQ:97 olarak değerlendirildi.

Bu öykü, psikiyatrik gözlem ve psikometrik incelemeler sonunda olgunun tanısı Asperger Bozukluğu olarak değerlendirildi. İlaç sağaltımı, kullanmakta olduğu karbamazepin (400 mg/gün) ve tiyoridazinin (10 mg/gün) sürdürülmesi şeklinde düzenlendi. Psikoterapötik yardım, haftada bir kez, birer saatlik görüşmeler şeklinde planlandı. Görüşmelerde güven ilişkisi kurulmaya çalışıldı. Tedavide olgu için bir özdeşim modeli oluşturma ve aileye rehberlik yapma temel alındı. Olgunun zaman zaman yakınma, zaman zaman sorun olarak tanımladığı olumsuz uyum davranışları üzerinde duruldu. Günlük yaşamını düzenleme konusunda rehberlik edildi. Arkadaşları ile ilgili sorunları ele alındı. "Aile baskısı" yakınması, aile içi ilişkilerde düzenleme yapmayı gerektirdi. Baba gelmediği için anne ile görüşmeler sürdürüldü. Bu görüşmelerde anneye uygun tutum önerileri getirildi ve rehberlik yapıldı. Genellikle her görüşmeye elinde yakınmaları, değişik yetenek ve becerileri ya da isteklerinin yazılı olduğu notlarla geliyordu. Kendine göre "düşünce kilitlenmesi, genetik yolla geçen gizli yetenekleri (kelimeleri tersten

okuma, tersten cümle kurma, telepati, altıncı his, büyü, sihirbazlık, ileriye görme, medyumluk)" olduğuna ilişkin sanrısız düzeyde olmayan büyüklük düşünceleri vardı. Obsesif özellikte cinsel ruminasyonlar, cinsel içerikli rüyalar tanımlanıyordu. Görüşmelerde hekime karşı samimiydi; girişken inhibisyonları azalmış, ego sınırları kaybolmuş izlenimi veriyordu. Çocuksuluğu belirgindi.

Kendisinin aşırı dalgınlık, dikkatsizlik, bilinç dışı hareketler, aşırı korkaklık, insanlardan kaçma, aşırı kapalılık, kararsızlık biçimde tanımladığı yakınmaları vardı. Zaman zaman değişik bedensel yakınmaları gündeme getiriyor, bunları ardarda sıralıyordu. Oldukça zengin bir sözcük dağarcığı vardı. Fakat konuşma içeriği hep aynı konular üzerine yoğunlaşıyor, sık sık aynı cümleleri yineliyordu. Kendisinden söz ederken ezberlemişcesine değişik sıfatları arka arkaya sıralıyordu. En sık getirdiği konulardan biri "istenç dışı olarak yabancı film oyuncularının ya da değişik kişilerin adlarını belleğine yazma ve istese de unutamama" biçiminde aktardığı obsesyonel tarzda düşünce uğraşlarıydı. Bazen de "insanların yüzüne bakmaktan kendini alamama" şeklinde kompülsiyonlar tanımlıyordu. Beş aylık izleme süreci sonunda, son görüşmelerde içerik yine dağınık olmakla birlikte, kısa süreli de olsa, konuşmasını denetleyebildiği, soruları dinleyebildiği, görüşmeyi karşılıklı sürdürebildiği ve düşünce içeriğinin daha dış gerçeğe yönelik olduğu gözlemlendi. Dikkate değer bir diğer gelişme de, ilk kez, görüşmeyi uzatıp diğer hastaların zamanını almak istemediğini uygun bir duygulanım içinde belirtmesi oldu.

TARTIŞMA

Olgunun, hastalık öyküsü ve şimdiki psikiyatrik gözlemi açısından ele alındığında, Asperger Bozukluğu ölçütlerini tanı koymaya yetecek kadar karşıladığını görmekteyiz. Bu olguda da bozukluk en belirgin olarak sosyal ilişkilerde ve iletişim becerilerinde ortaya çıkmaktadır. Olgunun okul öncesi bu okul döneminde akran düzeyinde yakın arkadaşı yoktur. Okul öncesi dönemde en fazla iletişim kurduğu kişi, kendisinden büyük ve sıkça görmeye alışık olduğu bir kişi olan ağabeyidir. Lise öğrencisi olan olgunun şu anda da sürekli bir arkadaşlık ilişkisi yoktur. Olgunun sosyal ilişki kurmada bir diğer zorluğu, sosyal kuralları anlamadaki isteksizliğidir. İzlemi sırasında zaman zaman çok sabırsız davrandığı, engellenme eşliğinin düştüğü olduğu, görüşmelere randevusuz gelmek istediği, görüşmelerden çıkmak için isteksiz davrandığı, görüşmeyi süre-

yi aşacak şekilde uzatma eğiliminde olduğu, bunda ısrar ettiği ve bazen de rahatça diğer hasta görüşmelerini böldüğü gözlemlendi.

Sosyal etkileşim alanında bozukluğa ilişkin diğer belirtilerden biri olan, başkalarının duygularını anlamada güçlük ve kayıtsızlığı belirgindi. Sosyal ve duygusal karşılıklı ilişkiye giremiyordu. Konuşması yüzeysel, oldukça düzgün, kalıplaşmış, bilgiçlik taslayan konuşma özelliğine uyuyordu. Kendine özgü yüksek ses tonu ile görüşmelere getirdiği içerik genellikle aynı konular etrafında dolaşıyordu. Sözel olmayan iletişimde duygusal sınırlılık ya da durağanlık olarak gözlediğimiz duygulanım özelliği, sınırlı yüz anlatımı ve mimiklerin az kullanımının getirdiği bir sonuç olarak düşünüldü. Konuşma blokları sırasında özgül dik bakış olarak tanımlanan bakışları, kaba, beceriksiz jestleri ve hantal beden dili, gelişimsel düzeye uygun ilişkiler geliştirmede başarısızlık olarak değerlendirildi ki; bu, belirgin bir diğer sosyal etkileşim özürü olarak belirtilmektedir. Bu özellikler, sözcükleri kendine özgü kullanma, ilgi ve aktivitelerini, daralmış, yineleyici, kalıplaşmış davranışlarla aktarma biçiminde görüşmelere yansiyordu. Bunları yalnızca görüşme içeriği ile değil, aynı zamanda hemen hemen her görüşmeye getirdiği birbirinin kopyası notlarla da gündeme getiriyordu. Tüm belirtilen bu özellikler, DSM-IV tanı özelliklerini karşıladığı gibi, (APA 194) Gillberg ve Gillberg'in (1989) önerdikleri tanı ölçütlerine de uyuyordu.

Bugünkü yazın bilgilerinde Asperger. Bozukluğu'nun infantil otizm ve şizofreni ile benzerlikleri ve farklılıkları olan ayrı bir bozukluk olduğu görüşü ağırlık kazanmaktadır. Wolff (1991), bir gözden geçirme yazısında Asperger ile çakışan çocukların, bir çok araştırmacı tarafından erken ya da geç başlangıçlı çocukluk otizmi olarak değerlendirildiğini belirtmektedir. Ayrıca Asperger Sendromu'nun yüksek düzeyli otizm tanısı ile eş anlamlı kullanımlarına da dikkati çekmektedir. Bozukluk yüksek düzeyli otizmden şu görünüşleri ile ayrılmaktadır: Karşılıklı sosyal iletişimde şiddetli bozukluk, sınırlı ilgiler, anlatım dili becerilerinde görünüşteki mükemmeliğe karşın, dil ve konuşma sorunları, sözel olmayan iletişim sorunları ve motor beceriksizlik. Yazında Asperger Sendromu'nun otistik spektrum bozukluklarının bir bölümünü oluşturduğu ileri sürülmüştür. Araştırmalarda Asperger Sendrom'lu çocuklar ile sosyal çekilme bulgularına sahip yüksek düzeyli otizmliler çocuklar karşılaştırılmıştır. (Wolff 1991a).

Bizim olgumuzda da hastalık belirtileri ve öykü düşünüldüğünde çocukluğun önemli rahatsızlıklarından otistik bozukluk akla gelmektedir. Aniden olan koşma ve durmalar, daireler çizerek ve dönerek koşmalar şeklinde amaçsız yineleyen stereotipilerin olması bu bozukluğu düşündürmektedir. Aynı şekilde oyun sırasında çevreyi ve uyaranları algılamama, yankılayıcı nitelikteki yüksek ses tonu, bellek ve ezber yeteneğinin iyi oluşu da bu tanıyı desteklemektedir. Ancak olgunun, gülme, sevinme, ağlama nöbetleri gibi duygusal tepkileri daha çok durum ve olaylarla bağlantılıdır; gerginlik anlarında ortaya çıkmakta ve artmaktadır. Göz ilişkisine rahat girmekte nesne ve kişilerle olan ilişkilerinde canlı cansız ayırımı yapabilmektedir. Bu gibi nedenlerle otistik bozukluk tanısından uzaklaşmaktadır. Bozukluk, DSM-IV'te sosyal etkileşim alanında bozukluklar ve kısıtlı, yineleyen stereotipik davranış, ilgi ve aktivite örneklerinin olmasını gerektiren ölçütler açısından otistik bozuklukla çatışmaktadır. Otistik bozukluktan, dil gelişiminde önemli bir gecikmenin olmaması ve yine bilişsel gelişimde ya da yaşa uygun yetenekler, uyumsal davranışlar, çevre ile ilgili merakın gelişiminde klinik olarak önemli bir gecikme bulunmaması ile ayrılmaktadır. Sunduğumuz olgunun dil gelişimi zamanında olmuştur. Ancak rahatsızlığın belirginleştiği dönemde, dil gelişiminde bir süre bir duraklama olduğu ane tarafından farkedilmiştir. Bu duraklama daha çok travmatik yaşam olaylarına bağlıdır. Ardarda gelen üç travmatik yaşam olayı, olgunun gelişimini önemli oranda etkilemiştir. Ancak bu etki belirli bir süre devam etmiştir. Bozukluğa özgü diğer bulguların daha sonra da sürmüş olmasıyla post travmatik stres bozukluğundan tanusal olarak uzaklaşmaktadır.

Olgunun hastalık öyküsünde iki yıllık normal gelişim sürecinin tanımlanıyor olması, ardından mesane kontrolünün yitimi, dil gelişiminde duraklama, sosyal becerilerde bozukluk belirtilmesi ayrıncı tanıda çocukluğun desintegratif bozukluğunu akla getirmektedir. Ancak desintegratif bozuklukta daha önce edinilen becerilerin yitimi oldukça ağırdır ve daha çok mental retardasyona benzer. Oysa olgumuzda olduğu gibi Asperger Bozukluğu'nda ne dil gelişiminde, ne de diğer becerilerde bu denli yitim yoktur (APA 1994).

Çocukluk çağının bir diğer bozukluğu olan obsesif kompulsif bozukluktan, sosyal etkileşim alanında daha belirgin bozukluk olması ve obsesif kompulsif özelliklerin benliğe yabancı olması ile ayrılmaktadır. (Kerimoğlu 1993).

Uzun süre varsayımsal düzeyde bir bozukluk olarak kalan Asperger Sendrom'u ile otizmin genetik olarak ilişkili olabilecekleri, ancak Asperger Sendromu'nun bir psikotik süreç olmaktan çok bir kişilik özelliği (personality trait) olduğu ve organik beyin disfonksiyonu ile ilişkili olmadığı savunulmuştur. (Rutter 1985). Karşıt olarak bu bozukluğun şizofreni ile ilişkisine dikkat çekilmiş, yetişkin kişilik bozukluğunun çocuklukta görünümü olduğu ileri sürülmüştür. İzleme çalışmaları ile bu özellik ortaya koyulmuş ve şizoid kişilik bozukluğu olarak adlandırılmıştır (Wolff 1991b). Bizim olgumuzda, çağrışımlarda zaman zaman olan çözümler, duygulanımda kısıtlılık gibi görünen durağanlık dışında şizofrenin karakteristik psikotik belirtilerinin olmaması, toplumsal ilişkiler ve kendine bakım gibi alanlarda işlevsellik düzeyinin kronik hastalık öyküsüne karşın değişmemiş olması gibi nedenlerle şizofreni tanısından uzaklaşmıştır. Asperger Bozukluğu bugün DSM-IV'te yer almakla birlikte halen tanısız açıdan tartışmalı bir bozukluk olarak kalmakta, bizim de bu olguda yaşadığımız gibi tanı koymadaki güçlükler sürmektedir. Ancak geriye dönük bile olsa tanı alan hastaların bizim örneğimizde olduğu gibi bir miktar yardımla bile işlevsellik düzeylerini arttırmabileceklerine dikkat çekmek istiyoruz. Bu olguların izlenmelerinin ve bu konudaki bilgi paylaşımlarının tanı güçlüklerinin aşılmasına yardımcı olacağını sanıyoruz. İzlenen olguların ve tedavi süreçlerinin bildirilmesinin, hastalığın yaşam boyu sürmesi nedeniyle öneminin anlaşılmasına ışık tutacağına inanıyoruz.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*. APA Washington D.C.
- Ehlers S, Gilberg C(1993) *The epidemiology of Asperger Syndrome. A total population study. J Child Psychol Psychiatry* 34(8) : 1327 -1350.
- Gilberg C(1990) *Do children with autism have march birthdays? Acta Psychiatr Scand* 82(2) 152-156.
- Gilberg C, Gilberg C(1989) *Asperger Syndrome some epidemiological considerations : A research note. J Child Psychol Psychiatry* 30 : 631-638.
- Kerimoğlu E(1993) *Asperger sendromu. Otizm içinde, Aysev A ve Kerimoğlu E Ankara Üniversitesi Basımevi Ankara, s : 89-99.*
- Nagy J, Szatmari P(1986) *A chart review of schizotypal personality disorders in children. J Aut Dev Disord* 16, 51-367.
- Öztürk O(1994) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği Ankara s : 428-431.*
- Ruther M, Hersol L (1985) *Infantil autism and other pervasive developmental disorders. Child and Adolescent Psychiatry. Blackwell Scientific Publication London s : 545-566.*
- Tantam D (1988) *Asperger Syndrome. J Child Pscyhol Psychiatry* . 29 : 245-256.
- Wolff S(1991a) *Schizoid personality in childhood and adult life I : The vagaries of diagnostic labelling. Br J Psychiatry* 159 : 615-620.
- Wolff S, Towshand R, Mc Guire RJ (1991) *Schizoid personality in childhood and adult life II : Adult adjustment and the continuity with schizotypal personality disorders. Br J Psychiatry* 159: 620-629.
- Wolff S(1991b) *Schizoid personality in childhood and adult life III : The childhood picture. Br. J Psychiatry* 159 : 629-635.
- World Health Organisation (1992) *International Classification of Mental and Behavioral Disorders ICD-10 Geneva.*

ÇOCUK VE ERGENLERDE PANİK BOZUKLUĞU : BİR GÖZDEN GEÇİRME

Z. Bengi Baysal*

ÖZET

Panik bozukluğu erişkin çağda sık ve iyi bilinen bir sorun olmasına karşın çocuklarda ve ergenlerde son yıllarda tanınmıştır. Çocuklarda ve ergenlerde erişkinlerdekine benzeyen panik bozukluğunun olduğuna ilişkin güçlü bulgular vardır. Yazının amacı çocuk ve ergenlerde panik bozukluğu konusunda elde edilen bulguların değerlendirmektir. Bu amaçla epidemiyolojik çalışmalar, panik bozukluğu olan erişkinlerin geriye dönük öyküleri, klinik olgu bildirimleri, pediatri hastalarında panik benzeri sendromlar, aile çalışmaları ve panik bozukluğunun biyolojik temelleri gözden geçirilmiştir.

Anahtar sözcükler : Panik bozukluğu, çocuk, ergenlik

SUMMARY : PANIC DISORDER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS : A REVIEW

Panic disorder is a common and well-known psychiatric disorder in adulthood. However, the disorder has only recently been described in children and adolescents. There is strong evidence that panic disorder occurs in children and adolescents; the clinical presentation in this population is similar to that found in adults. The aim of this article is to review the available evidence for panic disorder in children and adolescents. Epidemiologic community studies, retrospective histories of adults, clinical case reports of children and adolescents, family studies, reports of panic-like symptoms in pediatric patients and studies about the biological basis of panic disorder is reviewed.

Key words : Panic disorder, child, adolescence

GİRİŞ

Panik bozukluğu, erişkinlerde üzerinde çok çalışılan ve özellikleri iyi bilinen bir tanı grubu olmasına karşın, bu bozukluğun çocuk ve ergenlerdeki geçerliliği uzun süre tartışma konusu olmuştur.

Panik bozukluğu DSM III-R'de (APA 1987) beklenmedik bir durumda ve kişinin başkalarının ilgi odağı olmadığı zamanlarda ortaya çıkan birden çok panik atak olarak tanımlanır. Tanı için dört haftalık dönem içinde en az dört atak ya da başka bir atağın olacağına ilişkin sürekli korku duyulan en az bir aylık dönemden sonra bir ya da daha çok atak olması gerekir. Atak sırasında oluşabilecek bulgular; nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma, çarpıntı ya da taşikardi, titreme ya da sarsılma, terleme, soluğun kesilmesi, bulanıklık ya da karın ağrısı, depersonalizasyon ya da derealizasyon, uyuşma ya da karıncalama, kızarma ya da ürperme, göğüs ağrısı ya da sıkıntı hissi, ölüm korkusu, çıldıracağı ya da elinde olmadan bir şey yapacağı korkusudur. En az bir atağın, dört bulgu içeren tam bir atak olması; ilk bulgunun fark edilmesinden sonraki on dakika içinde bulguların en az dördünün birden gelişip, giderek artmış olması yanında bu bozukluğu başlatan organik bir etken olmaması da tanı için gereklidir. DSM IV'de (APA 1994) tanı ölçütlerinde atak öncesi, atağın olacağına ilişkin korku

duyulan en az bir aylık dönem ve dört haftalık dönemde en az dört atak olması koşulunun çıkarılması dışında aynı ölçütler geçerlidir.

Çocuk ve ergenlerde panik bozukluğu tanısının tartışılmasındaki en önemli etken; panik bozukluğun tanı ölçütlerindeki ölümden korkma, çıldırmaktan korkma ve kontrolünü kaybetmekten korkma olarak belirtilen bilişsel bulgulardır. Bu bulgular bilişsel modele göre katastrofik yanlış algılamadan kaynaklanır. Çocukların fizyolojik duyuları yaşayıp, bu duyuları içsel duygularına bağlayacak yeterlilikleri olmaması nedeniyle panik bozukluğunun çocuklarda görülemeyeceği ileri sürülmüştür (Moreau ve Weissman 1992, Nelles ve Barlow 1988). Çocuklarda bilişsel yetersizlik nedeniyle kendiliğinden ortaya çıkan atakların oluşamayacağı varsayımı da tartışmanın başka bir boyutudur (Nelles ve Barlow 1988). Bu çerçevede kimi araştırmacılar çocuk ve ergenlerde panik bozukluğu olmayacağını belirtirken, bazı araştırmacılar DSM III-R ve DSM IV tanı ölçütlerine göre, bilişsel bulgular olmaksızın da panik bozukluğu tanısı konabileceğini, çocuk ve ergenlerde panik bozukluğu görüldüğünü ve erişkinle benzerlik gösterdiğini savunmaktadırlar (Dilendick ve ark. 1994).

Çocuk ve ergenlerde yapılan panik bozukluğu ile ilgili araştırmalar; epidemiyolojik çalışmalar, erişkinlere ilişkin geriye dönük bildirimler ve klinik olgu sunumları olarak üç ayrı bölümde incelenebilir.

* Uzm. Dr., Arş. Gör., Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı Bl., Ankara

EPİDEMİYOLOJİK ÇALIŞMALAR VE SIKLIK

Erişkinlerle yapılan çalışmalarda panik bozukluğunun sıklığı % 1,5 olarak bulunmuştur (Myers ve ark. 1984). Çocuk ve ergenlerde benzer çalışma çok azdır. Bu az sayıdaki araştırma da genellikle ergenlerde yapılmıştır. Çocukluk çağında panik bozukluğu sıklığı daha çok erişkinlere ilişkin geriye dönük bildirimlerde saptanan başlama yaşı ve oranlarla değerlendirilmeye çalışılmaktadır. Whitaker ve arkadaşları (1990) 14-17 yaş arası 5108 öğrencide çeşitli bozuklukların sıklığını araştırdıkları bir çalışmada panik bozukluğunun sıklığını % 0,6 olarak bulmuşlardır. 1988'de Warren ve arkadaşları tarafından 12-19 yaş arası 388 lise öğrencisinde yapılan çalışmada öğrencilerin % 60'ı en az bir panik atak, % 31,8'i DSM III ölçütlerine göre olası panik atak ve % 4,7'si de dört bulguyu taşıyan kesin panik atak tanımlamış, araştırmacılar ilk atağın başlama yaşını da 13 olarak belirlemişlerdir. Öğrencilerin % 60'ı bu atağı unuttuğunu söylerken, % 24'ü atağın tekrarlamasından korktuğunu bildirmiştir (aktaran Ollendick ve ark. 1994). Mocavlay ve Kleinknecht (1989) tarafından 13-18 yaş arası 660 çocuk ve ergende yapılan çalışmada DSM III-R'ye göre en az bir panik atak görülme oranı % 63 olarak saptanmıştır. Ortalama başlama yaşı 12-13, kız/erkek oranı 3/1 olarak saptanırken, öğrencilerin % 28'inde kendiliğinden başlayan ataklar bildirilmiştir (aktaran Ollendick ve ark. 1994, Moreau ve Weissman 1992). Hayward ve arkadaşları (1989) 95 lise öğrencisi ile yaptıkları çalışmada yaşamları boyunca en az bir kez dört bulguyu içeren panik atak tanımlama oranını % 11,6 olarak bulmuşlardır.

ERİŞKİNLERDE YAPILAN GERİYE DÖNÜK ÇALIŞMALAR

Geçerlikleri ve güvenilirlikleri sınırlı olmakla birlikte erişkinlerde yapılan geriye dönük çalışmalar, dolaylı olarak çocuk ve ergenlerde panik bozukluğun yapısı, başlama yaşı ve sıklığı hakkında bilgi edinme açısından yararlı olabilmektedir. Ancak erişkinlerin eskiyi anımsıyarak aktarması ve bu bilgilerin sistemli değerlendirilmesi zordur.

Amerikan Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü'nün (NIMH) 18.000 kişi üzerinde yapmış olduğu geniş bir alan çalışmasında, panik bozukluğu bildirenlerin % 18'i, ilk atağın 10 yaşından önce başladığını belirtmiş ve paniğin başlangıcının 15-19 yaş arası en uç noktaya ulaştığı bulun-

muştur (aktaran Ollendick ve ark. 1994, Moreau ve Weissman 1992). Sheehan ve arkadaşları 19-61 yaş arasında 100 hastada yaptıkları çalışmada başlama yaşını 5 - 58 arası (ort : 24.1) bulurken, 26 hasta panik bozukluğunun başlama yaşını 20 yaşın altında bildirmiştir (aktaran Morreau ve Weissman 1992). Breier ve arkadaşları (1984) da 60 erişkin hastanın % 28'inde başlama yaşını 20 yaşın altında bulduklarını bildirmişlerdir. Bu çalışmalarda atakların kendiliğinden başlayıp başlamadığı ve tipleri hakkında bilgi yoktur. Klein ve arkadaşları (1992) 343 erişkin kaygı bozukluğu olan hasta ve onların 560 birinci derece akrabalarıyla yaptıkları çalışmada, çalışma grubunun % 1'i 9 yaşından önce başlayan panik atak bildirmiştir. Atakların başlamaları hakkında verilen bilgiler yeterli ve güvenilir bulunmamıştır. Ayrıca bilişsel ve fizyolojik semptomlar arasındaki ayırım bu çalışmada açıklanamamıştır.

Geriye dönük yapılan çalışmaların güvenilirlikleri tartışmalıdır. Yine de geriye dönük yapılan değerlendirmelerin sonuçlarına göre panik bozukluğunun erişkin çağa özgü olmadığı, çocuk ve ergende de azımsanmayacak sıklıkta bulunduğu ileri sürülmektedir (Moreau ve Weissman 1992).

KLİNİK OLGU BİLDİRİMLERİ

Son yıllarda, çocuk ve ergenlerde, panik bozukluğuyla ilgili kliniklerdeki olgu bildirimlerinin sayısında artma gözlenmektedir.

Allesi ve Magen (1988), psikiyatri kliniğinde yatan 61 ergen üzerinde yaptıkları çalışmada, ICD-10'a göre 10 ergene panik bozukluğu ve 15 ergene olası panik bozukluğu tanısı koymuşlardır. Panik bozukluğu tanısı alan olguların şiddetli kaygı ve en az iki panik bulgusu gösterdiği bildirilmiştir. Ortalama başlama yaşı 13,9 olarak bulunurken, puberte öncesi başlama saptanamamışlardır. Kesin panik bozukluğu tanısı olan hastaların % 90'nun da aynı zamanda depresyon bulunduğu ve hastaların geçmiş psikiyatrik öykülerinde en sık rastlanan sorunun ayrılık kaygısı olduğu görülmüştür. Bunu izleyen çalışmada aynı ekip tarafından hastanede yatan 136 (yaş ort. 9,5) çocukta panik bozukluğu incelenmiş, tanılar DSM III ölçütlerine göre konarak, çocukların gelişimleri ile birlikte aile öyküleri de değerlendirilmiştir. Panik bozukluğu tanısı konan 7 çocuktan 4'ünde depresif bozukluk, ayrıca hemen hepsinin ailesinde, iki üç kuşaktır süren panik bozukluğu öyküsü olduğu belirlenmiştir.

Last ve Strauss ayakta izlenen 177 (yaş 5-18) çocuk ve ergen hastanın % 10'una DSM III-R'ye göre panik bozukluğu tanısı koymuşlardır. Bunlardan yalnızca bir tanesi puberte öncesi başlamış ve olguların yaklaşık yarısında depresyon ya da başka bir kaygı bozukluğu bulunmuştur. Bu hastaların babalarında hiç panik bozukluğu öyküsü yokken, annelerin 1/4'ünde yaşamlarının bir döneminde panik atak görülmüştür (aktaran Ollendick ve ark. 1994).

Vitello ve arkadaşları (1990) DSM III-R'ye göre panik bozukluğu tanısı koydukları, 5-11 yaş arası 6 olgu yayınlamışlardır. 6 olgunun hepsinde hem psikolojik, hem bilişsel belirtilerin saptandığını ve aile öykülerinde panik bozukluğu bulunduğunu bildirmişlerdir.

Von Winter ve Sticler (1984) yaşları 9-17 arasında değişen, ölmekten, çıldırmaktan ve kontrolünü kaybetmekten korkma bulguları olan 7 panik bozukluğu olgusu tanımlamışlardır. Biederman da 8-11 yaşları arasında panik bozukluğu bulguları yanında okul korkusu da bulunan 3 çocuk bildirmiştir (aktaran Ollendick ve ark. 1994, Black ve Robbins 1990).

Ballenger ve arkadaşları da (1989) 8-13 yaşları arasında panik bozukluğu ile birlikte agorafobisi olan, ölüm korkusu ve kontrollerini kaybetme korkusundan yakınan 3 çocuk tanımlamışlardır. Black ve Robbins (1990) yaşları 14-17 olan 5 ergen panik bozukluğu olgusu yayınlamışlardır. Bu olgularda hastalığın başlama yaşının 4-15 arasında değiştiği ve hepsinde depresyon öyküsü bulunduğu bildirilmiştir.

PANİK BOZUKLUĞU VE AYRILIK KAYGISI

Ayrılık kaygısı gerek panik bozukluğu tanısının çocuklardaki geçerliliği konusundaki tartışmalar, gerekse erişkin dönemde görülen panik bozukluğu ile çocukluk çağındaki psikopatolojiler arasındaki bağlantılar hakkındaki varsayımlar nedeniyle önem kazanmaktadır.

Bu konuda çalışanların bir kısmı çocuklarda ayrılık kaygısının panik bozukluğunun eş değeri olduğunu, bir kısmı da erişkin dönem panik bozukluğunun öncül belirtisi olarak değerlendirilmesi gerektiğini ileri sürmektedir (Black ve Robbins 1990, Ollendick ve ark. 1994, Lipschitz 1988).

Yapılan bir çok çalışma, panik bozukluğu ve ayrılık kaygısı arasında bir ilişkinin olduğunu düşündürmektedir. Panik bozukluğu bulgularının çocukluk çağındaki ayrılık kaygısı ile benzerlik-

ler taşıdığı ileri sürülmektedir (Black ve Robbins 1990). Panik bozukluğu olanlarda sıklıkla çocukluk çağında nesne kaybı öyküsü, erişkin çağ panik bozukluğunda da çocukluk çağında ayrılık kaygısı öyküsü bulunduğu bildirilmiştir (Lipschitz 1988). Bu ilişkiyi bildiren çalışmalar, ayrılık kaygısı ile genel kaygı bozukluğu ya da fobik davranışlar arasında bağlantı bulamamışlardır (Manicavasagor 1993). Ayrıca panik bozukluğu olan ailelerinin çocuklarında ayrılık kaygısı riskinin üç kez daha arttığı ileri sürülmüştür (Weissman 1988).

Klein 1981'de, Bowlby'nin kuramına dayanarak bir varsayım ileri sürmüştür. Bu varsayım göre herkes ayrılığa karşı duygusal bir tepki ile dünyaya gelir. Tipik olarak ayrılığa ilk tepki protestodur. Eğer çocuk bu tepkiyi verdiğinde anne ya da anne yerine geçen kişi çocuğu rahatlatmıyorsa bu hayal kırıklığına neden olur. Bunun sonucu, çocukta ayrılık kaygısı, erişkinde panik bozukluğu olarak gözlenir (aktaran Black ve Robbins 1990).

Allesi ve arkadaşları (aktaran Ollendick ve ark. 1994) bir çalışmalarında panik bozukluğu olan 61 ergenin, geçmiş psikiyatrik öykülerinde en sık ayrılık kaygısı öyküsü saptadıklarını, bir başka çalışmalarında da panik bozukluğu tanısı konan 7 çocuktan 6'sının daha önce ayrılık kaygısı tanısı almış olduğunu bildirmişlerdir (Allesi ve Magen 1988).

Ayrılık kaygısının erişkin dönemdeki sonuçları ile ilgili varsayımları kanıtlamada etkili olabilecek ayrılık kaygısının sürekliliğini araştıran çalışmalar azdır. Bu az sayıdaki çalışmada da şu anda geçerli olan tanı ölçütleri kullanılmıştır.

Çocuk ve ergenlerdeki panik bozukluğu incelenirken, pediatri kliniklerinde görülen bazı tanımlarla benzer bulgular dikkati çekmiştir. Bu hastalıkların değerlendirilmesi ve panik bozukluğu ile olan bağlantılarının araştırılması, psikiyatri kliniklerinde çocuk ve ergenlerde panik bozukluğunun görece az görülmesini açıklamada yararlı olabilir. Bu tanılardan üzerinde en çok çalışılanlar hiperventilasyon sendromu ve mitral valv prolapsusudur.

PANİK BOZUKLUĞU VE HİPERVENTİLYASYON SENDROMU

Çocuk sağlığı ve hastalıkları ile ilgili yayınlarda yer alan çocukluk çağı hiperventilasyon sendromu, panik bozukluğuna benzer bulguları nedeniyle çalışmacıların dikkatini çekmiştir. Panik bozukluğunun çocukluk çağında psikiyatri kli-

niklerinde az görülmesinin, bazı olguların peditri kliniklerinde hiperventilasyon sendromu tanısı almalarıyla bağlantılı olabileceği ileri sürülmüştür (Nelles ve Barlow 1988).

Enzer ve Walker 1967'de kardiyak ya da solunum sistemi hastalığına bağlı olmayan hiperventilasyon bulgusu nedeniyle hiperventilasyon sendromu tanısı konan, 5-16 yaş arası 44 çocuğu incelemişlerdir. En sık görülen bulguların solunum sistemi yakınmaları, baş dönmesi, bayılma, parestezi ve baş ağrısı olarak belirlendiği bu çocukların aileleri, bir kaç dakikadan bir kaç saate kadar değişen sürelerde nöbet ya da atak bildirmişlerdir. Olgularda ölüm korkusu, kalp hastalığı korkusu, cinsel korkular, okul başarısına, arkadaşının öleceğine ilişkin kaygı ve korkuların yanında, tümünde bunaltı hissi gözlenmiştir (aktaran Ollendick ve ark. 1994, Nelles ve Barlow 1988). Joorabchi yeniden değerlendirdiği, 4-17 yaş arası hiperventilasyon sendromu tanısı almış 50 çocuktan, sadece 4 tanesinde kaygı bozukluğundan söz etmiştir. Herman ve arkadaşları (1981) Mayo kliniğinde hiperventilasyon sendromu tanısı konmuş 34 çocuğun 25 yıllık izlemelerini yayınladıklarında, değerlendirilebilen 30 hastadan 12'sinin erişkin dönemde de hiperventilasyon sendromundan yakındığını ve bulguların panik bozukluğu ile benzerlik gösterdiğini bildirmişlerdir (aktaran Nelles ve Barlow 1988). Ancak çalışmalar çok geniş yaş aralıklarında olup, çocuk ve ergen ayrımı yeterince yapılamamaktadır (Ollendick ve ark. 1994).

MİTRAL VALV PROLAPSUSU VE PANİK BOZUKLUĞU

Benzer bulguları taşımanın yanı sıra, bazı çalışmalarda panik bozukluğu ile mitral valv prolapsusunun (MVP) birlikte görülme oranlarının yüksek bulunması, aralarında bağlantı olabileceğini düşündürmüştür. Bu konu erişkinlerde yoğun olarak çalışılmıştır. MVP'nun genel toplumda görülme sıklığı Devereux ve arkadaşları (1976) tarafından % 6 olarak bulunurken, panik bozukluğu ile birlikte görülme oranını Crowe ve arkadaşları (1982) % 45 olarak saptamışlardır (aktaran Bernstein 1990). Çocuklarda bu konudaki çalışmalar kısıtlıdır.

Arkfien ve arkadaşları (1990) 9-14 yaş arasında 813 çocukta yaptıkları çalışmada MVP oranını % 4.2 bulmuşlar, ancak MVP olan ve olmayan çocuklarda kaygı ölçümleri arasında farklılık olmadığını görmüşlerdir. Mazza ve arkadaşları da (1986) MVP olan ve olmayan gruplar arasında panik bozukluğunu araştırmış, iki grup arasın-

da fark saptayamamış, buna karşın MVP olan grupta Zung kaygı puanlarını yüksek olarak bildirmişlerdir.

Bu konuda çalışanların MVP ve panik bozukluğu arasındaki bağlantı konusunda farklı varsayımları vardır. Bir kısmı, panik bozukluğun MVP ile birlikte olan ve olmayan şeklinde iki tipi olduğunu savunurken, bir kısmı da her iki bozukluğun temelinde benzer biyolojik etkenlerin bulunduğunu ve bu nedenle benzer belirtiler gösterdiğini ileri sürmektedirler (Bernstein 1990).

Panik bozukluğunun nedenlerini araştıran çalışmalar genetik çalışmalar ve biyolojik çalışmalar olarak iki bölümde ele alınabilir.

AİLE ÇALIŞMALARI VE GENETİK

Panik bozukluğuyla ilgili yapılan aile çalışmaları birinci derece akrabalarda artmış riski göstermektedir. Çalışmaların sonuçlarına göre bu risk % 15-20 arasındadır ve kadın akrabalarda panik bozukluğu riski % 50'ye kadar çıkabilmektedir (Marks 1986, Crowe ve ark 1983).

Bu konuda DSM III-R ölçütlerini kullanarak yapılan bir ikiz çalışmasında (Torgersen 1983) aynı cinsten 29 monozigot erişkin ikizde panik bozukluğunun oranları dizigotlara göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Monozigotlardaki panik bozukluğu ya da agorafobi ile birlikte panik bozukluğu eş hastalanımı % 31 iken, dizigotlarda % 0 olarak saptanmıştır. Slater ve Shilds ise 17 monozigotun 7'sinde (% 41), 28 dizigotun 1'inde (% 4) panik bozukluğu eş hastalanımı bulmuşlardır (aktaran Crowe 1984).

Livingston ve arkadaşları (1985) kaygı bozukluğu olan çocukların aileleri ile, depresif çocukların aileleri arasında yaptıkları karşılaştırmada her iki grubun da benzer aile öyküsüne sahip olduklarını, birinci derece akrabalarda depresyon ve alkolizmin yüksek oranda bulunduğunu görmüşlerdir. Reicler 1988 yılında panik bozukluğu, depresif bozukluğu ve her hangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan üç grup ailenin çocuklarını değerlendirmiştir. Araştırmanın sonucunda panik bozukluğu ve depresif bozukluğu olan ailelerin çocuklarında ayrılık kaygısı riskinin artmış olduğunu bulmuşlardır (aktaran Black ve Robbins 1990).

Panik bozukluğu konusunda yapılan ikiz çalışmaları yetersizdir. Çevresel etkilerin değerlendirilebilmesi için gerekli olan evlat edinmeyle ilgili çalışmalar yoktur. Yapılan tüm çalışmalar gene-

tik geçişi düşündürmüştü, ancak panik bozukluğa özgü bir geçiş gösterilememiştir. Ayrıca bu çalışmalar panik bozukluğun depresyon, diğer kaygı bozuklukları ve alkolizmle birlikteliğini göstermektedir (Weissman 1988, Crowe 1984).

BİYOLOJİK ÇALIŞMALAR

Erişkinlerde panik bozukluğun biyolojik temellerini belirlemek üzere bir çok çalışma yapılmıştır. Çocukluk çağında buna benzer çalışmalar çok azdır. Laktat infizyonu, izoproterenol ve norepinefrin verilmesi, karbondioksit inhalasyonu, yohimbin ve kafein alınımı, insülin ile hipoglisemi oluşturulması ve naloksanla opioid blokları laboratuvar koşullarında panik benzeri durumlar oluşturmaktadır (Teicher 1988, Moreau ve Weissman 1992). Panik bozukluğunda biyokimyasal değişimler, katekolamin düzeyleri ve PET çalışmaları da yapılmıştır. PET çalışmalarında parahipokampal bölgede kan akımında asimetrik dağılım görülmüştür (Reiman ve ark. 1986). Çocuklarda az sayıdaki çalışmalardan birisinde 7-17 yaş arası panik bozukluğu olan 39 ailenin çocuğunda; MVP, aşırı egzersizden sonra laktat düzeyi, 24 saatlik idrarda katekolamin düzeyleri ve trombosit monooksidaz aktiviteleri değerlendirilmiştir. Artmış monooksidaz aktivitesi eğilimi ve yüksek katekolamin düzeyleri bulunmasına karşın, panik bozukluğu olan ailelerin çocukları ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır (aktaran Moreau ve Weissman 1992).

SONUÇ

Tüm tartışmalara karşın, yapılan çalışmalar panik bozukluğunun ergenlikte sık olduğunu, çocuklarda da daha az olmakla birlikte bulunduğunu göstermektedir. Ayrıca hem çocuklarda hem de ergenlerde fizyolojik bulgularla birlikte bilişsel bulgular da gözlenebilmektedir (Nelles ve Barlow 1988, Black ve Robbins 1990, Ollendick ve ark. 1994). Çalışma bulgularına karşın kliniklerde panik bozukluğu tanısının çocuklarda az konulmasını açıklamak üzere üç ayrı görüş ileri sürülmüştür (Black ve Robbins 1990).

- a) Geriye dönük çalışmalar güvenilir değildir ve panik bozukluğu puberteye kadar görülmez.
- b) Puberte öncesi olgular kliniğe gelmez ya da yanlış tanı alırlar.
- c) Puberte öncesi panik bozukluğun yapısında farklılıklar vardır.

Bu nedenle çocuklarda görülen panik bozukluğu erişkinlerde görülenden farklıdır. Çalışma so-

nuçları b ve c şıklarının daha geçerli olduğunu düşündürmektedir.

Ülkemizde de çocukluk dönemindeki bir çok tanı grubunda olduğu gibi panik bozukluğunun kliniklerde görülme oranında son yıllarda artış gözlenmektedir. Bu artış, genel olarak kliniklere başvuruların artmasına bağlanabileceği gibi, bozukluğun daha iyi tanınmasına ve çocuklarda ayrı bir tanı grubu olarak ele alınabileceğinin düşünülmeğe başlanmasına da bağlı olabilir. Ancak yine de çocuk ve ergenlerde görülen panik bozukluğunun yapısının, oluş nedenlerinin, sıklığının ve tedavisinin anlaşılabilmesi için, kontrollü klinik çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

- Allesi NE, Magen J (1988) Panic disorders in psychiatrically hospitalized children. *Am J Psychiatry*, 145(11) : 1450-1452.
- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (Third Edition-revised)*. Washington, DC, s : 234-253.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fourth Edition)*. Washington, DC, s : 110-113.
- Arşken CL, Lachman AS, MC Laren MJ ve ark. (1990) Mitral valve prolapse : Associations with symptoms and anxiety. *Pediatrics*, 85(3) : 311-315.
- Ballenger JC, Carek DJ, Steele JJ ve ark. (1989) Three cases of panic disorder with agoraphobia in children. *Am J Psychiatry*, 146 : 922-924.
- Bernstein GA (1990) Anxiety Disorders. *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents içinde*, BD Garfinkel, GA Carlson, EB Weller (ed). W.B. Saunders Company, USA, s : 64-8.
- Black B, Robbins DR (1990) Panic disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29(1) : 36-44.
- Breier A, Charney DS, Heninger GR (1984) Major depression in patients with agoraphobia and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 41 : 1129-1135.
- Crowe RR (1984) The role of genetics in the etiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 40 : 1065-1069.
- Hayward C, Killen JD, Taylor CB (1985) Panic attacks in young adolescents. *Am J Psychiatry*, 146 : 1061-1062.
- Herman SP, Sticler GB, Lucas AR (1981) Hyperventilation syndrome in children and adolescents : Long-term follow up. *Pediatrics*, 67(2) : 183-187.

- Klein DF, Mannuzza S, Chapman T ve ark. (1992) Child panic revisited. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31 (1) : 112-114.
- Lipschitz A (1988) Diagnosis and classification of anxiety disorders. *Handbook of Anxiety Disorders içinde*, CG Last, M Herson (ed). Pergamon Press Inc., London, 41-65.
- Livingston R, Nugent H, Rader L ve ark. (1985) Family histories of depressed and severely anxious children. *Am J Psychiatry*, 142(12) : 1497-1499.
- Manicavasagar SD (1993) Adults who feared school : Is early separation anxiety specific to the pathogenesis of panic disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 88 : 385-390.
- Marks IM (1986) Genetics of fear and anxiety. *Br J Psychiatry*, 149 : 406-418.
- Mazza PL, Martin D, Spacavento L ve ark. (1986) Prevalence of anxiety disorders in patients with mitral valve prolapse. *Am J Psychiatry*, 143(3) : 349 - 352.
- Moreau D, Weissman MM (1992) Panic disorder in children and adolescents : A review. *Am J Psychiatry*, 149 (10) : 1306-1314.
- Myers JK, Weissman MM, Tisler GL ve ark. (1984) Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Arch Gen Psychiatry*, 41 : 959-967.
- Nelles WB, Barlow DH (1988) Do children panic? *Clinical Psychology Review*, 8 : 359-372.
- Ollendic TH, Mattis SG, King NS (1994) Panic in children and adolescents : A review. *Child Psychol Psychiatr*, 26 (1) : 113-124.
- Reimen EM, Raichle ME, Robin SE ve ark. (1986) The application of positron emission tomography to the study of panic disorder. *Am J Psychiatry*, 143(4) : 469-477.
- Teicher MH (1988) Biology of anxiety. *The Medical Clinics of North America (Anxiety and Depression) içinde*, SH Frazier (ed). W.B. Saunders Company, Philadelphia, s : 791 - 830.
- Torgersen MH (1983) Genetic factors in anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 40 : 1085-1089.
- Von Winter JT, Sticler GB (1984) Panic attack syndrome. *J Pediatrics*, 105 : 661-665.
- Vittello B, Behar D, Wolfson S ve ark. (1990) Diagnosis of panic disorder in prepubertal children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29(5) : 782-784.
- Weissman MM (1988) The epidemiology of panic disorder and agoraphobia. *Review of Psychiatry içinde*, AJ Frances, RE Heles (ed). American Psychiatry Press. Inc, USA, s : 54
- Whitaker A, Johnson J, Shaffe D ve ark. (1990) Uncommon troubles in young people : prevalence estimates of selected psychiatric disorder in a non referred adolescent population. *Arch Gen Psychiatry*, 47 : 487-496.

ÇOCUK VE ERGENLERDE BİLİŞSEL TERAPİLER

M. Hakan Türkçapar*, Mehmet Z. Sungur**
Asena Akdemir*

ÖZET

Bilişsel terapiler, psikolojik tedavi yaklaşımları arasında görece olarak yeni olmalarına karşın yetişkinlerin ruhsal sorunlarının tedavisinde klinisyenler tarafından oldukça tutulan ve sık kullanılan yöntemler haline gelmişlerdir. Yetişkin sorunlarının bilişsel-davranışçı yöntemlerle tedavisine ilişkin çok sayıda yayın vardır. Buna karşın bu kaynakların çok azı çocukların sorunlarıyla doğrudan ilgilidir. Bilişsel - davranışçı terapilerin ilkelerinin ve kullanılan tekniklerin çocuk ve ergenlerde de kullanılabilmesi için uygulamada bazı değişiklikler yapılması gereklidir. Bu değişikliklerin en önemlilerinden birisi uygun bilişsel-davranışçı yaklaşım ve uygulamayı seçerken terapiye alınacak çocuğun bilişsel gelişim dönemini göz önünde bulundurmadır.

Anahtar sözcükler : Bilişsel terapi, çocuk, ergenlik

SUMMARY : COGNITIVE THERAPIES WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS

Although cognitive therapy is rather a recent development in psychological treatment approaches, it has already aroused a considerable interest among clinicians. Much has been written about the cognitive-behavioural treatment of adult patients. However only a small part of this literature is concerned with children's problems as some modifications of techniques and principles are necessary for the application these techniques in children and adolescents. One of the main issue is to keep in mind the children's cognitive developmental stage in selecting the appropriate cognitive - behavioural assessment and intervention procedure.

This paper discusses the basic principles and issues that should be considered during the treatment of children and adolescents by cognitive - behavioural means.

Key words : Cognitive therapy, child, adolescence.

BİLİŞSEL PSİKOTERAPİNİN TANIMI

Bilişsel psikoterapiler bilgi işleme modeline dayanır. Bu terapilerin kişilik, psikopatoloji ve tedavi kuramlarında da öncelik, bilişsel süreçlerdedir (Beck ve Rush 1989). Bilişsel terapiler başlığı altında, genellikle Beck'in adıyla birlikte anılan bilişsel terapi (BT), Ellis'in geliştirdiği rasyonel emotif terapi (RET) ve bilişsel - davranışçı terapi (BDT) yer alır. Bilişsel terapinin bu üç şekli kuram ve uygulama yönünden bilişsel süreçlere odaklandığından birbirlerine çok benzerler. Bu nedenle çoğu kere bilişsel terapiler başlığı altında bir arada incelenirler ve bu farklı adlandırmalar bazen birbirlerinin yerine kullanılabilirler (Petti 1991). Biz bu yazıda bu üç ana yaklaşımdan BT ve BDT'yi ele alacağız.

BECK'İN BİLİŞSEL TERAPİSİ

Bilişsel kurama göre insanın duyguları ve davranışları büyük ölçüde bilişsel süreçler tarafından belirlenir. Bilişsel süreçler ise insanın dış dünyayı, çevresinde olup biten olayları, kendi yaşamını ve ilişkilerini yorumlamasını sağlar. Bilişsel yapı bu yapıyla kişinin dış dünyayı gözlemlemekte ve değerlendirmekte kullandığı öznel bir süzgeç benzetilebilir. İnsanın dünyaya bakış tarzını ve yorumlarını belirleyen bilişsel

yapıda yer alan temel sayılı ve inançlar, çarpık ya da işlevsel olarak bozuk olduğunda kişi sorunlar, yaşamaya başlar (Levenson ve Pope 1992). Buna göre insanların yaşadıkları sorunlar geniş ölçüde yanlış sayılılara dayanılması sonucunda gerçek ve gerçekliğin çarpıtılmasına bağlıdır. Yani kişileri rahatsız eden sorunlar aslında olayların ve yaşananların kendisinden değil, bunların algılanma ve değerlendirilme biçiminden kaynaklanır (Beck 1976). Bilişsel terapi işte bu sorun doğuran anlamlandırma ve yorumlama biçimlerinin yerine daha uyumlu ve duruma uygun olanları göstermeye çalışır.

Bilişsel terapiler bireyin kendisi ve dış dünyayla ilgili algı ve değerlendirmelerini biçimleyen otomatik düşünceler, şemalar, sayılılar ve inançlar üzerine odaklanır.

Otomatik düşünceler kişinin kendisiyle ilgili ifadeleri ve iç diyaloglarıdır. Bunlar kişi belirli bir durum içine girdiğinde hızla ortaya çıkan düşüncelerdir. Bu düşünceler genellikle akılcı ve sistematik bir çözümlemeden geçmezler (Wright 1988). Normal koşullarda oluşabilirlerse de, özellikle duygusal bozukluklarda görülürler ve duruma ilişkin bilgi ve verilerin işlenmesi sırasında oluşan çeşitli bilişsel yanlış ve çarpıtmalar sonucunda ortaya çıkarlar (Sungur 1993). İşler uygun gitmediğinde "herşey benim hatam", biri tarafından terk edilme durumunda "sonsuz kadar yalnız kalacağım" diye düşünülmesini bu tip otomatik düşüncelere örnek olarak verebiliriz.

* Asis. Dr., SSK Ankara Hastanesi Psikiyatri Kl. Ankara

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

Temel inançlar, tutumlar ve sayılılar birbiriyle bağlantılı şekilde bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilgili kurallarının oluşumunu sağlar. İnançlar, tutumlar ve sayılılar davranışın soyut düzenleyicileridir. Bunların neler olduğu otomatik düşüncelerden bulunabilir. İnançlar, tutumlar ve sayılılar duruma göre kişinin uyumunu bozucu ya da işlevsel açıdan bozuk olabilirler (Shaw ve Segal, 1988). Çocukluk döneminde sık görülen kimi sayılılara örnek verirsek; "eğer insanlar benden hoşlanmazsa bu çok kötü bir durumdur"; "eğer hata yaparsam kötüyümdür"; "herşey benim istediğim şekilde olmalı ve ben her istediğimi almalıyım"; "herşey bana kolay gelmeli"; "dünya iyi bir yer olmalı ve kötü insanlar cezalandırılmalı"; "duygularımı göstermemeliyim"; "yetişkinler mükemmel olmalıdır"; "sadece bir doğru yanıt vardır"; "kazanmak zorundayım"; "hiçbir şey için beklemek zorunda değilim" (DiGiuseppe 1989).

İşlevselliği bozuk bu sayılılar, inançlar ve tutumlar bilgi yapılarını yani şemaları yansıtır. Şemalar bireyin kişisel ve çevresel bilgiyi nasıl düzenleyeceğini belirleyen, onun dış dünya ve kendisiyle ilgili temel varsayımlarını içeren, geçmiş yaşantı ve deneyimler sonucunda oluşmuş bilişsel yapılarıdır (Shaw ve Segal 1988). Yaşamın erken dönemlerindeki kişisel deneyimler ve çevredeki önemli insanlarla yapılan özdeşimlerle oluşan şemalar, yaşamın daha ileri yıllarındaki benzer deneyimler ve öğrenmelerle pekişir. Kalıcı bilişsel yapılar olan bu şemalar bazen sorunla başa çıkma düzeneği olarak olumlu olabilecekleri gibi, bazen de işlevsellikten uzak ve dolayısıyla olumsuz olabilirler. Kişilik denilen duygusal ve davranışsal örüntüler yaşamla ve kendilikle ilgili bu tür şemalardan oluşur (Beck ve Weishaar 1989).

Bilişsel terapilerde bireylerin şemalarına kadar inebilmek ancak otomatik düşüncelerin terapist tarafından yakalanması ve hastaya gösterilebilmesiyle sağlanır (Sungur 1993). Şemalar bilişsel çarpıtmalar aracılığıyla kalıcılıklarını ve etkinliklerini sağlarlar (Beck ve Weishaar 1989, Shaw ve Segal 1988). Bu bilişsel çarpıtmalardan en sık görülenleri şunlardır :

1. Keyfi çıkarsama : Herhangi bir kanıt olmaksızın ya da aksine kanıt olmasına karşın kişinin belli bir sonuç çıkarması. Örneğin böyle bir çarpıtmayla karşındaki kişinin olumlu ve destekleyici sözlerini ilgilenme yerine acıma belirtisi olarak görme.

2. Seçici odaklama : Belli bir ortamın ya da bağlamın yalnızca olumsuz yönlerine odaklanma; ilgili bilgileri ve bağlamı dikkate almaksızın bir durumu kavramlaştırma. Örneğin depresyonda kişi içinde bulunduğu durum ya da yaşadığı deneyimlerin yalnızca olumsuz ve kötü yanlarına odaklanır (Sungur 1993).

3. Aşırı genelleme : Kişinin bir ya da birkaç olaya bağlı olarak tüm durumları kapsayan sonuçlar çıkarması. Örneğin eşi tarafından terkedilen birisinin "benimle hiç kimse ilgilenmeyecek ve sevmeyecek" sonucuna varması gibi.

4. Küçümseme ya da büyütme : Birşeyi olduğundan çok büyük ya da çok küçük görme. Örneğin depresyonda, kişi başardığı işleri küçümser ve değersizleştirirken, yanlışlarını ya da yanlış olarak değerlendirdiği davranışlarını abartır (Sungur 1993).

5. Hep ya da hiç biçimde düşünme : Her türlü deneyim ve yaşantının iki uç bağlamında değerlendirilmesi söz konusudur. Bir şey ya tam olmuştur ya da yoktur; bu iki uç arasında yer alan noktalar görülmez.

6. Kişiselleştirme : Kişinin kendisiyle ilgili olmayan ya da çok az ilgili olan bir olayı kendisiyle bağlantılı görmesi ve olayın olumsuz sonuçlarından kendisini sorumlu tutmasıdır (Sungur 1993).

Beck'in bilişsel kuramı özetle, kişinin farkında olmadığı sessiz biçimde duran şemaların yaşanan olaylarla etkinleştiğini ve böylelikle yaşanan olayla ilgili algılama ve anlam çıkarma yetilerinde şemalarla bağlantılı bir bozukluğun ortaya çıktığını varsayar. Buna bağlı olarak da kişi durumla ilgili verileri çarpıtılmış bir biçimde yanlış olarak işler ve ruhsal rahatsızlık ortaya çıkar. Bir başka deyişle çeşitli psikopatolojik durumlarda aynen genetik bir yatkınlık gibi bilişsel bir yatkınlıktan da söz edilebilir.

Bu tür yatkınlığı olan kişiler temel varsayımlarını çağrıştıran ya da destekleyen yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında diğerlerine oranla daha kolay rahatsızlanabilmektedirler (Sungur 1993).

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ (BDT)

Davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar her geçen gün daha çok yakınlaşmakta ve günümüzde çoğu kez bu iki yaklaşım birleştirilerek bilişsel-davranışçı terapiler (BDT) olarak anılmaktadır (Sungur 1994a). BDT 1960'ların sonlarındaki davranışçı terapi hareketi ve psikolojideki biliş-

sel modelin giderek ağırlık kazanmasından sonra çocukların terapisinde de önemli bir yaklaşım haline gelmiştir.

Tedavideki temel amaç değişimi sağlamak ise temel araçlar hedefe ve sorun çözmeye yönelik davranışları arttırmak olmalıdır. Bilişi değiştirmenin en etkili yollarından birisi de performansı değiştirmektir (Sungur 1994b). Terapistle görüşme sırasında elde edilen bilgilerin beceri biçimine dönüştürülmesi amacıyla, hastaların tedavi oturumları arasında gerçekleştirdikleri hedefe yönelik etkinliklere ev ödevi adı verilir. Ev ödevleri etkili davranış terapilerinin hiç değişmeyen temel terapötik öğelerinden biridir (Sungur 1994a). Bilişsel – davranışçı terapilerde bir yandan bilişsel yanlışlar düzeltilirken bir yandan da oluşturulan değişikliğin kalıcı olmasını ve bireyin günlük yaşamına girmesini sağlayan davranışçı teknikler kullanılır. Tedavide hastanın bireysel özelliklerine ve gereksinmelerine uygun olarak zaman zaman bilişsel, zaman zaman davranışçı çoğu kez ise bilişsel–davranışçı yöntemler kullanılır. Hangi tür yaklaşımın daha öne çıkacağını belirlemede, hastanın tedaviye başvurduğu noktada hangi eksikliklerinin yaklaşım yönünden uygun hedefler olacağını değerlendirilmesi önem taşır (Sungur 1994b). Bir başka deyişle rahatsızlığın özelliklerine göre tedavide bazen davranışçı bazen de bilişsel bileşen ağırlık kazanabilir (Hawton ve ark. 1989).

Bu kuramın dayandığı ilkeleri özetle şöyle sıralayabiliriz :

- 1) Kişi çevrenin kendisinden çok onun kendi zihnindeki bilişsel tasarımı yanıtlar.
- 2) Öğrenme çoğunlukla bilişsel işlevler aracılığıyla gerçekleşir.
- 3) Düşünceler, duygular ve davranışlar neden-sonuç ilişkisi içinde. Bunlardan biri diğerinden daha başat değildir.
- 4) Danışanın tutumları, beklentileri ve diğer bilişsel etkinlikleri terapötik girişimlerin planlanmasında ve uygulanmasında temel alınır.
- 5) Bilişsel yaklaşımlar davranışçı kuramlarla bütünleştirilebilir ve bilişsel tedavi yöntemlerini davranışçı tekniklerle birleştirerek daha iyi sonuçlar almak olasıdır.
- 6) Bilişsel davranışçı terapist uyumu bozan bilişsel süreçleri belirleyen bir değerlendirici, işlevselliği bozuk düşünceleri ve onlara eşlik eden duygusal ve davranışsal örüntüleri değiştirmek için çeşitli yeni öğrenme deneyleri düzenleyen bir eğitici ve danışman olarak çalışır (Kendall 1992).

BDT öncelikle başvuruya neden olan sorunu çözmeyi hedefler. Esas olan "hedef uyumsuz davranışın" değiştirilmesidir. Ancak "hedef uyumsuz davranış" klasik tıpta "belirti (semptom)" olarak adlandırıldan farklı bir anlam taşır (Sungur 1994b). Kişilik bozuklukları gibi daha ayrıntılı yaklaşım gerektiren durumlarda ise kişiliği oluşturan şemaları ortaya çıkararak daha köklü değişimler gerçekleştirmeye çalışır.

ÇOCUKLARDA VE ERGENLERDE BİLİŞSEL TERAPİ

Son yıllarda bilişsel psikoterapinin yetişkinlerde kullanımı oldukça yaygınlaşmış olmasına karşın bu yaklaşımın çocuk ve ergenlerin tedavisinde kullanımı oldukça yenidir. Çocuklarla çalışan terapistlerin çoğu tedavide psikodinamik, davranışçı ve aile terapisi gibi yaklaşımları kullanmaktadır. Bu kuramların bakış açısına göre çocuk dışsal etkilerin edilgin bir alıcısıdır. Ancak bilişsel kurama göre bu edilgenlik çoğu kez çocuğun kendi dışındaki insanlara bağımlı olduğu beslenme, temizlik, barınma gibi fiziksel gereksinimler için geçerlidir. Bilişsel kuram, çocuğun kendi duygusal tepkileri üzerine önemli bir kontrolü olmadığı ve ruhsal bozuklukların yalnızca çevresel–sistemik değişkenlerin ya da çeşitli yanlış öğrenmelerin bir sonucu olduğu varsayımına karşı çıkar. Bu gibi etkenler çocuğun ruhsal gelişimini biçimlendirmede önemlidirler. Ancak bilişsel sistem de bu süreçte önemli bir işleve sahiptir. Bunu tedaviye uyarlısak çocuğun davranışı, sistemi (örneğin aileyi) ya da davranışın sonuçlarını değiştirerek düzeltilebileceği gibi, doğrudan ve belki de daha etkili bir şekilde çocuğun bilişlerini (kognisyonlarını) değiştirerek de düzeltilebilir. Son zamanlarda çocuk ve ergenlerde başta dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu depresyon, madde kullanımı, anksiyete bozuklukları, saldırganlık, dürtü kontrol bozuklukları, yeme bozuklukları olmak üzere birçok durumda bilişsel davranışçı terapiler kullanılmaktadır (Duffy ve Spence 1993, Kendall 1993, Singer ve ark. 1992, Nathan 1992, Durlak ve ark. 1991, Botvin ve ark. 1990).

Yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da bilişsel kuram çocuğun rahatsızlık doğuran duygularının geniş ölçüde inançları tarafından belirlendiğini varsayar. Akıcı olmayan çeşitli düşünceler ve gerçeğin çarpıtılması aynen yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da kızgınlık, depresyon ve anksiyete oluşturabilir. Aslında çocukların "çocuk" olduğu için –yani olgunlaşmamış, daha somut, ayrıntısız düşünen ve daha az eğitilmiş oldukları için – yetişkinlere göre çok daha fazla

bilişsel hata yapmaları ve kolay rahatsız olmaları beklenebilir. Kuramsal düzeyde birçok terapist, çocuğun düşünce özelliklerini değiştirerek düzelmenin sağlanabileceği konusunda kuşku duysa bile, düşüncelerin duygulara yol açabileceği çikarsamasını kabul etmektedir.

Piaget'in bilişsel gelişim aşamalarına göre çocuk 7-8 yaş civarında somut işlemler aşamasına girer. Ergenlik döneminde ise bir sonraki ve zihinsel gelişimin son aşaması olan soyut (formel) işlemler dönemine girilir. Ancak bazı kişiler soyut işlemler düzeyine geçemez ve yetişkin dönemlerinde somut işlemler aşamasında kalabilir. Bilişsel terapi somut düşünce döneminde kalmış bu grup yetişkinlere de uygulanabilmektedir. Buradan çocukların çoğunun somut düşünce aşamasına gelmişlerse bilişsel tartışmadan faydalanabilmek ve katılabilmek için gerekli mantıksal süreçlere sahip olduğu sonucuna ulaşabiliriz. Ancak henüz somut işlemler dönemine ulaşmamış çocukların bilişsel terapinin mantık ve tartışma biçimiyle ilgili güçlükleri olacaktır. Bununla birlikte bu çocuklarda bile kendi kendine yönerge verme veya sosyal beceri eğitimi gibi mantıksal düşünme gerektirmeyen diğer tip bilişsel girişimler kullanılabilir (aktaran Di Giuseppe 1989).

TEDAVİ TEKNİKLERİ VE YÖNTEMLERİ

Bu bölümde öncelikle bilişsel - davranışçı terapi de dahil olmak üzere tüm diğer psikoterapi yöntemlerinde çocuk ve ergenlerle çalışırken dikkat edilmesi gereken özellikleri sıralayacak; ardından da bilişsel terapilerin özgün yöntem ve tekniklerini ele alacağız. Burada anlatılacak yöntem ve teknikler daha çok BT ve BDT ye aittir. Ancak bazı noktalarda ayrışmalar bile bilişsel süreçlere odaklanmaları nedeniyle birbirlerine benzediklerinden RET de kullanılan tekniklerinin bir kısmına da dolaylı olarak değinilecektir.

A) Çocuk ve ergenlerde Bilişsel Terapide dikkat edilmesi gereken ana ilkeler

1. Terapiyle ilgili beklentilerin açığa kavuşturulması :

Çok az çocuk psikoterapinin neyle ilgili olduğunu bilebilir, anlayabilir. Üstelik çoğu psikiyatrye ilgili olumsuz düşünceler ve önyargılara sahip olabilirler. Çocuklar ve ergenler hemen her zaman terapiye bir başkası tarafından getirilirler. Terapiye getirildiklerine göre de ya onları getirenler tarafından rahatsız olarak görülüyorlardır ya da başkalarını rahatsız ediyorlardır.

Çocuk ve ergen için doktora getirilmek düşmanca ya da en azından hoş olmayan bir tutum olarak görülebilir. Eğer bu etkenler göz önüne alınmazsa terapistle olan işbirliği başından itibaren olumsuz etkilenecektir. Bu nedenle çocukla terapi ilişkisinde yapılacak ilk şey çocuğa ne yaptığımızı, kime, nasıl yardım ettiğimizi açıklamak olmalıdır. Başlangıç için çocuğa sorulacak en iyi soru "Buraya getirilme nedenini biliyor ve anlıyor musun?" olabilir. Birçok çocuk buna bilmeyen şekilde yanıt verecektir. Bazıları kontrol için, bazıları diğer insanlar onları deli ya da kötü olarak gördüğü için getirildiğini düşünebilir. Bu nedenle yanlış kavramları ve anlamları yok ederek bu konuda doğru bilgiler vermek gereklidir. Öncelikle yapılan işin sorun çözmeye ve yardım etmeye yönelik olduğu ve bu işi yapan doktorların rolü açıklanmalıdır (Di Giuseppe 1989).

2. Çocuk ve ergenle terapi ilişkisinin kurulması :

Kendini açma ve anlatma psikoterapötik yaklaşım için bir ön gerekliliktir. Danışanın düşünce ve duygularını açabilmesi için onunla çok iyi bir ilişki kurulmuş olması gerekir. Çocuk ve ergenlerle böylesi bir ilişkiyi sağlamak için yalnızca soruna yönelik olmamak; seansa önce oyun ya da konu dışı konuşmalarla başlamak; çocuğa ve ergene karşı daima dürüst olmak; kolay anlaşılır, yerinde ve dikkatli sorular sormak gereklidir. Yetişkinlere göre çocuklar ve ergenler kendilerini daha zor açarlar. Çocuk ve ergenler genellikle kendilerine açık- dürüst olan ve güvenen kişilerle daha iyi sözel ilişki kurarlar. İlişkiyi güçlendirmek için yapılacak ilk şey terapinin öğretmen veya ana babaların isteklerini değil, çocuğun veya ergenin ulaşmayı amaçladığı hedeflere öncelik verdiğini açıklamaktır. Çocuk ve ergenlerin terapistten bekledikleri çoğu kere ana babalarının kızgınlıklarının ve bağırıp çağırma- larının azalması; aile içi kurallarının belirginleşerek yaşamlarındaki rastlantısallığın azalması; yaşantılarıyla ilgili birtakım ödülleri (eve geç gelme, daha fazla izin, video oyunları vb.) gibi pratik ve somut faydalardır (Di Giuseppe 1989). Ergenlerle çalışırken terapist onun davranışlarını kontrol etmeye çalışıyor izlenimini vermeme- lidir. Terapinin amaçlarının ve gidişinin ergenin de katkısıyla belirleneceği vurgulanmalıdır (Petti 1991).

3. Tekniklerin uygulanmasındaki farklılıklar :

BT danışanın işlevsel olmayan düşünceleri ve yanlış değerlendirmeleri yerine daha akılcı (rasyonel) ve işlevsel düşünme yollarının konulmasına çalışıldığı bir süreçtir. Bunun gerçekleştiril-

mesi için öncelikle danışanın düşünce ve davranışlarının olumsuz ve işlevsellikten uzak olduğunu kabul etmesi gerekir. Bu tür düşünce ve davranışların değişiminin yararlı olacağına inanmak ve bunları değiştirmek istemek terapinin ön koşuludur. Oysa çocuklar genellikle davranışları ve düşüncelerinin yaşamları üzerine olumsuz etkileri olduğunun farkında değildirler. Hatta çoğu kez daha farklı bir şekilde davranmanın ve düşünmenin mümkün olabileceğini bilmezler. Örneğin birçok çocuk yoğun korku veya depresyonun belli olaylar karşısında istenir ya da gerekli bir tepki olduğuna inanır. Bu nedenle terapinin ilk aşaması tümüyle çocuğun duygu ve davranışlarını incelemeye ve ona bunların yarattığı olumsuz sonuçları göstermeye yöneliktir. Mantık dışı inanç ve düşünceleri saptayıp, onlarla mücadeleye girişmeden önce çocuğun duygusal durumundaki ya da davranışlarındaki değişikliğin olumlu ve istenebilecek bir şey olduğuna ikna edilmesi gerekir. Özellikle ergenlerle çalışırken bu yapılmadan işlevselliği bozuk düşüncelerin gösterilmeye çalışılması ilişkiyi zedeleyebilir (Petti 1991). Genellikle çocuk ve ergenlerin olaylar karşısındaki duygusal tepkileri ailelerden model alınarak öğrenilir. Birçok ailede ana babalar olaylar karşısında çocuğun sorun yaratan abartılı tepkilerine benzer tepkiler verirler. Böylece çocuk alternatif yanıtları hiç görmemiş ve dolayısıyla öğrenmemiş olur. Terapide amaçlardan biri de uyumu kolaylaştıracak ve daha az sorun yaşanmasını sağlayacak bu alternatiflerin gösterilmesidir.

4. Dil Sorunu :

Bu sorun ergenlerden çok çocuklarla ilişkide kendini gösterir. Çocuğun duygularını ifade edecek zenginlikte bir dil birikimi olmayabilir. Çocukların genel olarak duygusal tepkiler için sınırlı temaları vardır. Duyguları iki kutup halinde kavramlaştırırlar (mutlu-mutsuz; hüzünlü-neşeli gibi). Bu nedenle duygusal sözcükleri ve kavramları kazandırmak için çocukla öncelikle kavramların anlamı üzerinde çalışılması gerekebilir. Bu amaçla çizgi romanlar, resimler, TV kahramanları, öyküler ve benzetmeler kullanılır.

5. Gelişimsel özellikler :

Uygun bilişsel değerlendirme ve yaklaşımın seçimi için çocuk ya da ergenin içinde bulunduğu bilişsel düzeyin iyi saptanması gerekir.

Bilişsel düzeyin en gelişmiş olduğu aşama soyut (formel) işlemler dönemidir (yaklaşık 12 yaş ve yukarı). Piaget yalnızca bu dönemdeki çocukların hipotez kurma ve tümdengelim (genelden özele ulaşabilme) yetisine sahip olduklarını belirtmiştir (aktaran Kaplan ve ark. 1994).

Bu tarz düşünce özelliği işlevsel ve akılcı olmayan (irrasyonel) inançların tartışılabilmesi için gereklidir.

6-11 yaş arasındaki somut işlemler döneminde çocuklar dünyayı ampirik ve tümevarımsal (özelden genel sonuçlar çıkararak) şekilde değerlendirirler. Somut düşünce dönemindeki çocuklara temel kavramlar bazı somut durumların yoğun bir şekilde analizi ile öğretilebilir ve soyut, bütüncül kavramlar çocuğun günlük yaşamıyla bağlantılı somut örnekler verilerek anlaşılır hale getirilebilir (Ronen 1992). Somut örnekler, öğretici benzetmeler ve tanımlamalar bu dönemdeki çocukla iyi bir iletişim kurmak için şarttır.

6 yaşın altında yani mantık öncesi dönem çocuklarıyla görüşürken onların kendileri dışındaki insanların bakış açısını anlamakta ve çok boyutlu düşünmedeki zorluklarının bilincinde olmak gerekir. Bu dönem çocuğu ile kavramsal değerlendirmelerden çok algısal analiz aracılığıyla iletişim kurulabilir. Öyküler, şekiller, resimlerle çocuk daha fazla ve kolay öğrenir.

Gelişim dönemlerine göre bilişsel-davranışçı terapilerin etkinliğini inceleyen bir çalışmada sözü edilen kuramsal çıkarımları dikkate alan şekilde bilişsel gelişim düzeyi ile paralel yürütülen tedavilerin, tedavi etkinliğini arttırdığı ve en iyi sonucun soyut işlemler düzeyine ulaşmış çocuklarda alındığı saptanmıştır (Durlak ve ark. 1991). Bu bulgu ergenlerle bilişsel-davranışçı terapinin çocuklara göre daha başarılı olacağını göstermektedir.

Gelişimsel değişiklikler ruhsal rahatsızlıkların davranışsal, bilişsel ve duygusal ifadelerini etkilerler. Çok küçük çocuklar acı ve engellenmeye çaresizlik duygusu yerine kızgınlık yanıtı veririrken daha büyük çocuklar (6-9 yaş arası) utanç, suçluluk, düşük kendilik değeri, aşırı özeleştiri ve mazokistik davranışlar gösterebilirler. Daha ileri çocuklukta depresif belirtiler kendisini sosyal izolasyon, okulda davranış bozuklukları ve ayrılık anksiyetesi biçiminde gösterebilir. Ergenlik döneminde ise depresyon, yetişkinde görülen tipik bedensel, bilişsel ve ruhsal belirtilerin yanısıra ilaç ve alkol kullanımı, antisosyal davranışlar biçiminde ortaya çıkabilir. Belirtilerdeki ve duygulardaki bu kayma çocuğun ve ergenin dış dünya ile ilgili verileri işlerken kullandığı bilişsel sistemdeki değişikliklere bağlıdır (Trautman ve Rotheram - Borus 1988).

B) Bilişsel terapi yöntem ve teknikleri :

BT'lerin amacı sorun alanlarında daha etkin ve uyumlu cevaplar vermenin yollarının geliştirilmesi, uyumsuz ve uygunsuz davranışların azaltılması ya da yok edilmesidir. Bu süreçte bilişsel terapistin önemli bir rolü vardır.

Bilişsel terapist ve terapinin genel özellikleri :

Bilişsel terapist, etkin, atılgan, yönerge veren, açıklayıcı, karşılık veren ve özerkliği destekleyen bir terapisttir. Terapist başlangıçta bilirkişi olma özelliğini bir yana bırakarak hasta hekim ilişkisinden öteye, insan insana bir ilişki içinde, tüm ilgi ve dikkatini danışanın düşünce, inanç ve yorumlarına odaklar. Terapist bir anlamda bir gözlemci gibidir. Yani hastanın düşünce ve inançlarını herhangi bir yorum katmaksızın anlamaya yönelik bir tutum içinde, durumsal olarak oldukça saf ve bilgisiz bir görüntü vererek tüm verileri ustaca bir araya getirebilmelidir. Ancak böylesi bir tutum içinde hastayla ilgili veriler olabildiğince yansız ve yorumsuz olarak toplanır. Verilerin toplanması ve bir araya getirilmesi yüzeysel olandan derine yani otomatik düşüncelerden şemalara doğru inerek yapılır (Sungur 1994a).

Özellikle çocuk ve ergenlerle çalışırken terapistin etkin tutumu önem kazanır. Terapi seanslarında sessizliğe fazla izin verilmez. Bilişsel terapist olumlu düşünceler, algılar, duygular ve eylemleri arttırmayı amaçlar. Oluşturulacak olumlu ortam hem aile hem de çocuk için değişimin olası olduğuna inanmasına yardım eder.

KT'ye göre biliş, davranış ve duygulanım karşılıklı etkileşim içindedir. Yapılan sorun alanlarında duygular, düşünceler ve davranışların birbiriyle etkileşimini göstermek ve bütüncül değerlendirme yönünde beceri kazandırmaktır (Trautman ve Rotheram - Borus 1988).

Çocuk ve ergenlerle tedavi aile ve çocuğun bağlantılı olduğu diğer kişileri de kapsamak zorundadır. Bilişsel terapi genellikle bireysel terapi biçiminde uygulanır. Ancak çocuğun düşünceleri ve davranışları sosyal bir bağlamda geliştiği ve bundan etkilendiği için çevrenin göz ardı edilmemesi gerekir. Anneler ve çocukların benzer depresif duyguları ve olumsuz anlamlandırma biçimlerini paylaştığı bilinmektedir.

TEDAVİ AŞAMALARI

1. Değerlendirme ve olumlu ortam oluşturulması :

Bireyin biyolojik, ruhsal ve sosyal kaynaklarını; eksikliklerini ve ailenin iletişim biçimini saptama aşamasıdır. Değerlendirme, sorunun saptan-

ması ve tanımlanması; çocuğa mı yoksa çevreye mi daha çok bağlı olduğunun anlaşılması ile başlar. Bazen çocuğun aslında hiçbir sorunu yoktur, sorun olan ailenin çocuğa bakışı ve değerlendirişleridir.

Değerlendirme sırasında terapist çocuğun kendisi ve diğer insanlarla ilgili olayları ve dış dünyayı yanlış değerlendirmesine yol açan işlevselliği bozulmuş algulamaları konularında dikkatli olmalı ve bunları saptayabilmelidir.

Çocuğun kişisel yaşantılarını ele alış biçimi incelenmeksizin yapılacak bir değerlendirme eksik kalmıştır. Çocuk için bu davranışın anlamı nedir? Davranışın yol açtığı sonuçların değeri nedir? Çocuk olaylara ve insanlara ne kadar önem atfetmektedir? Bu değerlendirmeler mantıklı ve işlevsel midir, yoksa abartılı mıdır? (Di Giuseppe 1989).

Bu aşamada çocuk veya ergenin anlattıklarıyla ailenin anlattıkları arasında bir farklılık ortaya çıkabilir. Bu farklılık doğaldır ve tekrarlanan görüşmelerle açıklığa kavuşturulabilir. Ortaya çıkan çelişkileri yok etmek için açık bir yol izlenmelidir. Böyle bir görüşmede ilişkinin niteliği de görülmüş olur. Kim kimin yanında oturuyor, kimin sözü kesiliyor, kim kime bakıyor gibi gözlemler de buna yardımcı olur. Yine ilişki biçimini gözlemek için aileye hayali bir durum önerilerek o durumda kimin ne yapacağı sorulabilir ya da doğrudan görüşme sırasında ailenin karar alması gereken bir ortam oluşturularak bilgi toplanabilir. İlk görüşmenin aileyi ve çocuğu tanıma dışındaki ikinci amacı olumlu bir ortamın ve beklentinin doğrulmasıdır. Bunu sağlamak için "kendiniz ve ailenizle ilgili sorunları anlattınız. Şimdi size başka birşey sormak istiyorum. Kendiniz ve ailenizle ilgili olarak sırayla üç olumlu şey söyleyebilir misiniz?" gibi sorular sorulabilir. Yine her seansta aileye "tam zamanında geldiniz", "sorunuza çok iyi sahip çıkıyorsunuz", "birbirinizle çok ilgilisiniz", "bu söylediğiniz şey bana çok yardımcı oldu" gibi olumlu geri bildirimler verilmelidir (Trautman ve Rotheram - Borus 1988).

2. Sorunların ve sorunla başa çıkma konusundaki güçlerin listesini yapma :

Elde edilen tüm bilgilerin yardımıyla sorunların ve sahip olunan güçlerin listesi yapılmalıdır. Yapılacak sorun listesiyle sanki belirsiz ve karmaşık gibi görünen sorunlar yumağı somutlaştırılarak sanıldığı kadar fazla ve karmaşık olmadığı gösterilmiş olur. Terapist genel ve belirsiz gibi görünen yakınmaları sıklık, yoğunluk, orta-

ya çıkaran koşullar açısından tanımlayarak, bu yakınmaya karşı takınılan tutumları öğrenerek sorunu herkes için açık hale getirir. Genel yakınlıkların özgül, somut ve değiştirilebilir durumlara dönüştürülmesi BDT'nin en güçlü yönüdür. Yine ilk görüşmede sorunların yanı sıra sahip olunan güçlerin üzerinde durulmasıyla çocuğun-gencin sorunları dışında bir yaşamı olduğu da vurgulanmış olur (Trautman ve Rotheram-Borus 1988).

3. Duyguları tanımlamak (Duygu derecelendirmesi) :

Ergenler, özellikle de çocuklar duygularını ve düşüncelerini saptamakta ve tanımlamakta zorlandıklarından yardımcı yöntemlere gereksinim duyarlar. Bir çok ergene davranışlarının nedeni sorulduğunda "bilmiyorum" yanıtı alınır. Bu işbirliğini reddetmeyi gösteren bir tutum olabileceği gibi, bir yandan da gerçekten duygu ve davranışla ilgili karmaşaya işaret eden bir durum olabilir (Trautman ve Rotheram-Borus 1988). Bu konuda Wolpe tarafından geliştirilen "duygu derecesi ve sıkıntının öznel birimleri ölçeği" kullanılabilir. Bu ölçekle duygulara artan şiddetine göre 0 dan 100'e kadar bir değer verilir. 100 hatırlanan en rahatsız edici durum, '0' da en rahat, mutlu ve sorunsuz olunan durumdur. Danışanın buna göre kendi içinde bulunduğu durumu tanımlaması istenir (aktaran Petti 1991).

4. Otomatik düşünceler, amaçlar, alternatif düşünceler ve davranışları saptama :

Bu amaçla Beck'in "İşlevselliği bozulmuş düşünce kaydından" (Dysfunctional thought record) faydalanılır (Shaw ve Segal 1988). Sorunu çözmeye, sorunu sistematik bir şekilde bileşenlerine ayırmakla sağlanır. Sorunun ve eşlik eden duyguların, otomatik düşüncelerin tanımlanması, amaçların belirlenmesi alternatif düşünceler ve davranışların oluşturulması ve sınanması bu aşamada gerçekleşir. Hedef uyumsuz davranışı yaparken çocuğun kafasındaki düşünceler nelerdir? Kendisiyle ilgili bir takım yargıları olmaktadır mı? İmgeleri var mıdır? Sözel olarak davranışı yönlendirmekte midir? Örneğin dürtü kontrolü bozukluğu olan çocukların kendini inhibe edici yönde yönerge vermekte eksiklikleri vardır. Anksiyete ve depresyonda ise sorunlarla baş etmeyle ilgili yeterlilik yönergeleri eksik olabilir (Di Giuseppe 1989). Bu aşamada ortaya çıkan otomatik düşüncelerin geçerliliği sorgulanır ve yerlerine daha uyumlu alternatif düşünceler geliştirilmesi sağlanır. Alternatif düşünce ve davranışları oluşturabilmek sorun çözmek için şarttır.

5. Davranışları ve bilişi değiştirme :

BT'lerde de etkin duygulara göre daha kolay gözlenir ve kaydedilir olduğu için davranışlar ele alınır. Eğer davranışsal alanda bir işbirliği ve ilerleme sağlanırsa ardından sorun oluşturan durumla ilgili düşünce ve inançların incelenmesi hem daha kolay hem de daha başarılı bir şekilde gerçekleştirilebilir. Küçük çocuklarda eşlik eden düşünceleri ortaya çıkarmaya çalışmadan önce duyguların yoğunluğunu tanıma ve açıklama öğretilmelidir.

Kişiler arası sorun çözme becerileri hem bireysel hem de aile seanslarında geliştirilir. Çocuğun kişilerarası sorun çözme becerileri onun duygusal uyumunu gösterdiği için iyi değerlendirilmelidir. Uyumu sağlayabilmek için çocuğun iki sosyal sorun çözme becerisi olmalıdır : 1) Alternatif çözüm düşünme, ya da bir sosyal soruna çeşitli çözümler yaratabilme becerisi 2) Ortaya çıkacak sonuçları düşünebilme ya da öngörebilme yeteneği (Petti 1991). Çocuk ya da ergen kişilerarası bir sorun getirirse önce bunun ayrıntılı bir şekilde tanımlanması yapılır. Daha sonra çocuğun o durumdaki amacı, elde etmek istediği sonuçlar tartışılır. Terapist çocuk ya da ergenle birlikte amaçları ve amaçlara ulaşılacak yolları bulur. Ardından bu amaca yönelik davranışlar seans içinde denenir ve rol provaları yapılır. Çocuğa ya da ergene nasıl daha atılgan olacağı, yaşanabilecek olumsuzluklarla nasıl başa çıkacağı öğretilir. Son olarak durum tekrar değerlendirilerek amaçlara ulaşıp ulaşılamadığına bakılır. Eğer istenen amaçlar gerçekleşmemişse yeni çözüm yöntemleri aranır (Trautman ve Rotheram-Borus 1988).

KDT başlığı altında yer alan çeşitli tedavi modelleri vardır. Bunların özellikleri uygulandıkları hasta grubuna göre bazı değişiklikler gösterir. Bilişsel gelişimsel, bilişsel eğitimsel, bilişsel davranış değişimi gibi çeşitli yaklaşımlar geliştirilmiştir. Örneğin davranışlarını kontrol edemeyen, kendine zarar veren impulsif ve destrüktif çocuklarda kullanılan kendi kendine sözel yönerge eğitimi; hiperaktif, öğrenme güçlüğü olan ve deprese adölesanlarda da kullanılabilir. Bir diğer yaklaşım biçimi olan kişilerarası bilişsel sorun çözme, kişilerin çoğu kez belli bir amaca saplanıp kalarak yeni yöntemleri ve davranışlarının sonuçlarını düşünemedikleri savına dayanır. Bu modelde önce "hayır", "hep", "bazen", "eğer olursa", "aynı" ve "farklı" gibi sözcükler, daha sonra kendisinin ve diğer insanların duygularını tanıma öğretilir. Bunu kişilerarası sorunlarda alternatif çözümler bulma eğitimi izler. Mental retarde, somut düşünen çocuklar, öğrenme sorunu olanlar ya da düşük ortalama

zekalı çocuklar için geliştirilmiş olan kendini idare etme becerisi eğitiminde önce kendi davranışlarını ayarlama eğitimi verilir. Bunu iletişimi geliştirme eğitimi ve kendine yönerge verme eğitimleri izler (Petti 1991).

SONUÇ

Bilişsel terapiler son yıllarda yetişkinlerin psikoterapisinde kazandığı yaygınlığı çocuk ve ergenlerin psikoterapilerinde de sağlamaya çalışmaktadır. Çocuk ve ergenlerin kendilerine özgü bilişsel özellikleri nedeniyle bilişsel terapinin bu gruba uygulanması yetişkinlere göre daha zor gibi görünmektedir. Aslında bu zorluk özellikle çocuklar göz önüne alındığında doğrudan çocukla ilişkiye önem veren tüm psikoterapiler için söz konusudur. Bilişsel psikoterapiler bu zorluğu kullanılan tekniklerin çocuğun gelişimsel dönemine uyarlanması ve aile görüşmeleri yoluyla aşmaya çalışmaktadır. Bu çabaların uygulanmasıyla bilişsel terapiler, çocuk ve ergenlerin psikoterapisinde giderek daha da önem kazanacak gibi gözükmektedir.

KAYNAKLAR

Beck AT, Rush AJ (1989) *Cognitive Therapy. Comprehensive Textbook of Psychiatry/5* HI Kaplan, BJ Sadock (Ed.) Baltimore -Maryland. Williams and Wilkins, 1541-1549

Beck AT, Weishaar M (1989) *Cognitive therapy. Comprehensive handbook of cognitive therapy. A. Freeman, KM Simon, LE Beuther, H Arkowitz (Ed.) New York. Plenum Press, 21-35.*

Beck AT (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders. New York. A Meridian Book, 3-5.*

Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Tortu S, Botvin EM (1990) *Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach : results of 3-year study. J Consult Clin Psychol. 58 : 437-446.*

Di Giuseppe R (1989) *Cognitive therapy with children. Comprehensive handbook of cognitive therapy. A Freeman, KM Simon, LE Beuther, H Arkowitz (Ed.) Plenum Press, New York, 515-532.*

Duffy G, Spence SH (1993) *The effectiveness of cognitive self management as an adjunct to a behavioural intervention for childhood obesity : a research note. J Child Psychol Psychiatry 34 : 1043-1050.*

Durlak JA, Fuhrman T, Lampman C (1991) *Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children : a meta-analysis. Psychol Bull. 110 : 204-214.*

Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM (1989) *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problem-A practical guide. Oxford University Press, Oxford, s. 10-11*

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994) *Jean Piaget. Kaplan and Sadock's : Synopsis of psychiatry 7th Ed. Williams and Wilkins, Baltimore-Maryland, s. 157-161.*

Kendall PC (1992) *Anxiety disorder in Youth : Cognitive-behavioral interventions. Allyn and Bacon, Massachusetts, s.12-13.*

Kendall PC (1993) *Cognitive-behavioral therapies with youth:guiding theory, current status, and emerging developments. J Consult Clin Psychol. 61 : 235-247.*

Levenson H, Pope KS (1992) *Behavior cognitive therapy. Review of general psychiatry. 3 rd Ed. HH Goldman (Ed.) Connecticut. Appleton - Lange, 412-413.*

Nathan WA(1992) *Integrated multimodal therapy of children with attention deficit hiperactivity disorder. Bull Meninger Clin. 56 : 283-312.*

Petti TA (1991) *Cognitive Therapies. Child and adolescents psychiatry : A Comprehensive Textbook. Baltimore-Maryland. Williams and Wilkins, 831-841.*

Ronen T (1992) *Cognitive therapy with young children. Child Psychiatry Human Development 23 : 19-30*

Shaw BF, Segal ZV (1988) *Introduction to cognitive therapy. Review of psychiatry, Vol. 7 AJ Frances, RE Hales (Ed.) Washington DC. American Psychiatric Press, Inc., 538-553.*

Singer LT, Ambuel B, Wade S, Jaffe AC (1992) *Cognitive-behavioral treatment of health-impairing food phobias in children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 31 : 847-852.*

Sungur M Z (1993) *Depresyonun kognitif teorisi. Depresyon Monografıları Serisi 3. E Köroğlu (Yayın Yönetmeni), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.124-127.*

Sungur M Z (1993) *Depresyonda kognitif terapiler. Depresyon Monografı Serisi 10. E. Köroğlu (Yayın Yönetmeni), Ankara Hekimler Yayın Birliği, s. 447-458.*

Sungur M Z (1994b) *Davranış tedavileri. Psikiyatri Bülteni 2 : 109-115.*

Trautman PD, Rotheram - Borus MJ (1988) *Cognitive behavior therapy with children and adolescents. Review of psychiatry. Vol. 7 AJ Frances, RE Hales (Ed.) Washington DC. American Psychiatric Press, Inc., 584-607.*

Wright JH (1988) *Cognitive therapy of depression. Review of psychiatry. Vol. 7 AJ Frances, RE Hales (Ed.) Washington DC. American Psychiatric Press, Inc., 556.*

KLOZAPİN : ÇOCUK VE GENÇLERDEKİ ETKİNLİĞİ VE YAN ETKİLERİ

Fatih Ünal*

ÖZET

Atipik bir antipsikotik olan klozapin şizofreni tanısı almış, tedaviye dirençli erişkinlerin çoğunda etkili bulunmuş ve diğer antipsikotiklerden çok daha az oranda ekstrapiramidal yan etki ortaya çıkarmıştır. Ancak agranülositoz oluşturma riski nedeniyle sadece yakından izlenebilecek tedaviye dirençli hastalarda kullanılabilir. Çocuk ve gençlerde klozapin kullanımına ilişkin veriler yeterli değildir. Bu yazıda çocuk ve gençlerde klozapinin klinik etkinliği ve yan etkileri ile ilgili çalışmalar gözden geçirilmiştir.

Anahtar sözcükler : Klozapin, çocuk, gençlik.

SUMMARY : CLOZAPINE CLINICAL EFFICACY AND SIDE EFFECTS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Clozapine is an atypical antipsychotic which produces a significant improvement in most treatment-resistant adult schizophrenics and shows fewer extrapyramidal side effects than other antipsychotics. However, because of the risk of agranulocytosis, clozapine is used only for closely monitored treatment-resistant patients. There is not sufficient data about the usage of clozapine in children and adolescents. In this paper the clinical efficacy and side effects of this agent in children and adolescent population are reviewed.

Key words : Clozapine, child, adolescence.

GİRİŞ

Klasik antipsikotik ilaçların şizofreni tedavisindeki etkinliği kanıtlanmış olmasına karşın bu ilaçların hastaların % 20'sinde etkisiz kaldığı ve ciddi nörolojik yan etkileri bulunduğu bilinmektedir. Çocuk ve gençlerin bu ilaçlara yanıtlarının erişkinlere göre daha da zayıf olduğu gösterilmiştir (Realmuto ve ark. 1984). Etkili ve daha az ekstrapiramidal yan etkisi bulunan bir antipsikotik ilaç arayışı 1958 yılında klozapinin keşfi ile önemli bir aşama kaydetmiştir (Baldessarini ve Frankenburg 1991). Ancak agranülositoz riskinin anlaşılması ve ölümcül (fatal) seyreden ilk olguların bildirilmesi (Idänpään - Heikkilä ve ark. 1977, Amsler ve ark. 1977) ile birlikte ilacın üretimi sınırlandırılmış ve birçok ülkede yasaklanmıştır. Klozapin Avrupa'da bazı ülkelere kısıtlı olsa da kullanılabilirken ABD'de ancak 1990 yılından sonra üretici firmanın ön gördüğü zorunlu hematolojik kontroller eşliğinde kullanılabilmiştir. Ülkemizde ise klozapin son 2-3 yıldır belirli merkezlerde uygulama alanına girebilmiştir.

Bu yazıda klozapinin farmakolojik özelliklerine kısaca değinildikten sonra çocuk ve gençlerdeki kullanımına ilişkin veriler, elden geldiğince erişkinlerle karşılaştırmalı olarak ele alınacaktır.

FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER

Klozapin biyokimsiyal ve farmakolojik açıdan diğer antipsikotiklerden farklıdır. Heterosiklik

bir bileşim olan klozapin çoğu antipsikotik ilaca göre dopamin D₁, D₂, D₃ ve D₅ reseptörlerine daha zayıf bağlanır. Dopamin D₄ adrenerjik α₁, serotonin 5-HT_{1C}, 5-HT₂, muskarinik ve histamin H₁ reseptörleri üzerinde daha etkili olduğu gösterilmiştir (Coward 1992). Reseptör düzeyindeki bu çeşitlilik klozapini diğer antipsikotiklerden ayırmaktadır. Hem serotonin hem de dopamin sistemleri üzerinde etkili olması, özellikle de dopamin D₄ reseptörlerine kuvvetle bağlanması, klinik profilinin değişikliğini açıklamak için önemli ipuçları olabilir. Klozapinin uzun süreli kullanımında korpus striatumda D₂ reseptör artışı gözlenmemekte (Rupniak ve ark. 1985), kısa süreli kullanımında da D₂ reseptörüne bağlanma oranı diğer antipsikotiklerden daha az olmaktadır (Farde ve ark. 1992). Bu bulgular ekstrapiramidal yan etkilerin ve geç diskinezilerin klozapin ile daha az görüldüğüne ilişkin gözlemleri açıklayabilir. Bu yazının kapsamı dışında kalan "etki mekanizmasına ilişkin varsayımlar", Bunney (1992) tarafından ayrıntılı olarak irdelenmiştir.

Klozapinin gastrointestinal emilimi oldukça hızlıdır. En yüksek plazma düzeyine 1-4 saat (ort. 2 saat) sonra ulaşır. Biyoyararlanım oranı % 50-60 civarındadır. Klozapin karaciğerde metabolize olur, norklozapin ve klozapin-N-oksit şeklinde iki metaboliti vardır. Hem idrar hem de gaita ile atılan bu metabolitlerin farmakolojik etkinliği çok zayıftır. Klozapin için doz ile plazma konsantrasyonu arasında doğrusal ilişki bulunmaz. İlacın yarılanma ömrü de plazma konsan-

* Uzm. Dr. Arş. Gör., Hacettepe Univ. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı Bl., Ankara

trasyonu ile ilişkilidir ve tek dozdan sonra 6 saat, sabit plazma düzeyinde ise 12-16 saat arasında değişir. Hastalar arasında, hatta aynı hastada zamana bağlı olarak plazma düzeyi değişiklik gösterse de Perry ve arkadaşları (1991) iyi klinik yanıt için gerekli en düşük plazma düzeyini ortalama 350 ng/ml olarak belirlemişlerdir. Piscitelli ve arkadaşları (1994) gençler için bu düzeyi ortalama 378.3 ng/ml (77.5 - 1050 ng/ml) olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada plazma klozapin düzeyi ve ilacın oluşturduğu klinik yanıt arasında doğrusal bir ilişki olduğu da saptanmıştır. Ne yazık ki 11 hasta [Fraizer ve arkadaşlarının (1994) aynı gençlerle ilgili daha önce aktardıkları klinik bilgiler tablo 1'de görülmektedir] ile yapılan bu çalışma dışında ilacın 16 yaşından küçüklerdeki farmakokinetik özelliklerine ilişkin herhangi bir veri bulunmamaktadır. Ancak bu yaş grubunda klinik yanıt oluşturduğu belirtilen (yüksek) doz aralığı (bkz. tablo 1) ve genel olarak çocuklardaki psikotrop ilaç kullanımına ilişkin bilgilerimiz; klozapin için erişkinlerden daha hızlı metabolizma düzeyi ve daha hızlı eliminasyon olasılıklarını akla getirmektedir.

KLİNİK KULLANIM

Klozapinin tedaviye dirençli erişkinlerde % 30 - 60 arasında değişen oranlarda düzelmeye sağladığını gösteren kontrollü çalışmalar (Kane ve ark. 1988, Meltzer 1992, Pickar ve ark. 1992), ilacın tekrar gündeme gelmesinde etkili olmuştur. Ancak seyrek görülmesine karşın ölümle sonuçlanabilen hematolojik yan etki riski nedeniyle klozapin henüz yaygın olarak kullanılmamaktadır. Klozapin ile ilgili yazın incelendiğinde ilacın keşfinden bu yana geçen 30 yılı aşkın süre içinde ancak 1500 civarında araştırma yayınlandığı anlaşılmaktadır. Bu çalışmaların yarısından fazlası belki de ilacın ABD'de kullanılmasına yeni izin verilmesi nedeniyle son 5 yıl içinde yapılmıştır. Tüm yayınlar içindeki çocuk ve gençlerle ilgili makalelerin oranının yaklaşık % 0.5 (74 yayın) olması ilgi çekicidir. Son zamanlara kadar 16 yaşından küçük çocuk ve gençlerde klozapin kullanımının erişkinlerden daha da tehlikeli olabileceği düşünüldüğü için, henüz tam olarak sonuçlanmadığı belirtilen kontrollü bir araştırma (Gordon ve ark. 1994) dışında, bu yaş grubuna ilişkin tüm veriler, olgu sunumları ve açık çalışmalar ile sınırlı kalmıştır (Tablo 1). Tabloda yer almayan bu son çalışmada klozapinin çift kör bir araştırma deseninde haloperidol ile karşılaştırılması hedeflenmiştir. Bu çalışmaya

katılan 16 gençten 11'ine ilişkin veriler daha önce yayınlanmıştır (Fraizer ve ark. 1994).

Çocuk ve gençlerde klozapin bu çalışmaların çoğunda gerçekten "tedaviye dirençli" hastalarda kullanılmıştır. İlacın daha çok şizofreni tanısı almış, en az 2-3 değişik antipsikotik ilaç ile uzun süre, bazen yıllarca tedavi edilen ve genellikle bu ilaçlarla pozitif belirtileri bile düzelmeyen hastalara verildiği anlaşılmaktadır. Bir başka kullanım alanının, diğer ilaçları geç diskinezi ve nöroleptik malign sendrom gibi ciddi yan etkiler nedeniyle kullanamayan hastalar olduğu görülmüştür. Ayrıca yaygın gelişimsel bozukluk, şizoaffektif bozukluk, şizofreniform bozukluk, sınır (borderline) kişilik bozukluğu ve bipolar bozukluk tanısı ile izlenen ve tedaviye dirençli birkaç hastada da ilacın kullanıldığı bildirilmiştir. Kullanım alanı olarak erişkinlere göre belirgin bir farklılık gözlenmemektedir. Tedaviye direnç, geç diskinezi ve nöroleptiklere aşırı duyarlılık erişkinlerde de ilaca başlamak için en önemli ölçütler olmuştur (Small ve ark. 1987).

Henüz klozapinin çocuk ve gençlerdeki etkinliği kontrollü çalışmalarla kanıtlanmamış olsa da, gözden geçirilen çalışmalarda aktarılan klinik değişiklikler umut vericidir. Seçilen hastaların hemen hemen hepsini tedaviye dirençli çocuk ve gençlerin oluşturmasına karşın, bunların yarıdan fazlasında klozapin tedavisi ile pozitif belirtilerin giderildiği ve sosyal uyum açısından önemli gelişmelerin olduğu anlaşılmaktadır (Birmaher ve ark. 1992, Blanz ve Schmidt 1993, Levkowitz ve ark. 1994, Fraizer ve ark. 1994).

Klozapin erişkinlerde özellikle şizofrenideki negatif belirtiler üzerindeki etkisiyle ilgi uyandırmıştır. Çocuk ve gençlere ilişkin ayrıntılı klinik bilginin aktarıldığı olgu sunumları incelendiğinde, klozapinin pozitif belirtiler üzerindeki etkisinin daha çok vurgulandığı dikkati çekmiştir. Bunun nedeni çocuk ve gençlerde klozapin tedavisine karar verirken "tedaviye direnç" ölçütünün daha katı ele alınması olabilir. Bir başka deyişle negatif belirtiler klasik antipsikotiklere daha da dirençli olduğundan, uzun süre ve uygun dozda tedaviye yanıt vermeyen pozitif belirtilerin bu yaş grubunda klozapin kullanımı açısından karar vermeyi kolaylaştırdığı düşünülebilir.

Klozapin tedavisini kesin olarak engelleyen etmenler, geçirilmiş kemik iliği hastalıkları ve daha önce klozapin kullanırken beyaz küre sayısının 2000 'in altına düşmesidir (Baldessarini ve Frankenburg 1991). İlk sayımdaki beyaz küre sa-

Tablo 1 : Klozapinin Etkinliği

| Yazar | n | Yaş (ort.) | Tanı* (n) | Süre (ort.) | Doz Mg/gün (ort.) | Düzelme** (BPRS) |
|------------------------------|----|-----------------|------------------------|--------------------|----------------------|--|
| Vetter ve ark. (1991) | 1 | 17 | ŞA | 10 ay | 200-400 | belirgin düzelme |
| Birmaher ve ark. (1992) | 3 | 16-17 | Ş | 6-12 ay | 300-400 | % 67 belirgin düzelme % 33 biraz düzelme |
| Blanz ve Schmidt (1993) | 57 | 10-21 (16.8) | Ş(53) BP(2) O(2) | 1-75 ay (10 ay) | 75-800 (285) | % 67 belirgin düzelme % 21 biraz düzelme % 7 değişmemiş % 5 kötüleşmiş |
| Levkovitch ve ark. (1994) | 13 | 14-17 (16.6) | Ş | (8 ay) | (240) | % 77 belirgin düzelme % 15 biraz düzelme % 8 bırakmış |
| Mozes ve ark. (1994) | 4 | 10-12 | Ş | 6-17 ay | 175-300 | % 50 belirgin düzelme % 50 biraz düzelme (34, 36, 45, 75) |
| Jacobsen ve ark. (1994) | 1 | 13 | Ş | 14 ay | 500 | belirgin düzelme |
| Towbin ve ark. (1994) | 1 | 13 | Ş | 15 ay | 500 | biraz düzelme (53) |
| Fraizer ve ark. (1994) | 11 | 12-17 (14.0) | Ş | 1,5 ay | 125-825 (370) | % 55 belirgin düzelme % 18 biraz düzelme % 9 değişmemiş % 18 kötüleşmiş |
| Sajatovic ve ark. (1994) | 2 | 16 18 | ŞF + MR Ş + MR | 1.5 ay 3 ay | 400 225 | biraz düzelme (45) kötüleşmiş (-5) |
| Fuchs ve ark. (1994) | 1 | 13 | BP+OKB | 2 ay | 250 | belirgin düzelme |

* Ş : Şizofreni, ŞA : Şizoafektif B., BP : Bipolar A.B., ŞF : Şizofreniform B.,
O : Otizm MR : Mental Retardasyon (hafif) OKB : Obsesif Kompulsif B.

** Yazarların belirtiler düzeyinde aktardıkları klinik değişme, Örneğin "belirgin" düzelme ; pozitif belirtilerin gözlenmediğini ve "iyi" sosyal uyumu ifade ediyor.

(BPRS) : Brief Psychiatric Rating Scale (Overal ve Gorham 1962)'deki değişim oranı (%).

Tablo 2 : Klozapinin Yan Etkileri

| Yazar | n | Yaş (ort.) | Tanı* (n) | Yan Etkileri (%) |
|------------------------------------|----|--------------|---|--|
| Braun – Scharm ve Martinius (1991) | 51 | 14–19 | Ş | patolojik EEG (% 46.9) [oran doz ile doğru orantılı artıyor], nöbet (%5.8) |
| Vetter ve ark. (1991) | 1 | 17 | ŞA | benign hipertermi [doz azaltılınca düzelmiş] |
| Amminger ve ark. (1992) | 53 | 13–18 | Ş (27) ŞA (21) BP (2) BL (2) ŞF (1) | karaciğer enzimlerinde yükselme (%37,7), konstipasyon (% 30.2), benign hipertermi (% 13.2), taşikardi (% 13,2), hipotansiyon (% 9.4), lökopeni (% 3.8) [3000/mm ³ , ilaç kesilince düzelmiş] bradikardi (% 1.8) [ilaç kesilince düzelmiş] |
| Birmaher ve ark. (192) | 3 | 16–17 | Ş | lökopeni [3200/mm ³ , ilaç kesilmeden düzelmiş], gündüz uyuklama, hipersalivasyon |
| Blanz ve Schmidt (1993) | 57 | 10–21 (16.8) | Ş (53) BP (2) O (2) | taşikardi (% 65), patolojik EEG (% 55), yorgunluk hissi (% 51), hipersalivasyon (% 35), ortostatik hipotansiyon (% 35), benign hipertermi (% 26), ekstrapiramidal belirtiler (% 16), delirium (% 1.7), nöbet (% 1.7), eritrositopeni (% 1.7) |
| Levkovitch ve ark. (1994) | 13 | 14–17 (16.6) | Ş | yorgunluk hissi (% 30), hipersalivasyon (% 8), hipertermi (% 8), ortostatik hipotansiyon (% 8) [ilaçın kesilmesini gerektirmiş] |
| Mozes ve ark. (1994) | 4 | 10–12 | Ş | gündüz uyuklama (3/4), hipersalivasyon (3/4), patolojik EEG (2/4), OKB benzeri belirtiler (1/4), enürezis nokturna, (1/4), benign hipertermi(1/4) |
| Jacobsen ve ark. (1994) | 1 | 13 | Ş | hipersalivasyon, kilo artışı, enürezis nokturna [doz azaltılmasıyla düzelmiş]. |
| Towbin ve ark. (1994) | 1 | 13 | Ş | hipersalivasyon, sedasyon |
| Fraizer ve ark. (1994) | 11 | 12–17 (14.0) | Ş | hipersalivasyon (% 73), sedasyon (% 64), kilo artışı (% 64), enürezis nokturna (% 55), konstipasyon (% 36), taşikardi (% 27), ortostatik hipotansiyon (% 18), bulantı (% 9), eozinofili (% 9), nöbet (% 9) |
| Fuchs (1994) | 1 | 13 | BP + OKB | sedasyon, sersemlik hissi, hipotansiyon |

* Ş : Şizofreni, ŞA : Şizoafektif B., BP : Bipolar A.B., O : Otizm
BL : Borderline K.B., ŞF : Şizofreniform B., OKB : Obsesif Kompulsif B.

yısının 3500'ün altında olması ve epileptik nöbet öyküsü ilaca başlarken dikkatli olmayı gerektiren bulgulardır (Haller ve Binder 1990).

YAN ETKİLER

Klozapin dopamin D2 reseptörleri üzerinde çok etkili olmaması nedeniyle prolaktin sekresyonunu etkilemediği gibi klasik antipsikotiklere göre daha az ekstrapiramidal yan etki oluşturur (Coward 1992). Tablo 2'de çocuk ve gençlerle yapılan çalışmalarda ortaya çıkan yan etkiler ve hangi sıklıkla görüldükleri özetlenmiştir.

En sık rastlanan yan etkilerin sırasıyla hipersalivasyon, sedasyon, kilo artışı, taşikardi, nokturnal enürezis, konstipasyon ve hipotansiyon olduğu söylenebilir. Bu yan etkiler erişkinlerde de benzer sıklıkla gözlenmiştir (Baldessarini ve Frankenburg 1991). Ancak bunlar arasında kilo artışının gençler için beden imgesi açısından farklı bir yeri olabilir. Gordon ve arkadaşları (1994) sadece aşırı kilo aldığı için ilacı kullanmayı reddeden hastalar bildirmişlerdir. Diğer yan etkilerin genellikle doz ayarlamaları ve özgül yaklaşımlarla ele alınabildiği anlaşılmaktadır. Yan etkilerin ortaya çıkış mekanizmalarına bu yazıda değinilmeyecektir. Bu konu ile ilgili oldukça kapsamlı yayınlar bulunmaktadır (Claas 1989, Krupp ve Barnes 1992, Uluşahin 1992).

Burada daha çok ilacı kesmeyi gerektiren önemli iki yan etki üzerinde durulacaktır. Bunlardan en önemlisi kuşkusuz agranülositozdur. Idänpään - Heikkilä ve arkadaşlarının (1977) agranülositoz sonucu kaybedilen 8 hastayı bildirmesi ile birlikte ilacın üretimi sınırlandırılmış ve birçok ülkede yasaklanmıştır. Üretici firmanın verilerine göre bu güne kadar klozapin kullanan 68016 hastanın 394'ünde agranülositoz gelişmiş (% 0.58) ve bu hastaların 9'u kaybedilmiştir (aktaran Jacobsen ve ark. 1994). Terkelsen ve Grosser (1990) ise agranülositoz riskinin % 1-2 düzeyinde olduğunu bildirmişlerdir. İlacın hematolojik kontroller ile kullanıldığında diğer antipsikotiklerden daha yüksek oranda agranülositoz yapmadığı da öne sürülmüştür (Naber ve Hippus 1990). Çocuk ve gençlerde ölümcül seyreden herhangi bir agranülositoz olgusuna rastlanmamıştır. Sadece iki olguda ilacın kesilmesiyle düzelen lökopeni bildirilmiştir (Amninger ve ark. 1992).

İkinci önemli yan etki ilacın nöbet oluşturmalarıdır. Klozapin kullanan çocuk ve gençlerde EEG, % 47-55 oranında, doz ile doğru orantılı artan şiddette patolojik olarak değerlendirilmiştir (Braun-Scharm ve Martinius 1991, Blanz ve

Schmidt 1993). Aynı oranlar ve "doz-EEG bozukluğu" ilişkisi erişkinler için de geçerlidir (Günther ve ark. 1993). Ancak klozapinin nöbet oluşturmaları, çocuk ve gençlerde erişkinlere göre daha sık bildirilmiştir (Braun - Scharm ve Martinius 1991, Blanz ve Schmidt 1993, Fraizer ve ark. 1994).

SONUÇ

Klozapin şizofreni tanısı almış ve tedaviye dirençli erişkinlerin çoğunda etkili bulunmuştur. Henüz çocuk ve gençlerdeki etkinliği kontrollü çalışmalarla kanıtlanmamış olsa da, ilacın ileride bu yaş grubundaki şizofreni tedavisinde önemli bir rol oynayacağı söylenebilir. Klozapinin çocuk ve gençlerde daha çok şizofreni tanısı almış ve klasik antipsikotiklere dirençli hastalara verildiği anlaşılmaktadır. Ancak, "direnç" kavramının belirsizliği nedeniyle; ilacın kullanım sınırlarının henüz erişkinler için bile kesin olarak ortaya konamadığı unutulmamalıdır. Ayrıca çocuk ve gençlerin genel olarak klasik antipsikotiklere pek iyi yanıt vermemeleri ve dirençli erişkin hastalarda antipsikotiklere ek olarak kullanıldığında başarılı sonuçlar alınan lityum, fluoksetin, benzodiazepin ve antikonvulsanlara (McClellan ve Werry 1994) ilişkin bu yaş grubunda herhangi bir veri olmaması, karar vermeyi güçleştirmektedir. İlacın yaygın olarak kullanılmasını en çok engelleyen etken agranülositoz ve nöbet oluşturma riskidir. Tedaviye alınacak hastaların özenle seçilmesi ve belirli merkezlerde izlenmesi ilacın denetimsizce yaygınlaşmasını önleyebilir, dolayısıyla ciddi yan etkilerin ele alınmasını kolaylaştırabilir. Bu yaş grubunun yan etkiler açısından erişkinlere göre daha fazla risk altında olabileceğine ilişkin herhangi bir veri yoktur. Hematolojik kontrollerin başlamasından sonra çocuk ve gençlerde ölümcül seyreden agranülositoz bildirilmemiştir. Yine de hastaların yakından izlenmesi gerekliliği, ilacın özellikle ülkemiz koşullarında kullanılmasını güçleştirmektedir. Klozapinin çocuk ve gençlerdeki kullanımına ilişkin veriler arttıkça, ilacın bu yaş grubunda da daha güvenli ve yaygın olarak uygulanması gündeme gelebilir.

KAYNAKLAR

Amninger GP, Resch F, Reimitz J ve ark. (1992) Nebenwirkungen von clozapin in der therapie psychotischer zustand bei jugendlichen. *Z Kinder Jugendpsychiat* 20 : 5-11.

Amsler HA, Teerenhovi L, Barth E ve ark. (1977) Agranulocytosis in patients treated with clozapine. A study of the finnish epidemic. *Acta Psychiat Scand* 56 : 241-248.

- Baldessarini RJ, Frankenburg FR (1991) Clozapine a novel antipsychotic agent. *New Eng J Med* 324 : 746-754.
- Birmaher B, Baker R, Kapur S ve ark. (1992) Clozapine for the treatment of adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31 : 160-164.
- Blanz B, Schmidt MH (1993) Clozapine for schizophrenia (mekrup). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32 : 223-224.
- Braun-Scharm H, Martinius J (1991) EEG-veraenderungen und anfaelle unter clozapin-medikation bei schizophrener jugendlichen. *Z Kinder Jugendpsychiat* 19 : 164-169.
- Bunney BJ (1992) Clozapine : A hypothesised mechanism for its unique profile. *Br J Psychiatry* 160 (ek 17) : 17-21.
- Claas FHJ (1989) Drug-induced agranulocytosis : Review of possible mechanisms, and prospects for clozapine studies. *Psychopharmacol* 99 : 113-117.
- Coward DM (1992) General pharmacology of clozapine. *Br J Psychiatry* 160 (ek 17) : 5-11.
- Farde L, Nordström AL, Wiesel FA ve ark. (1992) Positron emission tomographic analysis of central D1 and D2 dopamine receptor occupancy in patients treated with classical neuroleptics and clozapine. *Arch Gen Psychiatry* 49 : 538-544.
- Frazier JA, Gordon CT, McKenna K ve ark. (1994) An open trial of clozapine in 11 adolescents with childhood-onset schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33 : 658-663.
- Fuchs DC (1994) Clozapine treatment of bipolar disorder in a young adolescent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33 : 1299-1302.
- Gordon CT, Frazier JA, McKenna K (1994) Childhood-onset schizophrenia : a NIMH study in progress. *Schizophrenia Bull* 20 : 697-712.
- Günther W, Baghai T, Naber D ve ark. (1993) EEG alterations and seizures during treatment with clozapine. *Pharmacopsychiat* 26 : 69-74.
- Haller E, Binder RL (1990) Clozapine and seizures. *Am J Psychiatry* 147 : 1069-1071.
- Idänpään-Heikkilä J, Alhava E, Olkinuora M ve ark. (1977) Agranulocytosis during treatment with clozapine. *Eur J Clin Pharmacol* 11 : 193-198.
- Jacobsen LK, Walker MC, Edwards JE ve ark. (1994) Clozapine in the treatment of a young adolescent with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33 : 645-650.
- Kane J, Honigfeld G, Singer J ve ark. (1988) Clozapine for the treatment resistant schizophrenic. *Arch Gen Psychiatry* 45 : 789-796.
- Krupp P, Barnes P (1992) Clozapine - associated agranulocytosis : risk and aetiology. *Br J Psychiatry* 160 (ek 1) : 38-40.
- Levkovitch Y, Kaysar N, Kronenberg Y ve ark. (1994) Clozapine for schizophrenia (mekrup). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33 : 431
- McClellan J, Werry J (1994) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33 : 616-635.
- Meltzer HY (1992) Dimensions of outcome with clozapine. *Br J Psychiatry* 160 (ek 17) : 46-53.
- Mozes T, Toren P, Chernauzan N ve ark. (1994) Clozapine treatment in very early onset schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33 : 65-70.
- Naber D, Hippus H (1990) The european experience with use of clozapine. *Hosp Com Psychiat* 41 : 886-890.
- Overall JE, Gorham DR (1962) The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep* 10 : 799-812
- Perry PJ, Miller DD, Arndt SV ve ark. (1991) Clozapine and noreclozapine plasma concentrations and clinical response of treatment-refractory schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 148 : 231-235.
- Pickar D, Owen RR, Litman RE ve ark. (1992) Clinical and biological response to clozapine in patients with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 49 : 345-353.
- Piscitelli SC, Fraizer C, McKenna K ve ark. (1994) Clozapine and haloperidol plasma concentrations in adolescents with childhood-onset schizophrenia : association with response. *J Clin Psychiatry* 55 Ek B : 94-97.
- Realmutto GM, Erickson WD, Yellin AM ve ark. (1984) Clinical comparison of thiothixene and thioridazine in schizophrenic adolescents. *Am J Psychiatry* 141 : 440-442.
- Rupniak NMJ, Hall MD, Mann S ve ark. (1985) Chronic treatment with clozapine, unlike haloperidol, does not induce changes in striatal D2 receptor function in the rat. *Biochem Pharmacol* 34 : 2755-2763
- Sajatovic M, Ramirez LF, Kenny JT ve ark. (1994) The use of clozapine in borderline-intellectual - functioning and mentally retarded schizophrenic patients. *Comprehensive Psychiatry* 35 : 29-33.
- Small JG, Milstein V, Marhenke JD ve ark. (1987) Treatment outcome with clozapine in tardive dyskinesia, neuroleptic sensitivity and treatment-resistant psychosis. *J Clin Psychiatry* 48 : 263-267.
- Terkelsen KG, Grosser RC (1990) Estimating clozapine's cost to the nation. *Hosp Community Psych* 41 : 863-869.
- Towbin K, Dykens EM, Puliese RG (1994) Clozapine for early developmental delays with childhood-onset schizophrenia : protocol and 15-month outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33 : 651-657.
- Uluşahin A (1992) Atipik bir antipsikotik : Klopazin, *Türk Psikiyatri Dergisi* 3 : 43-46.

GÖRÜŞLER

GÖZDEN GEÇİRME YAZILARI ÜZERİNE

Çağımızda hemen her alanda olduğu gibi tıpta da çok hızlı değişiklikler olmakta, yapılan araştırmalarla yeni bilgiler ortaya atılmaktadır. Bu hızlı gelişmeyi hem yakından izleyebilme, hem de sonraki kuşaklara aktarabilmenin en kolay ve etkin yolu ise yazı, dolayısıyla bilimsel yayıncılıktır. Ülkemizde son yıllarda bilimsel yayıncılıkta önemli atılımlar olmuş, çeşitli tıp dallarına özgü pek çok yeni dergi yayın yaşamına girmiştir. Bu açıdan bakıldığında bilimsel yayınlarda nicelik sorununun aşıldığı söylenebilir. Buna koşturarak giden diğer bir sevindirici gelişme ise özellikle son yıllarda bilimsel yayınların nitelikli, anlaşılabilir, dolayısıyla okunabilir olması için daha fazla özen gösterilmesidir.

Gözden geçirme yazıları, belirli bir konuya ilişkin eski ve yeni bilgilerin önemli bir bölümünün, derlenmiş bir sunumunu içermesi yönünden dergi okuyucuları için önemli yazılardır. Yabancı yayınlarda, gözden geçirme yazılarının az sayıda ve konuyla ilgili bilgi birikimi ve deneyimi fazla olan kişilerce yazılıyor olması bu yazılara verilen önemi göstermektedir.

Belirli bir konuda yeni bilgilerin ortaya atılmış olması ya da yazarın kendi yaptığı araştırma, gözlem ve deneyimleriyle farklı sonuçlara varmış olması yazarı gözden geçirme yazısını hazırlamaya yöneltebilir. Gözden geçirme yazısını yazarken öncelikle yazının ne amaçla yazıldığı belirtilmelidir. Bu amacı bilen okuyucu yazıyı daha kolay okuyacaktır.

Gözden geçirme yazıları ile ilgili diğer bir konu; yazının kapsamı, bir başka deyişle yazarın bu yazı ile tam olarak ne anlatmak istediği konusudur. Kapsamın geniş olması örneğin; "Çocuklarda depresyon" gibi geniş kapsamlı bir konunun gözden geçirilmesi iki sakıncayı doğurmaktadır; ya yazı yayınlanamayacak kadar uzun olacak ya da çok yüzeysel bilgiler, üzerinde tartışılmadan aktarılacaktır.

Yazının giriş, amaç, kaynakların gözden geçirilmesi, tartışma ve sonuç bölümlerini içerecek şekilde yapılandırılması, okunabilirliğini arttıracaktır. Amaç bölümünde bu gözden geçirmenin hedefleri belirtildikten sonra yazın bilgileri aktarılırken şu noktalara özen gösterilebilir :

- Diğer gözden geçirme yazılarından ve kaynak kitaplardan (textbook) yapılan alıntılar olabildiğince az olmalı, araştırma yazılarına ağırlık verilmelidir.
- Eski ve yeni çalışmaların önemli bir kısmı gözden geçirilmiş olmalı, yeni kaynakların sayısının daha fazla olması yeğlenmelidir.
- Bilginin kaynağı aktarılırken farklı ya da karışık bulgulardan söz ediliyorsa hangi bulgunun hangi yazara ait olduğu açıkça belirtilmelidir.
- Yalnızca benzer görüşleri öne süren kaynaklardan çok, alternatif görüş ve sonuçların belirtildiği kaynaklara da yer verilmelidir.
- Konunun sınırları dışına taşan ya da yazının amacıyla doğrudan ilgili olmayan bilgilerin aktarılmasından kaçınılmalıdır.
- Gözden geçirilen çalışmalar, arka arkaya dizilmemeli, aktarılan görüşlerin içine serpiştirilmiş dayanak noktaları olarak kullanılmalıdır.

Tartışma ve sonuç bölümleri bir gözden geçirme yazısının en önemli bölümleridir. Burada, yazar konuyla ilgili kendi klinik deneyimlerini, kuramsal birikimini ve görüşlerini kullanarak topladığı verileri yorumlamaya çalışmalıdır. Başlarken yazdığı amacına göndermede bulunmalı ve yaptığı çıkarımlar arasında geleceğe yönelik önerilere yer vermelidir. İçinde yorum, sentez, ileriye yönelik öneri ve sonuç içermeyen bir gözden geçirme yazısı, belirli bir sıra içinde düzenlenmiş bir bilgi derlemesi olmaktan kurtulamaz. Böyle bir yazı ise bir telefon rehberine benzetilebilir.

Sonuç olarak gözden geçirme yazısı, kaynakların arka arkaya sıralandığı "derleme bilgi yığını" izlenimini bırakan bir yazıdan çok, neden yazıldığı belirli olan, okuyucuya yeni birşeyler ka-tan, bilgilendirmenin yanı sıra o konu ile ilgili tartışma ve yorumları da beraberinde getiren bir yazı olmalıdır. Bu tür bir yazıda okuyucu, önemli verilerin akıcı bir dille aktarıldığı, anlaşılır bir sentezi bulmalıdır.

*Dr. Hakan Erman, Dr. Özlem Erman,
Dr. Aykut Özden, Dr. Fatih Ünal*

YENİ YAYINLARDAN ÖZETLER

Doğru, Anlaşılabilir Tıbbi Yayıncılık İçin Öneriler

Anadolu Y, Kanpolat Y (1994). *Doğru, Anlaşılabilir Tıbbi Yayıncılık İçin Öneriler. Tıp Fakültesi Mecmuası (The Journal Of The Faculty Of Medicine) 47 : 3 367 - 392.*

Bu görüş yazısında yazarlar, nitelikli, anlaşılabilir dolayısıyla da okunabilir bilimsel yayın yapmak için bazı önerilerini, yazı yazarken geçilen aşamalar içinde aktarmışlardır. Giriş bölümünde ülkemizde son yıllarda bilimsel yayıncılıkta önemli atılımların olduğunu, nicelik sorununun aşılmış olduğunu ancak, tıbbi yazı sayısı göreceli olarak artsa bile tıbbi okur sayısının o ölçüde artmadığını, bunun en önemli nedeninin ise bilim adamlarının, başkaları okusun, aydınlanсын fikrinden çok, yayın sayısını artırma kaygısıyla yazı yazmaları olduğunu belirtmişlerdir. Çok çeşitli yazım türlerinden biri olan aydınlatıcı yazılar, betimleme, çeviri ve bir konuda bilgi verme amacıyla yazılırlar ve konu ile ilgili tartışma ve yorumları da içerirler. Bu tür yazılar bir ön çalışma - hazırlık çalışması gerektirir. Kaynakların toplanıp okunması aşamasında mutlaka not almanın gerektiği belirtilmektedir. Daha sonra gerçekten ne söylemek istendiğine karar verilmeli ve bu olduğu gibi kağıda geçirilmeli ve son olarak da daha iyi söylemek için çalışılmalıdır. Okumak, düşünmek, yazmak ve yeniden gözden geçirmek yazımda kullanılan dört değişkendir. Bunların her biri diğerlerini etkiler ve birbirine dayanır. Bu yazıda "makalenin revizyonu", "sonuçlandırılması", "kısaltılması" ve "yazı yazarken bloke olmak", başlıkları altında yazarlara, "editörlüğün incelikleri" başlığı altında da editörlere bazı öneriler ve yazarların kişisel görüşleri aktarılmıştır. Son bölümde ise, tıbbi periyodiklere gönderilecek yazının teknik yapısının nasıl olması gerektiği bazı örneklerle açıklanmıştır.

Dr. Özlem Erman

Çocuklarda Duygusal Bozukluklarda Psikanalizin Etkinliği

Target M, Fonagy P (1994). *Efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry, 33 (3) : 361 - 371.*

Bu araştırmada Anna Freud merkezinde 763 çocukta psikanaliz ve psikoterapi dosya taraması yapılarak duygusal bozukluk tanısı alan çocuklarda tedavi sonuçları incelenmiştir. Daha önce aynı yöntem ile yıkıcı davranış bozukluğunda psikanalizin etkinliğini araştıran yazarların bu ikinci araştırmalarında, DSM III-R'ye göre duygusal bozukluk tanı ölçütlerini karşılayan 352 çocuk araştırmaya alınmıştır. Bu çocuklardan 252'si ortalama iki yıl süre ile haftada 4 - 5 kez psikanalitik tedavi görmüş, diğerleri ise haftada 1 - 3 gün psikoterapi ile izlenmiştir.

En az 6 ay süre ile tedavi görenlerin %72'si tedavi sonrası belirgin düzelme gösterirken, %15'i duygusal bozukluk, %24'ü ise herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almışlardır. Duygusal bozukluklar içinde basit fobi tanısı alanlarda en fazla, depresyon tanısı alanlarda en az düzelme görülmüştür. 11 yaşın altındaki çocuklar tedaviye en iyi yanıtı vermişlerdir. Yoğun tedavi (haftada 4 - 5 kez psikanalitik tedavi) yaş ve tedavi süresinden bağımsız olarak daha iyi sonuç vermiştir. Daha ağır bozukluklar (depresyon, aşırı kaygı duyma bozukluğu, davranım bozukluğu ile birlikte duygusal bozukluk) yoğun tedaviden daha çok yarar görmüşlerdir. Bu ağır olguların %50'si psikoterapi ile hiçbir düzelme göstermemişlerdir. Yazarlara göre bu çalışma önemli yöntemsel kısıtlılıkları olmasına karşın, ağır ya da yaygın bozuklukların tedavisinde yoğun analitik tedaviye gereksinim olduğunu göstermesi açısından dikkate değerdir.

Dr. Berna Pehlivan Türk

Çocukluk ve Erişkinlik Dönemi Ruhsal Bozuklukları Arasındaki İlişki

Rutter M (1995). *Relationships between mental disorders in childhood and adulthood. Acta Psychiatr Scand, 91 : 73 - 85.*

Çocukluk ve erişkinlik dönemi ruhsal bozuklukları arasında süre giden ve gitmeyen ilişkileri araştıran bu gözden geçirme yazısı M. Rutter'in aynı konu başlığı altında yazdığı üçüncü gözden geçirme yazısıdır. M. Rutter ilk kez 1972 yılında bu konuyu araştırmış ve yazısını bu ilişkilerin belirsiz olduğunu aktararak bitirmiştir. Aynı konuyu 1984 yılında yeniden gözden geçirdiğinde, birkaç araştırma bulgusunun eklendiğini yine de elde fazla veri olmadığını,

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

fakat en önemli değişikliğin bu konuya ilginin çok artmış olmasında görüldüğünü belirtmiştir. Son on yıl içinde ise bu alanda çok ilerleme olmuş ve araştırmacılar artık uzun dönem izleme çalışmaları ile daha fazla veri toplayabilmeye başlamışlardır. Bu veriler ışığında yazar major depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, obsesyonel durumlar, anoreksiya nervosa, davranım bozukluğu, hiperkinetik bozukluk, otizm, dilin gelişimsel bozuklukları ve şizofreni konularında çocukluk ve erişkinlik dönemi arasındaki ilişkileri gözden geçirmiştir.

Dr. Berna Pehlivanlı

Çocukluk Dönemi Anksiyete Bozukluklarında Psikososyal Etkenler

Messer S, Beidel D (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry, 33 (7) : 975 - 983.

Bu araştırmada çocukluk dönemi anksiyete bozukluklarında psikososyal ve çevresel etkenler incelenmiştir. DSM III-R'ye göre anksiyete bozukluğu tanısı alan çocuklarda aile ortamının algılanışı, ana babada psikiyatrik belirti ve öz yeterlilik arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

İlk aşamada ilkokul 3 - 6. sınıfa devam eden 435 çocuk "Çocuklar İçin Sınav Anksiyetesi Ölçeği" (Test Anxiety Scale for Children) ile sınav anksiyetesi belirtileri yönünden taranmıştır. Bu ölçekten yüksek ve düşük puan alanlara "Çocuklar için Anksiyete Bozukluğu Görüşme Ölçeği" (Anxiety Disorders Interview Schedule for Children) uygulanmış ve bu çocuklar yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey yönünden eşleştirilerek üç gruba ayrılmışlardır (Çocukluk dönemi anksiyete bozukluğu tanısı alanlar, yalnız sınav anksiyetesi olanlar ve normal kontrol grubu).

Çocukluk dönemi anksiyete bozukluğu grubunda olanlarda algılanan öz - yeterlilik diğer gruplara göre daha bozuk bulunmuştur. Bu çocuklar ailelerini daha fazla kontrol eden, bağımsızlıklarını daha fazla engelleyen aileler olarak tanımlanmışlardır. Hem anksiyete grubunda, hem de yalnız sınav anksiyetesi yaşayan gruptaki çocukların babalarında kontrol grubundaki çocukların babalarına göre daha fazla obsesif kompulsiv belirti bulunmuştur. Bu araştırmanın sonuçları daha önceki araştırmaların sonuçları ile uyumludur.

Dr. Berna Pehlivanlı

Çocuk ve Genç Depresyonunda Komorbidite : Görgül, Kuramsal Ve Yöntemsel Konular

Angold A, Costello EJ (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents : Empirical, theoretical, ant methodological issues. Am J Psychiatry, 150 (12) : 1779 - 1791 .

Bu çalışmanın amacı, çocuk ve genç depresyonunda komorbiditeyi incelemektir. Yazıda, dokuz ayrı merkezde yapılmış epidemiyolojik araştırmaların sonuçları sunulmuştur. Toplam 7527 çocuk ve genç standart görüşme yöntemleriyle değerlendirilirken DSM - III ve DSM III - R tanı ölçütleri kullanılmıştır.

Yazarlar komorbidite çalışmalarının gerekliliğine değinirken, komorbid durumun bilinmesinin önemine ilişkin şu nedenler üzerinde durmaktadır : Komorbid durumun bilinmesi, bozukluğa neden olan etyolojik etmenleri belirlemede ve asıl bozukluk ile ilgili durumun daha net anlaşılmasında terapisteye yardımcı olmaktadır; tedavi programının seçimini yönlendirmektedir; bozukluğun gidişinin belirlenmesinde ve sınıflandırma çalışmalarında yol gösterici olmaktadır.

Bu çalışmada depresyona sıkça eşlik eden üç çocuk ve gençlik dönemi psikiyatrik bozukluğunda komorbiditeye bakılmıştır. Bunlar : Davranım bozukluğu ya da karşı gelme bozukluğu, kaygı bozukluğu ve dikkat eksikliği bozukluğudur.

Araştırmada, depresyonun diğer bozukluklarla olan birlikteliği şu oranlarda bulunmuştur : Davranım bozukluğu ya da karşı gelme bozukluğu ile komorbiditenin %21'den %83'e varan oranlarda olduğu gözlenmiştir. Depresyonda olan çocuklarda, depresyonda olmayan çocuklardan 3.6 - 9.5 kere daha yüksek oranda davranım bozukluğu ve karşı gelme bozukluğu saptanmıştır. Dikkat eksikliği bozukluğu ile komorbiditenin de %0 ile %57 oranlarında olduğu görülmüştür.

Bu epidemiyolojik çalışmanın sonucunda depresyonun, davranım bozukluğu ya da karşı gelme bozukluğu ile komorbiditesi oldukça anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yine depresyonun kaygı bozukluğu ile birlikteliğinin oldukça belirgin düzeyde anlamlı olduğu izlenmiştir. Depresyonun, dikkat eksikliği bozukluğu ile komorbiditesinin ise daha düşük düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür.

Dr. İsmail Yavaş

HABERLER

Prof. Dr. Mualla Öztürk Aile Tedavisi Sempozyumu ile Anıldı

20-21 Şubat 1995 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji binasında gerçekleştirilen sempozyumun ilk gününde açılış konuşmalarının ardından 1994 yılı Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Ödülünü kazanan araştırmalar açıklandı. Birinci araştırma 'Otizmde Naltrekson Sağaltımının Davranışsal ve Biyokimyasal Boyutları' (Akkök F, Gökler B, Öktem F, Reid LD, Sucuoğlu B.) diğer araştırma ise 'Çocuk ve Gençlerde N200 ve P300 Bileşenlerinin Nöropsikolojik Eşikleri : Gelişimsel Bir Çalışma' (Zaimoğlu S ve ark.) idi.

Değerli hocamız Prof. Dr. Mualla Öztürk'ü anma konuşmaları ve aile kavramı ile ilgili konferansın ardından Prof. Dr. Orhan Öztürk'ün başkanlığında beş panelistin katılımı ile "Aile Tedavisi : Tarihçe ve Modeller" paneli yapıldı. Doç. Dr. Emine Öztürk Kılıç, aile terapisinin tarihçesini, Yrd. Doç. Dr. Hürol Fışiloğlu yapısal aile tedavisini, Doç. Dr. Ayşe Yalın stratejik aile tedavisini, Doç. Dr. Emel Kayatekin ise sistematik aile tedavisini anlattılar.

İkinci günkü oturumlarda örneklerle aile tedavisi teknikleri sunuldu. İlk oturumda Prof. Dr. Kemal Aydınalp'ın başkanlığında, Doç. Dr. Şahnur Şener psikotik ergenlerin tedavisinde aile terapisinin yerini psikotik bir ergenle yapılan aile tedavisi örneği ile anlattı. İkinci konuşmacı Doç. Dr. M. Zihni Sungur davranışçı sistemik yaklaşımla eşlerin tedavisini ele aldığı konuşmasında, önce kısaca davranışçı tedavilere değindi; daha sonra evlilik terapilerinin amacının eşler arasındaki uyum ve doyumunu artırarak, evlilik ilişkisini iyileştirmek ve eşler arasında ortaya çıkabilecek uyumsuz davranışları azaltmak olduğunu vurguladı. Oturumun son konuşmacısı Doç. Dr. Füsün Çuhadaroğlu entegratif yaklaşımla aile tedavisini sundu. Yapısal modellerle ilgili sınırların değiştirilmesi ve yeni sınırlar oluşturulmasına ilişkin girişimlerin teknik olarak uygulanmasından ve terapinin dört temel evresinden söz etti.

İkinci oturumda Doç. Dr. Emine Öztürk Kılıç, Dr. Hakan Türkçapar ve Dr. Asena Akdemir bir aile görüşmesi örneği sunarak, bu görüşme temelinde aile tedavisi uygulaması ile ilgili kuramsal açıklamalar yaptılar.

Üçüncü oturumda Prof. Dr. Ayşe Yalın, Doç. Dr. Emel Kayatekin ve Uzm. Dr. Runa Uslu bir aile terapisinin ön oturumu, aile ile görüşme ve grup hakkındaki değerlendirmelerin yer aldığı video gösterisi ile aile tedavilerini tartıştılar.

Dördüncü oturum Prof. Dr. Kemal Aydınalp başkanlığında yapıldı. Uzm. Dr. Talat Parman Psikanalitik aile tedavilerini anlatarak çocuk kliniğine "hipoglisemi" tanısı ile gelen bir olgu örneğinde psikanalitik aile yaklaşımına göre ele alınmış bir tedavi süreci sundu. İkinci konuşmacı Prof. Dr. Suna Taneli ise Carl Rogers'in "Direktif ve Nondirektif Aile Terapisi" ile ilgili görüşme tekniklerini karşılaştırarak terapidaki aşamaları ele aldı.

Son konuşmacı Yrd. Doç. Dr. Hürol Fışiloğlu V. Satir'in aile içi algı, iletişim modeline göre aile terapisini bir video gösterisi örneği ile ele alarak tartıştı.

Her yıl Prof. Dr. Mualla Öztürk anısına yapılan bu sempozyum, 1995 yılı için de, yalnızca Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi alanında sınırlı kalmayıp; Erişkin Psikiyatrisi'nden de gelen ilgi ve katılımıyla geleneksel yapısını güçlendirerek bilimsel alanda önemli bir yer tutmayı başarmıştır.

Dr. Selahattin Şenol

V. ULUSAL ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİ KONGRESİ YAPILDI

Bu yıl Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı tarafından düzenlenen V. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi 30 Nisan - 3 Mayıs 1995 tarihleri arasında Ankara'da yapılmıştır. (Kongre süresince "Memleketimden Çocuk Manzaraları" adı altında fotoğraf sergisi açıldı.)

İlk gün, açılış konuşmalarının ardından Polifonik Korolar Derneği Çocuk Korosu tarafından verilen konser sonrasında, Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı 1995 yılı ödülünü alan "Çocuk ve Gençlerde N 200 ve P 300 Bileşenlerinin Nöropsikolojik Eşikleri : Gelişimsel Bir Çalışma" (S. Zaimoğlu, S. Karamürsel, H. Gürvit, T. Özgören, Z. Kurdaş, A. Tumaç, M. Berkem) ve 'Otizmde Naltrekson Sağaltımının Davranışsal ve Biyokimyasal Boyutları' (F. Akkök, B. Gökler,

Çocuk ve Gençlik Ruhu Sağlığı Dergisi : 2(2), 1995

F. Öktem, L.D. Reid, B. Sucuoğlu) adlı çalışmalar araştırmacılar tarafından sunuldu.

Açılış Konferansında, Prof.Dr. Atalay Yörüköğlu "Çocuk Psikiyatrisinin Geleceği" konusunu çok boyutlu bir biçimde gözden geçirerek, Çocuk Psikiyatrisi'nin durumunun dünya çocuklarının genel durumu ile paralel gideceğini, çocuk haklarının uygulanabilmesi ile birçok sorunun çözümlenebileceğini vurguladı.

Aynı gün öğleden sonraki panelde "Ölçekler ve Değerlendirme" konusu ele alındı. Doç. Dr. Neşe Erol, "Davranış Değerlendirme Ölçekleri (Özdeğerlendirme Ölçekleri)", Doç. Dr. Ferhunde Öktem, "Nöropsikolojik Testlerin Uygulanması" ve Yrd. Doç. Dr. Nilhan Sezgin ise, "Klinik Değerlendirmede Testlerin Yeri ve Bir Araç ya da Kaynak Olarak Kullanımı" konularını ele aldı. Panel başkanı Prof. Dr. Işık Savaşır, paneldeki bilgileri özetlediği konuşmasında test sonuçlarının çok çeşitli faktörlerden etkilendiğini, bir kaynaktan bilgi alınmasının yetmeyeceğini, daha çok kaynaktan bilgi alınması gerektiğini vurguladı. Daha sonra iki ayrı salonda serbest bildiriler sunuldu.

Kongrenin ikinci günü Prof. Dr. İsmail Hakkı Ayhan "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Farmakoloji ya da Farmakoterapötik Yaklaşımlar" başlıklı bir konferans sundu. Ülkemizde bu konu üzerinde durulmadığı ve bu nedenle bilgi birikimi yönünden geri kalmış bir alan olduğu belirtildi. "Çocuk ve ergenleri tanı terimleri ile damgalama kaygısı, erken dönemde ilaç kullanmaya karşı gönülsüzlük, bu döneme özgü psikiyatrik bozuklukların yaygınlığının bazı hastalıklar dışında çok iyi belirlenmemesi gibi nedenlerle erişkin psikofarmakolojisinde farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Çocuklarda ilaç tedavileri; belirtiyeye ya da davranışa yönelik bir ek tedavi olarak verilmekte ya da diğer tedavilere yanıt vermeyen olgularda başvurulmaktadır" şeklinde görüşlerini bildiren Prof. Ayhan, Çocuk Psikiyatrisinde bu alandaki araştırma ve kullanımı azlığına dikkat çekti.

Prof. Dr. Leyla Zileli'nin başkanlığını yaptığı panelde "Çeşitli Yönleriyle Kimlik" konusu ele alındı. Prof. Dr. Saynur Canat'ın "Kimlik Statüleri" Prof. Dr. Bahar Gökler'in "Psikanalitik ve Kognitif Yönden Kendilik Gelişimi" Doç. Dr. Ferhan Dereboy'un "Kimliğin İntrojesiyonu, Özdeşim ve Ego Kimliği Basamakları" Doç. Dr. Füsün Çuhadaroğlu'nun "Ericson'un Kuramı ve Olgu Örnekleri" başlıklı konuşmalarının ardından konu tartışıldı.

Aynı gün ayrı salonlarda iki çalışma grubu yapıldı. Prof. Dr. Kemal Aydınalp başkanlığında,

Prof. Dr. Suna Taneli, Prof. Dr. Ayşen Baykara Doç. Dr. Emel Kayatekin, Doç. Dr. Haluk Özbay ve Doç. Dr. Şahnur Şener'in katıldığı "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Tedaviler" adlı çalışma grubunda; Doç. Dr. Şener ilaç tedavilerine ilişkin bilgi aktardı. Grup tedavileri ile ilgili olarak grupta duygu, rol ve dış grup geribildirimleri üzerinde duruldu. Diğer çalışma grubunda "Ailede Şiddet" konusu ele alındı. Prof. Dr. Işık Sayıl'ın başkanlığındaki bu çalışma grubunda Prof. Dr. İpek Gürpınar, Prof. Dr. Cahide Aydın, Prof. Dr. Ayşe Yalın ve Yrd. Doç. Dr. Meral Berkem konuşmacı olarak görev aldılar.

Yine iki salonda sunulan serbest bildirilerin sunulması ve tartışılmasının ardından Kongrenin sosyal programı içinde yer alan Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi'ndeki "Oyuncak Müzesi Gezisi" yapıldı.

Kongrenin üçüncü gününde, Prof. Dr. Turgay Dalkara başkanlığındaki panelde "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Nörobiyoloji" konusu, Uzm. Dr. Murat Rezaki, Sennur Zaimoğlu ve Baybars Veznedaroğlu tarafından aktarıldı. Daha sonraki panelde Prof. Dr. Kalbiye Yalaz'ın başkanlığında "Çocuk Psikiyatrisi ve Çocuk Nörolojisinin Çakışan ve Çelişen Yönleri" konusu, panelistler Prof. Dr. Uğur Karagöl, Yrd. Doç. Dr. Birsan Sonuvar ve Yrd. Doç. Dr. Ayşe Avcı tarafından karşılıklı konsültasyon istenmesi, ortak ele alınan hastalıklar, işbirliği ile ilgili sorunlar ve bununla ilgili kendi uygulamaları bağlamında ele alındı.

Kongrenin dördüncü günü Londra Guy's Hospital, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi bölümünden konuşmacı olarak katılan Prof. Dr. Antony Cox'un "Asperger Sendromu" konulu konferansı ile başladı. Bozuklukla ilgili tarihçe, klinik, tanı, ayırıcı tanı ve tedavilere ilişkin kuramsal bilgi ve kendi çalışmalarından ayrıntılı örnekler aktaran Prof. Dr. Cox öğleden sonraki serbest bildirilere de izleyici olarak katıldı.

Genel Kurul'da sonraki iki yılda kongrenin düzenleneceği ekipler belirlendi. "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Uzmanlık Eğitimi" konusunda "Avrupa Birliği ile Uyum" çerçevesinde hazırlanmakta olan "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Uzmanlık Tüzüğü" taslağı ile ilgili öneri ve tartışmalar başlatıldı. Katılanların genel ilkeler üzerinde anlaştığı tüzük taslağının temel çerçeveleri belirlendi.

Genel olarak kongreye katılım azdı. Ancak kayıt olanların bilimsel olarak ilk günden son dakikalara kadar ciddi bir şekilde kongreyi izledikleri gözlemlendi.

Dr. Selahattin Şenol

ÇOCUK VE ŞİDDET PANELİ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri ABD tarafından 3 Nisan 1995 tarihinde HÜTF Mavi Salonunda "Çocuk ve Şiddet" paneli düzenlenmiştir. Moderatörlüğünü Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu'nun yaptığı panelde HÜTF Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Bahar Gökler çağımızda şiddetin çocuk üzerindeki etkilerinden söz ettiği konuşmasında, değişen değer yargıları ile birlikte konunun aile içinden çıkıp toplumsal, evrensel bir sorun haline geldiğini belirtmiştir. Savaşın çocuk üzerindeki etkileri, çeşitli yaşlarda ortaya çıkan belirtileri ve bu etkinin nasıl azaltılabileceği konusu AÜTF Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Ayşe Yalın tarafından örneklerle tartışılmıştır. HÜ Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Orhan Aydın medyadaki şiddet öğelerinin çocukların saldırgan davranışlarını arttırıp arttırmadığı sorusunu tartışarak, bu konuda yapılmış olan yüz elliye yakın araştırmanın sonuçlarına göre bu soruyu kesin olarak "evet" şeklinde yanıtlamanın mümkün olmadığını, çocuğun içinde yaşadığı çevrenin şiddete karşı tutumunun ortaya çıkabilecek olan etkiyi belirlediğini belirtmiştir. Panelin son konuşmacısı olan AÜ Eğitim Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi, Çocuk İstismarını Önleme Derneği'nin başkanı ve Radyo Televizyon Üst Kurulu üyesi Prof. Dr. Esin Konaç ise düşünceyi yayma, haber verme ve haber alma hak ve özgürlüklerinin demokratik toplumlarda sınırsız olmadığını ancak çeşitli ülkelerde bu konudaki düzenlemelerin farklı olduğunu belirterek, bu konuda yapılan denetlemelerin yeterli olmadığını öncelikle toplumun ve medya çalışanlarının eğitilerek konuya duyarlı hale getirilmesinin gerekliliğini açıklamıştır.

Dr. Özlem Erman

ÇOCUK HAKLARI VE SAĞLIK PANELİ

Hacettepe Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakülteleri ve Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'nin Pediatri Ana Bilim Dalları'nın ortak katılımıyla, üç ayda bir bu üniversitelerden birinin başkanlığında "Ankara Pediatri Klübü" adı altında toplantılar yapılması kararlaştırılmıştır. Bu toplantılardan ilki 25

Nisan 1995 tarihinde Ankara Üniversitesi başkanlığında Gazi Üniversitesi Rektörlük binasında yapılmıştır. Çocuk haftasına rastlayan ve oldukça geniş bir katılımın olduğu bu panelde çocuk hakları, çocuğun sağlık hakları ile birlikte ele alınmıştır. Açılış konuşmasını GÜTF Pediatri ABD Başkanı Prof. Dr. Alev Hasanoğlu'nun yaptığı panelde daha sonra AÜTF Pediatri ABD başkanı Prof. Dr. Şükrü Cın Çocuk Haklarına İlişkin Sözleşme'nin Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından benimsenme ve yürürlüğe girme sürecinde söz etmiştir. HÜTF Pediatri ABD Başkanı Ümran Özalp konuşmasında çocuğun temel sağlık haklarını açıklayıp Türkiye'de her 20 çocuktan birinin öldüğünü belirterek bunun nedenlerini ve önlemenin yollarını tartışmıştır. AÜTF Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalından Prof. Dr. Ayşe Yalın çocukların pek çok yaşam zorluğuyla karşı karşıya olduklarını belirterek bunlardan cinsel istismar ve savaşın çocuk üzerindeki etkileri, ortaya çıkabilecek belirtiler ve etkilenmenin en aza indirilebilmesi için alınabilecek önlemleri aktarmıştır. Çocuk sağlığını etkileyen geleneksel uygulamalar, GÜTF Pediatri ABD öğretim üyesi Doç. Dr. Ufuk Beyazova tarafından, zengin bir görsel sunum eşliğinde, örneklerle tartışılmıştır. Dinleyicilerin de katkılarıyla renklenen panel, geniş bir grup tarafından ilgiyle izlenmiştir.

Dr. Özlem Erman

YENİ BAKIŞ VE YENİLİKLERLE ŞİZOFRENİ SEMPOZYUMU

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD tarafından, 10-11 Mart 1995 tarihleri arasında Antalya Falez Otel'de "Yeni Bakış ve Yeniliklerle Şizofreni" sempozyumu düzenlenmiştir. Şizofreni Etiyolojisi, Şizofrenide Tanı, Şizofreni Sınıflandırılması, Sanat ve Şizofreni, Şizofrenide Tedavi gibi konuların tartışıldığı sempozyumda, AÜTF Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı araştırma görevlisi Uzm Dr. Runa Uslu tarafından Erken Başlangıçlı Şizofreni'nin etyopatogenezi, semptomatolojisi, tanı ve tedavi yöntemlerine ilişkin yeni gelişmeler ve araştırma sonuçları aktarılmıştır.

Dr. Özlem Erman

IV. ULUSLARARASI ADÖLESAN PSİKİYATRİSİ KONGRESİ

1984 yılında kurulmuş olan ISAP (Uluslararası Adolesan Psikiyatrisi Topluluğu) dördüncü uluslararası kongresini Dr. M. Kalogerakis başkanlığında 5 - 9 Temmuz 1995 tarihlerinde Atina'da düzenledi. Ana konusu 'adolesan dönemde travma' olarak belirlenen kongreye, dünyanın çeşitli bölgelerinden, posttravmatik stres bozukluğu konusundaki çalışmalarıyla tanınan B. van der Kolk, J. Garbarino ve R. Pynoos gibi kişiler konuşmacı olarak davet edilmişlerdi. İçeriği daha çok dinamik ve psikanalitik yönelimli olan kongreye Fransa'dan ve İsviçre'den katılan S. Lebovici, Ph. Jemmet, F. Ladame gibi analist - psikiyatristler de stresin ve travmanın adolesan psikopatolojilerindeki yeri ve kimlik oluşumu konularında analitik bilgiler aktardılar. Adolesan psikiyatrisi alanındaki yayınlarıyla iyi tanınan J. Noshpitz, A. Apter gibi araştırmacıların travmanın narsisistik etkileri ve adolesanlardaki kendilerine zarar verici davranışlar ve intiharlar

konusunda önemli sunumlar oldu. Kongre kapsamındaki diğer konular arasında savaşın post-travmatik etkileri, travmanın adolesanlarda görülen çeşitli psikopatolojik durumlarla (histeri, somatizasyon, madde bağımlılığı gibi) ilişkisi, travmaya uğramış adolesanların tedavide ele alınması ve çeşitli tedavi tekniklerinin uygulanımı yer almaktaydı.

Kongre bünyesinde IACAPAP (Uluslararası Çocuk ve Adolesan Psikiyatrisi Derneği), WAIMH (Dünya Bebek Ruh Sağlığı Birliği) ve UNICEF tarafından düzenlenen üç ayrı sempozyumda 'Örselenme ve Yeme Bozuklukları', 'Adolesanlardaki Bozukluklar için Belirleyici Olan Bebeklik Psikopatolojileri' ve Adolesanlar ve Savaş' konuları ele alındı.

ISAP'nin dört yılda bir yapılan uluslararası kongrelerinin bundan sonrakinin Paris'te yapılması kararlaştırıldı.

Dr. Füsun Çuhadaroğlu

TOPLANTI - KONGRE

3- 8 Eylül 1995 21st International Epilepsy Congress, Sidney, Australia.
Başvuru : 21st International Epilepsy Congress, Conference Action Pty. Ltd. PO. Box 1231, North Sidney NSW 2059 Australia.

17-20 Eylül 1995 10th International Congress "Changing Views". European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) Utrecht, The Netherlands.
Başvuru : Escap Congress Office SCEM PO. Box 3003 3502 GA UTRECHT The Netherlands
Fax : 31 - 3455 - 71781

27- 30 Eylül 1995 XXXI. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul.
Başvuru : Doç. Dr. Raşit Tükel Türk Nöropsikiyatri Derneği İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD. 34390 Çapa İstanbul
Tel : (212) 5313556 - 525 Fax : (212) 6312400

17- 22 Ekim 1995 The, 42nd Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, New Orleans Louisiana.
Başvuru : AACAP Meeting Department

23-26 Ekim 1995, 3rd European Symposium On Drug Addiction and Aids, İstanbul.
Başvuru : Birlik Sok. Akyıldız Sitesi No : 24/A D. 17 1. Levent - İstanbul / Türkiye
Tel : 0.212 . 2781018 - 2643770
Fax : 0.212 . 2803961

29 Mart - 2 Nisan 1996, International Psychodrama Conference, Kudüs, İsrail.
Başvuru : P.O. Box 50432 Tel Aviv 61500, Israel
Tel : 972 - 3 - 517 7888 Fax : 972 - 3 - 5174433

9 - 11 Ekim 1996, V. Asya ve Okyanusya Çocuk Nörolojisi Kongresi, İstanbul.
Başvuru : 5. AOCCN Sekreterliği Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Nöroloji Ünitesi Ankara 06100
Tel : (0.312) 3113711 Fax: (0.312) 3106262

Kasım 1996, Birinci Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi, Ankara.
Başvuru : Eğitim Bilimleri Fakültesi 06590 Cebeci Ankara
Tel : (0.312) 3633350 Fax : (0.312) 3636145

30 Ağustos-1 Eylül 1995 "Understanding Youth Suicide : A Meeting of Differing Perspectives"
Başvuru : ISAS International Saminars, PO Box 574, Jerusalem 91004, Israel.
Tel : 972 - 2 - 661356, Fax : 972 - 2666164

7-10 Mart 1996, American Society For Adolescent Psychiatr, California.
Başvuru : Robert Stoltz, ASP- 4330 East, West Highway, suite 1117, Bethesda, Maryland 20814 - USA Tel : 301 - 718 - 6502.
Fax : 310 - 565 - 0989

23-28 Ağustos 1996 World Congress of Psychiatry Madrid, Spain,
Başvuru : Tilea Londres, 17, E - 28028 Madrid, Spain Tel : (34 - I) 3612666 Fax : (34 - I) 3559208

24-27 Kasım 1996, First International Conference on Health and and Culture in Adolescence
Başvuru : Dan Knassim ltd. FOB 1931, Ramta - Gan 52118, Israel.
Tel : 972 - 3 - 6133340 Fax : 972 - 3 - 6133341

2-6 Kasım 1997 Third International Conference on Youth and Disability , Ramada Renaissance Hotel, Jerusalem, Israel
Başvuru : Dan Knassim ltd. POB 1931
Tel : 972 - 3 - 6133340 Fax : 972 - 3 - 6133341

2-6 Ağustos 1998 14th International Congress of IACAPAP Stockholm, Sweden
Başvuru : Stockholm Convention Bureau IACAPAP 1998 Box : 6911 S - 102-39 Stockholm / Sweden Fax : (46) 834 8441