
ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

CILT : 2

SAYI : 3

1995



ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Cilt : 2 Sayı : 3, 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

Uzm. Dr. Aykut Özden

Dr. Berna Pehlivan Türk

Yrd. Doç. Dr. Birsen Sonuvar

Doç. Dr. Şahnur Şener

Uzm. Dr. Fatih Ünal

Uzm. Dr. İsmail Yavaş

DANIŞMA KURULU

Psk. Doç. Dr. Melda Akçakın (Ankara)

Uzm. Dr. Zafer Atasoy (Ankara)

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)

Doç. Dr. Meral Berkem (İstanbul)

Doç. Dr. Ayşen Coşkun (Kocaeli)

Prof. Dr. Aysel Ekşi (İstanbul)

Psk. Doç. Dr. Neşe Erol (Ankara)

Prof. Dr. Ulviye Etaner (İstanbul)

Prof. Dr. Efser Kerimoğlu (Ankara)

Yrd. Doç. Dr. Esin Özatalay (Antalya)

Doç. Dr. Haluk Özbay (Ankara)

Prof. Dr. Teoman Söhmen (Ankara)

Prof. Dr. Suna Taneli (Bursa)

Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın (Ankara)

KAPAK RESMİ

Rushdia Ahmed Omi (Bangladeş)

BASKIYA HAZIRLIK VE BASKI

AYRINTI BASIM YAYIM MATBAACILIK HİZMETLERİ SAN. TİC. LTD. ŞTİ.

Sağlık I. Sok. No : 59/A Kızılay /ANKARA Tel : 433 52 02 - 435 76 72

REKLAM : Reklam koşulları ve diğer ayrıntılar için yayın yönetmeniyle ilişkiye geçilmesi gerekmektedir. Dergide yer alan yazılarda belirtilen görüşlerden yazarlar sorumludur. Yanlıardan kaynak göstererek alıntı yapılabilir.

YAZIŞMA ADRESİ

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

Tel : (0 - 312) 488 71 15 - (312) 318 35 45 /1151

İ Ç İ N D E K İ L E R

Önyazı.....	117
B. Gökler	
48-72 Aylar Arasındaki Çocukların Duygusal İfadeleri Tanımlama ve Algılamalarının Yaş ve Cinsiyete Göre İncelenmesi.....	119
M. Arı, P. Bayhan, E. Üstün, B. Akman, S. Şahin	
Türkiye ve Amerika Birleşik Devletlerinden İki Merkezdeki Davranım Bozukluğu Olgularının Karşılaştırma Çalışması.....	125
A. Özden, Ö. Erman, H. Erman, S. Canat, O. N. Ortaer, U. Ergun, H. Devrimci	
Connors Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Türkçe Uyarlaması - 1.....	131
Ş. Şener, Ç. Dereboy, İ. F. Dereboy, Y. Sertcan	
Enürezis Nokturna'da "Randevu Almanın" Tedavi Edici Rolü.....	142
F. Ünal, B. Pehlivan Türk, Z. B. Baysal, İ. Yavaş, B. Sonuvar	
Ailede Cinsel Sömürü : Bir Olgu Sunumu.....	147
A. Avcı, R. S. Diler	
Çocukluk Çağı Cinsel Kimlik Bozukluğunda Etyolojik Etmenler : Olgu Sunumu.....	152
M.L. Kayaalp	
Ergenlerde Psikiyatrik Görüşmenin Çerçevesi.....	160
T. Parman	
Çocukluk Başlangıçlı Şizofreni : I. Epidemiyoloji, Klinik Belirtiler ve Tanı Sorunu.....	164
R. Uslu, N. Demirelgi	
Bağlanma Kuramı : Psikoterapi için Biyolojik Bir Temel mi?.....	175
A.Z. Atasoy, P. Atasoy	
Görüşler.....	179
Yeni Yayınlardan Özetler.....	180
Kitap Tanıtımı.....	183
Tez Tanıtımı.....	184
Haberler.....	185
Toplantı - Kongre.....	187

Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği

PROF. DR. MUALLA ÖZTÜRK ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ÖDÜLÜ

1996

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

Seçici Kurul :

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

Başvuru Adresi :

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

ÖNYAZI

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, ikinci yılını tamamladı. Bir derginin iki yılını geride bırakması aslında çok uzun bir zaman süreci değil. Ancak tek bir sayı çıkarmak için, yazıların hazırlanması, titizlikle okunarak değerlendirilmesi, dizilmesi, dizildikten sonra yeniden düzeltilmesi ve basılmasını içeren, ince ince ayrıntıların oluşturduğu o emek birikimi dikkate alındığında iki yıl oldukça yoğun bir süreçtir. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi'nin ilkesi bu alanda bilimsel niteliği belli bir düzeyi koruyan yazılar yayınlamak, amacı ise ülkemizde çocuk ve ergen ruh sağlığına ilişkin yapılan araştırmaları, olgu sunumlarını, kapsamlı gözden geçirme yazılarını yayınlamak, yazına kazandırmak, özellikle genç yazarları, yayın yapma yönünde desteklemektir.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları konusunda ülkemizde yayın niteliği taşıyan çalışmaları bütüncül bir yaklaşımla kapsamaya ve okurlara iletmeğe çalışan, alandaki tek dergidir. Gerek ilkesi doğrultusunda amaçlarını gerçekleştirebilmek, gerekse alandaki tek dergi olmanın getirdiği yükümlülükler açısından Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi kendisini, bu alandaki bilimsel iletişimi ulusal ve uluslararası boyutlarda canlı tutmak konusunda sorumlu saymaktadır. Ancak iletişim karşılıklı ilişki içinde yürütülebilecek bir eylemdir. Bu nedenle, dergimiz ulusal boyutlarda bir bilimsel iletişimi ancak okurların katılımı ile gerçekleştirebilecektir. Dergimiz yeterli oranda bir okur sayısına ulaştığında ve yine okurlarının yazıları, önerileri, gerektiğinde eleştirileri, mektupları ile desteklenip, yönlendirildiğinde; ülkemizin farklı yöre ve kurumlarında çocuk ve ergen ruh sağlığı ile ilgili olarak yapılan çeşitli bilimsel çalışmaları örnekleyebildiğinde ancak; işlevini amacına yönelik biçimde yerine getirmiş olacaktır.

Dergi kapsamında etkin bir bilimsel iletişimi sağlayabilmek, farklı kesimlerden, yeni bakış açıları içeren yaklaşımları izleyebilmek, dergimizi olumlu yönde geliştirebilmek için özgün "görüş" bildiren ya da "editöre mektup" niteliği taşıyan yazıların dergimize iletilmesini bekliyoruz. Bu tür yazılar gönderildiğinde, dergide yayınlanarak, ortak yararlanıma açılacaktır.

Belirtilen amaç ve sorumlulukları üstlenen, alandaki tek dergi olmanın getirdiği yükümlülükler nedeniyle dergimizin yayın yaşamındaki bu iki yıl, bizlere uzun bir süreç ve oldukça önemli bir aşama gibi görünmektedir. Aynı nedenlerle, sizlerle birlikte, dergimizi üçüncü yılına taşımak bizlere ayrıca sonsuz bir tad ve onur vermektedir.

Prof. Dr. Bahar Gökler

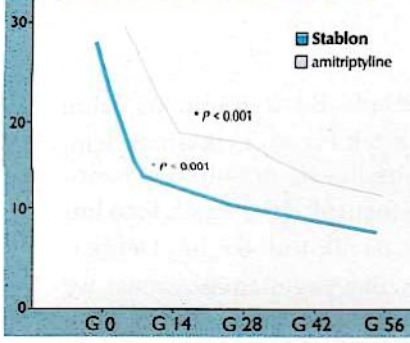
STABLON

tianeptine

günde 3 tablet

ANKSIYOLİTİK ETKİLİ ANTİDEPRESAN

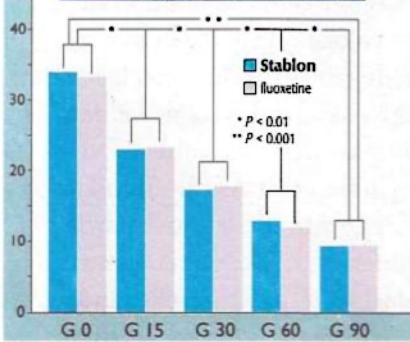
STABLON ve amitriptyline²



Klasik antidepresanlara...

Lôo H, Malka R, et al. Tianeptine and amitriptyline: controlled double-blind trial in depressed alcoholic patients. *Neuropsychobiology*. 1988; 19: 79-85.

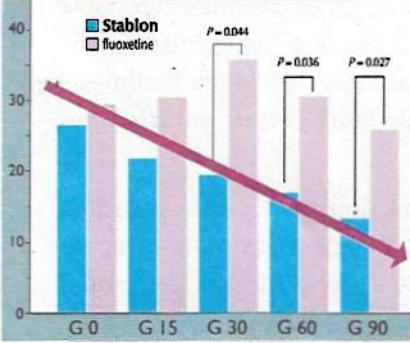
STABLON ve fluoxetine³



...ve yeni kuşak antidepresanlara göre üstün etkinlik...

Alby JM, Ferren M, et al. Efficacité de la tianeptine dans le traitement des dépressions majeures et des dysthymies avec plaintes somatiques Etude comparée versus fluoxetine. *Ann de Psychiatrie*. 1993; 8(2): 136-144.

STABLON ve fluoxetine



...ve anksiyolitik kullanımında belirgin azalma

Alby JM, Ferren M, et al. Efficacité de la tianeptine dans le traitement des dépressions majeures et des dysthymies avec plaintes somatiques Etude comparée versus fluoxetine. *Ann de Psychiatrie*. 1993; 8(2): 136-144.

FORMÜL: Beher tablette Tianeptine'nin sodyum tuzu12.5 mg. **FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLERİ:** Tianeptine bir antidepresandır. Hayvanlar üzerinde gösterildiği üzere tianeptine, -Hipokampusta piramidal hücrelerin spontan aktivitesini artırır, fonksiyonel inhibisyonlarından sonra yeniden aktivasyonlarını hızlandırır. -Hipokampus ve korteks nöronlarında serotoninin geri emilim hızını artırır. İnsanlarda, -duygu durumu üzerinde, seditif ve stimülan kutuplar arasında ortada yer alacak şekilde etki eder, -özellikle, anksiyete ve duyu durumu bozukluklarına bağlı sindirimsel şikayetler ve diğer somatik şikayetler üzerinde etkilidir, -kajilik bozukluklarında ve alkol bağımlılığının nekahat dönemlerinde etkilidir. Tianeptine'ın, -uyku ve uylans, -kardiyovasküler sistem, kolinajik sistem (antikolinajik etki göstermez) üzerinde hiçbir etki yoktur ve toksisizyeye yol açmaz. **ENDİKASYONLARI:** -Nevrotik ve reaksiyonel depresif durumların, -Alkol bağımlılığının anksiyoz-depresif durumlarının tedavisinde etkilidir. **KONTRENDİKASYONLARI:** -15 yaşın altındaki çocuklarda, -MAO inhibitörleri ile kombinasyon kullanımda. **Hastanelerde:** -süt emzirme dönemlerinde kontrendikedir. **UYARILAR/ÖNEMLER:** -Tüm depresif durumlar için geçerli olduğu üzere, muhtemel intihar riskine karşı, özellikle tedavinin başlangıcında dikkatli olunmalıdır. -Genel anestezi alacak hastalarda, anesteziyi uyandırılmalı ve ilaç 24-48 saat öncesinden kağılmalıdır. -Diğer tüm psikiyatrik ilaçlarla birlikte tedavi kullanılmalıdır. **YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER:** -Nadir ve genellikle hafif olmak üzere - mide ve karın ağrıları, ağız kuruluğu, bulantı-kusma, kabızlık, gaz şikayetleri görülebilir. -uykusuzluk, uykuya meyil, kabus, asteni, -taşkırdı, ekstrasistol, göğüs ağrısı, -bağ dönmesi, lipolim, titreme, sıcak basması, -solunum rahatsızlığı, yutma güçlüğü, -kas ağrıları, kumbago gibi etkilerde bildirilmiştir. **ILAÇ ETKİLEŞMELERİ VE DİĞER ETKİLEŞMELER:** MAO inhibitörleri ile beraber kullanılmamalıdır. **KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU:** Önerilen doz sabah, öğle ve akşam yemeklerinde alınmak üzere günde 3 defa 1 tablettir. Kronik alkoliklerde, sızoz olsun veya olmasın herhangi bir dozaj değişikliği gerekmez. Renal yetmezliği olan veya yaşlı hastalarda (70 yaşın üzeri), günlük doz 2 tablete indirilmelidir. **TICARI ŞEKLİ:** Stablon 12.5 mg, 30 draje içeren blister ambajlarda sunulmaktadır. 23 Şubat 1995 tarihli zabıarye Per. Sat. Fla. (KDV dahil) 460.000.-Repete ile satılır.



SERVIER İLAÇ VE ARAŞTIRMA A.Ş.

Jumbo İş Merkezi, Büyükdere Caddeesi 63/A Kat: 5, 80670 Maslak-İstanbul
Tel: (90-212) 295 40 50 Fax: (90-212) 295 40 60 Tlx: (9007) 27900 Siciz 6

48-72 AYLAR ARASINDAKİ ÇOCUKLARIN DUYGUSAL İFADELERİ TANIMLAMA VE ALGILAMALARININ YAŞ VE CİNSİYETE GÖRE İNCELENMESİ

Meziyet Arı*, Pınar Bayhan**, Elif Üstün***,
Berrin Akman***, Semra Şahin****

ÖZET

48-72 aylar arasındaki çocukların duygusal ifadeleri tanımlama ve algılamalarının yaş ve cinsiyetlerine göre incelenmesi amacıyla bu araştırma planlanmıştır. Araştırma verileri, Ankara il merkezindeki Şentepe, İncirli, Akdere Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi ve bu merkezlere kayıtlı olan adreslerdeki çocuklardan elde edilmiştir. 50 kız, 43 erkek olmak üzere toplam 93 çocukla yapılan araştırmada veri toplama yöntemi olarak projektif yöntem kullanılmış olup, veri toplama aracı olarak da çeşitli yüz ifadelerinden oluşan form kullanılmıştır. Araştırmaya alınan çocukların duygusal ifadeleri doğru tanımlanmalarının (üşümüş, korkmuş, mutlu, öfkeli) yaşla arttığı gözlenirken, cinsiyetle bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Üşümüş, korkmuş, mutlu, öfkeli, neşeli gibi duygusal ifadeleri algılamaları ve buna ilişkin verdikleri yanıtlarda ise yaş ve cinsiyete göre belirgin bir farklılık bulunmamıştır. **Anahtar sözcükler** : Yüz ifadeleri, duygular, çocuk.

SUMMARY : DEFINITION AND PERCEPTION OF EMOTIONAL EXPRESSIONS AMONG 48-72 MONTHS OLD CHILDREN

This study is planned for the purpose of examining the definition and perception of emotional expressions according to age and sex among children 48-72 months of age. Data is collected from the children whose addresses are recorded in the Mother and Child Health / Family Planning Centers of Şentepe, İncirli and Akdere all of which are in the province center of Ankara or from the children who visit these centers. The study includes 93 children in total, 50 of which are girls and 43 are boys. For data collection, projective method is used and data is collected through forms which constitute of some special face remarks. It is observed that the correct definitions of the emotional expressions (got chilled, scared, happy angry,) have increased with age among the children included in the study. However, no significant difference is observed between sexes. Besides perceiving the same emotional expressions (got chilled, scared happy, angry, cheerful) and the responses to these expressions, no significant difference is observed according to age and sex.

Key words : Emotions, facial expression, child.

GİRİŞ

İnsanı diğer canlılardan ayıran en önemli öğelerden biri, duygularını dışa vurmada, mimik ve jest gibi yüz ifadeleri, sözel ve davranışsal tepkiler göstermesidir. Bu insanca özellikler bebeklikten itibaren hem içgüdüsel olarak vardır hem de öğrenilerek gelişip serpilmekte ve olgunlaşmaktadır (Turner, 1991).

Yeni doğmuş bebekler ya uyarılmışlık ya da suskunluk gösterirler. Bu bakış açısına göre 6 aydan büyük bebekler sevinç, korku ya da kızgınlık gibi farklı duyguları hem göstermekte hem de algılaya bilmektedirler; daha küçük bebekler ise daha az özelleşmiş olan zevk, rahatlık ve öfke gibi durumlar göstermektedirler. Genelde, duyguların çocuklar büyüdükçe daha farklılaştığına ve daha açıklık kazandığına inanılmaktadır (Craig 1989).

2-6 yaşlar arasında biçimlenen kişisel ve kültürel kimlik duygusuna eşlik eden bir yığın güçlü duygu vardır ki, çocukların bu duyguları kendi kişilik yapılarına entegre etmeyi öğrenmeleri gerekmektedir. Bu duygular için çıkışlar bulmak ve bu çıkışların hem çocukların kendilerince hem de ebeveynlerince kabul edilebilir olmasını sağlamak hiç de kolay değildir. Çocuklar duygularla başa çıkmayı öğrenirken bir çok çözüm yolu bulurlar ama bunu yaparken çelişkiler de yaşayabilmektedirler. Duygusal yaşantının niteliksel yönü olan bu özellikler, çocuğun ayrı bir insan olarak kendisini algılamasında rol oynamaktadır (Harris 1994).

Korku ve endişe aynı duygular değildirler; aralarında ince ama önemli bir ayrım yapılması gerekmektedir. Korkunun genellikle bir kaynağı vardır. Örneğin, çocuklar caddeden hızla geçen arabalardan ya da elektrik süpürgesinin sesinden korkarlar. Bunun aksine, endişenin daha belirsiz ya da genelleşmiş bir kaynağı vardır. Endişeli çocuklar genel olarak bir tedirginlik duygusu içinde yaşayan ama bunun kesin kaynağını bilmeyen çocuklardır. Yeni bir mahalleye

* Prof. Dr. Hacettepe Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Bl., Ankara.
** Doç. Dr. Hacettepe Üniv. Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Bl., Ankara.
*** Yrd. Doç. Dr. Hacettepe Üniv. Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Bl., Ankara.
**** Uzm. Ars. Gör. Hacettepe Üniv. Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Bl., Ankara.

taşınma ya da ebeveynlerin beklentilerindeki bir değişiklik benzeri (örneğin tuvalet eğitimine başlangıç gibi), aslında hiçbir nedeni yokmuş gibi görünen gerilimler dolaylı tedirginlik yaratabilir (Dworetzky 1990). İster çocuk, isterse yetişkin olsun, bu duyguları yaşayan kişiler için korku ve endişe, hoş olmayan psikolojik ve fizyolojik baskılardır. Her ne kadar korku ve endişe hepimizin sakinmaya ve azaltmaya çalıştığı stres dolu duygularsa da, aynı zamanda gelişim için gerekli normal duygusal tepkilerdir (Turner, 1991).

Toplumumuzda çocuklara bir yere kadar kızgınlık, kıskançlık, ve düşmanlık düşünceleri ve davranışlarını göstermek öğretilir. Diğer taraftan, çocuklar bu duyguların bir çok durumlarda kabul edilemez olduğunu da öğrenirler. Bu yüzden ki ne zaman bu duyguları hissedilerse çocuklar tedirgin olacaklar ve büyük olasılıkla bu tedirginliklerini azaltmak için bazı savunma mekanizmalarını kullanacaklardır. Ancak, şunu da belirtmek gerekir, çocuklar eğer savunma mekanizmalarını aşırı şekilde kullanırlarsa (inkar,bastırma gibi) karşı karşıya oldukları durumu öylesine çarpıtırılarak onunla gerçekçi bir şekilde başa çıkmaları gerektiğini hiçbir zaman öğrenemezler.

Bu belirttiğimiz duygulara karşın neşe, sevgi heyecan kendiliğinden oluşan duygulardır. 2-6 yaş çocuklarınca oldukça farklı bir şekilde ele alınırlar. 2 yaş çocukları kızgınlıklarını ifade ederken son derece direkt davranırlar ancak diğer taraftan olumlu duygularını ifade ederken de son derece açıktırlar (kucaklarlar ziplarlar ve heyecanla ellerini çırpırlar). Okul öncesi sosyalleşme döneminde çocuklara yukarıdaki türden açık ifadelerin bir miktar değişmesi gerektiği öğretilir (Crawford ve ark.1992).

Büyüyen çocuğun günlük yaşantı ve deneyleri, algısal duyguların bir bileşimidir. Bebeklik ve çocukluk boyunca duyguların gelişimi, gelişimin diğer yönleriyle sıkı sıkıya bağlantılıdır. Duyguları belirginleştikçe, ayırım ve algı yetenekleri olgunlaştıkça, gelişme basamaklarına tırmandıkça çocuğu duygulandıran olaylar daha geniş bir alan kapsamaktadır (Dworetzky 1990).

Sonuç olarak bebeklik çağının başlangıcında çocuk, duygularını açıklarken amaçsız ve kararsızdır. Büyüdükçe duygularını daha açık ve belirli bir biçimde ortaya koyma yeteneği kazanır.

ARAÇ VE YÖNTEM

48-72 aylık çocukların duygusal ifadeleri tanımlama ve algılamalarının yaşa ve cinsiyete göre

incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın evrenini Ankara il merkezindeki 48-72 aylık çocuklar, araştırmanın örneklemini ise Ankara il merkezindeki 48-72 aylık çocuklardan 50'si kız, 43'ü erkek olmak üzere toplam 93 çocuk oluşturmuştur. Araştırmanın verileri 1994 yılı Mart, Nisan, Mayıs ayları içinde Şentepe, Akdere ve İncirli Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerine gelen çocuklardan ve bu merkezlerle bağlı kayıtlı adreslerdeki ailelerin çocuklarından elde edilmiştir. Araştırmanın veri toplama yöntemi olarak projektif yöntem kullanılmış; çocuklar ilk önce duygusal ifadenin adı söylenip tanımlamaları istenmiştir. Daha sonra yüz ifadelerinin bulunduğu kartlar gösterilerek (üşümüş, korkmuş, mutlu, yalnız, öfkeli, neşeli) yüz ifadelerini nasıl algıladıkları sorulmuştur. Projektif teknikte çocuk verilen araçlarla (resim, yarım kalmış hikayeyi tamamlamak gibi) duygu ve düşüncelerini yansıtmaktadır. Çocuklara ait demografik bilgilerle ilgili bir de form doldurulmuştur. Araştırmaya alınan 48-72 aylık çocukların duygusal ifadeleri tanımlama ve algılamalarının yaşa ve cinsiyete göre incelenmesi ki-kare istatistiksel analizine göre yapılmıştır. Bazı tablolarla 5'den küçük göz sayısının tablo değerlerinin % 20'sinden fazla olması dolayısıyla ki-kare istatistiksel analizi yapılamamıştır.

Araştırmaya alınan çocuklardan, duygusal yüz ifadelerinden, aksiyi, memnunu, cana yakını, bitkini, endişeliyi tanımlama ve algılamaları da beklenmiştir. Ancak araştırmaya alınan örneklem grubundaki tüm çocukların yukarıdaki yüz ifadelerinin hepsine yanıt vermedikleri gözlenmiştir. Bunun için bu yüz ifadeleri ile ilgili verilerdeki denek sayısı yetersiz bulunmuş olup değerlendirilmeye alınmamıştır. Halen bu yüz ifadeleri ile ilgili verilerin toplanmasına devam edilmektedir.

BULGULAR

Tablo 1'de görüldüğü gibi araştırmaya alınan 48-59 aylık çocukların % 9.3'ünün üşümüş kavramını, % 2.3'ünün korkmuş kavramını % 11.6'sını ise yalnız kavramını doğru olarak tanımladıkları, 60-72 aylık çocukların % 18.0'nın üşümüş kavramını, % 4.0'nın korkmuş kavramını, % 24.0'nın ise yalnız kavramını doğru olarak tanımladıkları saptanmıştır. Araştırmaya alınan çocukların, üşümüş, korkmuş ve yalnız kavramlarını tanımlamalarının yaşlara göre dağılımı incelendiğinde üşümüş kavramı ki kare istatistiksel analizine göre önemsiz (x^2 : 4.0122, $p>0.05$), buna karşın yalnız kavramı ki kare istatistiksel analizine göre önemli bulunmuştur (x^2 : 5.999, $p<0.5$).

Tablo 1: Araştırmaya Alınan Çocukların Üşümüş, Korkmuş, Yalnız, Mutlu, Öfkeli, Neşeli Kavramlarını Tanımlamalarının Yaşlara Göre Dağılımı.

Yaş	Üşümüş Kavramı			Korkmuş Kavramı			Yalnız Kavramı			Mutlu Kavramı			Öfkeli Kavramı			Neşeli Kavramı			Toplam																			
	Doğru Tanımlayanlar	Yanlış Tanımlayanlar	Çevap Veremeyenler	Doğru Tanımlayanlar	Yanlış Tanımlayanlar	Çevap Veremeyenler	Doğru Tanımlayanlar	Yanlış Tanımlayanlar	Çevap Veremeyenler	Doğru Tanımlayanlar	Yanlış Tanımlayanlar	Çevap Veremeyenler	Doğru Tanımlayanlar	Yanlış Tanımlayanlar	Çevap Veremeyenler	Doğru Tanımlayanlar	Yanlış Tanımlayanlar	Çevap Veremeyenler																				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%																	
48-59	4	40	21	55.6	16	37.2	1	2.3	23	53.5	19	44.1	5	11.6	14	32.5	24	55.9	9	20.9	10	23.2	24	55.9	11	25.6	5	11.6	27	62.8	16	37.2	3	6.9	24	55.9	43	100.0
60-72	8	100	23	62.0	10	20.0	2	4.0	22	64.0	16	32.0	122	60	21	42.0	17	34.0	21	42.0	14	28.0	15	30.0	22	44.0	7	14.0	21	42.0	29	58.0	9	18.0	12	24.0	50	100.0
Toplam	12	100	54	50.0	26	27.9	3	3.2	55	59.1	35	37.7	178	32	35	37.6	41	44.1	30	32.2	24	25.8	39	42.0	33	35.5	12	12.9	48	51.6	46	48.4	12	12.9	36	38.7		
İki-kare	$\chi^2=0.022$			$p>0.05$ önemsiz						$\chi^2=3.999$			$p<0.05$ önemli			$\chi^2=7.2202$			$p<0.05$ önemli			$\chi^2=4.3868$			$p>0.05$ önemsiz			$\chi^2=10.094$			$p<0.05$ önemli							

Araştırmaya alınan 48-59 aylık çocukların %20.9'nun mutlu kavramını, % 25.6'sının öfkeli kavramını % 37.2'sini neşeli kavramını doğru tanımladıkları, 60-72 aylık çocukların % 42.0'nun mutlu kavramını % 44.0'nun öfkeli kavramını % 58.0'nun neşeli kavramını doğru olarak tanımladıkları görülmektedir. Araştırmaya alınan çocukların mutlu, öfkeli ve neşeli kavramlarını tanımlamalarının yaşlara göre dağılımı, Tablo 1 incelendiğinde mutlu ve neşeli kavramlarında gruplararası fark ki kare istatistiksel analizine göre önemli ($p<0.05$), öfkeli kavramında ise gruplararası fark ki kare istatistiksel analizine göre önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Araştırmaya alınan kızların % 12.0'nun üşümüş kavramını % 14.0'nun korkmuş kavramını % 18.0'nun ise yalnız kavramını doğru tanımladıkları, erkeklerin % 16.3'ünün üşümüş kavramını % 2.3'ünün korkmuş kavramını % 18.6'sının ise yalnız kavramını doğru tanımladıkları saptanmıştır. Araştırmaya alınan çocukların üşümüş, korkmuş ve yalnız kavramlarını tanımlamalarının cinsiyetlere göre dağılımı incelendiğinde üşümüş ve yalnız kavramları ki kare istatistiksel analizine göre önemsiz bulunmuştur ($\chi^2 : 0.7622$, $\chi^2 : 0.8526$, $p > 0.05$).

Tablo 2'de görüldüğü gibi araştırmaya alınan kızların % 34.0'nun mutlu kavramını, % 42.0'nun öfkeli kavramını % 50.0'nun neşeli kavramını doğru olarak tanımladıkları, erkeklerin % 30.2'sinin mutlu kavramını, % 27.9'unun öfkeli kavramını, % 46.5'nin neşeli kavramını doğru olarak tanımladıkları saptanmıştır. Araştırmaya alınan çocukların mutlu, öfkeli ve neşeli kavramlarını tanımlamalarının cinsiyetlere göre dağılımı incelendiğinde gruplararası fark ki kare istatistiksel analizine göre önemsiz bulunmuştur.

Araştırmaya alınan 48-59 aylık çocukların % 41.9'nun üşümüş yüz ifadesini, % 32.5'nin, korkmuş yüz ifadesini ve % 25.6'sının yalnız yüz ifadesini doğru algıladıkları, 60-72 aylık çocukların % 30.0'nun üşümüş yüz ifadesini, % 54.0'nun korkmuş yüz ifadesini % 18.0'nun ise yalnız yüz ifadesini doğru olarak algıladıkları saptanmıştır. Araştırmaya alınan çocukların üşümüş, korkmuş, yalnız yüz ifadelerini algılamaları ve buna ilişkin verdikleri yanıtların yaşlara göre dağılımı incelendiğinde gruplar arası fark önemsiz ($\chi^2 : 1.7027$, $\chi^2 : 1.0283$, $p > 0.05$), korkmuş yüz ifadesinin yaşa göre dağılımında gruplar arası fark önemli bulunmuştur ($\chi^2 : 4.3867$, $p < 0.05$).

Tablo 2: Araştırmaya Alınan Çocukların Üşümüş, Korkmuş, Yalnız, Mutlu, Öfkeli, Neşeli Kavramlarını Tanımlamalarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı.

Araştırmaya Alınan Çocukların Cinsiyetinden Tanımlamaları	Üşümüş Kavramı			Korkmuş Kavramı			Yalnız Kavramı			Mutlu Kavramı			Öfkeli Kavramı			Neşeli Kavramı			Toplam																		
	Doğru Tanımlayanlar	Yanlış Tanımlayanlar	Çevap Veremeyenler	Doğru Tanımlayanlar	Yanlış Tanımlayanlar	Çevap Veremeyenler	Doğru Tanımlayanlar	Yanlış Tanımlayanlar	Çevap Veremeyenler	Doğru Tanımlayanlar	Yanlış Tanımlayanlar	Çevap Veremeyenler	Doğru Tanımlayanlar	Yanlış Tanımlayanlar	Çevap Veremeyenler	Doğru Tanımlayanlar	Yanlış Tanımlayanlar	Çevap Veremeyenler																			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%																
Kız	6	12.0	31	62.0	26.0	2	4.0	31	62.0	17	34.0	9	18.0	21	42.0	21	42.0	8	16.0	21	42.0	25	50.0	7	14.0	18	36.0	50	100.0								
Erkek	7	16.3	25	57.5	30.2	1	2.3	14	31.8	18	40.9	8	18.6	14	32.5	21	46.9	13	30.2	9	20.9	21	46.5	5	11.6	18	40.9	43	100.0								
Toplam	13	13.9	54	58.26	28.0	3	3.2	55	59.1	35	37.7	17	18.3	35	37.6	41	44.1	30	32.2	24	25.8	39	42.0	33	35.5	12	12.9	48	51.6	46	48.4	12	12.9	36	38.7	95	100.0
İki-kare	$\chi^2=0.7622$			$p>0.05$ önemsiz						$\chi^2=0.8526$			$p>0.05$ önemsiz			$\chi^2=1.738$			$p>0.05$ önemsiz			$\chi^2=4.382$			$p>0.05$ önemsiz			$\chi^2=0.534$			$p>0.05$ önemsiz						

Tablo 3: Araştırmaya Alınan Çocukların Üşümüş, Korkmuş, Yalnız, Mutlu, Öfkeli, Neşeli Yüz İfadelerini Algılamaları ve Buna İlişkin Verdikleri Yanıtların Yaşlara Göre Dağılımı

Yaşlar	Üşümüş Yüz İfadesi		Korkmuş Yüz İfadesi		Yalnız Yüz İfadesi		Mutlu Yüz İfadesi		Öfkeli Yüz İfadesi		Neşeli Yüz İfadesi		Toplam	
	Doğru Tanımlayanlar		Yanlış Tanımlayanlar		Doğru Tanımlayanlar		Yanlış Tanımlayanlar		Doğru Tanımlayanlar		Yanlış Tanımlayanlar			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
48-59 Ay	18	41.9	25	48.1	14	32.5	29	67.5	11	25.5	31	74.4	43	100.0
60-72 Ay	15	30.0	35	70.0	27	54.0	23	46.0	9	18.0	41	82.0	50	100.0
Toplam	33	35.5	60	64.5	41	44.1	52	55.9	20	21.5	73	78.5	93	100.0
ki-kare	$\chi^2: 1.7027$ $p > 0.05$ önemsiz				$\chi^2: 4.3867$ $p < 0.05$ önemli				$\chi^2: 4.0122$ $p > 0.05$ önemsiz					

Araştırmaya alınan 48-59 aylık çocukların % 18.6'sının mutlu yüz ifadesini, % 74.4'ünün öfkeli yüz ifadesini, % 11.6'sının neşeli yüz ifadesini doğru algıladıkları, 60-72 aylık çocukların % 8.0'nun mutlu yüz ifadesini, % 58.0'nun öfkeli yüz ifadesini, % 16.0'nun neşeli yüz ifadesini doğru olarak algıladıkları bulunmuştur. Tablo 3 incelendiğinde araştırmaya alınan çocukların mutlu, öfkeli ve neşeli yüz ifadelerini algılamaları ve buna ilişkin verdikleri yanıtların yaşlara göre dağılımında gruplararası fark ki kare istatistiksel analizine göre önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Araştırmaya alınan kızların % 68.0'nun üşümüş yüz ifadesini, % 54.0'nun korkmuş yüz ifadesini ve % 84.0'nun yalnız yüz ifadesini doğru algıladıkları, % 60.5'nin üşümüş yüz ifadesini % 58.1'nin korkmuş yüz ifadesini, % 72.1'nin yalnız yüz ifadesini doğru algıladıkları bulunmuştur (Tablo 4). Araştırmaya alınan çocukların üşümüş, korkmuş ve yalnız yüz ifadelerini algılamaları ve buna ilişkin verdikleri yanıtların cinsiyetlere göre dağılımı incelendiğinde gruplararası fark yapılan ki kare istatistiksel analizine göre önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 4'de görüldüğü gibi araştırmaya alınan kızların % 90.0'nun mutlu yüz ifadesini, % 66.0'nun öfkeli yüz ifadesini ve % 80.0'nun neşeli yüz ifadesini doğru algıladıkları, erkeklerin % 83.7'sini mutlu yüz ifadesini, % 65.1'nin öfkeli yüz ifadesini ve % 93.0'nun neşeli yüz ifadesini doğru algıladıkları saptanmıştır. Gruplar arası fark yapılan ki kare istatistiksel analizine göre önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

TARTIŞMA

48-72 aylık çocukların duygusal ifadeleri tanımlamaları ve algılamalarının yaş ve cinsiyete göre incelemesi amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Tablo 1'e baktığımızda yaşa paralel olarak çocukların duygularına ilişkin yüz kavramları daha iyi tanımlayabildikleri görülmektedir. Harris ve Gross (1988) duygularla ve duyguların ifade edilmesi ile ilgili yaptıkları çalışmada bilişsel gelişimin de duyguların tanımlamada etkili olduğunu belirtmişlerdir. Çocukların bilişsel gelişmişlik düzeyleri yaşa paralel olarak artmakta dolayısıyla çocukların duyguları doğru olarak

Tablo 4: Araştırmaya Alınan Çocukların Üşümüş, Korkmuş, Yalnız, Mutlu, Öfkeli, Neşeli Yüz İfadelerini Algılamaları ve Buna İlişkin Verdikleri Yanıtların Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Araştırmaya Alınan Çocukların Duygusal İfadelerini Tanımlamaları	Üşümüş Yüz İfadesi		Korkmuş Yüz İfadesi		Yalnız Yüz İfadesi		Mutlu Yüz İfadesi		Öfkeli Yüz İfadesi		Neşeli Yüz İfadesi		Toplam	
	Doğru Tanımlayanlar		Yanlış Tanımlayanlar		Doğru Tanımlayanlar		Yanlış Tanımlayanlar		Doğru Tanımlayanlar		Yanlış Tanımlayanlar			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kız	34	68.0	16	32.0	27	54.0	23	46.0	42	84.0	8	16.0	45	90.0
Erkek	26	60.5	17	39.5	25	58.1	18	41.9	32	72.1	12	27.9	36	83.7
Toplam	60	64.5	33	35.5	52	55.9	41	44.1	73	78.5	20	21.5	81	87.1
ki-kare	$\chi^2: 0.7567$ $p > 0.05$ önemsiz				$\chi^2: 0.1755$ $p > 0.05$ önemsiz				$\chi^2: 2.3137$ $p > 0.05$ önemsiz				$\chi^2: 0.3831$ $p > 0.05$ önemsiz	

tanımlamaları da yaşla doğru orantılı olarak artmaktadır.

Çocuklar olumlu ve olumsuzluk belirten yüz ifadelerine karşı onay ve onaylanmama durumu olduğu için daha duyarlı olabilirler. Özellikle çocuklar bebeklikten itibaren ana babalarından "sevgi" ifadesi olarak neşeli, gülen yüz ifadesi şeklinde tepki aldıkları için bunun onaylanma anlamına geldiğini düşündüklerini söyleyebiliriz. Haviland ve Lelwica (1987) 10 haftalık bebeklerin annelerinin yüz ifadelerinden ve ses tonlarından onların mutlu, üzgün ve kızgın olduklarını anlayabildiklerini belirtmişlerdir. Yine Daly ve arkadaşları (1980) okulöncesi dönem çocuklarının yüz ifadelerinden kızgın ve mutlu ifadelerini anlayabildiklerini bulmuştur. Araştırmaya alınan çocukların duyguları tanımlamalarında cinsiyetler arasında belirgin bir farklılık görülmektedir (Tablo 2). 4-6 yaş okul öncesi çocuklarının sosyal-duygusal olayları açıklayıp tanımlamalarında cinsiyetler arası bir farklılık olmadığı söylenebilir. Elde edilen verilere göre de çocukların duyguları tanımlamaları cinsiyetten çok yaşa bağlı olarak farklılık göstermektedir.

Okul öncesi çocuklar için üşümüş, korkmuş ve yalnız yüz ifadeleri oldukça soyut kavramlardır. 5.5-6 yaşın bu yüz ifadelerini daha doğru olarak algılamaları ise beklenen bir sonuçtur (Tablo 3). Çocukların soyut kavramları doğru olarak değerlendirmeleri yaşa paralel olarak artmaktadır. Joshi ve MacLean (1994) İngiliz 4-6 yaş çocuklarının duyguları algılamalarına ilişkin yaptıkları çalışmada 6 yaş çocuklarının duyguları daha net şekilde ayırt edebildiklerini belirtmişlerdir.

Okulöncesi çocukların somut olan yüz ifadelerini ve çevrelerinde sıklıkla karşılaştıkları yüz ifadelerini (ki bunlar mutlu, neşeli gibi olumlu, öfkeli gibi olumsuz yüz ifadeleridir) algılamada yaş gözetmeksizin başarılı oldukları söylenebilir. Çıkan sonuçlarda bunu desteklemektedir. Dunn ve arkadaşları (1987) yaptıkları çalışmada annelerin çocuklarıyla onların duyguları hakkında konuştuklarını, dolayısıyla çocukların küçük yaştan itibaren bu tip duyguları algılamalarının daha kolay olduğunu vurgulamaktadırlar.

Tablo 4 incelendiğinde 4-6 yaş çocuklarının duygusal yüz ifadelerini algılamalarında cinsiyetler arasında fark bulunamamıştır. Çocukların yüz ifadelerini algılamalarında cinsiyet faktöründen çok içinde yaşadıkları toplumun kültüründen etkilendikleri düşünülebilir. Kişinin tepkileri, ifadeleri, jestleri içinde yaşadığı topluma göre

farklılıklar gösterebilmektedir. Joshi ve MacLean (1994) yüz ifadelerini algılamalarıyla ilgili yaptıkları çalışmada, İngiltere'de yaşayan Hintli çocuklarla, Hindistan'daki çocukları karşılaştırmışlar ve Hindistan'daki çocukların yüz ifadelerini İngiltere'de yaşayan Hintli çocuklardan daha doğru ve uygun olarak tanımladıklarını bulmuşlardır.

Çocukların duyguları algılamaları daha çok onların oynadıkları oyuncaklarla, birlikte oldukları kişilerle iletişimlerinden etkilenebilmektedir. Wellman ve Banerjee (1991) iki, üç, dört yaş çocuklarının duygularının yönelik olduğu nesne hangisi ise ona ilişkin olarak açıkladıklarını ve bu açıklamalarında cinsiyet farklılığı olmadığını belirtmişlerdir (örneğin, neden korkarsın, seni ne mutlu eder gibi).

SONUÇ

48-72 aylık çocukların duygusal yüz ifadelerini tanımlama ve algılamalarının yaş ve cinsiyete göre incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda elde edilen verilere göre; çocukların yaşları arttıkça duygusal yüz ifadelerini tanımlamalarının buna paralel olarak arttığı gözlenmiştir. Ayrıca çocukların duygusal yüz ifadelerini tanımlamalarında cinsiyetler arası bir fark bulunamamıştır.

Çocukların duygusal ifadeleri algılamalarına ilişkin sonuçlara baktığımızda; okulöncesi çocuklarının soyut yüz ifadelerini algılamada güçlük çektikleri düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Craig (1989) *Human Development*. Prentice Hall, New Jersey, s : 273-279.
- Crawford J, Kippax S, Onyx J ve ark. (1992). *Emotion and Gender*, Sage. Publications, London. s : 15-36.
- Daly E, Abromovitch R, Dliner P (1980) *The relationship between mother encoding and their children's decoding of facial expression of emotion*. *Merrill-Palmer Quarterly*, 26 : 25-33.
- Dunn J, Bretherton I, Munn P (1987) *Conversation about feeling states between mothers and their young children*. *Developmental Psychology*, 23 : 132-139.
- Dworetzky JP (1990). *Introduction to Child Development*. West Publishing, New York. s : 33-69.
- Harris PL (1994). *The child's understanding of emotion : developmental change. and the family environment*. *J Child Psychol Psychiatry*, 35: 3-28.

Harris PL, Gross D (1988) Children's understanding of real and apparent emotion. *Developing Theories of Mind* s : 295-314.

Haviland J, LeVine M (1987). The induced affect response. *Developmental Psychology*, 23 : 97-104.

Joshi SM, Maclean M (1994) Indian and English Children's understanding of the distinction between real and apparent emotion. *Child Development*, 65 : 1372-1384.

Turner JS, Helmes DB (1991) Lifespan Development. Hault Rinehart and Winston Inc, Chicago, s : 220-224.

Wellman H, Banerjee M (1991) mind emotion : Children's understanding of the Emotional consequences of beliefs and desires. *Br J Developmental Psychology*, 9 : 191-214.

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 alan yazı, her yıl, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kongresinde duyurulacaktır.

SEÇİCİ KURUL :

Prof. Dr. Cahide Aydın

Prof. Dr. Saynur Canat

Doç. Dr. Füsün Çuhadaroğlu

Prof. Dr. Bahar Gökler

Psk. Doç. Dr. Ferhunde Öktem

Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın

TÜRKİYE VE AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİNDEN İKİ MERKEZDEKİ DAVRANIM BOZUKLUĞU OLGULARININ KARŞILAŞTIRMA ÇALIŞMASI

Aykut Özden*, Özlem Erman**, Hakan Erman**, Saynur Canat***
O. Nuri Ortaer****, Uğur Ergun****, Halise Devrimci****

ÖZET

Davranım Bozukluğu (DB) pek çok ülkede ergenler arasında oldukça sık görülen önemli bir sorundur. Tanı ölçütleri, belirtileri, gidişi ve uygulanan sağaltım yaklaşımları kültürler arası farklılıklar göstermektedir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri'nde iki merkezdeki davranım bozukluğu olguları arasındaki farklılıkları saptamaktır. Türkiyeden 42 ve ABD'den 36 olgu sosyodemografik ve psikiyatrik özellikleri, aile yapısı ve sağaltım yaklaşımları açısından karşılaştırılmıştır. Amerikalı olguların daha sorumlu olduğu, aile desteğine daha az sahip oldukları ve sağaltımında daha çok psikoaktif ilaç aldıkları saptanmıştır. Bu bulgular ve diğer sonuçlar ilişkili kaynaklar ışığında tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler : Davranım bozukluğu, ergenlik dönemi, kültürler arası karşılaştırma.

SUMMARY : A COMPARATIVE STUDY BETWEEN CONDUCT DISORDER PATIENTS FROM TWO CENTERS IN TURKEY AND THE USA

Conduct Disorder (CD) is a common and major health problem among the adolescents in various countries. Diagnostic criteria, symptoms, course of the disorder and its treatment may show cross-cultural variations. The aim of this study was to investigate such differences between CD patients from two centers in Turkey and the USA. 42 patients from Turkey and 36 from the USA are compared by their socio-demographical and psychiatric features, family backgrounds and the treatment approach they received. American cases are found to have more psychiatric problems, less family support and receiving more psychotropic medications. These and other findings were discussed along with relevant literature.

Key words : Child behavior disorders, adolescence, cross-cultural comparison

GİRİŞ VE AMAÇ

Davranım Bozukluğu (DB), yineleyici ve süregelen bir biçimde başkalarının temel haklarına saldırıda bulunan ve yaşa uygun toplumsal kuralları bozan davranış şeklidir (APA 1994). Pek çok ülkede çocuk ve ergenler arasında önemli ve sıklığı giderek artan bir sorundur (Campbell ve ark. 1992). Amerikan Psikiyatri Birliği, onsekiz yaş altındaki sıklığını erkeklerde % 6-16 ; kızlarda % 2-9 olarak bildirmiştir (APA 1994). Ülkemizde ise DB sıklığını araştıran kapsamlı bir epidemiyolojik çalışma bulunmamakla birlikte, yapılmış olan çeşitli çalışmalarda % 4.4 ile % 7.1 arasında bulunmuştur (Erol 1988, Çalışkan ve ark. 1993).

Tanı ölçütlerinin tartışmalı olması, diğer psikiyatrik bozukluklarla eşzamanlı olarak görülebilmesi ve farklı kültürel ortamlarda farklı belirtilerle ortaya çıkabilmesi tanıyı zorlaştırmakta ve

yanlış tanı olasılığı fazla olmaktadır (Lewis 1984). Bu nedenle, kültürler arası psikiyatrik çalışmalar, hasta grupları ve sağaltım yaklaşımları arasındaki farklılıkların ortaya konabilmesi açısından oldukça önemlidir. Bu çalışma farklı kültürel yapılara sahip iki ülkede DB tanısı almış olan ergenlerin sosyodemografik ve psikiyatrik özellikleri, aile yapısı ve sağaltım yaklaşımlarının karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır. Sonuçların, tedavisi oldukça güç olduğu bilinen bu ruhsal bozukluk tanısı almış çocuk ve gençlerle çalışan klinisyenlere yol gösterebileceği düşünülmüştür.

ARAÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği (AÜTF) Ergen Bölümü ve Amerika Birleşik Devletleri Maryland eyaletinden Crownsville Hospital Center (CHC) Ergen Bölümü'nde yapılmıştır. AÜTF Ergen Bölümünde öncelikli olarak ayaktan hasta izlenmektedir ve bireysel, aile ve grup psikoterapisi uygulamaları yapılmaktadır. Yatarak sağaltım gereken olgular için 110 yatak kapasiteli psikiyatri kliniğinin servisleri kullanılmaktadır. CHC, Annapolis

- * Uzm. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
** Arş. Gör. Doktor. Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Ankara.
*** Prof. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Ergen Bl., Ankara.
**** Arş. Gör. Doktor. Ankara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

kentinin 8 km. dışında bir devlet hastanesidir. CHC Ergen Bölümünün uygulamaları AÜTF'ye benzetmekle birlikte, yataklı bir servistir ve genel olarak "Sembolle Pekiştirme" (Token Economy) adı verilen davranışçı yaklaşım esas alınmaktadır. Bir eğitim programı çerçevesinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü araştırma görevlileri 2 ay süreyle gözlemci olarak buldukları CHC'de çalışmanın Amerika bölümünü gerçekleştirmişlerdir. Çalışma için gerekli izinler alınmış, hastaların isimleri her iki tarafta da saklı tutulmuştur.

Çalışmanın verileri, CHC grubu için, DB tanısı almış olan ergenlere ait kayıtların geriye dönük olarak incelenmesiyle, AÜTF grubunda ise hastalar ve aileleriyle doğrudan görüşmelerle elde edilmiştir. Örneklem, 1993-1994 yılları arasında DSM-III-R ölçütlerine göre DB tanısı almış, AÜTF'den 42 ve CHC'den 36 ergenden (13-20 yaş) oluşmaktadır. Tanısı tartışmalı olan olgular çalışma kapsamına alınmamıştır.

İstatistiksel değerlendirmeler; t-testi ve ki-kare testi kullanılarak yapılmıştır. Bunun için SPSS for Windows 5.0 paket programı kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışma kapsamına alınan 78 olgunun sosyodemografik özellikleri Tablo-1 ve Tablo-2'de gösterilmiştir. Olguların tümü bekar olduğu için medeni durum karşılaştırılması yapılmamıştır. Ortalama yaş AÜTF'de 16.5, CHC'de 15.1'dir. Ortalama eğitim yılları da hemen hemen eşittir: AÜTF'de 8.1, CHC'de 8.6 yıl. Gruplar arasında bu değişkenler açısından anlamlı fark yoktur (Tablo-1).

Tablo-1 : Yaş ve Eğitim Ortalamaları

	TÜRKİYE (n=42)	ABD (n=36)	İstatistik (t testi)
YAŞ ORTALAMASI	16.5	15.1	AD*
EĞİTİM YILI ORTALAMASI	8.1	8.6	AD

* Anlamlı Değil

CHC'deki olguların % 61.1'ini, AÜTF'deki olguların % 71.4'ünü erkekler oluşturmaktadır (Tablo-2). İki merkez arasında cinsiyet oranları açısından anlamlı fark yoktur ve çoğunluğun erkek olması kaynaklarla uyumludur (Robbins 1981, APA 1994).

Tablo-2 : Cinsiyet, Eğitim ve İş Durumları

	TÜRKİYE (n=42)		ABD (n=36)		İstatistik	
	n	%	n	%	x	Anlamlılık
CİNSİYET (Erkek)	30	71.4	22	61.1	0.9 (SD=1)	AD
OKULDA YIL KAYBI	20	47.6	7	19.4	4.4 (SD=1)	p < .05
İŞ					2.6 (SD=2)	AD
Öğrenci	26	61.9	27	75		
Çalışan	7	16.7	2	5.5		
Çalışmayan	9	21.4	7	19.4		

* Serbestlik Derecesi

Türk olguların % 61.9'u, Amerikalıların % 75.1'i öğrenci ve her iki grupta yaklaşık % 20'si boşta'dır. Bu açılarından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bununla birlikte, okulda yıl kaybetme araştırıldığında, Amerikalı DB hastalarının beşte birinin, Türk olguların ise yaklaşık yarısının en az 1 yıl kaybettiği görülmektedir ve bu fark anlamlıdır (p < .05). DB olgularının okul başarılarının düşük olduğu önceki yayınlarda da bildirilmiştir (Virkkunen ve Nuutila 1976, Hinshaw 1992, Offord ve Bennett 1994). Amerikalı grubun problem davranışlarının daha fazla olmasına karşın (Tablo-4 ve 7), okulda yıl kayıplarının Türkler kadar olmaması dikkat çekicidir. Bu bulgu eğitim sistemlerinin farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Örneğin, DB belirtileri okul başarısını Türkiye'de daha çok etkiliyor olabilir veya ABD'de okullarda sınıf geçmek Türkiye'dekinden daha kolay olabilir. Tablo 1 ve 2'de gözlenen sonuçlar özetle, her iki grubun (okulda yıl kaybı dışında) benzer olduğunu düşündürmüştür.

Aile özelliklerine bakıldığında (Tablo-3), gruplar arasında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir. Amerikalı olguların daha fazla oranda kurumda büyütüldüğü gözlenmekle birlikte aradaki fark anlamlı bulunmamıştır. Öte yandan, olguların en son durumda kimlerle yaşadığı araştırıldığında Türk grubun % 90.5'inin, Amerikalı grubun ise % 61'inin aileleriyle birlikte yaşamakta olduğu dikkat çekmektedir. Büyütme ve şu an kimle yaşadıkları birbirini izleyen olgulardır. Türk grupta 35 kişi aileleri tarafından büyütülmüş, bu sayı daha sonra 38'e çıkmıştır. Bunun nedeni, akrabalara (2 olguda anneanne, bir olguda hala) verilen 3 çocuğun daha sonra geri alınmasıdır. Bir olgu yine akrabada (babaanne) kalmış, biri de kuruma verilmiştir. ABD'de ise akrabaların büyüttüğü 3 çocuk kuruma verilmiştir. Bu sonuçlar bize, Türkiye'de ailelerin çocuklarına DB olmasına rağmen sahip çıkmayı

sürdürdüğünü düşünürmüştür. Bu sonucun prognoz açısından olumlu olduğu düşünülebilir. Bunun yanı sıra önemli bir toplumsal farklılığı vurguladığı da söylenebilir.

Tablo -3 : Olguların Aile Özellikleri

	TÜRKİYE (n=42)		ABD (n=36)		İstatistik*	
	n	%	n	%	x ²	Anlamlılık
BÜYÜTEN					3.1 (SD=2)	AD
Ailesi	35	83.3	27	75		
Akrabaları	5	11.9	3	8.3		
Kurum	2	4.8	6	16.7		
KİMİNLE YAŞIYOR					11.2 (SD=2)	p<.001
Ailesi	38	90.5	22	61.1		
Akrabaları	1	2.4	3	8.3		
Kurum	3	7.1	11	30.6		
PARÇALANMIŞ AİLE	7	16.7	29	80.5	31.8 (SD=1)	p<.001
AİLEDE PSİKİYATRİK BOZUKLUK	9	21.4	21	58.3	13.1 (SD=1)	p<.001

* Gereken yerlerde Fisher'in Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır.

Öte yandan, bu çalışma sırasında Türk DB olgularının daha çok geniş ailelerden geldikleri şeklinde bir izlenimimiz olmuştur. CHC grubunda ise "geniş aileye" rastlanmamıştır. İleride Türkiye'de yapılan çalışmalarda DB olgularının ne oranda geniş veya çekirdek ailelerden geldiğini sistemli bir şekilde araştırılması gerektiği düşünülmüştür. Belki de bu iki gruba bir de "geniş aileden kopup çekirdek aile olmaya giden" üçüncü grup eklenip, büyük şehirlere yapılan göçün aile üzerindeki bir başka etkisi incelenebilir.

AÜTF'deki olguların 7'si (%16.7), CHC'dekilerin 29'u (%80.5) parçalanmış ailelerden gelmektedir. Parçalanmış ailelerin DB oluşumundaki rolü önceki çalışmalarda da ortaya konmuştur (Kay ve Kay 1986, Lewis 1989, Adler 1994). Ayrıca, ailenin parçalanması bu çocukların aileden uzaklaştırılıp, kuruma yerleştirilmelerinin önemli bir nedenidir. Öte yandan Amerikalı grubun ailelerinde, başta alkol ve madde bağımlılığı olmak üzere psikiyatrik sorunların daha fazla olduğu görülmektedir. Aile patolojilerinin DB'nun gidişine olumsuz etkileri daha önce yayınlanmıştır (Frick 1992, Lewis 1992). Sonuç olarak CHC grubunun aile açısından daha olumsuz koşullar taşıdığı söylenebilir. Bu sonuç ABD'de aile kurumunun uzun yıllardır uğramaya başladığı çözülmenin bir yansıması olarak değerlendirilebilir (Guidibaldi ve Perry 1985, Turgay 1988).

Tablo-4 : Olguların Psikiyatrik Özellikleri

	TÜRKİYE (n=42)		ABD (n=36)		İstatistik*	
	n	%	n	%	x ² SD=1	Anlamlılık
ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI	8	19.1	21	58.3	12.8	p<.001
MADDE KÖTÜYE KULLANIMI**		11.9	19	52.8	15.2	p<.001
CİNSEL SÖMÜRÜ ÖYKÜSÜ	2	4.8	14	38.9	13.8	p<.001
YASAL SORUN ÖYKÜSÜ	11	26.2	28	77.8	20.6	p<.001
İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜ	8	19.1	18	50.0	8.3	p<.01
DiĞER PSİKİYATRİK TANILAR***	14	38.9	28	66.7	6.0	p<.05

* Gereken yerlerde Fisher'in Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır.

** Alkol dışı

*** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite, Mental Retardasyon, Depresyon, Enürezis Nokturna...

Olguların psikiyatrik özellikleri Tablo-4'de verilmiştir. Amerikalı grupta alkol ve madde kötüye kullanımı, cinsel sömürüye uğramış olma, yasal sorunlar, intihar girişimi ve diğer psikiyatrik tanuların (özellikle depresyon, zeka geriliği ve dikkat eksikliği hiperaktivite) Türk olgulardan anlamlı derecede fazla olduğu görülmektedir. Bütün bu değişkenlerin, bozukluğun gidişini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Lahey ve ark. 1992, Walker ve ark. 1992). Ayrıca, bu sonuçlar CHC'deki DB olgularında çok fazla ruhsal sorun olduğunu düşündürmektedir. Aynı merkezde yatan ergenlerle yapılan bir başka karşılaştırma çalışmasında, CHC'nin hem ruhsal hem de ailesel özellikleri açısından daha sorunlu bir hasta popülasyonuna sahip olduğu bulunmuştur (Özden ve Canat 1994).

CHC'deki ergenlerin daha fazla psikiyatrik probleme sahip olması, toplumsal nedenler dışında, her iki kliniğe yapılan hasta başvurularının farklılığından kaynaklanıyor olabilir. CHC'nin, AÜTF'nin tersine daha çok yatarak tedavisi gereken hastalara hizmet veriyor olması, bu kliniğe diğer ayaktan tedavi merkezlerinde sağaltımı yapılamayan "zor" olguların toplanmasına yol açmış olabilir. Ancak diğer bir etken de, ülkemizde suç işleyen gençlerin daha çok yasa kurumları tarafından ele alınması ve cezalandırma yoluyla "islah edilmeye" çalışılması ve psikiyatrik yardım aranmaması olabilir.

Tablo-5: Hastaneye Yatış Sayısı Ve İlk Başvuru Yılı

	TÜRKİYE (n=42)	ABD (n=36)	İstatistik (t testi)
HASTANAYE YATIŞ SAYISI*	0.1	2.7	p<.001
PSİKİYATRİYE İLK BAŞVURU KAÇ YIL ÖNCE YAPILMIŞ*	0.7	2.9	p<.001

* Ortalama

Hastaneye yatış sayıları ve ilk başvuru zamanları karşılaştırıldığında (Tablo-5), Amerikalı olguların, ortalama 2.7 hastaneye yatış sayısı ile, ortalama yatış sayıları 0.1 olan Türk olguları geçtiği görülmektedir. Aynı zamanda bu grubun ilk psikiyatrik başvuruları da Türk gruptan daha öncedir. İstatistiksel olarak anlamlı olan bu iki bulgu yine Amerikalı grubun psikiyatrik açıdan daha "sorunlu" olgulardan oluştuğunu düşündürmektedir. Fakat, aynı zamanda tedaviye daha hızla ulaşıklarının da bir göstergesi olabilir.

Tablo-6: Kullanılan Psikotrop İlaçlar*

	TÜRKİYE (n=42)		ABD (n=36)		İstatistik**	
	n	%	n	%	χ^2	Anlamlılık
ANTI PSİKOTİK	16	38.1	15	41.7	23.4	p<.001
ANTI DEPRESAN	3	7.1	8	22.2	(SD=4)	
KARBAMAZEPİN	3	7.1	8	22.2		
DİĞER***	3	7.1	21	58.3		
KULLANMIYOR	19	45.2	6	16.7		

* Bazı hastalar birden çok ilaç kullanmaktadır

** Fisher'in Kesin Ki-kare Testi

*** Lityum, Antihistaminik, Metilfenidat, Benzodiazepin

Uygulanan ilaç tedavileri açısından da her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo-6). Amerika'daki merkezde antihistaminikler gibi ilaçların daha fazla kullanıldığı, Türkiye'de ise ilaç tedavisine daha az başvurulduğu ve çoğunlukla düşük doz thioridazin kullanıldığı saptanmıştır. Bu fark, Türk olguların daha hafif düzeyde belirti profillerinin olması ya da kliniğimizde bu tür olgularda psikotrop ilaç başlanmasından çekinilmesinden kaynaklanmış olabilir; AÜTF'de olguların %45'ine ilaç başlanmamıştır. DB'a özgül bir ilaç bulunmamakla birlikte, ilaç tedavisinin çoğu olguda gerekli olduğu bildirilmektedir (Lewis 1989, Campbell ve ark. 1992, Lavin ve Rifkin 1993). AÜTF'de ilaç tedavisinden çekinilmesinin

nedeni; hastaların ilaç alımlarının yataklı servislerde olduğu gibi kontrol edilemeyeceği ve bu olgularda sık rastladığımız "ilaçlarla yola getirilmeye çalışıyorum" şeklindeki inançlardır. İlaç tedavisi DB'da gerekli olabilir, fakat anti psikotiklerin şizofreni veya anti depresanların depresyon hastalarında sağladığı başarıya "yaklaşan" herhangi bir ilaç olmadığı için, hastaların tedavide tutulması ve olumlu bir hasta-doktor ilişkisi kurulması, ilaç kullanma konusunda hastayla sürtüşmeye girmekten daha önemli tutulmuştur.

Tablo-7: Dsm-iv Davranım Bozukluğu Tanı Ölçütlerinin Dağılımı

	TÜRKİYE (n=42)		ABD (n=36)		İstatistik*	
	n	%	n	%	χ^2 SD=1	Anlamlılık
1. KABADAYILIK, GÖZDAĞI VERME...	16	38.1	10	45.5	0.3	AD
2. KAVGA DÖVÜŞ BAŞLATMA	19	45.2	18	81.8	7.9	p<.01
3. SİLAHLA ZARAR VERME	11	26.2	0	0	7.0	p<.01
4. SALDIRIP SOYGUN YAPMA	2	4.8	3	13.6	1.6	AD
5. İNSANLARA ACIMASIZ DAVRANMA	9	21.4	5	22.7	0.1	AD
6. HAYVANLARA ACIMASIZLIK	1	2.4	1	4.5	2.4	AD
7. CİNSEL İLİŞKİYE ZORLAMA	0	0	1	4.5	1.9	AD
8. ÇIKAR İÇİN YALAN SÖYLEME	37	88.1	7	31.8	21.2	p<.001
9. GECEYİ İZINSİZ DIŞARDA GEÇİRME	30	71.4	15	68.2	0.1	AD
10. SAHTEKARLIK, HİRSİZLİK	24	57.1	10	45.5	0.7	AD
11. KASITLI YANGIN ÇIKARMA	1	2.4	6	27.3	9.1	p<.01
12. BAŞKASININ MALINA İSTEYEREK ZARAR VERME (Yangın hariç)	5	11.9	2	9.1	0.1	AD
13. EVDEN KAÇMA (En az 2 kez)	25	59.5	15	68.2	0.4	AD
14. SIK SIK OKULDAN KAÇMA	35	83.3	17	77.3	0.3	AD
15. BAŞKASININ EVİNE (vb.) GİRME	3	7.1	0	0	1.6	AD
ON YAŞTAN ÖNCE BAŞLANGIÇ	6	14.3	13	59.1	13.9	p<.001

* Gereken yerlerde Fisher'in Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır.

Olguların gösterdikleri DB belirtilerinin dağılımı Tablo-7'de gösterilmiştir. Türk olgular Amerikalı gruptan daha fazla silah kullanıp, yalan söylerken, Amerikalı olgular daha fazla kavga başlatma ve yangın çıkartma belirtileri göstermektedir. Diğer belirtiler açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçlar bazı kültürler arası farklılıklardan kaynaklanmış olabilir. Ülkemizde DB olgularını kliniklere yalan söyleme, okuldan ve evden kaçma ya da gece dışarda kalma gibi nedenlerle getirilmektedir. Belki de bu davranışlar Amerikalı olgularda çoğunlukla patolojik olarak kabul edilmemekte, ancak fiziksel saldırılar ve yangın çıkarma gibi belirtiler önemli sayılmaktadır. Pek çok çalışmada Batılı Kültürlerde şiddet kullanımının DB tanısı için

hemen hemen tek ölçüt olduğu gösterilmiştir (Lewis 1991). Ancak ülkemizdeki DB olgularında silahla zarar vermenin daha yaygın bulunması ilginçtir. Bunun nedeni, bilgi toplama yanlışlığı olabilir. "Silah" olarak taş ve sopa da kabul edilmektedir ve ülkemizdeki olgular bu şekilde, ateşsiz silahlarla yapılan yaralamalara katılmışlardır. Öte yandan bu tip saldırılar, ayrıca "yalan söyleme" ve "kabadayılık" gibi belirtiler Amerikalı olgularda gözardı edilmiş olabilir. %81.8 olgunun "sıklıkla kavga dövüş başlatıp", sadece % 45.5'inin "kabadayılık gözdağı vericilik" yapması çelişkilidir. Aynı şekilde, %27'sinin kasıtlı yangın çıkardığı, %45'inin hırsızlık yaptığı Amerikalı grubun sadece %32'sinin yalan söylüyor olarak bildirilmesi de ilginçtir. AÜTF grubunda ailelerin bilgi toplama aşamasında kullanılması, öte yandan CHC grubunda dosyaların taranmış olması ve bu dosyalarda ailelerle yapılan görüşmelerin çoğunda eksik olması (zaten % 61'i ailesiyle yaşıyor), "yalan" konusunun CHC'de gözardı edilmesine yolaçmış olabilir. Yalan konusundaki farklılığın bir nedeni de ülkemizde gençlere uygulanan kuralların daha katı olması yüzünden gençlerin (özellikle de DB olanların) daha çok yalan söylemek zorunda kalması olabilir. Fakat bu varsayımı doğrulamak bu araştırma koşullarında güçtür.

DB başlangıcı karşılaştırıldığında, Amerikalı olguların %59.1'inde belirtilerin 10 yaştan önce başladığı, bizde ise bu oranın % 14.3 olduğu ve farkın anlamlı olduğu görülmektedir. Bu farkın nedeni olarak, CHC grubunun daha ağır hastalardan oluşması veya ülkemizde bu sorunların uzun süre aile tarafından farkedilmemesi ve bu nedenle başlangıcın daha geç sanılması sayılabilir. Bozukluğun erken yaşta başlaması DSM-IV'de "Çocuklukta Başlayan Tıp" diye adlandırılır (APA 1994) ve ileride antisosyal davranışların gelişimine ve olumsuz bir gidişe neden olmaktadır (Lahey ve ark. 1992).

SONUÇ

Türkiye ve ABD'den iki merkezdeki DB olgularının karşılaştırıldığı bu çalışmada merkezler arasında hem tutum hem de hasta grupları açısından farklılıklar olduğu saptanmıştır. CHC'ye kabul edilen DB tanılı ergenlerin, aileleri tarafından daha az kabul edildiği ve daha sorunlu ailelerden geldiği, alkol ve madde kötüye kullanımı, cinsel sömürü, intihar ve yasal sorun öyküsü gibi önemli sorunlarının daha fazla olduğu, daha çok hastaneye yatırıldığı ve ilk başvurunun daha erken yapıldığı saptanmıştır. Yaş, cinsiyet, me-

deni durum ve eğitim gibi özellikler ise benzerdir. Tanı ölçütleri açısından da her iki merkezin farklı noktalara önem verdiği saptanmıştır. AÜTF'de yalan söyleme en sık karşılaşılan belirtidir, onu okuldan kaçma ve gece izinsiz dışarıda kalma izlemiş, CHC'de ise kavga çıkarma ilk sırada, sonra okuldan ve evden kaçma gelmiştir. Tedavi olarak da CHC ilaç tedavisine AÜTF'den daha çok öncelik vermiş ve daha çok çeşit ilaç kullanmıştır.

Bu sonuçlar bizim görece daha az sorunlu bir popülasyonla çalıştığımızı düşündürmüştür. Bunun nedeni ailelerin koruyucu yaklaşımı olabileceği gibi, sorunlu olanların psikiyatriye (en azından bizim kliniğimize) getirilmemeleri de olabilir. Gittikçe "Amerikanlaşan" toplumumuzda gelecekte daha sorunlu ve sağaltımı güç DB olgularıyla karşılaşmamak için toplumsal bilgilendirme ve sorunlu gençlere yönelik çoklu yaklaşımlı sağaltım merkezleri kurulması uygun olabilir. Bu merkezler belki de birçok gencin hapse düşmeden, yani sabikalı damgası yemeden topluma kazandırılmalarını sağlayabilir. Ayrıca, bizim de belki DB tanısı koyarken daha seçici olmamız ve bu tanının damgalayıcı bir yönü olduğu için (Lewis 1984) yalan söyleme, okuldan kaçma ve babasının cüzdanından 1-2 kez para alma (veya "çalma") gibi aslında çocuk ve gençler arasında çok yaygın fakat geçici olabilen durumlarla bu tanıyı koymama yönünde düşünmemiz gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Adler J(1994) Kids growing up scared. *Newsweek* 123, (2) : 37-43
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*, APA Press, Washington DC.
- Campbell M, Gonzales L, Silva R (1992) Pharmacologic treatment of conduct disorders and rage outbursts. *Psychiatric Clin North America* 15, 1, 16-85.
- Çalışkan D, Cöl M, Bilgin Y ve ark. (1993) Psikiyatri kliniği adolesan bölümüne yapılan başvuruların SCL-90-R tarama sonuçları 3. Halk Sağlığı Günlerinde sunulmuştur. Ankara.
- Erol N (1988) Çocuk Psikiyatrisinde demografik özellikler ve belirti dağılımı. *Ankara Tıp Bülteni* 10, 3'e ek, 13-24.
- Frick PJ, Lahey B, Loeber R ve ark. (1992) Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J Consult Clin Psychol* 60, 49-55.
- Guidibaldi J, Perry JD (1985) Divorce and mental health sequelae for children : A two year follow-up of a nationwide sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 24, 531-535.

- Hinshaw S (1992) Externalizing behavior problems and academic under achievement in childhood and adolescence : Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychol Bull* 111, 127-155.
- Kay RL, Kay J (1986) Adolescent conduct disorder. *Annual Review of Psychiatry* Vol. 5. (ed.. Frances AJ, Hales RE) APA Press, Washington DC, 480-496.
- Lahey BB, Loeber R, Quay HC ve ark. (1992) Oppositional defiant disorder and conduct disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31, 539-546.
- Lavin MR, Rifkin A (1993) Diagnosis and pharmacotherapy of conduct disorder. *Progress in Neuropsychopharm and Biol Psychiat* 17, 875-885.
- Lewis DO (1984) Conduct disorders and delinquency. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 4. Basım (Ed., Kaplan H, Saddock B) Williams & Wilkins, Baltimore.
- Lewis DO (1989) Toward a theory of genesis of violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28, 431-436.
- Lewis DO (1991) Conduct Disorder. *Child and Adolescent Psychiatry, Comprehensive Textbook*. (Ed. Lewis M) Williams & Wilkins, Baltimore, 561-573.
- Lewis DO (1992) From abuse to violence : psychological consequences of maltreatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31, 383-391.
- Offord R, Bennett K (1994) Conduct disorder : Long-term outcomes and intervention effectiveness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33, 1069-1078.
- Özden A, Canat S (1994) Yatırılarak tedavi edilen ergenler, iki ülkeden birer hastane arası karşılaştırmalı bir çalışma. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji (3P)* 2, 1, 24-32.
- Robbins LN (1981) Epidemiological approaches to natural history research : Antisocial Disorders in Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 20, 566-580.
- Turgay A (1988) Children and families of divorce. *Contemporary Pediatrics* 4, 1-8.
- Virkkunen N, Nuutila A (1976) Specific reading retardation, hyperactive child syndrome and juvenile delinquency. *Acta Psychiatr Scand* 54, 25-28.
- Walker JL, Lahey BB, Russo MF ve ark. (1992) Anxiety, inhibition and conduct disorders in children. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 30, 187-191.

CONNERS ÖĞRETMEN DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ TÜRKÇE UYARLAMASI - 1*

Şahnur Şener**, Çiğdem Dereboy***,
İ. Ferhan Dereboy****, Yıldız Sertcan*****

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (Conner's Teacher Rating Scale) nin Türkçe çevirisinin kurultu geçerliliği ve iç güvenilirliğini araştırmak, ülkemizle ilgili normatif verileri sağlamaktır. Bu amaçla 28 soruluk Conners ölçeği dilimize çevrtilerek Ankara'da sekiz ayrı ilkokuldaki öğretmenlere dağıtılmış ve öğrencilerinin davranışlarını form üzerinde değerlendirmeleri istenmiştir. Geri dönen formlardan uygun biçimde doldurulduğu görülen 1539 tanesi istatistik değerlendirmeye sokulmuş, böylece yaşları 5 - 13 arasında değişen (ort = 8.9, ss= 1.5) 795 erkek ve 738 kız öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. (Cinsiyetlere göre ayırırda 6 bileşik belirleme vardır). Gerek tüm örneklem üzerinde, gerekse yaş ve cinsiyete göre belirlenen dört grub üzerinde ayrı ayrı uygulanan temel bileşenler faktör analizi sonucunda, ölçeğin iskeletini şu üç faktörün oluşturduğu belirlenmiştir. Hiperaktivite / Ataklık, Dikkat Eksikliği / Edilginlik ve Davranım / Toplumsallaşamama. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.95 olarak hesaplanmış, düzeltilmiş madde - toplam korelasyonlarının 0.27 ile 0.74 arasında değiştiği gözlenmiştir. Bu bulgular Conners ölçeği Türkçe formunun DSM : IV'de Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları başlığı adı altında toplanan bozuklukları taramak amacıyla kullanılabilir, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu düşündürmektedir. Ancak, klinik çalışmalarda klinik geçerliliğin de kanıtlanması gerektirir.

Anahtar sözcükler : Dikkat eksikliği, yıkıcı davranış bozukluğu, derecelendirme ölçeği.

SUMMARY : CONNERS' TEACHER RATING SCALE TURKISH VERSION - 1

The present study aims to provide normative data on, and to investigate construct validity and internal reliability of the Conners' Teacher Rating Scale Turkish Version. First the 28 - item scale was translated into Turkish, and then several teachers from eight different primary school in Ankara were asked to rate their students behavior on the scale. 1539 of the returned forms were found to be appropriately rated and included in statistical analysis. Hence, our sample consisted of 795 boys and 738 girls whose ages ranging from 5 to 13 (mean = 8.9, sd= 1.5) Principal components factor analysis applied on the whole sample as well as on either the four groups defined by age and sex suggested three factors constituting the scale's main frame : Hyperactivity / impulsivity, Attention Deficit / Passivity and Conduct / Unsociability. Cronbach alpha internal consistency coefficient of the scale was estimated as .95, and the corrected item - total correlations ranged between .27 - .74. These findings suggest that the Conners' Teacher Rating Scale Turkish version is a valid and reliable instrument that could be employed in the screening of the DSM - IV Attention - Deficit and Disruptive Behavior Disorders. However, with clinical investigations, the clinical validity of the scale must be shown.

Key words : Attention - deficit, disruptive behavior disorders, rating scale.

GİRİŞ

Hiperaktif çocukların normallerden ayrılması ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi amacıyla bugüne dek çok sayıda ölçek geliştirilmiştir. Bunlar arasında en sık kullanılanları, Conners tarafından geliştirilmiş olan Davranış Değerlendirme Ölçeği öğretmen ve anne baba formlarıdır (Conners 1969,1970). Öğretmen formunun ilk biçimi 39 soru içerirken, daha sonra geliştirilen kısa form 10 (Conners 1973), gözden geçirilmiş form ise 28 soru içermektedir (Goyette ve ark. 1978). Giderek daha çok kullanım alanı bulan 28 soruluk form, bu alanda çalışanlar tarafından genellikle Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ) olarak adlandırılmaktadır.

Otuzdokuz ve 28 soruluk formların faktör yapılarının büyük oranda benzerlik gösterdiği belirtilmektedir. İki formda da ortak olan üç faktör; davranım bozukluğu, hiperaktivite ve dikkat eksikliği - edilginlik olarak adlandırılmıştır. Uzun formda gözlenen gerginlik - bunalı ve sosyalleşme faktörleri, bu faktörler tarafından yüklenen soruların çıkarılmış olmasına bağlı olarak, gözden geçirilmiş formda belirtilmemiştir (Goyette ve ark. 1978). Sonraki yıllarda normal ve klinik örneklem üzerinde çeşitli ülkelerde gerçekleştirilen çok sayıdaki faktör analitik çalışmayı gözden geçiren Hinshaw (1987), bu çalışmalarda benzer faktör yapılarının elde edildiğini belirlemiştir. Daha yakınlarda yapılan çalışmaların sonuçları da aynı yöndedir (Wilson 1988, Luk 1988). Her iki öğretmen formunda ortak olarak gözlenen üçlü faktör yapısı, bu ölçme araçlarının hiperaktivite ve dikkat eksikliğinin yanısıra davranım sorunlarını da ölçtüğünü düşündürmektedir.

* Bu çalışma, 4. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi'nde bildiri olarak sunulmuştur.

** Doç. Dr., Gazi Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı Bilim Dalı, Ankara.

*** Dr. Psk., Adnan Menderes Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Aydın.

**** Doç. Dr., Adnan Menderes Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Aydın.

***** Uzm. Psk., Gazi Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

Bu durum, ilgili bozuklukların birlikte görülme sıklığının oldukça yüksek olmasıyla açıklanabilir. Sözgelimi, hastaların % 30 - 50 'sinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuyla davranım bozukluğunun birlikte bulunduğu bildirilmektedir (Biederman ve ark. 1991). Benzer biçimde, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alanların yaklaşık yarısında karşı çıkma bozukluğu da görülürken; karşı çıkma bozukluğu olan çocukların % 20 - 93 'ünde dikkat eksikliği hiperaktivite saptanmaktadır (Rey 1993). Öte yandan, davranım bozukluğu olan çocukların % 77-84 'ünde karşı çıkma bozukluğu birlikte bulunmaktadır (Rey 1993). Bu veriler, anılan bozuklukların birbirleriyle yakın ilişkisi olduğunu düşündürmektedir. Nitekim bu üç bozukluk DSM - III ve DSM - III- R'de "Yıkıcı Bozukluklar", DSM - IV'de ise "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları" (DEYDB) başlığı altında bir araya toplanmıştır (APA 1980, 1987, 1994).

Conners öğretmen formlarının faktör yapısı göz önüne alındığında, bunların yalnızca dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunu değil, genel olarak DEYDB'ni değerlendiren araçlar olduğu söylenebilir. Yapılan faktör analitik çalışmalarda, davranım bozukluğu ve hiperaktivite / ataklık faktörlerinin yüksek düzeyde korelasyon göstermesi, Conners ölçeklerinin bu iki olguyu ayırt ediciliğinin düşük olduğunu düşündürmektedir (Hinshaw 1987). Bu soruna çözüm bulmak amacıyla, 39 soruluk formdan yola çıkılarak IOWA Dikkat Eksikliği - Aşırı Aktivite alt ölçeğiyle Saldırganlık alt ölçeği oluşturulmuştur (Pelham ve ark. 1989). Conners ölçeklerini temel alarak oluşturulan ve tanısal yönden daha ayırt edici olan ölçeklerin kullanılmasını destekleyen veriler giderek artmaktadır (Fee ve ark. 1993). Hacettepe Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği (Öktem ve Baysal 1995) ülkemizde bu yolda atılmış önemli bir adım olarak değerlendirilebilir.

DEYDB'ni ölçmek amacıyla dünyada en sık kullanılan araçlar arasında yer alan Conners Davranış Değerlendirme Ölçeği - Öğretmen Formlarının ülkemizde kullanıma sokulabilmesi amacıyla, daha önce tarafımızdan gerçekleştirilen bir ön çalışmada 39 soruluk form Türkçeye çevrilmiş ve 239 deneklik görece küçük bir örneklem üzerinde yapı geçerliği araştırılmıştı (Şener ve ark. 1992). Çeşitli ülkelerde 39 soruluk ölçekle benzer büyüklükte örneklemeler kullanılarak yapılan çalışmalarda elde edilen faktör sayısının dört ile altı arasında değişmesine karşılık (Hinshaw 1987), bizim ön çalışmamızda on faktör belirdi. Bu denli çok faktörün belirmesi, ölçekteki soru sayısının çok olmasına bağlı olarak öğretmen değerlendirmelerinin belirli davranışsal bo-

yutlar üzerinde odaklaşmadığı kanısını uyardı. Soru sayısının çokluğunun bizde daha da belirginleşen dağıtıcı etkisi nedeniyle, daha geniş bir örnekleme 28 soruluk öğretmen formunun (CÖDÖ) psikometrik özelliklerinin araştırılmasının daha uygun olacağı düşüncesi ile bu çalışma gerçekleştirildi. Bu yazıda, CÖDV skorlarının sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi, ölçeğin faktör ve güvenilirlik analizleri, taramalarda kullanılabilecek kesme skorlarıyla ilgili çalışma verileri konu edilmektedir. DEYDB'na özgü davranışsal boyutları ayrı ayrı değerlendirmeye yönelik ölçeklerin kullanıma sokulması doğrultusundaki giderek güçlenen eğilime uygun olarak, bu çalışmanın faktör analizi sonuçlarına dayanarak oluşturulan alt ölçeklerin başka bir yazıda sunulması tasarlanmaktadır.

ARAÇ VE YÖNTEM

Araçlar

Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ) : Öğretmenlerin sınıf içi gözlemleri temelinde öğrencilerini davranışsal yönden değerlendirmeleri amacıyla hazırlanmış 28 sorudan oluşmaktadır (Goyet et al. 1978) . Her soru dörtlü Likert skalasında yanıtlanmaktadır. (0: Hiçbir zaman, 1 : Nadiren, 2: Sıklıkla, 3: Her zaman). Ölçekten alınan yüksek skorlar yıkıcı bozukluklara özgü belirtilerin yoğunluğunu göstermektedir. Ölçek İngilizceye çevrilerek çevirinin uygunluğu sınandı ve gerekli düzeltmeler yapıldı. Bununla birlikte, önceki çalışma sırasında öğretmenlerden gelen geri bildirimler de göz önüne alınarak (Şener ve ark. 1992), kimi sorularda kelimesi kelimesine bir çeviri yapmak yerine, dilimize özgü deyimsel anlatımlardan yararlanma yoluna gidildi. (ör: dur otur bilmez, kıpır kıpırdır gibi).

Yöntem ve Örneklem

Ankara ilindeki sekiz ayrı ilkokulda çalışan öğretmenlerden öğrencileri için CÖDÖ ve yazarlar tarafından geliştirilen bir sosyodemografik bilgi formunu doldurmaları istendi. Örnekleme farklı sosyokültürel ortamlardan gelen öğrencilerin yer alması amacıyla, araştırmanın yürütüldüğü sekiz okulun üçü yarı kırsal kesimden, kalanlar ise kent sosyoekonomik düzeyi değişik kesimlerinden seçildi. Öğretmenlerden geri dönen 1744 form arasından yeterli biçimde doldurulmuş olduğu görülen 1539 tanesi istatistik değerlendirmeye sokuldu.

Araştırma kapsamına alınan 1539 öğrencinin yaş ortalaması 8.95 (ss: 1. 5, aralık : 5 - 13) olarak hesaplandı. Deneklerin yaş, cins ve diğer sosyodemografik değişkenlere göre nasıl grublandıkları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1 : Deneklerin Çeşitli Sosyodemografik Değişkenlere Göre Oluşturdukları Gruplar ve Grupların CÖDÖ Skorları*

DEĞİŞKEN	GRUPLAR				
	Erkek	Kız			
CİNS	795 (% 51.9) 26.9 ± 16.5	738 (% 48.1) 21.4 ± 14.6			Veri Yok 6
YAŞ	5-8 Yaş 599 (% 39.5) 24.0 ± 15.4	9-13 Yaş 918 (% 60.5) 24.7 ± 16.1			Veri Yok 22
ANNE BABA	Birlikte 1435 (% 96.2) 24.2 ± 15.8	Ayrı 56 (% 3.8) 30.7 ± 16.3			Veri Yok 48
GELİR DÜZEYİ	Düşük 429 (% 28.3) 25.5 ± 15.2	Orta 509 (% 33.6) 24.4 ± 15.5	Yüksek 576 (% 38.0) 23.3 ± 16.5		Veri Yok 25
ANNE EĞİTİMİ	Yok 18 (% 1.2) 29.2 ± 14.8	İlk 794 (% 52.9) 25.8 ± 15.9	Orta 404 (% 26.9) 23.0 ± 15.4	Yüksek 286 (% 19.0) 21.9 ± 16.2	Veri Yok 37
BABA EĞİTİMİ	Yok 4 (% 0.3) 34.0 ± 23.6	İlk 533 (% 35.2) 26.8 ± 16.4	Orta 463 (% 30.6) 24.2 ± 15.1	Yüksek 563 (% 33.8) 21.9 ± 15.6	Veri Yok 28
ÇOCUK SAYISI	Bir 307 (% 20.5) 23.9 ± 16.8	İki 571 (% 38.2) 24.1 ± 15.6	Üç 357 (% 23.9) 24.9 ± 16.0	Dört ve üstü 259 (% 16.3) 25.6 ± 15.3	Veri Yok 45
DOĞUM SIRASI	Birinci 663 (% 43.5) 24.5 ± 16.1	İkinci 516 (% 33.9) 23.8 ± 15.3	Üçüncü 215 (% 14.1) 24.0 ± 15.2	Dört ve sonrası 130 (% 8.5) 26.2 ± 17.4	Veri Yok 15

* Tabloda belirtilen her grup için, üst satırda grupta yer alan denek sayısı ve yüzdesi, alt satırda ise grubun CÖDÖ skor ortalaması ve standart sapması verilmiştir.

İstatistiksel Analizler

CÖDÖ skorları üzerinde yaş ve cinsin etkisi ve bu iki bağımsız değişkenin etkileşim gösterip göstermediği iki - yönlü varyans analiziyle araştırıldı. Anne ve babası birlikte olan deneklerle ayrı ya da boşanmış olan deneklerin ölçek skorları t testiyle karşılaştırıldı. Gelir düzeyi, anne eğitimi, baba eğitimi, ailedeki çocuk sayısı ve doğum sırası gruplarının ölçek skorları tek yönlü varyans analiziyle karşılaştırıldı; gruplar arasında anlamlı farklılık bulunması durumunda farkın kaynağını belirlemek için Scheffe testi uygulandı. Tablo1'de görüldüğü gibi, annesi ilkokulu bitirmemiş 18 denek, babası ilkokulu bitirmemiş 4 denek vardır. Bu sayılar parametrik

bir işlem uygulanmasına elvermeyecek ölçüde düşük olduğu için varyans analizinde bu gruplar dışta bırakılarak kalan gruplar karşılaştırıldı. CÖDÖ'nin yapı geçerliğini araştırmak amacıyla önce tüm örneklem üzerinde temel bileşenler faktör analizi uygulandı, özdeğeri (eigenvalue) 1'in üzerinde çıkan faktörler belirlenerek ortogonal (varimax) rotasyona sokuldu. Aynı yöntem yaş ve cinsine göre belirlenen dört alt grubun her biri için tekrarlandı. Ölçeğin güvenilirliğini araştırmak amacıyla Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı ve düzeltilmiş madde - toplam korelasyonları hesaplandı. İşlemler "SPSS for Windows" paket programı kullanılarak gerçekleştirildi.

Tablo 2 : Sosyodemografik Değişkenlerin CÖDÖ Skorlarına etkisi (ANOVA)

SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKEN	F	Serbestlik Derecesi	Anlamlılık
Yaş ve Cins*			
Yaş	0.6	1,1511	Anlamsız
Cins	45.0	1,1511	p < .001
Etkileşim	0.9	1,1511	Anlamsız
Gelir Düzeyi	2.2	2,1511	Anlamsız
Anne Eğitimi	8.6	2,1481	p < .005
Baba Eğitimi	12.5	2,1504	p < .001
Çocuk Sayısı	0.8	3,1490	Anlamsız
Doğum Sırası	0.8	3,1520	Anlamsız

* İki yönlü varyans analizi

BULGULAR

Ölçek Skorları ve Sosyodemografik Değişkenlerle Bağlılığı

Örneklemin ortalama CÖDÖ skoru 24.3 (ss=15.8, aralık= 1 - 78) olarak hesaplandı. Sosyodemografik değişkenlere göre belirlenen grupların denek sayısı ve yüzdesi ile ölçek skorlarının ortalaması ve standart sapması Tablo 1'de gösterilmiştir. Grupların skorlarını karşılaştırmak amacıyla uygulanan varyans analizi sonuçları Tablo 2'de yer almaktadır. Yaş ve cinsiyetin skorları üzerindeki etkisini ve karşılıklı etkileşimini araştırmak amacıyla uygulanan iki yönlü varyans analizinde; cinsiyetin etkisi anlamlı, yaşın etkisi ise anlamsız düzeyde bulunmuş, iki değişkenin anlamlı düzeyde etkileşim göstermediği belirlenmiştir. Tabloda diğer değişkenler için verilen tek yönlü varyans analizi sonuçlarına bakıldığında, ailenin gelir düzeyinin, ailedeki çocuk sayısının ve deneklerin doğum sırasının CÖDÖ skorlarını belirgin biçimde etkilemediği anlaşılmaktadır. Öte yandan, gerek anne gerekse baba eğitiminin ölçek skorları üzerindeki etkisi anlamlı düzeye ulaşmaktadır. Tabloda belirtilen sonuçlar, anne babası ilk, orta ve yüksek öğrenim görmüş deneklerin analize sokulması sonucunda elde edilen değerlerdir. Scheffe-testi, anesi ilköğrenim görmüş deneklerin skor ortalamasının diğer iki gruptan anlamlı ölçüde yüksek (p<.05) olduğunu göstermiştir. Orta ve yüksek öğrenim grupları arasında anlamlı düzeyde fark

bulunmamıştır. Baba eğitimi düzeyine göre belirlenen grupların karşılaştırılmasında da aynı durum gözlenmektedir. Uygulanan t testi, anne ve babası ayrı/boşanmış olan deneklerin anne ve babası birlikte olan deneklerden anlamlı ölçüde yüksek skorlar aldıklarını göstermiştir. (t=3.0, sd=1489, p< 0. 05). Bu sonuçlar,ölçek skorlarının erkeklerde, anne ve /veya babası yalnızca ilk öğretim görmüş çocuklarda, annesiyle babası ayrılmış ya da boşanmış çocuklarda yükselme eğilimi gösterdiğini ortaya koymaktadır.

CÖDÖ'nin Faktör Yapısı

Bütün deneklerin sokulduğu temel bileşenler faktör analizi sonucunda toplam varyansın %59.5'ini açıklayan dört faktör belirlemiştir. Ölçek maddelerinin faktörlere dağılımı ve faktör yükleri Tablo 3 'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde,Davranım ve Hiperaktivite / Ataklık boyutlarının birbirinden ayrılmadığı ve topluca faktör I'i oluşturdukları gözlenmektedir. Faktör II, Dikkat Eksikliği / Öğrenme Güçlüğü'nün yanısıra Edilginlik boyutuyla; faktör III ise Davranımdan kopmuş olarak Toplumsallaşamama boyutuyla ilgili görünmektedir. Olgunlaşmama / Edilginlik faktörü olarak adlandırılan dördüncü faktörün DEYBD için özgül olmayan ve ikincil derecede önemli bir boyuta karşı geldiği söylenebilir.

Ölçeğin faktör yapısının yaş ve cinsiyet değişkenlerinden ne oranda etkilendiğini belirlemek

Tablo 3 : CÖDÖ'nin Faktör Yapısı (5-13 Yaş)

Davranım / Hiperaktivite / Ataklık	Faktör I	*(Açıkladığı Varyans : % 38.9)
12 Kavgacıdır	.79	
8 Diğer çocukları rahatsız eder	.76	
19 Oyun kurallarına uymaz	.73	
24 Geçimsiz	.72	
2 Uyumsuz sesler çıkarır	.68	
23 Suçu başkasına atar	.67	
14 Hareketli, dur otur bilmez	.66	
5 Aniden parlar	.63	
1 Kıpır kıpır, yerinde duramaz	.61	
11 Bir anı bir anını tutmaz	.53	
15 Düşünmeden davranır	.50	
Dikkat Eksikliği / Öğrenme Güçlüğü	Faktör II	(Açıkladığı Varyans : % 12.2)
28 Zor öğrenir	.80	
26 Zorluklardan hemen yılar	.75	
20 Liderlik özelliği yoktur	.75	
21 İşin sonunu getiremez	.75	
18 Kolaylıkla yönlendirilebilir	.72	
27 Öğretmenle işbirliğine girmez	.69	
7 Dikkati dağınıktır	.64	
22 Küçükmüş gibi davranır	.62	
9 Hayallere dalar	.54	
17 Arkadaş grubuna alınmaz	.54	
25 Arkadaşlarıyla yardımlaşmaz	.52	
Toplumsallaşmama	Faktör III	(Açıkladığı Varyans : % 4.7)
10 Somurtur, surat asar	.67	
4 Bilmiş tavırlı, bilgiçlik taslar	.55	
6 Eleştiriyi kaldıramaz	.52	
Olgunlaşmama / Edilginlik	Faktör IV	(Açıkladığı Varyans : % 3.8)
16 Öğretmenin ilgisini ister	.67	
13 Büyüklerin sözünden çıkmaz	.63	
3 İstekleri hemen karşılanmalı	.56	

amacıyla, denekler küçük (5-8 yaş) erkekler / kızlar ve büyük (9-13 yaş) erkekler / kızlar olarak dört gruba bölünmüş, temel bileşenler faktör analizi her bir grup üzerinde ayrı ayrı tekrarlanmıştır. Gruplarda yer alan denek sayısı, elde edilen faktörler ve ölçek maddelerinin faktör yükleri Tablo 4 'de verilmiştir. Büyük kız grubunda toplam varyansın % 57.6 'sını açıklayan üç faktör belirmiş; bunlar Dikkat Eksikliği / Öğrenme Güçlüğü, Davranım/ Toplumsallaş-

ma ve Hiperaktivite / Ataklık faktörleri olarak adlandırılmıştır. Bu üç faktör diğer gruplarda da gözlenmekte ve toplam varyansın önemli bir bölümünü açıklamaktadır: Küçük erkeklerde % 54.1, küçük kızlarda % 50.8 ve büyük erkeklerde % 58.3. Söz konusu üç faktörün tüm gruplarda ölçeğin iskeletini oluşturması ve bu faktörlerin DEYDB'na özgü davranışsal boyutlara karşılık gelmesi, CÖDÖ Türkçe formunun kurgu geçerliği (construc validity) olduğunu düşündürmektedir.

Tablo 4 : CÖDÖ'nin Yaş ve Cinsiyet Gruplarına Göre Faktör Yapısı

	5-8 YAŞ ERKEKLER (n : 310)	5-8 YAŞ KIZLAR (n : 289)	9-13 YAŞ ERKEKLER (n : 474)	9-13 YAŞ KIZLAR (n : 442)
Dikkat Eksikliği / Öğrenme Güçlüğü	Faktör I	Faktör II	Faktör I	Faktör I
7 Dikkati dağınıktır	.65	.64	.73	.68
9 Hayallere dalar	-	-	-	.64
10 Somurtur, surat asar	-	-	-	.51
17 Arkadaş grubuna alınmaz	-	-	.50	.55
18 Kolaylıkla yönlendirilir	.69	.68	.70	.69
20 Liderlik özelliği yoktur	.81	.68	.72	.70
21 İşin sonunu getiremez	.73	.71	.78	.74
22 Küçükmüş gibi davranır	.59	.61	.60	.60
25 Arkadaşlarıyla yardımlaşmaz	-	-	-	.55
26 Zorluklardan hemen yılar	.66	.68	.77	.82
27 Öğretmenle işbirliği yapmaz	.61	.54	.64	.71
28 Zor öğrenir	.79	.76	.85	.78
Davranım / Toplumsallaşamama	Faktör II	Faktör I	Faktör III	Faktör II
2 Uyumsuz sesler çıkarır	-	-	-	.71
5 Aniden parlar	-	.61	-	.71
8 Diğer çocukları rahatsız eder	.60	.68	.58	.77
9 Hayallere dalar	-	.43	-	-
10 Somurtur, surat asar	-	.67	-	-
11 Bir anı bir anı tutmaz	.49	.62	-	.50
12 Kavgacıdır	.74	.78	.64	.76
15 Düşünmeden davranır	-	-	-	.44
17 Arkadaş grubuna alınmaz	.56	.55	-	-
19 Oyun kurallarına uymaz	.65	.61	.68	.77
23 Suçu başkasına atar	.54	.58	.67	.67
24 Geçimsiz	.77	.69	.74	.77
25 Arkadaşlarıyla yardımlaşmaz	.68	.57	.71	-
Davranım / Toplumsallaşamama	Faktör III	Faktör III	Faktör II	Faktör III
1 Kıpır kıpır, yerinde duramaz	.47	.70	.77	.56
2 Uyumsuz sesler çıkarır	.58	.43	.64	-
3 İstekleri hemen karşılanmalı	.72	.46	.66	.79
4 Bilmiş tavırlı, bilgiçlik taslar	.57	.72	.58	.71
5 Aniden parlar	.51	-	.65	-
6 Eleştiri kaldıramaz	.46	.52	.64	.52
11 Bir anı bir anı tutmaz	-	-	.53	-
13 Büyüklerin sözünden çıkmaz	-	-	-	.45
14 Hareketli, dur otur bilmez	.65	.71	.80	.55
15 Düşünmeden davranır	.72	.45	.62	-
16 Öğretmenin ilgisini ister	.72	.63	.68	.73
Uyumsuzluk / Huzursuzluk	Faktör IV		Faktör IV	
9 Hayallere dalar	.58		.52	
10 Somurtur, surat asar	.71		.67	
Edilgenlik	Faktör V	Faktör IV	Faktör V	
13 Büyüklerin sözünden çıkmaz	.80	.67	.85	

Tablo 4'de görüldüğü gibi, her iki erkek grubu ve küçük kız grubunda üç temel faktöre ek olarak başka faktörler de belirmiştir. Ölçeğin 9. ve 10. soruları erkeklerde diğer faktörlerden ayrılarak dördüncü bir faktörü oluştururken, kızlarda birinci ya da ikinci faktörün kapsamında yer almıştır. Yalnızca erkek gruplarında beliren bu faktör Uyumsuzluk / Huzursuzluk faktörü olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin 13. sorusu da büyük kızlar dışında bütün gruplarda ayrı bir faktör olarak belirmiş ve Edilginlik faktörü olarak adlandırılmıştır. Ölçekte yer alan edilginlikle ilgili diğer sorular ise genellikle Dikkat Eksikliği / Öğrenme Güçlüğü faktörünün içinde yer almaktadır. Bu nedenle edilginliği diğer boyutlardan yeterince ayırmayan, ikincil öneride bir boyut olarak düşünmek uygun olabilir. Toplam varyansın elde edilen tüm faktörler tarafından açıklanan bölümü; küçük erkeklerde % 62.3, küçük kızlarda % 55.1 ve büyük erkeklerde % 65.9 düzeyine ulaşmaktadır.

Dört grup üzerinde ayrı ayrı uygulanan faktör analizlerinde, Davranım/Toplumlaşmama faktörünün küçük kız ve erkek gruplarında daha belirgin biçimde ayrıştığı gözlenmektedir. Bu faktör büyük kız ve erkek gruplarında diğer faktörlerden aynı belirginlikte ayrışmamıştır. Özellikle büyük kızlarda, davranım boyutuyla ilgili kimi soruların (ör: arkadaş grubuna alınmaz, somurtur surat asar, arkadaşlarıyla yardımlaşmaz) Dikkat Eksikliği / Öğrenme Güçlüğü faktörünün kapsamında yer aldığı gözle çarpılmaktadır.

Tablo 4 incelendiğinde, bütün gruplarda değişmeden aynı faktörün kapsamında yer alan soru sayısının ondokuz olduğu görülmektedir. Kalan dokuz sorunun faktörlere dağılımının gruptan gruba değişiklik göstermesi, beliren faktörlerin soru içeriğinin her yaş ve cinsten olmadığını ortaya koymaktadır. Genel örneklem üzerinde uygulanan faktör analizinde Davranım / Hiperaktivite boyutunun ayrışmamasının gruplara bağlı yer değiştiren sorulardan kaynaklandığı görülmektedir.

CÖDÖ 'nin Güvenirliği

CÖDÖ 'nin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.94 olarak hesaplanmıştır; bu da ölçeğin güvenirliliğinin oldukça yüksek olduğunu düşündürmektedir. Tek tek ölçek maddelerini değerlendirmek amacıyla düzeltilmiş madde - toplam korelasyonlarına bakılmış ve 0.27 ile 0.74 arasında

da değişim gösterdikleri bulunmuştur. Bir madde için hesaplanan değer $.20$ in üzerinde olması, o maddenin toplam skora uygun biçimde katkıda bulunduğunu ve ayırdediciliğinin yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir (Nunnally ve Bernstein 1994). Bu gözle bakıldığında, CÖDÖ 'nin tüm maddelerinin psikometrik açıdan "iyi" maddeler olduğu söylenebilir.

Deneme Amaçlı Kesme Noktaları

Ölçeğin genel olarak DEYDB 'nı değerlendirdiği düşüncesiyle, bu bozuklukları taramaya yönelik çalışmalarda kullanılacak kesme noktalarının belirlenmesinde yarar görülmüştür. Söz konusu bozuklukların normal popülasyondaki prevalansını toplu biçimde belirlemek amacıyla çeşitli ülkelerde yapılan çalışmaların sonuçları büyük değişkenlik göstermektedir (Costello 1989). Ortalama olarak, dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozukluklarının erkeklerdeki yaygınlığının Kuzey Amerika'da % 8-10 düzeyinde olduğu belirtilmektedir (Pelham ve ark. 1992). Kızlarda bu bozuklukların erkeklere göre 2-6 kat az görüldüğü öne sürülmektedir (Pelham ve ark. 1989). CÖDÖ 'nin Çince versiyonu ile % 9.9 dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu prevalansı bildirilmiş, erkeklerde kızlara göre 3.3 kat fazlalık belirlenmiştir (Wang ve ark. 1993). Ülkemizde DEYBD 'nin prevalansı henüz araştırılmamış olmakla birlikte, yapılan bir çalışmada klinikte erkeklerde dikkat eksikliğinin görülme oranının kızların 3.5 katı olduğu bildirilmiştir (Öktem ve Sonuvar 1993). Bu verilerden yola çıkılarak, deneme niteliğinde kesme noktaları belirlenmiş ve Tablo 5'de gösterilmiştir. Söz konusu bozuklukların prevalans hızlarının henüz kesin biçimde saptanmamış olması nedeniyle, tabloda her grup için dört ayrı kesme noktası önerilerek bir esneklik getirilmeye çalışılmıştır. Sözelimi, DEYBD'nin 5 - 8 yaş erkek çocuklarda yaygınlığının yaklaşık % 12 düzeyinde olduğunu düşünen araştırmacılar, yapacakları tarama çalışmasında kesme noktası olarak 46 skorunu yeğleyebilirler. Buna karşılık, yaygınlık oranının % 8 - 9 düzeyinde olduğuna inanılanlar da kesme noktası olarak 50 ya da 51 skorlarını alabilirler. Burada kuramsal olarak söylenebilecek şey, kesme noktası yükseldikçe ölçeğin duyarlılığının (sensitivity) azalacağı, buna karşılık özgüllüğünün (specificity) ve pozitif yordama değerinin (positive predictive value) artacağıdır.

Tablo 5 : Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Tarama Amacıyla Kullanılabilecek CÖDÖ Kesme Noktaları

GRUPLAR	Kesme Noktası	Seçilme Oranı*
5-8 Yaş	46	% 12.3
Erkekler	47	% 11.0
(n : 310)	50	% 9.3
	51	% 8.4
5-8 Yaş	44	% 5.5
Kızlar	45	% 4.1
(n : 289)	47	% 3.8
	51	% 2.7
9-13 Yaş	50	% 11.6
Erkekler	51	% 10.8
(n : 474)	52	% 10.1
	53	% 9.2
9-13 Yaş	53	% 4.8
Kızlar	55	% 3.8
(n : 442)	57	% 3.1
	59	% 2.7

* Kesme noktası ve üstünde puan alan deneklerin yüzdesi

TARTIŞMA

CÖDÖ 'nin yapı geçerliğiyle ilgili verileri, Dikkat - Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları başlığı altında toplanan klinik tabloların tanımlanması ve sınıflandırılmasıyla ilgili son 20 yıldaki gelişmelerin ışığında tartışmak aydınlatıcı olabilir. Yirmibeş yıl önce ilk Conners ölçeği geliştirildiğinde, DSM II 'nin (APA 1968) etkisiyle o dönemde Hiperkinetik Sendrom olarak adlandırılan bozukluğu değerlendirmeyi amaçlamıştı. Ancak hiperaktivite ve ataklık boyutu üzerindeki vurgu zaman içinde dikkat eksikliği ve öğrenme güçlüğüne doğru kaymış ve bozukluğun temelini bu boyutun oluşturduğu düşünülmeye başlanmıştır. DSM - III 'de (APA 1980) sözkonusu tablonun Dikkat Eksikliği Bozukluğu olarak adlandırılması bunun bir yansıması olarak görülebilir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite ölçütlerinin DSM - III - R'de (APA 1987) birbirinden ayrılmamış olması sonraları bir bulanıklık nedeni olarak değerlendirilmiştir (APA 1991). Bu değerlendirmenin etkisiyle DSM - IV'de dikkat eksikliği için ayrı, hiperaktivite / ataklık için ayrı ölçütler belirlendiği, böylelikle bozukluğun iki boyutunun birbirinden daha kesin biçimde ayrıştırıldığı göze çarpmaktadır (APA 1994)

Son yıllardaki gözlemler, kimi hastalarda bu boyutlardan yalnızca birinin belirgin biçimde bulunabileceğini, yani dikkat eksikliği boyutuyla hiperaktivite / ataklık boyutunun birbirinden kopmaz nitelikte olmadığını ortaya koymuştur (Öktem 1993). Bu yüzden DSM - III 'de yer alan Hiperaktivitesiz Dikkat Bozukluğu tanı kategorisinin DSM - III - R'de gözardı edilmesi eleştiri toplamıştır (Campell ve ark. 1993). Bu tartışmaların bir sonucu olarak, DSM- IV'de Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun üç alt tipinin tanımlandığı görülmektedir. Böylelikle her iki boyutun belirgin olduğu klasik tipe ek olarak, dikkat eksikliğin baskın olduğu tip ve hiperaktivite / ataklığın baskın olduğu tipde bir anlamda resmîyet kazanmış olmaktadır. Öte yandan, hiperaktivite ve ataklığın DSM - IV 'de tek bir boyut olarak kabul edilmesinin temel nedeni, bu iki davranışsal özelliğin faktör analitik çalışmalarda ayrı faktörler olarak belirmemiş olmasıdır (APA 1991).

DEYDB başlığı altında toplanan klinik tablolarda söz konusu olan üçüncü boyutsa, çocuğu toplum dışına itebilen davranış sorunlarıdır. DSM - III ve DSM - III - R'de aynı boyutla ilgili iki ayrı tanı kategorisine yer verilmiştir: Karşı Çıkma Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu. Karşı çıkma bozukluğu DSM - III 'de toplum dışı davranış olarak yer almışken, DSM - III - R

'de davranım bozukluğunun hafif biçimi gibi belirmiştir. DSM - IV 'de bu görünüme resmiyet kazandırılması ve karşı çıkma bozukluğunun, davranım bozukluğunun hafif türü olarak sınıflandırılması düşüncesi bir dönem ağırlık kazanmıştır (Campel ve ark. 1993). Ancak bunun gerçekleşmediği ve DSM - IV 'de her iki tanı kategorisinin de yer aldığı görülmektedir. Bununla birlikte, DSM - IV 'de davranım bozukluğu, karşı çıkma bozukluğunu kapsayan, ancak onu aşan bir tanı olarak görülmektedir. Dolayısıyla her iki tanı kategorisinin aynı davranışsal boyutla ilgili olduğu açıktır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun sorunlu davranışlarla ilgili olduğu açıktır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun sorunlu davranışlarla ilgili her iki tanı kategorisiyle de belirgin düzeyde binişme göstermesi (Biederman ve ark. 1991, Pelham ve ark. 1992), tartışma konusu üç davranışsal boyutun birbiriyle yakın ilişki içinde olduğunu düşündürmektedir.

Bu tartışmaların ışığında, DEYDB tanı grubunda toparlanan bozuklukların birbiriyle ilişkili şu üç boyutu ilgilendirdiği söylenebilir : (1) Öğrenme gücüğü / dikkat eksikliği, (2) hiperaktivite / ataklık ve (3) davranım/toplum dışılık. Conners ölçekleri üzerinde yapılan çalışmaların büyük bölümünde elde edilen faktörler de bu üç boyuta karşı gelir niteliktedir (Hinshaw 1987) . Bu yüzden CÖDÖ başlangıçta hiperkinetik sendromu ölçmek amacıyla yaratılmış olsa da, bugün artık genel olarak DEYDB'ni ölçen bir araç olarak düşünülmalıdır.

Bu çalışmada tüm denekler ve alt gruplar üzerinde uygulanan faktör analizi sonuçları, yukarıda söylenenlerle büyük oranda paralellik göstermektedir. Yapılan analizlerde ölçeğin iskeletini oluşturduğu gözlenen üç faktörün DEYDB için tartışılan üç temel boyuta karşılık gelmesi, CÖDÖ Türkçe formunun kurultu geçerliği olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte, faktörlerin ayrışması ve soru içerikleriyle ilgili kimi noktalar göze çarpmaktadır.

Söz gelimi tüm örneklem üzerinde uygulanan analizin dikkati çeken bir sonucu, Davranım boyutunun Toplum dışılıktan kopması ve bir ölçüde Hiperaktivite/Ataklık faktörüne karışmasıdır. Önceki çalışmalarda Davranım/Toplumsallaşamama faktörüyle Hiperaktivite/Ataklık faktörü arasında genel olarak yüksek düzeyde korelasyon olduğu belirlenmiştir (Hinshaw 1987) . Bu çalışmada tüm örneklem üzerinde yapılan faktör analizinde Davranım boyutunun Hiperaktivite/Ataklık boyutundan ayrışmaması bu et-

mene bağlı olabilir. İtalya'dan bildirilen bir çalışmada da aynı durumun gözlenmiş olması (O'Leary ve ark. 1985) konunun sosyokültürel farklılıklarla ilişkili olabileceğini de akla getirmektedir.

Gruplar üzerinde uygulanan analizler, sözü edilen karışıklığın büyük kızlar grubundan kaynaklandığı izlenimini uyandırmaktadır. Gerçekten de büyük kız grubunda soruların faktörlere dağılımı incelendiğinde, önceki çalışmalarda (Goyette ve ark. 1978, Wilson ve Kiessling 1988) tipik olarak Hiperaktivite/Ataklık faktörleriyle yüklenen kimi soruların (uyumsuz sesler çıkarır, düşünmeden davranır), bu çalışmanın büyük kız grubunda Davranım/Toplumsallaşamama faktörü içinde yer aldığı gözlenmektedir. Kızlarda dikkat eksikliği - hiperaktivite bozukluğuyla davranım bozukluğunun birlikte görülme sıklığının erkeklerden 40 kat fazla olduğu bildirilmektedir (Szatmari ve ark. 1989). Binişmenin kızlarda bu denli yüksek olması, bizim çalışmamızda 9 - 13 yaş kız grubunda beliren faktörlerin soru içeriklerinde gözlenen karışıklığı açıklar niteliktedir.

Soruların faktörlere dağılımı açısından gruplar arasında gözlenen farklılık, kimi durumlarda öğretmen değerlendirmesindeki yanlılığın bir yansıması olarak görünmektedir. Sözgelimi, ölçeğin 5. maddesi ("aniden parlar, ne yapacağı belli olmaz") erkek grublarında hiperaktivite/ ataklık faktöründe, kızlardaysa davranım/toplumsallaşamama faktöründe yer almaktadır. Bu bulgu, erkek çocuklardan farklı olarak, kız çocukların parlamasına öğretmenler tarafından pek hoşgörülle bakılmadığını ve bunun bir davranış sorunu olarak değerlendirildiğini düşündürmektedir. Bunun da nedeni, parlama özelliğinin erkeklik rolünün bir parçası olarak görülmesi olsa gerekir.

CÖDÖ'nin orjinal normatif çalışması (Goyette ve ark. 1978) ve daha sonraki klinik örneklem çalışmasında (Wilson 1988), ölçeğin iç tutarlılığı ve madde analiziyle ilgili veri bulunmamaktadır. Bu çalışmada elde edilen veriler Türk öğrencilerinden oluşan bir örneklemde ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Aslında psikometrik kurama göre bir ölçeğin iç tutarlılığına (Internal consistency) ilişkin parametreler, o ölçeğin yalnızca güvenilirliğinin değil, kurultu geçerliliğinin de değerlendirilmesi açısından önem taşımaktadır (Nunnally ve Bernstein 1994). Bu açıdan bakıldığında, bu çalışmada elde edilen yüksek Cronbach alfa değe-

ri ve madde - toplam korelasyonları CÖDÖ Türkçe formunun kurultu geçerliğini destekleyen ek veriler olarak nitelendirilebilir.

Ölçek skorlarını etkileyen sosyo demografik değişkenler arasında cinsiyet önemli görünmektedir. Erkeklerin ölçek skorları kızlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, DEYDB'nin erkeklerde kızlara göre en az iki kat fazla görüldüğü yönündeki görüşle uyusmaktadır (Pelham ve ark. 1992). Anne ve baba eğitimi düştükçe ölçek skorlarının anlamlı düzeyde yükselmesi, DEYDB'nin sosyokültürel düzeyi düşük ailelerden gelen çocuklarda daha yaygın olarak gözlenebileceğini düşündürmektedir. Bu çocukların sınıfta sergiledikleri ataklık ve hiperaktivitenin, dikkat eksikliğinden çok içinden geldikleri aile çevresinde egemen olan yaşantılarından kaynaklanabileceği öne sürülmektedir (Bauermeister ve ark. 1992). Bu açıklama, sosyokültürel düzeyi görece yüksek ailelerden gelen çocukların, kendi aile ortamlarında daha çok kontrollü ve uyuma dönük davranışa tanık olduklarını ve bunu da kendi davranış örüntülerine yansıtıklarını akla getirmektedir.

Yaşın toplam skorlar üzerinde belirgin etkisi gözlenmemiştir. Yaş ilerledikçe dikkat eksikliği sorunu geri plana düşerken davranım sorunlarının ön plana geçtiği genellikle bildirilmektedir (Millich 1984, Loeber 1985). Pelham ve arkadaşlarının 1992' deki çalışmasında da dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu için yaş etkisi gösterilememiştir. Ölçekten elde edilen toplam skorun, boyutlar açısından yaşın getirdiği değişiklikleri tam olarak yansıtamayacağı beklenebilir. Bu boyutları ölçmeye yönelik alt ölçeklerin kullanılması durumunda, alt ölçeklerin skorları üzerinde yaşın etkisini çalışmak daha belirgin sonuçlar verebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın bulguları ışığında, 28 soruluk gözden geçirilmiş Türkçe CÖDÖ'nin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ve DEYDB'ni taramaya yönelik çalışmalarda kullanılabileceği söylenebilir. Çalışmada DEYDB'nin prevalans hızları göz önünde tutularak belirlenen kesme noktalarının deneme niteliğinde olduğu unutulmamalıdır. Önerilen kesme noktalarında ölçeğin duyarlılık, özgüllük, pozitif/negatif yordama değerleri ve ayırt ediciliğinin (verimliliğinin) belirlenebilmesi için ölçek skorlarıyla klinik değerlendirilmenin karşılaştırıldığı çalışmalara gereksinim duyulduğu söylenebilir. Bu desenle yapılacak çalışmalar CÖDÖ'nin ölçüt geçerliğini sına olanağını da yaratacaklardır.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (1968) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd ed)*. Washington, DC.

American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed)*. Washington, DC.

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed, revised)*. Washington, DC.

American Psychiatric Association (1991) *DSM -IV Options Book : Work in Progress*. Washinton, DC.

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th edition)*. Washington, DC.

Baurmeister JJ, Alegria M, Bird H ve ark. (1992) Are attentional - hyperactivity deficits unidimensional or multidimensional syndromes? Empirical findings from a community survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31 : 423 - 31.

Biederman J, Nevcorn J, Sprich S. (a1991) Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *Am J Psychiatry* 148 : 564 - 77.

Campbell M, Ernst M, Setterberg Sr ve ark. (1993) Proposed changes in the DSM-IV criteria for child psychiatry. *Current Psychiatric Therapy içinde*, Ed : Dunner DL.W. B. Saunders Company, Philadelphia.

Conners CK. (1969) A teacher rating scale for use in drug studies with children. *Am J Psychiatry* 126 : 884 - 8.

Conners CK. (970) Symptom patterns in hyperkinetic, neurotic and normal children. *Child Dev* 41 : 667 - 82.

Conners CK. (1973) Rating scales for use in drug studies with children. *Psychopharma Bull (special issue - pharmacotherapy with children)* : 24 - 84.

Costello EJ. (1989) Developments in child psychiatry epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28 : 836 - 41.

Fee Ve, Matson JI, Moore LA ve ark. (1993) The differential validity of hyperactivity / attention deficits and conduct problems among mentally retarded children. *J Abnorm Child Psychol* 21 : 1 - 11

Goyette CH, Conners CK, Ulrich RF. (1978) Normative data on revised Conners ' parent and teacher rating scales. *J Abnorm Child Psychol* 6 : 221 - 36.

Hinshaw SP. (1987) On the distinction between attentional deficit / hyperactivity and conduct problem / agresion in child psychopathology. *Psych Bull* 101 : 443 - 63.

- Loeber R. (1985) Patterns and development child behavior. *Ann Child Dev* 2 : 77 - 116.
- Luk SL, Leung PWL, Lee PLM. (1988) Conners' Teacher Rating Scale in Chinese children in Hong Kong. *J Child psychol Psychiat* 29 : 165 - 174.
- Millich R. (1984) Cross - sectional and longitudinal observations of activity level and sustained attention in a normative sample.
- Nunnally JC, Bernstein IP. (1994) *Psychometric Theory* (3rd ed) . MC Graw Hill, New York.
- O'Leary KD, Vivian D, Nisi A. (1985) Hyperactivity in Italy. *J Abnorm Child Psychol* 13 : 485 - 500.
- Öktem F. (1993) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Türk Psikiyatri Dergisi* 4 : 113 - 119.
- Öktem F, Sonuvar B . (1993) Dikkat eksikliği tanısı alan çocukların özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 4:267 - 272.
- Öktem F, Baysal B. (1995) Hacettepe Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği . 5. ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi'nde sunulan sözel bildiri. Ankara.
- Pelham WE, Millich R, Murphy DA et al. (1989) Normative data on the IOWA Conners' Teacher Rating Scale. *J Clin Child Psychol* 18 : 259 - 62.
- Pelham WE, Gnany EM, Greenslade KE ve ark. (1992) Teacher ratings of DSM - III - R symptoms for the disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31 : 210 - 8.
- Rey JM. (1993) Oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry* 150 : 1769 - 78.
- Szatmari P, Boyle M, Offord D. (1989) Attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder : degree of diagnostic overlap and differences among correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28 : 865 - 72.
- Şener Ş, Uluergüven Ç, Sertcan Y. (1992) Türk örnekleminde Conners ölçeklerinin normatif ve faktör yapısı ve rileri . 1992 Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi günlerinde sunulmuş bildiri, Kuşadası.
- Wang YC, Chong MY, Chou WJ, Yang JL. (1993) Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in primary school children in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 9 : 133 - 138.
- Wilson JW, Kiessling LS. (1988) What is measured by Conners' Teacher Behavior Rating Scale? *Dev Behav Pediatrics* 9 : 271 - 8.

ENÜREZİS NOKTURNA'DA "RANDEVU ALMANIN" TEDAVİ EDİCİ ROLÜ*

Fatih Ünal**, Berna Pehlivantürk***, Z. Bengi Baysal**,
İsmail Yavaş****, Birsen Sonuvar*****

ÖZET

Tedaviye dirençli küçük bir grup dışında enürezis nokturna nedeniyle başvuran çocukların tedavisinde kullanılan birçok yöntem ile oldukça başarılı sonuçlar bildirilmektedir. Ancak bu yöntemlerin tedavi edici etkinlikleri araştırılırken genellikle tedavi öncesi döneme ilişkin değişkenler değerlendirme dışında bırakılmaktadır. Klinik uygulamamızda birçok hastanın yakınmalarının daha ilk görüşmeye geldiklerinde, eskisine göre azaldığına ilişkin gözlemlerimiz, bizi "randevu almanın" tedavide oynadığı rolü araştırmaya yöneltmiştir.

Bu amaçla 1994 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı bölümüne enürezis nokturna nedeniyle ilk kez başvuran çocuklar ileriye dönük bir araştırma deseninde incelenmiştir. Veriler, ıslatma sayısının randevu alınan günden görüşme tarihine kadar geçen 1 aylık süre içinde herhangi bir tedavi girişimi olmaksızın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığını göstermiştir. Bu azalmanın ailesinde enürezis nokturna öyküsü olmayan çocuklarda daha fazla olduğu dikkati çekmiştir.

Anahtar sözcükler : Enürezis, tedavi.

SUMMARY : THERAPEUTIC VALUE OF "GETTING AN APPOINTMENT" IN ENURESIS NOCTURNA

Except a small treatment-refractory group, successful results have been reported in the treatment of enuretic children with multiple treatment modalities. While studying the efficacy of these methods, some variables about the pre-treatment phase were not taken into consideration. In our clinical practice; after observing a decrease in the symptoms of many patients even at the first interview, it was decided to study the therapeutic value of "getting an appointment" in enuresis nocturna. For this reason, the enuretic children who were referred to the Department of Child Psychiatry of Hacettepe University in 1994 were investigated in a prospective study. The findings of this study indicated that the number of dry nights increased significantly without any treatment attempts within a period of one month from getting an appointment to the first interview. This increase was observed more frequently in children without history of enuresis nocturna in their family.

Key words : Enuresis, treatment

GİRİŞ

Enürezis Nokturna (EN), 5 yaşından büyük çocuklarda uyku sırasında, tekrarlayıcı nitelikte ve istem dışı idrar yapılması olarak tanımlanmaktadır (Schaffer 1994). Bu durum sorunun başlangıç biçimi ve seyrine göre birincil EN (primer) ve ikincil EN (sekonder) olarak iki gruba ayrılmaktadır. Birincil EN'da sorun bebeklikten beri süregelenmektedir. Tüm enüretiklerin % 80-90'ını oluşturan bu grupta daha çok genetik yatkınlık, biyolojik ve gelişimsel etmenler sorumlu tutulmaktadır (Scharf ve ark. 1987, Novello ve Novello 1987, Schaffer 1994, Willie ve Anveden 1995). En az 1 yıllık mesane kontrolü öyküsü olan ikincil EN'da ise daha çok medikal ve psikolojik etmenlerin sorunu başlattığı ileri sürülmektedir (Hinman 1974, Scharf ve ark. 1987, Novello ve Novello 1987). EN hem gelişmiş hem de ilkel

toplumlarda oldukça yaygın bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır (Schmitt 1982). Değişik yayınlarda 5 yaşındaki çocukların %10-20'sinin enüretik olduğu, 15 yaşında ise bu oranın ancak % 1-2'ye düştüğü söylenmektedir (Novello ve Novello 1987, Schmitt 1982). Bu sorun ülkemizde de çocuk psikiyatrisi kliniklerine yapılan başvuruların en sık nedenleri arasında yer almaktadır. 1993 yılında Bölümümüzde görülen çocukların %18'ini bu grup oluşturmuştur (Baysal ve ark. 1995). Sık rastlanmasına karşın, EN'nin nedenleri, etkileri ve özellikle de tedavi yöntemleri ile ilgili yapılan çalışmaların yeterli olduğu söylenebilir. Davranışçı yöntemlerden cerrahi girişimlere kadar uzanan birçok tedavi seçeneği arasında henüz en uygun tedavi modelinin ne olduğu konusunda anlaşmaya varılamamıştır (Schmitt 1982, Schaffer 1994). Tek başına uygulandığında %25-80 arasında değişen düzelme oranları bildirilen çeşitli tedavi yöntemleri ile ilgili sonuçlar, yıllık %15 olan spontan düzelme oranı ile kıyaslandığında başarılı olarak değerlendirilebilir (Schmitt 1982, Forsythe ve Butler 1989, Miller ve Klauber 1990, Mikkelsen 1991). Ancak EN nede-

* Bu araştırma, 5. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresinde serbest bildiri olarak sunulmuştur.

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

*** Dr., Arş. Gör., Trakya Üniv., Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bl. Edirne.

**** Uzm. Dr., G.A.T.A. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara.

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

niyle hastaneye getirilen bir çocuğun tedavisinde uygulanan bir yöntemin başarısının başka değişkenlerle de karşılaştırılması gerekebilir. Klinik uygulamalarımız sırasındaki basit bir gözlem tedavi için başvurma sürecini de dikkate almamız gerektiğini düşündürmüştür. Birçok ailenin, çocuklarının sorunundan söz ederken randevu aldıktan sonra yakınmanın azaldığına ya da tamamen ortadan kalktığına değinmesi, bölümümüzde EN tedavisi ile ilgili yürütülmekte olan geniş kapsamlı bir araştırmanın ilk basamağı olarak, bu sürecin de incelenmesini gündeme getirmiştir.

YÖNTEM

Bu çalışmanın örneklemini Eylül 1994–Ocak 1995 tarihleri arasında H.Ü.T.F. Çocuk Ruh Sağlığı Bölümü'ne EN nedeniyle ilk kez başvurmuş ve 5 yaşından büyük olan çocuklar oluşturmuştur. Tüm çocuklar önce Çocuk Hastalıkları bölümünde değerlendirilmiş, etyolojisinde organik etmenlerin dışlanabildiği tüm başvurular çalışmaya alınmıştır. Aileler bölümümüze randevu almak için başvurduklarında sadece çocuğun adres veya telefon numarası, yaşı, daha önce herhangi bir tedavi görüp görmediği ve son 1 ay içinde kaç gece yatağını ıslattığı öğrenilmiş, 1 ay sonraya randevu verilmiş, bu randevu tarihinden çocuğun da haberdar olması sağlanmıştır. Randevu alınmasından ilk görüşme tarihine kadar geçen bu 1 ay içindeki ıslak gecelerin ana baba tarafından takvime işaretlenmesi istenmiştir. Bu kapsam dışındaki sorular "ilk görüşmede ayrıntılı olarak konuşulacağı" söylenerek yanıt-sız bırakılmıştır. İlk görüşmeye gelindiğinde diğer sosyodemografik ve soruna ilişkin verilerin yanında takvimdeki ıslak gece sayısı da ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Bu aşamada randevu alınırken aktarılan ıslak gece sayısının geçerli olup olmadığını anlayabilmek amacıyla randevudan önceki 1 ay içindeki ıslak gece sayısı tekrar sorgulanmıştır. Ayrıca ailenin daha önceki çabaları, randevudan bugüne kadar nelerin değiştiği ve bu değişikliğin nedenleri, yarı yapılandırılmış bir görüşme yardımıyla irdelenmiştir. 28 maddeden oluşan bu görüşme formunda ilk 18 madde sosyodemografik ve klinik bilgileri, son 10 madde ise ailenin randevu alınmadan önce ve sonraki sorunla baş etme yolları, alınan önlemler, çocuğa gösterilen tepkiler gibi değişkenleri öğrenebilmek için hazırlanmıştır. Son 10 maddedeki konular açık uçlu sorularla

ele alınmış ve sonradan yazarlar tarafından sınıflandırılmıştır. Randevuya gelmeyenler, randevu günü telefon ile aranılıp aynı görüşme yapılmıştır. Veriler t-testi ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

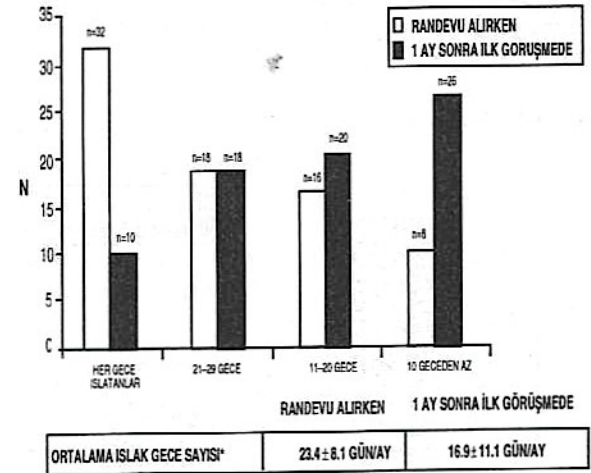
BULGULAR

Çalışma kapsamındaki 74 çocuğun yaş ortalaması 100 ay (100.27 ± 25.89) yani yaklaşık 8 yaş 4 ay olarak saptanmıştır. Bu çocukların %63.5'inin erkek ($n = 47$), % 36.5'inin kız ($n = 27$) olduğu, % 83.8'inin birincil EN ($n = 62$), % 16.2'sinin ikincil EN tanısı aldıkları anlaşılmıştır. Randevusuna getirilmeyen 13 çocuğun (%17.6) hepsine telefon ile ulaşılmış ve gerekli bilgiler tamamlanmıştır.

İlk görüşmede, randevudan önceki 1 ay içindeki ıslak gece sayısı geriye dönük olarak tekrar sorgulandığında sadece 7 (%9.5) çocuğun ailesi randevu alırken bildirdiği sayıyı değiştirmiştir. Bu değişiklik 2 çocuk dışında 1–2 gün gibi ihmal edilebilecek düzeyde kalmıştır. Bu 2 (% 2.7) çocuk için son bildiren sayı esas alınmıştır.

Randevu alırken belirtilen ıslak gece sayısının görüşmeye gelindiğinde ortalama % 27 oranında azaldığı ve bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Şekil -1).

Şekil-1: Randevu Öncesi Ve Sonrası Islak Gece Sayısı / Ay



$$t = 4.06 \quad * p < 0.001$$

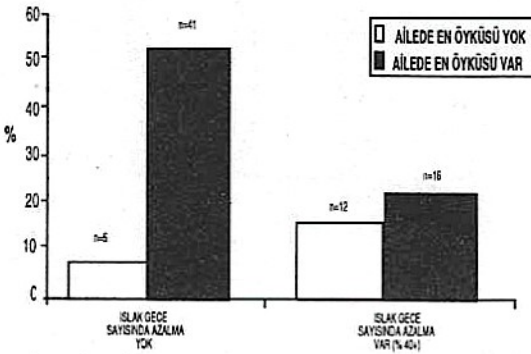
Çocukların yarısından fazlasında randevu alındıktan sonra ıslak gece sayısında değişik oranlarda azalma olduğu görülmüştür. Hatta küçük

bir grupta sorunun tamamen ortadan kalktığı anlaşılmıştır (% 10,8, n = 8). Randevu alırken belirtilen ıslak gece sayısı ortalama 23.4 ± 8.1 gün/ay, 1 ay sonrasındaki ilk görüşmede ise ortalama 16.9 ± 18.1 gün/ay olarak saptanmıştır. Islak gece sayısındaki bu azalmanın ortalama % 27 oranında olmasına karşın, daha da güvenilir bir kıyaslama yapabilmek amacıyla daha yüksek bir oranın kesim noktası olarak kabul edilmesi düşünülmüştür. Bu oran belirlenirken ortalama düzelme oranının yaklaşık 1.5 katı olan % 40 oranı tümüyle yapay olarak seçilmiş ve sonuçta "ıslak gece sayısında % 40 oranında azalma" kesim noktası olarak değerlendirilmiştir. Islak gece sayısında bu oranun üzerinde azalma gözlenenler (% 37,9, n=28) ayrı bir grup olarak kabul edilmiş ve "ıslak gece sayısında azalma görülenler" olarak adlandırılmıştır. Randevu alındıktan ilk görüşme tarihine kadar geçen 1 ay içinde ıslak gece sayısında % 40'dan az oranda azalma gözlenen çocuklar (% 62,1, n=46) ise "ıslak gece sayısında azalma görülmeyenler" şeklinde isimlendirilmiştir. Bu iki grup sosyodemografik değişkenler ve bu azalmayı etkileyebileceğini varsaydığımız bazı değişkenler açısından karşılaştırılmıştır.

Islak gece sayısında azalma görülen ve görülmeyen çocuklar; yaş, cinsiyet, aile yapısı, kardeş sayısı ve sırası, ana babanın yaşı, eğitimi ve mesleği gibi sosyodemografik değişkenler açısından karşılaştırıldıklarında bu iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı herhangi bir sonuç elde edilmemiştir.

Ailede EN öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Ailesinde EN öyküsü olanlarda "ıslak gece sayısında azalma görülmeyenlerin" daha yüksek oranda olduğu anlaşılmıştır (Şekil-2).

Şekil-1 : Ailede En Öyküsü

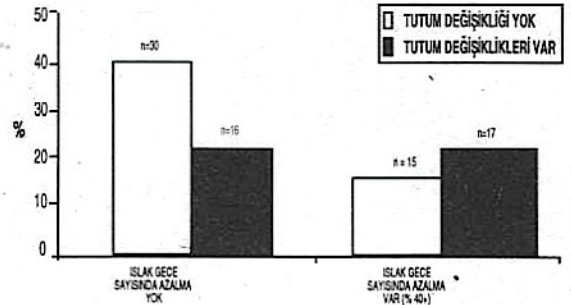


$$\chi^2 = 8.33 \quad p < 0.005$$

EN tipi (birincil-ikincil) açısından bu iki grup arasında herhangi bir farklılık saptanmamıştır.

Bu bulguya paralel olarak her iki gruptaki aileler, sorunu başlatan bir neden gösterebilmek ve gösterememek yönünden de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemişlerdir. Hastaneye başvurudan önce herhangi bir önlem (örn : gece kaldırma) alınması ve alınmaması açısından da iki grup arasında fark olmadığı anlaşılmıştır. Islak gece sayısındaki azalmanın nedenleri araştırıldığında ailenin randevu aldıktan sonra kendilerinde farkettileri tutum değişikliklerinin ön planda olduğu görülmüştür (Şekil-3). Birçok ailenin bu konuda bizden hiçbir yardım almadığı halde soruna daha dikkatle eğildiği ve daha önceki uygunsuz tutumlarını azalttıkları anlaşılmıştır. Örneğin hastaneye başvurmadan önce altını ıslattığı için çocuğunu dövüklerini söyleyen bazı aileler, ilk görüşme tarihine kadar geçen 1 ay içinde bu tutumlarında değişiklik olduğunu, bu değişikliğin sorunu azalttığını aktarmışlardır.

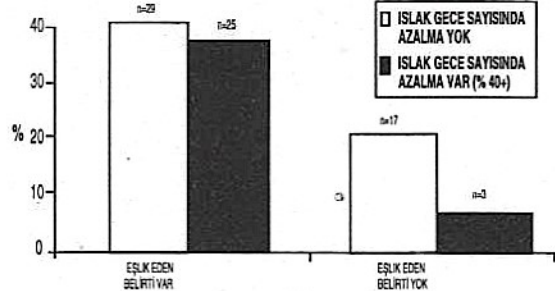
Şekil-3: Ailede Tutum Değişiklikleri



$$\chi^2 = 6.63 \quad p < 0.05$$

Bir başka değişken olan EN'ya eşlik eden belirtiler (en sık olarak kekemelik, parmak emme, tırnak yeme, tik, masturbasyon ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu) açısından da her iki grup arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır. Islak gece sayısında azalma görülen çocuklar arasında, EN'ya eşlik eden belirtileri olanların daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır (Şekil-4).

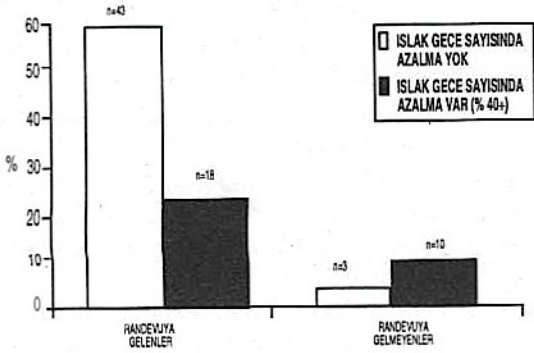
Şekil-4 : Eşlik Eden Belirtiler



$$\chi^2 = 4.81 \quad p < 0.05$$

Randevuya gelmeyenler telefon ile arandığında ıslak gece sayısındaki azalma oranı % 40'ın üzerinde olanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır (Şekil 5).

Şekil-5 : Randevuya Gelmeyenler



$$\chi^2 = 8.32 \quad p < 0.005$$

TARTIŞMA

Bugüne kadar literatürde EN'da tedavi edici etmenleri inceleyen çok sayıda yayın bulunmaktadır. Bu araştırmaların deseninde mesane kapasitesinden, gece salınan Anti Diüretik Hormon düzeylerine kadar birçok değişkenin kontrol edilmesine karşın (Schaffer 1994); psikolojik yönleri olan değişkenler, belki de kontrol edilmelerindeki güçlüklerden dolayı kapsamlı olarak ele alınmamışlardır. EN'da tedavi için başvurma sürecinin etkisi, bizim bildiğimiz kadarıyla ilk kez bu çalışmada sosyodemografik ve klinik değişkenleri içerecek bir araştırma deseninde ele alınmıştır.

Bu çalışmanın sonuçları, bizi, EN nedeniyle başvuran ailenin bu sorunu düzeltmek yolundaki motivasyonu üzerinde düşünmeye yöneltmiştir. Randevu alınan gün, gündemdeki bu sorunun çözümü için bir dönüm noktası olabilir. Randevu alındıktan sonra ana babadaki tutum değişiklikleri, bu görüşü destekler niteliktedir. Hastaneye başvurmaya karar vermek bile başlı başına tedavinin önemli bir bileşeni olarak değerlendirilebilir. Bir başka tedavi edici değişken aileye verilen "ev ödevi" olabilir. Her sabah takvime işaret koymak, ana babanın soruna ilgisini arttırabilir. Devlin ve O'Cathain (1990) alarm tedavisini değerlendirdikleri kapsamlı bir çalışmada sadece takvime ıslak gecelerin işaretlenmesi ile örneklemin % 17'sinde belirgin oranda düzelme görüldüğünden söz etmişlerdir. Ancak Devlin ve O'Cathain'in bu çalışmasında takvimin işaretlenmesi, araştırmacıların çocukla iliş-

kiyi başlattıkları ayrıntılı bir görüşmeden sonra önerildiği için tek etken olarak görülmemelidir. Bizim incelediğimiz yayınlar arasında tedavi öncesi dönemin sonuçlarından söz eden tek yazı olan bu çalışmada ne yazık ki bu bulgu derinlemesine irdelenmemiştir.

Bu çalışmada randevu öncesi ıslak gece sayısında azalma görülen ve görülmeyen gruplar arasında sosyodemografik değişkenlerle ilgili anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu durum her iki grup için birçok alanda kendiliğinden ortaya çıkan bir eşleştirme anlamına geldiği için diğer bulguların daha da ayrıntılı incelenmesi uygun olabilir.

Islak gece sayısındaki azalmaya ilişkin belirleyicilerin daha çok aile ile ilgili yönleri göze çarpmıştır. Ailesinde EN öyküsü olanlarda ıslak gece sayısında azalma görülmeyenlerin daha yüksek oranda olduğu anlaşılmıştır. Bu bulgunun hem genetik etkinin gücü hem de durumun evde kabullenilmesi ve düzelme motivasyonunu azaltması açısından tartışılması gerektiği düşünülmüştür. Etiyolojik açıdan genetik ve biyolojik etmenlerin ön planda olduğu ileri sürülen birincil EN ve daha çok çevresel etkenlerin sorumlu tutulduğu ikincil EN açısından bizim çalışmamızda istatistiksel olarak herhangi bir farkın gözlenmemesi, düzelme motivasyonu üzerinde daha çok durulması gerektiğini düşündürmüştür.

EN'ya eşlik eden başka belirtileri olan çocuklarda saptanan ıslak gece sayısındaki azalmanın, sadece EN'sı olanlara göre daha yüksek oranda görülmesini yorumlamak oldukça güç olmuştur. Yazarlar bu bulguyu irdelerken "EN ile ilgili düzelme olurken eşlik eden belirtilerin şiddetlenmesi" doğrultusundaki daha önceki ampirik gözlemlerinden yararlanmışlardır. Bir başka deyişle, ıslak gece sayısı tedavi öncesinde azalan çocuklarda eşlik eden psikiyatrik belirtilerin beklenenden daha fazla olması, çocuğun bir semptomundan vazgeçip diğerine kayması olasılığını akla getirmiştir. Bu çocuklar ailenin daha çok üzerinde durduğu semptomu bırakıp, sorunlarını dışavurabilecekleri başka bir semptom seçiyor olabilirler. Aynı varsayım doğrultusunda bu çocuklar için EN açısından biyolojik etkenlerin daha az etkili olduğu ve böylece semptomların kolaylıkla çeşitlenebildiği ileri sürülebilir. Ancak bu varsayım ve gözlemler çalışmanın deseni nedeniyle aynı örneklem ile yinelenemediği için yapılan yorum tartışmaya açıktır.

Randevuya gelmeyen 13 çocuktan 10'unun, ıslak gece sayısında belirgin azalma olduğu için has-

taneye getirilmediği anlaşılmıştır. Bu aileler için sorunun çözülmesi için atılan ilk adımın yeterli olduğu ileri sürülebilir. Bu çocukların izlenerek ıslak gece sayısındaki azalmanın kalıcılığı hakkında bilgi alınması planlanmıştır.

Bu çalışma EN'da tedavi öncesine ilişkin değişkenleri ayrıntılı olarak ele alan ilk araştırma olmasına karşın, yöntemi ile ilgili bazı sorunları barındırmaktadır. Bu sorunlardan en önemlisi randevu öncesindeki bir aylık ıslak gece sayısının teknik olarak kaydedilmesinin olanak dışı olmasıdır. Her ne kadar bu sayı ilk görüşmede ayrıntılı olarak ele alınsa ve farklı bilgiler ihmal edilebilecek oranlarda olsa da, karşılaştırılan iki değer değişik yollardan elde edilmesi nedeniyle bulguların dikkatle değerlendirilmesi gereklidir. Ancak "her gece altını ıslatan" çocuklarda böyle bir yanılma payı saptanmaması, ıslak gece sayısındaki azalmanın en yüksek oranda bu çocuklarda gözlenmesi (Şekil-1) ve sonuç olarak randevu alındıktan sonra ortalama ıslak gece sayısında istatistiksel açıdan anlamlı bir düşüş gözlenmesi yine de bu araştırmanın sonuçlarının dikkate alınması gerektiğini düşündürmektedir. Bu bulgunun nedenlerini daha ayrıntılı olarak ele almak için yapılacak çalışmalar, EN tedavisinde ailenin ve çocuğun düzelme motivasyonunu nasıl değerlendirebileceğimiz ve nasıl kullanabileceğimize ilişkin bilgiyi arttırabilir.

KAYNAKLAR

- Baysal B, Öktem F, Ünal F ve ark. (1995) Son on yılda çocuk psikiyatrisine yapılan başvuru tanı, dağılım ve tedavi yöntemlerindeki değişim 5. Çocuk ve Ergen psikiyatristi kongresinde sunulan serbest bildiri.
- Devlin JB, O' Cathain C (1990) Predicting outcome in nocturnal enuresis. *Arch Dis Child* 65 : 1158-1161.
- Forsythe WI, Butler RJ (1989) Fifty years of enuretic alarms. *Arch Dis Child* 64 : 879-885.
- Hinman F (1994) Urinary tract damage in children who wet. *Pediatrics* 54 : 142-150.
- Mikkelsen EJ (1991) Modern approaches to enuresis and encopresis. *Child and Adolescent Psychiatry içinde, M Lewis (ed). Williams and Williams, Baltimore, s : 583-591.*
- Miller K, Klauber GT (1990) Desmopressin acetate in children with severe primary nocturnal enuresis. *Clin Therap* 12 : 357-366.
- Novello CA, Novello RJ (1987) Enuresis. *Pediatric Clin North America* 34 : 719-733.
- Schaffer D (1994) Enuresis. *Child and Adolescent Psychiatry içinde, M Rutter, E Taylor, L Hersov (ed). Blackwell Science, London, s : 505-519.*
- Scharf MB, Pravda MF, Jennings SW ve ark. (1987) Childhood enuresis : a comprehensive treatment program. *Psychiatric Clin North America* 10 :655-666.
- Schmitt BD (1982) Nocturnal enuresis : an update on treatment. *Pediatric Clin North America* 29 : 21-33.
- Willie S, Anveden I (1995) Social and behavioral perspectives in enuretics, former enuretics and non-enuretic controls. *Acta Paediatr* 84 : 37-40.

AİLEDE CİNSEL SÖMÜRÜ : BİR OLGU SUNUMU

Ayşe Avcı*, Rasim Somer Diler**

ÖZET

Ailede cinsel sömürü en sık baba-kız arasında görülmektedir. Bu durum genellikle bozuk bir aile ortamında yetişen çocuğun, tanıdığı ve güvendiği biri tarafından, uzun süreli ve yineleyici olarak örselenmesi biçiminde gelişir. Ortaya çıktıktan sonra aile içi dengelerinin sarsılması ya da çocuğa yeterli desteğin olmaması nedeniyle zedelenmeye yol açmaktadır. Çocukta örselenme, aile dışı cinsel sömürü ve başka zorlara oranla daha fazla olmakta ve ileride psikiyatrik bir bozukluk geliştirme riski artmaktadır.

Olgu: 13 yaşında, hafif düzeyde zeka geriliği olan bir kız çocuğudur. Son iki yıldır alkol kötü kullanımı olan baba tarafından cinsel sömürüye uğradığı belirtilmektedir. Anne kliniğimizde bipolar bozukluk tanısı ile izlenmektedir.

Olgu cinsel sömürünün değerlendirilmesi ve risk etmenleri açısından ele alınmaya çalışılmıştır. Sagaltım sürecindeki sorunlar ve olayın etik yönü tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Ailede cinsel sömürü, çocuk psikiyatrisi.

SUMMARY : INTRAFAMILIAL SEXUAL ABUSE; A CASE REPORT

Intrafamilial sexual abuse is most often seen between father and daughter. This situation involves the child who has grown up in a deteriorated family, and occurs continuously with a wellknown and reliable person. After the disclosure, the child is traumatized because of disturbed family relationships and inadequate support. The effect of trauma is much more than extrafamilial sexual abuse and other stresses, and it also increases the risk of developing a psychiatric illness.

The case: a 13 years old and mildly retarded girl is sexually abused for two years by her father, who has alcohol misuse. The mother is being followed as an outpatient in our clinic with the diagnosis of bipolar disorder.

The case is evaluated according to the assesment of abuse and risk factors. The problems during the period of the treatment and ethical side of the abuse are discussed.

Key words: Incest, child psychiatry

GİRİŞ

Ailede cinsel sömürü, çocukla kan akrabalığı olan ya da bakımından sorumlu olan kişilerle, çocuk arasındaki her türlü cinsel eylemdir. En sık baba - kız arasında olduğu bildirilmektedir (Bushnell ve ark. 1993, Canat 1994, Green 1993, Olafson ve ark. 1993, Yüksel 1993).

Ailede cinsel sömürü sıklıkla, sağlıksız bir aile ortamında yetişen çocuğa, tanıdığı ve güvendiği biri tarafından, uzun süreli ve yineleyici olarak yönlendirilmekte, ortaya çıktıktan sonra aile dengelerini sarsmakta, çocuğa yeterli desteğin sağlanması daha zor olmaktadır. Bu nedenlerle çocuktaki örselenme, aile dışı cinsel sömürü ve başka zorlara oranla, daha fazla olmakta ve ileride ruhsal sorunların ortaya çıkma olasılığı artmaktadır (Green 1993, Larde 1989, Putnam ve Tricket 1993).

Russel, 1978 yılında, San Francisco'da 930 kadınla yaptığı çalışmada "bedensel temasın olduğu aile içi cinsel sömürü"yü % 16 oranında bildirmiştir. Finkelhor, 796 üniversite öğrencisiyle yaptığı çalışmada "aile üyelerinden biriyle cinsel deneyim" tanımlamasıyla, kadınlarda % 19,

erkeklerde % 9 oranında ailede cinsel sömürü belirlenmiştir. Muller Yeni Zellanda'da, 1988'de, 1516 kadın ile çalışarak, "aile içi cinsel sömürü" oranını % 9.9 olarak bulmuştur (aktaran, Kinzl ve Biebl 1992).

Alan çalışmalarının sonuçlarında ABD'deki tüm kadınların % 1'inin, Danimarka ve Norveç'te ise % 1-2'sinin ailede cinsel sömürüye uğradıkları belirlenmiştir (Green 1993, Kutchinsky 1991).

Çalışmalarda ailede cinsel sömürüye uğrayanların hemen hepsinde benlik algısında karmaşa (düşük özsaygı, kimlik ve beden algısında bozukluk) bildirilmiştir (Putnam ve Tricket 1993). Sömürü sonrası % 50.4 oranında belirgin olumsuz etkilerin sürdüğü, ruhsal sorunların minimal de olsa % 77.6 oranlarında süregenlik kazandığı vurgulanmıştır (Pribor ve Dinwiddie 1992). Sömürüye eşlik eden özgül bir bozukluk olmamasına karşın, kısa dönemde anlamlı olarak "anksiyete bozuklukları (1/3 olguda posttravmatik stres bozukluğu), disosiyatif bozukluk, konversiyon bozukluğu, depresyon, cinsel davranış karmaşası" oranları yüksek olarak belirlenmiştir. Uzun dönemde ise "anksiyete bozuklukları (özellikle gecikmiş ya da süregen posttravmatik stres bozukluğu), depresyon, özkiyim girişimleri, somatizasyon; yeme, davranım ve uyum bozuklukları, madde kötü kullanımı, borderline ki-

* Doç. Dr., Çukurova Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Adana.

** Dr., Çukurova Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Adana.

şilik ve çoğul kişilik bozuklukları, cinsel denimsizlik -düzensizlik, kişiler arası ilişkilerde dengesizlik, cinsel sömürde bulunma, sömürünün yinelenmesi, kendi çocuklarının ilerde cinsel sömürüye uğrama oranları yüksek bulunmaktadır (Bushnell ve ark. 1992, Cole ve ark. 1992, Green 1993, Kerimoğlu ve Avcı 1991, Kinzl ve Biebl 1992, Pribor ve Dinwiddie 1992, Walker ve ark. 1988, Yüksel 1993).

Diğer yönden, başta post travmatik stres bozukluğu ve depresyon olmak üzere bazı ruhsal bozukluklarla gelen kişilerde ailede cinsel sömürü öyküsü sıktır (Bushnell ve ark. 1992). Psikiyatri servisine yatırılan kadın hastalarda cinsel sömürü öyküsüne ise % 43-50 oranında rastlanabilmektedir (Bryer ve Nelson 1987).

Walker'a göre (1988) baba-kız arası cinsel sömürde risk etmenlerine göre olguyu değerlendirmek, sömürünün daha iyi anlaşılmasını ve sağaltımında izlenecek yolu belirlememizi sağlayacaktır.

Cinsel sömürde bulunan babalar değerlendirildiğinde; kendi geçmişinde örselenme ya da reddedilme deneyimlerinin olması, alkol kullanımı, saldırganlık, suç kaydı, antisosyal kişilik özellikleri, işsizlik ya da sık iş değiştirme, cinsel doyum kaynaklarında yetersizlik, üvey baba olması gibi özellikler belirlenmektedir (Avcı 1994, Baykara 1984, Carson ve ark. 1991, Çelikkol 1994, Green 1993, Larde 1989, Özden ve ark. 1993, Walker ve ark. 1988, Yüksel 1993).

Anneler değerlendirildiğinde ise; edilgen, bağımlı olgunlaşmamış kişilik, kısıtlanmış cinsellik, babanın cinsel beklentilerinden kaçınma, çocuğa cinsel eğitim vermede yetersizlik, çocukları ile yeterli duygusal bağ kuramama, çocuklarını korumada yetersizlik, kızıyla evde rol değişimi, kendi geçmişinde örselenme ya da reddedilme deneyimlerinin olması ya da böyle bir kardeşe tanık olma, zeka geriliği ya da nörotik özelliklere sahip olma, ruhsal hastalığın varlığı, hiçbir zaman yüksek okul çıkışlı olmama gibi özellikler belirlenmektedir (Avcı 1994, Baykara 1984, Canat 1994, Carson ve ark. 1991, Larde 1989, Özden ve ark. 1993, Walker ve ark. 1988, Yüksel 1993, Yüksel 1994).

Cinsel sömürüye uğrayan çocuk değerlendirildiğinde; en büyük kız çocuk olma, edilgen olma, özgüven eksikliği, bakıma gereksinimi olma, anne ile yetersiz iletişim, az sayıda arkadaşı olma, özellikle zeka geriliği olması, aileden uzak yaşadığı bir dönemin varlığı risk etmenleri olarak karşımıza çıkmaktadır (Avcı 1994, Baykara 1984, Canat 1994, Carson ve ark. 1991, Larde 1989, Özden ve ark. 1993, Walker ve ark. 1988, Yüksel 1993).

Sosyal izolasyon, aşırı gelenekçi tutum, aşırı dini uğraşlar, işsizlik, borçlar, kalabalık aile olma, anne ve babanın yaşının genç olması da sosyal risk etmenleri gibi görünmektedir (Avcı 1994, Baykara 1984, Çelikkol 1994, Walker ve ark. 1988, Yüksel 1993).

Durumsal değerlendirme yapıldığında ise; çocuk üzerinde yetersiz denetim ve gözetim olması, sömürde bulunanın çocuk üzerinde daha fazla sorumluluk alması, aynı odada hatta aynı yatakta yatma, evin düzensiz, kirli bakımsız ya da obsesif biçimde temiz olması gibi özellikler belirlenmektedir (Avcı 1994, Çelikkol 1994, Walker ve ark. 1993).

Yüksel (1993) çalışmasında, ailede cinsel sömürde bekaretin özenle korunduğunu belirlemiştir. Fiziksel kanıtlar da genelde bulunmadığından (Muram 1992), yukarıdaki özellikler için risk düzeyi belirlenip, yüksek bulunması halinde sömürü iddiası doğrudur denilebilir. Riskin değerlendirilemediği durumlarda ise cinsel sömürü yoktur denilemez (Walker ve ark. 1988).

19.yy'dan sonra cinsel sömürü konusuna artan bir ilgiyle birlikte bildirilen olgu sayısı hızla yükselmiş ancak bunların bir kısmının da yanlış bildirim olduğu anlaşılmıştır (Olafson ve ark. 1993).

Günümüzde üzerinde birleşilen görüş çocuğun cinsel sömürü bildirimini doğru olarak kabul edilmesi gerektiği ve yanlış bildirim çok az oranlarda olduğudur (Berliner ve Comte 1993).

Ancak cinsel sömürünün doğrulanmasından daha önemli olan, çocuğun gördüğü zararın değerlendirilmesi; tıbbi ve etik açıdan çocuğa ve aileye yapılacak girişimlerin belirlenmesidir. Bu amaçtan yola çıkarak, tüm risk etmenlerini taşıdığı düşünülen bir olgu, tıbbi ve etik açıdan tartışılmaya çalışılacaktır.

OLGU

A, 13 yaşında kız çocuğu, orta 1. sınıf öğrencisi, annesi babası ve bir yaş küçük kardeşinden oluşan ailesiyle birlikte yaşıyor. Anne 3 yıldır erişkin polikliniğimizde bipolar bozukluk tanısı ile izleniyor.

Anne ve teyze tarafından cinsel sömürüye uğrayıp uğramadığının anlaşılması amacıyla getirildi. Yeni bir manik döneme giren anne, başvurudan bir hafta kadar önce babayı çıplak olarak çocukların odasından çıkarken görmüş. Anne iki gün sonra olayı laf arasında teyzeye anlatırken, teyze sonuyla ilgilenmiş ve kendisine sorulunca da A iki yıldan bu yana babanın kendisi ile cinsel ilişkinin olduğunu anlatmış. Hastalığı

döneminde teyzenin yönlendirmesiyle hareket eden anne, çocuklarını alıp teyzeye yerleşmiş. Geçimsizlik gerekçesiyle boşanmak için mahkemeye başvurmuş. Bir kadın-doğum uzmanına götürülen A'nın kızkılık zarında zedelenme olmadığı öğrenilmiş ve onun önerisiyle çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvurulmuş.

Görüşmelere çağrılan baba ise annenin ve teyzenin savlarını yadsıyor, kızında yalancılık hastalığı ve erkek düşkünlüğü olduğunu ve sağaltım görmesi gerektiğini düşünüyordu. "Ailenin başını kapatmazsan, karını çalıştırırsan böyle olur" gibi yorumlar da getiren babanın olayları çelişkili anlattığı gözleniyordu. Fizik mauyene ve incelemelerde sömürüyü destekleyen fiziksel bir kanıt yoktu. A poliklinikte gūnaşını bireysel görüşmelere alındı. Wisc-R zeka testine göre hafif derecede zeka geriliğı belirlendi (Tüm Zeka Bölümü : 55). Bu dönemde annenin yeniden baba ile birleşme kararı alması nedeniyle A'nın koruma amaçlı olarak hastaneye yatması önerildi. Kızının yatırılmasına karşı çıkan baba, yalnızca eve içkili geldiğı günlerde kızını dövdüğünü kabullendi. İlk başvurudan 15 gün sonra A'nın psikiyatri servisine yatışı yapıldı. Hastanede yatış süreci olgunun daha ayrıntılı değerlendirilmesini ve erişkin psikiyatrisi ekibi ile tartışılmasını sağladı.

A, olayın iki yıl önce başladığını anlatıyordu. Bu dönemde, 1984'ten bu yana döngüsel olarak depresif ve hipomanik atakları olan anne, psikiyatri servisine bipolar bozukluk manik atak tanısı ile 20 gün yatırılmış. Baba annenin hastaneden çıkışından sonra da, içkili olduğu zamanlar, düzensiz olarak kızının yanında yatmayı sürdürmüştü. A, babanın isteklerine karşı gelemez, karşı geldiğinde ise dayak yermiş. Baba sık sık geceleri korkan ve kendini yanına çağırın oğlunun yanında yatmaya başlamış. Böyle durumlarda kendini yalnız hisseden A da gider kardeşiyle babasının arasında yatarmış. Annenin hastalanmasından sonra baba, gündüzleri bile eve gelip A'yı denetler olmuş. Bir yıl kadar önce, baba A ile anal ilişkiye girmeye başlamış. A'nın okulda dersleri kötüye gider olmuş, erkek arkadaşlar edinmiş. Arkadaşları ile okulda cinsel oyunlara başlamış. Okulda kız arkadaşlarına göğüslerini gösteriyor diye şikayet edilmiş.

Baba ise, son bir yılda A'yı geceleri birkaç kez erkek kardeşinin cinsel organına dokunurken, bir kez çıplak olarak ayna karşısında dans ederken, bir gece de yatağında göğüsleriyle oynarken (ki bunu özdoyum olarak tanımlıyordu) görüşüğünü anlatıyordu.

Anne ve baba, kardeş çocuklarıydılar. Teyzede evden kaçma, anlamsız konuşma, saldırganlık, bağırma, ara ara yememe içmeme tanımlanıyordu. Üç dört kez Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde yatarak sağaltım görmüş, 4 yıl önce ölmüş.

Baba, 39 yaşında, ortaokul çıkışlı, işçi. 5 sene bu yana zaman zaman alkol alır, taşkınlığı olmaz, sızarmış. Babanın MMPI profili : "İç görüşü zayıf, aşırı kontrollü, deprime ve kaygılı; yetersiz, iş yapamayan, hislerini açıklamada zorluk çeken, bağımlı, immatür, kenidne güveni az, psikolojik sağaltıma yanıtı iyi olmayabilir" şeklinde rapor edildi.

Anne, 39 yaşında, liseyi dışardan bitirmiş, muhasebe işinde çalışıyor, memur. Sağaltım görmeden önce de çocuklarıyla duygusal ilişkisi sınırlı, ilgisi yetersiz, kocasına karşı edilgen ve bağımlı birisi olarak tanımlandı. Erkek kardeş, 12 yaşında, orta 1. sınıfa ablasıyla birlikte gidiyor, haylaz, söz dinlemeyen, A ile sıkça kavga eden biri olarak tanımlandı.

A'nın doğum, büyüme, gelişme öyküsünde sorun yok. Bir yaşında yürümüş, iki yaşlarında cümle kurarak konuşmuş, tuvalet eğitimi yine iki yaşlarında tamamlanmış. Anne de çalıştığundan A, doğumdan sonra bakılması için anneanneye bırakılmış. Ana baba 6 aylık olana dek her akşam, sonraları 8 yaşına dek hafta sonları A'yı görürlermiş. Anneannenin yanında başladığı ilkokul 1. sınıfta okuma yazmayı öğrenemediğinden ikinci yıl kardeşiyle birlikte ailenin yanında birinci sınıfa yinelemiş. 2 yıl önce derslerindeki başarısı belirgin olarak düşmüş. Bu yıl girdiğı sınavların hepsinden başarısız olmuş. İlk adetini 2 yıl önce görmüş.

Klinikte abartılı makyaj yaptığı, diğeri hastalara çocukça, bazen cinsel şakalar yaptığı, erkek hastaları tıpkı arkadaşları gibi cinsel oyunlara sürüklemek istediğı gözlendi. Birinci haftadan sonra her gün, poliklinik izlemine sürdüren bayan doktor ve klinik izlemine sürdüren erkek doktor ile görüşmelere alındı. Zeka düzeyi nedeniyle yönlendirici, zaman zaman uygun davranış kalıplarını öğretici görüşmeler yapılabilirdi. Sorulara bağlantılı yanıtlar veremiyor, önceki soruyla bir sonraki arasındaki ilişkiyi bile anlayamıyordu. Bu nedenle somut ve anlayabileceğı bir dille basit önerilerde bulunuldu. Ancak ailedeki düzenlemeler dışımızda gelişti.

Anne boşanmaktan vazgeçti ve eşine evliliğı sürdürdürebilmesi için içkiyi bırakmasını şart koştu. Bu olaydan sonra, baba kliniğe görüşe

geldiğinde A'nın babayı öperek karşıladığı ve "annem bağışlamışsa ben de bağışlarım" dediği gözlemlendi. A'ya yatışının ikinci haftasında dürtü kontrol zorluğu nedeniyle 75 mg/gün tiyoridazin başlandı. Ancak istenen sonuç alınamadığından haloperidol 5 mg/gün e geçildi. Dürtü denetimindeki zorluk azaldı.

Anne eşinden ayrılmaktan vazgeçti. Ailesinin yeni uyumu için düzenlemeler yapmaya başladı. Baba kendisine iftira ettiği gerekçesi ile teyzenin aile ve sağaltım ekibi ile görüşmesini engelledi. Anne, baba ile hiç bir sözel tartışmaya girmede. "Eğer alkol almazsa onlar yinelemez" şeklinde konuştuğu, "içerse ayrılırım" diyerek babayı tehdit ettiği belirlendi. Baba ile yapılan görüşmede alkol kötü kullanımı nedeni ile sağaltım önerildi. Ancak baba, alkolü kendi çabası ile bırakabileceğini düşünerek, uyarılarımıza karşın sağaltımı kabul etmedi. 35 gün serviste yatırılan A, evdeki bu düzenlemelerin de yapılması sonucu annenin isteği doğrultusunda hastaneden çıkarıldı. Daha sonra poliklinikte yapılan haftalık görüşmelerde, babanın bir süre içki içmediği daha sonra ise ara ara içmeye başladığı saptandı. Erişkin psikiyatrisi polikliniğinde alkol kötüye kullanımı nedeniyle ayaktan sağaltım görmesi için ikna edildi. Annenin sağaltımı da aynı doktor tarafından sürdürüldü. Anne, kendi önlemleri doğrultusunda, baba ile yatak odasını paylaşıyor, cinsel isteksizliği olsa bile kendine özgü bir çözümle babanın cinsel isteklerini geri çevirmiyor, baba uyumadan uyumamaya gayret ediyordu. A tekrar okula başladı; öğretmeninden alınan bilgiye göre başarısız ancak okula devamı iyi.

TARTIŞMA

Olguda cinsel sömürü için risk etmenleri olarak babanın, annenin, çocuğun özellikleri ile sosyal ve durumsal özellikler belirgindi.

Cinsel sömürüden sonra görülebilen, Finkelhor tarafından tanımlanan "örselenmenin dinamikleri" nin tümü bu olgu için geçerli gibiydi. Olguda en çok "cinselliğinin örselenmesi" belirgin gibi görünüyordu. Cinsel yönden sömürüye uğramış olan çocukta hem cinsel duygular, hem de cinsel tutumlar normal gelişimlerinden sapar, uygun olmayan biçimler alabilirler. Özellikle çocuk cinsel sömürüye birçok defa katlanmak zorunda kalmışsa bu durum ortaya çıkar (Finkelhor ve Brown 1985). Bu olguda da cinsel tutumlar normal gelişiminden sapmış gibidir. Hem babaya, hem okul arkadaşlarına, hemde klinikteki hastalara karşı olan kışkırtıcı davranışları bu durumu açıklamaktadır.

Olguda travma sonrası "acıklık" duygusu yoğun olarak yaşanmakta, buna bağlı olarak etkinlik ve mücadele yetisinde azalma ile birlikte okul başarısında düşme olmuş gibi görünmektedir. Daha önce okul başarısı orta düzeyde de olsa eğitimi sürdürülebilen, kişilerarası ilişkilerinde sorun tanımlanmayan hastanın sömürü sonrası okul başarısında belirgin bir düşüş vardır. Psikometrik ölçümlerle neredeyse orta düzeyde bir zeka belirlendiği halde, daha önceki yaşam öyküsünde bu denli bir gerilik düşündürülecek ipuçları bulunmamaktadır.

Bu olgu içi neler yapılabilir? Çocuk annenin psikotik olduğu dönemde evden uzaklaştırıldı. Zeka düzeyinin elverdiği ölçüde bu olayın bir daha yaşanmaması için nasıl korunacağı öğretilmeye çalışıldı. Dürtü denetim zorluğu nedeni ile ilaçla sağaltıma alındı. Anne ve baba yeniden birlikte yaşamaya karar verdikten sonra, hasta da olsa anne ile işbirliği yapılarak, ailede yeni bir düzen oluşması için çalışıldı. Baba ikna edilerek, erişkin psikiyatrisi polikliniğinde alkol kötü kullanımı nedeniyle sağaltıma alındı. A ve aile sık aralıklarla izlenmektedir.

Olguya etik açıdan yaklaşınca, "yasal girişim mi, sağaltımın mı, yoksa her ikisinin birlikte mi, uygulanmasının daha uygun ve etkili" olacağı sorusuyla karşılaşılmaktadır. Yasal girişim yanlı olanlar "Bu yaklaşım, cinsel sömürüde bulunanın ve diğer aile bireylerinin sağaltıma katılma konusunda güdülenmelerini sağlar, adaletin yerine getirilmesi için gereklidir, diğer kişileri suç işlemekten alıkoyar" demektedirler. Yasal girişime karşı olanlar ise "Bu tür bir girişim, çocuğun ve ailenin gereksinimi açısından zararlıdır, sağaltımdan ve rehabilitasyondan sonuç alınmasını engeller, aile bireylerinin taraf tutmasına, çocuğun mahkemede tanıklık etmesine ve diğer travmatik olaylarla karşılaşmasına, sömürüde bulunanın suçsuzluğunu daha katı bir biçimde ileri sürmesine yol açar" demektedirler (Doek 1991). Kendi sorumluluğumuza gelince, TCK 530. maddesi durumun adli makamlara haber verilmediği hallerde, sağlık görevlisini suçlu saymakta ve para cezası öngörmektedir (Konanç 1991). Ancak her şeye rağmen yapılması gereken, alınacak tüm kararlarda çocuk için en iyiyi yapmanın birinci derecede önemli olduğunu bilerek hareket etmektir (Kutchinsky 1991).

Olgumuzda yasal girişim sonucu baba soruşturmaya alındığında, hastalığı nedeniyle çocuk anneye de verilmediği zaman, ona yeterli bakım ve denetim sağlayabilecek sosyal bir kurum bulunması gerekebilecekti. Sosyal kurumların yetersiz

olduğu ülkemizde, ailede cinsel sömürü olgularında en çok annenin desteği ile sağaltımda ilerlemeler kaydedilmektedir (Yüksel 1994). Bu olguda da, ruhsal hastalığı olmasına karşın, diğer akrabaların desteğini sağlayamadığımız için, daha çok anne ile işbirliği yapılabilir. Baba da kendi sağaltımını sürdürüp, yaklaşık 6 aydır alkol almayarak bu işbirliğine katıldı.

Ülkemiz gerçekleri göz önüne alınarak, yasal girişime karar verilirken ya da bu işlemi sağaltımla bağdaştırırken kullanılacak ölçütler geliştirilmelidir. Yurt dışında örnekleri olan, kurulabilecek gönüllü yardım kuruluşları, yasal girişime başvurma öncesi daha çok olguya, daha kısa sürede ulaşabilir ve yardımcı olabilirler. Pek çok araştırmacının kuramlarının oluşmasına kaynak olan, ailede cinsel sömürü ile ilgili yayınlar ülkemizde artsa da, son on yıldaki tüm aşamalara karşın daha öğrenilmesi ve yapılması gereken çok şey var gibi görünmektedir.

KAYNAKLAR

Avcı A (1994) Üç cinsel istismar olgusu ve sağaltım süreci. 4. çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Kirazlıyayla, Bursa.

Baykara A (1984) Polikliniğimize başvurmuş üç ensest olgusunun ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi. XX. Ulusal Nörolojik Bilimler ve Psikiyatri Kongresi, Bursa.

Berliner L, Comte JR (1993) sexual abuse evaluations : conceptual and emprical obstacles. Child Abuse and Neglect, 17 : 111-125.

Bryer JB, Nelson BA (1987) Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. Am J Psychiatry, 144 : 1426-1430.

Bushnell JA, Wells JE, Oakley MA (1992) Long-term effects of intrafamilial sexual abuse in childhood. Acta Psychiatr Scand, 85 : 136-142.

Çanat S (1994) Ergenlerde aile içi cinsel taciz. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 1(1) : 18-22.

Carson DK, Gertz LM, Donaldson MA ve ark. (1991) Intrafamilial sexual abuse :family-of-origin and family-of procreation characteristics of female adult victims. J Psychology, 125(5) : 579-597.

Cole PM, Woolger C, Power TG ve ark (1992) Parenting difficulties among adult survivors of father-daughter incest. Child Abuse Neglect, 16 : 239-249.

Çelikkol A (1994) İki kızkardeşe yönelik üç kuşaklık ensest olgusu. Düşünen Adam, 7(4) : 47-49.

Doek J (1991) Hukuksal müdahale mi, terapi mi? "Çocuk İstismarı ve ihmali" içinde, Çocukların Kötü Muameleden Korunması. 1. Ulusal Kongresi-1989, s : 215-221, Ankara.

Finkelhor D, Brown A (1985) The traumatic impact of child sexual abuse : a conceptualization. Am J Orthopsychiatry, 55(4) : 530-541.

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

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

Kinzl J, Biebl W (1992) Long term effects of incest : life events triggering mental disorders in female patients with sexual abuse in childhood. Child Abuse Neglect, 16 : 567-573.

Konanç E (1991) Türk hukuk sisteminde çocuk istismarı ve ihmali. "Çocuk İstismarı ve İhmali" içinde. Çocukların Kötü Muameleden Korunması. 1. Ulusal Kongresi-1989, s: 223-232, Ankara.

Kutchinsky B (1991) Çocuğun cinsel istismarı : Yayınlık, müdahale ve önleme genel bir bakış. "Çocuk İstismarı ve İhmali içinde", Çocukların Kötü Muameleden Korunması. 1. Ulusal Kongresi-1989, s : 201-214, Ankara.

Larde MA (1989) Incest its causes and repercussions. Postgraduate Medicine, 85(8) : 81-92.

Muram D (1992) Child sexual abuse. Pediatric and Adolescent Gynecology, 19(1) : 193-207.

Olafson E, Corwin DL, Summit RC (1993) Modern history of child sexual abuse awareness : cycles of discovery and suppressions. Child Abuse Neglect, 17 : 7-24.

Özden SY, Çelik O, Erçağ F (1993) İncest Olayı. Düşünen Adam, 6(3) : 32-35.

Pribor EF, Dinwiddie SH (1992) Psychiatric correlates of incest in childhood. Am J Psychiatry, 149(1) : 52-56.

Putnam FW, Trickett PK (1993) Child sexual abuse : a model of chronic trauma. Psychiatry, 56 : 82-96.

Walker CE, Bonner BL, Kaufman KL (1988) The physically and sexually abused child evaluation and treatment. Pergamon Press, s : 103-180.

Yüksel Ş (1994) Ensest ailesinde annenin konumu : cinsel travmatik kızların anneleri ile işbirliği deneyimi. 4. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Kirazlıyayla, Bursa.

Yüksel Ş (1993) Ensestin tanınması ve değerlendirilmesi. Nöropsikiyatri Arşivi, 30(2) : 352-357.

ÇOCUKLUK ÇAĞI CİNSEL KİMLİK BOZUKLUĞUNDA ETYOLOJİK ETMENLER : OLGU SUNUMU

M. Levent Kayaalp*

ÖZET

Çocukluk çağı cinsel kimlik bozukluğu oldukça seyrek görüldüğü varsayılan ve güncel sınıflama sistemlerine görece yeni kabul edilen bir durumdur. Bu bozukluğa ilişkin ilk klinik veriler hermafrodit bireylerin cinsel gelişiminin incelenmesiyle başlayan, monozygot ikizlerin cinsel gelişimlerinden geçen ve cinsel kimlik bozukluğu kavramının oluşmasıyla sonuçlanan bir sürecin ürünüdür. Sonraki verilerse erişkin homoseksüel ve transseksüellerin retrospektif değerlendirilmelerinden elde edilmiştir. Tüm bu veriler çocukta cinsel kimlik bozukluğunun etyolojisine ilişkin değişik varsayımların doğmasına neden olmuştur. Bu yazıda çocukluk çağı cinsel kimlik bozukluğu tanısı almış dört olgu sunulmuş ve olgular etyolojik varsayımlar açısından değerlendirilip tartışılmıştır. Bu tartışmadan çıkan ve söz konusu olgularla sınırlı sonuçlara göre, çocukluk çağı cinsel kimlik bozukluğunun ilk belirtileri oldukça erken bir yaşta, kız ve erkek çocuklarda farklı süreçler sonunda ortaya çıkmaktadır. Bozukluğun ortaya çıkışında, bir tek etkenden çok, değişik etkenlerin bileşkesi rol oynamaktadır.

Anahtar sözcükler : Cinsel kimlik, çocuk gelişimi.

SUMMARY : ETIOLOGICAL FACTORS IN GENDER IDENTITY DISORDER OF CHILDHOOD : CASE REPORT

Gender Identity Disorder of Childhood (GIDC) is a rare disorder recently accepted as a category under the current classification systems. The first clinical data about this disorder is a product of a process, starting with observation of sexual development of hermaphrodite individuals, going through the sexual development of monozygotic twins and resulting with the emergence of the concept of gender identity disorder. Recent data has been gathered by retrospective assessment of transsexuals and homosexuals. All these information has resulted in different approaches regarding the etiology of GIDC. In this paper, four cases of GIDC has been reported and discussed in respect of the etiological hypotheses. As a result, limited with these four cases, the first signs of GIDC seems to emerge at very early ages, as an end product of different processes in boys and girls. A combination of different factors, rather than one single factor, seems to be responsible for the emergence of this disorder.

Key words : Gender identity, child development.

"Bir kişi, bir tek kişi, türün devamı için kurtulabilirdi ve benimle konuşan sesler bu kişinin Ebedi Musevi olduğunu söylüyorlardı (...) Çocuk doğurabilmek için Ebedi Musevi dönüşüme uğramak (kadına dönüşmek) zorundaydı. Dönüşüm, erkek dış cinsiyet organlarının (testisler ve erkeklik organı) karnın içine doğru çekilmesi ve iç cinsel organların da biçim değiştirmesiyle birlikte kadın cinsel organlarına dönüşmesi şeklinde gerçekleşiyordu. 1 numaralı dipnotta da sözünü ettiğim bu dönüşüm mucizesini kendi bedenimde iki kez hissettim." (Schreber, 1903)

GİRİŞ

Yargıç Schreber'in anıları, bir yandan Freud'a, paranoyayı homoseksüaliteyle açıklama (Freud 1911) olanağı verirken, bir yandan da , psikotik bir çerçeve içinde dahi olsa, cinsiyet değişikliği arzusunun ilişkin ilk ayrıntılı kaynağı sağlamıştır. Günümüz erkek transseksüellerinin gönlünde yatan cinsiyet değiştirme ameliyatlarında, Schreber'in hezeyanındakine benzer bir biçimde, korpus kavernozumun çıkarılarak penis derisinin karnın içine çekilerek yapay bir vajina oluşturulması da Schreber'in anılarına tıbbi değilse de tarihi ve psikiyatrik bir anlam kazandırmaktadır.

Freud'un çocuk cinselliğine ilişkin kuramlarının (Freud 1905, Freud 1908, Freud 1923) ardında çocuğun cinsel kimlik gelişimi ile ilgili ilk klinik araştırmalar hermafrodit çocukları konu almıştır. Bu çocuklarda cinsel kimliğin hangi doğrultuda gelişeceğini belirleyen en önemli etkenin, çocuğun hangi cinsiyete uygun olarak yetiştirilmesi olduğu gösterilmiştir (Money ve Lampson, 1957). Daha sonra Green ve Money (1960) "uygun olmayan" cinsel rol davranışı olarak nitelendirdikleri tabloyu sergileyen ve herhangi bir fizik ya da biyolojik anomali göstermeyen 5 erkek çocukla ilgili çalışmalarını yayınlamışlardır. Bu çalışma, herhangi bir biyolojik bozukluk olmadan da çocukların karşı cinsin cinsel kimliğini benimseyebileceği olasılığını gündeme getirmiştir. Stoller (1964) "bir cinsle ait olduğuna

* Uzm. Dr., İstanbul Üniv. Cerrahpaşa Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.

ilişkin temel duygu", erkek ya da dişi olduğundan "haberdar olma" olarak tanımladığı çekirdek cinsel kimlik kavramını ortaya atarak cinsel kimlik bozukluğu tanısının sınırlarını çizmiştir. Öte yandan erişkin transseksüellerin karşı cinsten olma arzularının çocuklukta başladığının ortaya çıkması (Stoller 1973), çocukluk çağı cinsel kimlik bozukluğuna duyulan ilgiyi artırmıştır. Bu verilere karşın, çocukluk çağı cinsel kimlik bozukluğu tanısına kuşkuyla bakılmış ve bu bozukluk ancak 1980'de resmiyet kazanarak DSM-III (1980) tarafından kabul edilmiştir.

Günümüzdeyse çocukluk çağı cinsel kimlik bozukluğuna ICD-10'da (1992) Çocukluğun Cinsel Kimlik Bozukluğu adı altında ayrı bir tanı kategorisi olarak yer verilmiştir. DSM-IV'de (1994) bu bozukluk ayrı bir tanı bölümlemesi olarak ele alınmamış, ancak Cinsel Kimlik Bozukluğu kategorisinde, bozukluğun çocuğa özgü ölçütleri ayrıca belirtilmiştir. Ayrıca kodlamada yaş etkeni göz önüne alınarak Çocuklarda Cinsel Kimlik Bozukluğu tanısı, Ergenlerde ve Erişkinlerde Cinsel Kimlik Bozukluğu tanılarında ayrı tutulmuştur. Her iki sınıflama sistemindeki ortak tanı ölçütleri ayrıntılara girilmeden aşağıdaki biçimde özetlenebilir :

1. Kendi cinsiyetinden hoşnut olmama, ısrarlı bir biçimde karşı cinsten olduğunu iddia etme ya da olma arzusunun belirtme.
2. Karşı cinsin giyim, kuşamını, davranış kalıplarını ve oyunlarını tercih etme.
3. Oyun arkadaşlarını karşı cinsten seçme ve oyunlarda karşı cinsin rollerini benimseme.

Çocukluk çağı cinsel kimlik bozukluğunun, sınırları oldukça belirgin ve çocuğun diğer bozukluklarıyla karıştırılması güç, özgün bir klinik tablo olmasına karşılık etyolojisi tartışmalıdır. Öte yandan seyrek görülmesi ve bu bozukluğa ilişkin bilgilerin genellikle yetişkin transseksüel ve homoseksüellerden retrospektif olarak edinilmesi, 1992 - 1995 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ve yukarıda söz edilen iki tanı sisteminin ölçütlerini karşılayarak cinsel kimlik bozukluğu tanısı alan dört çocuğun olgu sunumuna değer olabileceklerini düşündürmüştür. Bu amaçla, önce olguların sergilediği klinik tabloları ve ana babaların tutumları belirlenmiş; daha sonra tartışma bölümünde bu tablo ve tutumlar, etyolojiye yönelik varsayımlar ışığında değerlendirilip yorumlanmıştır.

OLGULAR

OLGU 1 : A., 4,5 yaşında kız çocuğu. Görüşmeye babanın isteği ve aile dostu bir psikiyatristin önerisi üzerine baba tarafından getirildi. Geliş nedeni sorulduğunda yanıt vermedi. Babası ile konuştuğumuz süre içinde resim yapması önerisini kabul etmeyip babasının kucağında oturdu, bir süre sonra da odadaki oyuncaklara yöneldi.

Baba başvuru nedenlerini "bu erkek gibi, ağabeyine özeniyor, ben K.'yım (22 yaşındaki ağabey), bana K. diyeceksiniz diyor, arkadaşları hep erkek, elbiselerini kendi seçiyor ve hep pantolon giymek istiyor, evde bebekle oynamıyor, varsa yoksa tabanca kılıç, daha önce bakıcı kadının iki oğlu vardı, herhalde onlara özendi" biçiminde sıralıyordu.

A.'nın babası emekli astsubay, annesi öğretmen. Babanın eşinin ölümü üzerine sonlanan ilk evliliğinden, kendileriyle birlikte yaşayan biri 22 yaşında erkek, diğeri 20 yaşında kız iki çocuğu var. A.'nın annesiyle yaptığı ikinci evlilikten ise, sonuncusu A. olmak üzere biri 11, diğeri 8 yaşında üç kızları olmuş.

A. rahat ve tıbbi açıdan sorunsuz bir hamilelik sonunda normal yoldan doğmuş. Sakin, uyku sorunu olmayan, ancak iştahsız bir bebekmiş. Annenin çalışması nedeniyle iki aylıktan iki ay öncesine kadar aynı bakıcı tarafından büyütülmüş. İki ay önce baba emekli olmuş ve A. yuvaya verilmiş. Yuvaya başlayışı sorunsuz olmuş, ancak kız çocuklarla oynamayıp erkek çocuklarla vurdulu kırdılı oyunları tercih ediyormuş Baba A.'nın erkeksi davranışlarının 2 yaşından beri sürdüğünü, ancak emekli olduğu ve kızıyla daha yakından ilgilenme olanağı bulduğu son iki ay içinde bu durumun önemini kavradığını belirtiyordu.

A., alagarson saçlı, blucin ve tişört giyimli, erkek görünümlü bir kız çocuğu. İlişkiye giriş tarzında oldukça mesafeli. Görüşmenin, babasının kucağından indiği andan sonraki bölümünde çizgi roman kahramanlarının erkek figürleriyle oynadı ve oyuncak kasasındaki barbi bebeklerle ilgilenmedi.

Görüşmenin sonunda annenin çağırılmasının ardından baba, yaşının ilerlemiş olması nedeniyle ikinci evliliğinden çocuk istemediğini, ancak eşinin çocuk sahibi, özellikle de erkek çocuk sahibi olma isteğine saygı göstererek ilk iki hamileliği kabul ettiğini, ancak A.'ya hamileliğin kendisinden habersiz ve kendi rızası dışında gerçekleştiğini ve çocuğu aldırma önerisinin de tüm ısrarla-

rına karşın eşi tarafından kabul edilmediğini belirtti.

Annenin zaman yetersizliğini ileri sürerek ertelediği üç randevunun ardından anne, baba ve A. ikinci görüşmeye geldiler. Anne, yüz ifadesi, konuşmasının tonu, içeriği, kişisel giyim ve kendine bakımı açısından, depresif bir görünüm sergilemekteydi. A'nın sorununu "erkeklığe özeniyor, 2 yıldır böyle, onun yaşındayken ben de öyleydim" biçiminde açıkladı.

Anne beş çocuklu bir ailenin dördüncü kızı; beşinci kardeşi ise erkek. Babasının erkek çocuğa çok önem verdiğini ve ısrarla erkek çocuk istediğini, kendisinin erkek çocuk isteğinin de ailevi nedenlerden kaynaklanabileceğini düşünmekte. Kızının giyimi ve saç kesimi konusu gündeme geldiğindeyse, bu tarzı A.'nın istediğini, ayrıca bu kesimle saçların daha gür çıkacağına inandığını belirtti. Hemen ardından, saç konusunun kendisi için önemli olduğunu, alopesi nedeniyle dermatolojik ve psikiyatrik tedavi gördüğünü ekledi.

Bu görüşmede A. daha rahat ve konuşkandı. Cinsiyetine ilişkin soruyu "ben erkeğim" biçiminde yanıtladı, kız çocukla erkek çocuk arasındaki anatomik fark hatırlatıldığında da "benim de pipim var ama evde" yanıtını verdi. Baba bu sırada araya girip, A.'nın boş tuvalet kağıdı rulosunu pantolonunun içine yerleştirerek "ben erkek oldum" dediğini belirtti.

Aile babanın memleketine yerleşmek üzere olduğu için, gidecekleri ildeki fakülte kliniğine başvurularını önerilerek görüşmelere son verildi.

OLGU 2 : B., 8 yaşında kız çocuğu. Görüşmeye öğretmenin uyarısı üzerine anne ile birlikte geldi. Geliş nedeni sorulduğunda "annem söyleyin" yanıtını verdi. Anne aynı soruyu "okulda düzensiz, küfür ediyor, saldırganlık var, öğretmene hakaret ediyor; bir de karşı cinse merakı çok, hep erkek çocuklarla oynuyor." biçiminde yanıtladı.

B.'nin babası ayakkabı imalatında çalışıyor, annesi ise ev hanımı. Biri 24 yaşında erkek, diğeri 20 yaşında kız iki büyük kardeş, aile ile birlikte yaşıyor. Anneye 2. çocuk ile B. arasındaki yaş farkı hatırlatıldığında "sürpriz gebelik oldu, ben aldıracaktım, babası çok istedi" yanıtını verdi.

B. annenin hamilelik sırasında 40 yaşında olması nedeniyle stresli ve endişeli geçen bir hamilelik döneminin sonunda normal bir doğumla dünyaya gelmiş. Meme almadığı için doğum-

dan itibaren mamayla beslenmiş. Bir buçuk yaşında kız çocuk giysilerini giymeyi reddetmeye başlamış. İki yaşında ise erkek olduğunu iddia ediyor, kendisine alınan bebekleri parçalıyor; silah ve araba gibi oyuncaklarla oynuyormuş. Bu davranışlarının değişmesi amacıyla Üç yaşında girilen yuva denemesi yoğun ayrılık anksiyetesi nedeniyle sonuçsuz kalmış. Dörtbuçuk yaşındaki ikinci deneme de aynı nedenle başarısız olmuş. Benzer sorun ilkokula başladığında da yaşanmış ve okul idarelerinin, annenin sınıfta oturmasını kabul etmemeleri üzerine yıl içinde iki kez okul değiştirilmiş. Halen gittiği okulda ise erkek çocuklarla vurdu-lu kırdılı oyunlar oynuyor, kız çocuklarına saldırıyor ve kadın olan sınıf öğretmenine küfretmesi nedeniyle çok sık cezalandırılıyormuş.

B. pantolon, kazak giyimli, kısa saçlı, yaşına göre küçük gösteren bir çocuk. Özellikle annenin konuşmasından sonra olumsuz bir tutum sergileyip cinsiyet ile ilgili soruları, dolaylı olarak sorular dahi yanıtlamadı. Buna karşılık annenin konuşmaları sırasında sık sık araya girerek, söylediklerine öfkeli bir biçimde karşı çıktı. Özellikle mastürbasyon yaptığından söz edilmesine tepki verdi.

Anne, gerek kısa saçları ve giyim tarzı, gerekse kalın ve çatlak ses tonu, argo sözcüklerle bezeli konuşma biçimiyle erkeksiliği çağrıştıran bir tutum sergiliyordu. Eşini "pısrık" olarak nitelerek, son çocuk olması nedeniyle B.'ye çok yüz verdiğini belirtti. Kendisinin sınır koyma girişimlerini ve kızını cezalandırmasını dahi engellediğinden yakındı. Büyük kızını, güzel, alımlı, giyim kuşamına düşkün "manken gibi" bir genç kız olarak tanımlarken oğlundan sessiz, sakın, efendi, "anne sözü dinler" bir genç olarak söz etti. Kendisi üç kız çocuklu bir ailenin son çocuğuydu. Yetiştirilme tarzına ilişkin soruları "çok zaman oldu, hatırlamıyorum" biçiminde yanıtladı. Sağlık durumu söz konusu olduğundaysa, guatrı ve sinirsel akalazyası olduğunu, tedavi gördüğünü belirtti.

Her ne kadar B. geçmişte erkek olduğu iddialarında bulunmuş ise de, halen negativizm nedeniyle de olsa, cinsel kimliğinden sözel bir biçimde şikayetçi olmadı. Klinik tabloyu ICD-10'da "Erkek Fatma'lık" olarak nitelenen durumdan ayırdetmek için projektif testlerin yararlı olabileceği düşünüldü. Çocuklar için Tematik Algı Testi (CAT) ve Louisa Duss'un Psikanalitik Hikayeler Testi verilerinin değerlendirilmesinden elde edilen bilgiler aşağıda yer almaktadır :

1. Dış dünyayı tedirgin edici olarak algılayan hastada yalnız kalma ve ebeveyni tarafından cezalandırılma korkularının varlığı dikkati çekmektedir.

2. Pasif bir tutum içinde olan hastanın daha çok baba ile işbirliği isteğinde olduğu, cinsel kimliğinden memnun olmadığı ve özdeşiminin maskülen yönde olduğu belirlenmektedir.

Bayan bir psikoloğun üstlendiği psikoterapinin üçüncü seansından sonra B. 'in kız çocuk giysilerini giymeyi kabul etmesi, mastürbasyona son vermesi, okuldaki davranış bozukluklarının azalması üzerine anne, durumun düzeldiğini belirtip, ulaşım güçlüklerini gerekçe göstererek psikoterapiye son verilmesini istedi.

OLGU 3 : C., 9 yaşında erkek çocuğu. Görüşmeye aile dostu olan bir psikiyatri hemşiresinin önerisi üzerine anneye birlikte geldi. Geliş nedenine ilişkin soruyu "arkadaşlarla geçimsizlik" biçiminde yanıtladı. Anne aynı soruya "kız gibi, bebeklerle oynuyor, onlara elbise dikiyor, kız çocuklarıyla oynuyor" yanıtını veriyordu.

C. esnaf bir babayla, ev hanımı bir annenin tek çocuğu, ancak anne 8 aylık hamile. İlk hamileliği eşinin alkolizmi ve geçimsizlik nedeniyle sıkıntılı geçmiş. Doğumdan sonra ise eşi evden uzaklaşıp, "kendini gece hayatına kaptırmış" C.'nin psikomotor gelişim evreleri zamanında gerçekleşmiş. Bebeklere olan ilgisi 2 yaşında başlamış, ancak kız çocuk gibi giyinme ya da kız olma isteği belirtmemiş. 4 yaşında yuvaya verilmiş, fakat anneden ayrılamadığı için bu deneme sonuçsuz kalmış. İlkokula başladığında da aynı nedenle anne 2 ay sınıfta oturmuş. Halen okulda, kız çocuklarla oynaması dışında herhangi bir uyum ya da başarısızlık sorunu yoktu.

C. "güzel" olarak nitelendirilebilecek, zarif, kadınsı tavırlı ve konuşkan bir çocuktur. Konuşma içeriği okul, oyun gibi konulardan, annesiyle arkadaşları arasında geçen dedikodu konularına kayıyordu. Kadın erkek arasındaki farklılığa ilişkin soruyu "erkeklerinkine haya, kadınlarınkine tavşan derler, kadınlarınki kısa, erkeklerinkine uzun olur" biçiminde yanıtlıyor ve kendisininin kısa olduğunu belirtiyordu. Bu durumda kendisinin kız mı erkek mi olduğu sorusuna ise biraz tereddüt ettikten sonra "erkek" yanıtını veriyordu.

C.'nin görüşme sırasında oynadığı çıplak bir barbi bebeğe elbise dikip getirme önerisi üzerine, anne oğlunun dikmiş dikmeye çok meraklı olduğunu ve doğacak olan kardeşine zıbınlar diktiğini belirtiyordu. Ayrıca çok iyi kek ve pasta yaptığını da ekliyordu.

Anne, konuşma ve tutumu cinsiyetine uygun, bakımlı ve alımlı bir kadın. Üç çocuklu bir ailenin ortanca çocuğu. Kardeşlerden en büyüğü erkek, en küçüğüse kadın. Kendi ailesini, babanın evin geçimini sağladığı ve otorite olduğu, annenin ise çocukların bakımını üstlendiği geleneksel bir aile olarak tanınıyor. Eşinden ise alkolik, evi ve çocuğuyla ilgilenmeyen, gece hayatına düşkün, içtiği zaman karısına ve kendi kendisine şiddet uygulayabilen bir kişi olarak söz ediyor. Babanın kız kardeşinin de depresyon nedeniyle uzun süredir tedavi gördüğünü belirtiyor.

Baba, çağrıldığı halde ikinci görüşmeye gelmedi. Buna karşılık anne bazı gelişmeler nedeniyle yalnız konuşmak istediğini belirtti. Gelişmelerden ilki oğlunun, kendi arkadaşlarından birinin aynı yaştaki oğlunun cinsel organına dokunma ve öpme gibi davranışları olduğunu öğrenmesiydi. İkincisi ise oğlunu evde kendisinin iç çamaşırlarını giyerken yakalamasıydı. Bir önceki görüşmedekine göre daha endişeli bir tutum sergileyen anne oğlunun kadınsı davranışlarının küçüklükten beri var olduğunu, ancak son iki yıldır kendisine sık sık, kadın olmak istediğini söylediğini ve bunun nasıl gerçekleşebileceğini sorduğunu belirtti. Ayrıca aynı gün kendi kontrolü için gittikleri doğum kliniğinde, oğlunun erkek olduğu için kendisini muayene odasına sokmayan hemşireye erkek olmadığını ve içeri girebileceğini söylediğini ekledi.

Annenin doğum yapması, babanın da oğlunu hastaneye getirmeyi kabul etmemesi üzerine psikoterapiye alınamayan bu olgunun, annesiyle daha sonra yapılan telefon görüşmesinden, kadınsı davranışlarının kardeşinin doğumuyla daha da arttığı ve kardeşine annelik yapmak istediği öğrenildi.

OLGU 4 : D., 4,5 yaşında erkek çocuğu. Görüşmeye ailenin gerek görmesi üzerine anne ve babayla birlikte geldi. Geliş nedenlerine ilişkin soruyu anne yanıtladı : "2 - 2,5 yaşındaydı, kardeşimin düğünü oldu, ondan sonra tül perdeleri başına sararak ben gelin olacağım diye tutturmaya başladı, engellemeye çalıştıkça daha çok yapıyordu. Çok dövdüm o zamanlar, sonra çocuk psikiyatrisine götürdük, "bu yaşta cinsellik olmaz, baba devreye girsin" dediler; düzeleceğine daha da arttı, şimdi de kadın olmak istiyor, "çok dua edersem kadın olabilir miyim" diyor. Bu arada D. annesinin sözünü kesiyordu : "Bana ne ben kız olmak istiyorum".

D. bürokrat bir baba ile mimar bir annenin ikinci çocuğu. İlk çocuk kız ve 18 yaşında. Çocuklar

arasındaki yaş farkı sorulduğunda "işlerim hafiflemişti, bir erkek çocuğum olsun istedim" yanıtı alındı. Hamilelik ve doğum normal koşullarda ve sorunsuz geçmiş. İlk 4 ay D.'ye anne bakması, daha sonra eve bakıcı gelmeye başlamış. 3 yaşında yuvaya verilmiş, ancak çok tepki göstermiş. Alışması için annenin 1 ay yuvada beklemesi gerekmiş. Halen yuvada uyumsuz, kız çocuklarıyla oynamadığı için diğer çocuklar tarafından eziliyor. Anne oğlunun toplum içinde çekingen ve ürkek, evdeyse hırçın olduğunu, söz dinlemediğini ve kendisine küfür ettiğini belirtiyor. Böyle durumlarda babadan yardım isteyip istemediği sorulduğunda "hayır" yanıtını verip "başkasının, benden başkasının onu azarlamasına tahammül edemiyorum" diyor. Görüşmenin başlangıcından beri susan ve konuşmalara katılmayan baba o sırada sinirli bir biçimde söze giriyordu : "Bu çocuğu kendi bildiği gibi yetiştirdi, beni hiç karıştırmadı, sosyal çocuk olsun istedi, ortaya çıka çıka bu çıktı."

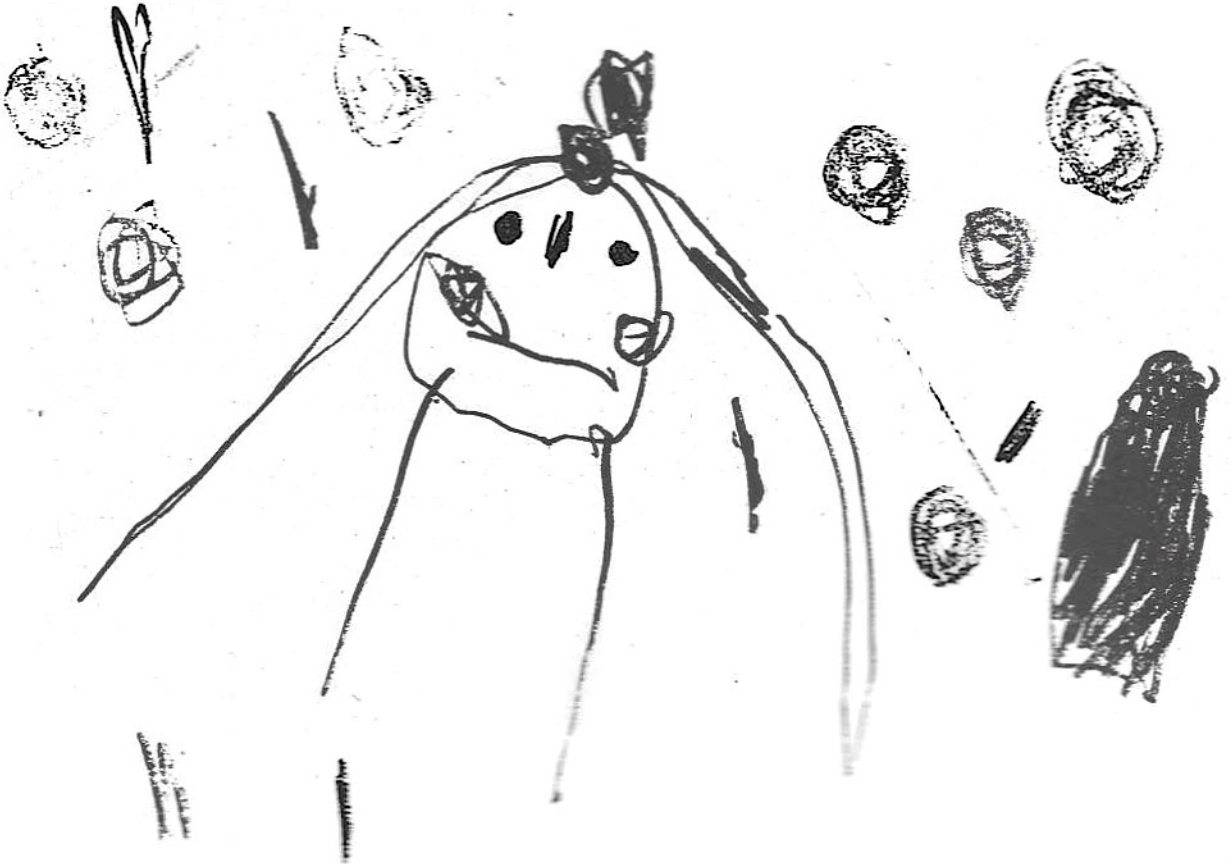
D. oldukça esmer, zayıf, çekingen görünümlü bir çocuk. Resim yapma önerisini başlangıçta reddetti, ancak annesinin ısrarı üzerine üzerinde bazı uzantılar olan bir baş ve iki ayaktan oluşan bir insan figürü çizdi. Daha sonra bunun çevresine karalama biçiminde daireler ekledi. Çizdikle-

rine ilişkin sorulara şu yanıtları verdi : Kadın, 4 yaşında, gelin olmuş. Çevredeki dairelerinse kadının parfümü, ruju ve deodorantı olduğunu belirtti. Daha sonra oyuncak kutusundaki barbi bebeklerle oynamaya koyuldu.

Anne zarif, şık giyimli ve oldukça gergin görünen bir kadın. Evlerinde kendisinin sözünün geçmesini kendi ailesinde böyle görmüş olmasıyla ve meslek hayatındaki başarısıyla açıklıyor. Günümüz toplumunda geleneksel kadın erkek rollerinin artık geçerli olmadığını belirtiyor.

Baba esmer, iri yapılı, bıyıklı, hafif doğu aksanıyla konuşan biri. Kırsal kökenli ve dört çocuklu bir ailenin tek erkek çocuğu. İşlerinin yoğunluğu nedeniyle eve geç geliyor ve hafta içinde oğlula görüşemiyor. Buna karşılık her pazar oğlunu alıp kendi annesine götürüyor. Oğlunun yakınma konusu davranışlarının anneye ve anneanneye yönelik olduğunu, babaannede böyle davranmadığını belirtiyor. Anneyse buna karşı çıkarak gerek eşinin, gerekse kayınvaldesinin D.'yi haftada 2-3 saat gördüklerini ve bir anne kadar dikkatli gözlem yapamayacaklarını savunuyor.

Aile bir sonraki görüşmeye gelmediği için bu olayla ilgili herhangi bir girişimde bulunulmadı.



TARTIŞMA

Çocukluk çağı cinsel kimlik bozukluğunun etyolojisine yönelik varsayımların başında ailenin gerek giyim kuşam, gerekse davranış biçimi açısından çocuğu karşı cinsin kimliğiyle yetiştirmiş olması gelmektedir. Green ve Stoller'in (1971) bildirdiği, biri kız çocuğu, diğeri erkek çocuğu olarak yetiştirilen kız ikizlerin öyküsü bu varsayımın en çarpıcı örneğidir; erkek olarak yetiştirilen ikiz erişkinlikte transseksüelliği benimserken, diğeri cinsiyetine uygun olarak davranmış ve kendine karşı cinsten eş seçip evlenmiştir. Sunulan olguların hiçbirinin ailesi çocuklarını karşı cinsin kimliğiyle yetiştirdiklerine ilişkin bir öykü vermemiştir.

İlk varsayımın savunucularından biri, daha sonra söz konusu durumun çok seyrek görüldüğünü, anne babanın etyolojideki işlevinin çocuktaki ilk semptomlara gösterdikleri tepki çerçevesinde anlamlı olabileceğini öne sürmüştür (Green 1991). Bu açıdan bakıldığında, 1. olgunun annesinin, gerek kendisinin de kızının yaşındayken erkek olma isteği, gerekse ısrarlı bir biçimde erkek çocuk sahibi olma arzusu nedeniyle kızının erkeksi davranışlarını onaylamasa bile göz yumduğu düşünülebilir. Çocuk psikiyatrisine başvuru isteğinin babadan gelişi, annenin ilk görüşmeye gelmeyişi ve izleyen iki randevuyu iptal etmesi bu düşünceyi desteklemektedir. İkinci olgu cinsiyetine uygun giysileri oldukça erken bir dönemde reddetmiş, ancak bu durum, o devrede sorun olarak görülmemiş, daha sonra yuvaya verme girişiminde bulunulmuştur. İlk görüşmeye geldiklerinde de annenin temel kaygısı çocuğun karşı cinse özenmesi değil, öğretmenin yakınmalarıydı. Üçüncü olgu da ikinci olgu gibi anne baba dışındaki üçüncü bir kişinin önerisi üzerine görüşmeye geldi. Bu iki olguda da, ailenin ilk belirtilere tepkisi kayıtsızlık olarak değerlendirilebilir. Dördüncü olguda ise diğer ailelerdekinden farklı bir tutum gözlenmiştir; çocuğun toplumsal bir olay çerçevesinde karşı cinse özenmesi anne tarafından yoğun bir tepkiyle karşılanmış, dayakla çözüm aranmış ve ardından çocuk psikiyatrisine başvurulmuştur. Eşlerin rollerini gündeme getiren önerinin üzerinden yaklaşık iki yıl geçtikten sonra aile tekrar yardım aramış, yine anne baba rollerinin gündeme geldiği bu ilk görüşmeden sonraki görüşmeye gelmemiştir.

İlk varsayımın ikinci savunucusu Stoller ise daha sonra özellikle erkek çocuklardaki cinsel kimlik bozukluğunda anne çocuk ilişkisinin özel niteliğini vurgulamıştır (Stoller, 1968, Stoller 1983).

Stoller'e göre yaşamın ilk yılında erkek çocuk yalnızca anatomik olarak heteroseksüeldir. Ruhsal açıdan da heteroseksüel olabilmesi için, Mahler'in (1968) tanımladığı anlamda ayrışma – bireyleşme mücadelesi vermeli ve anneye sınırlarının birbirine karıştığı primer sembiyozdan kurtulmalıdır. Başka bir deyişle, anneye özdeşimini bozmalıdır (desidentification). Sembiozun her iki taraf için aşırı doyurucu olduğu durumda çocuk da, anne de birbirlerinden ayrılmak istemeyeceklerdir. Bunun en önemli sonucu erkek çocukta kadınsılığın gelişmesidir. Rophe ve Galenson'un (1981) deneysel bir kreşte, 66 çocuğun cinsel gelişimini 7 yıl süreyle izlemelerinden elde ettikleri veriler de cinsel kimliğin oluşmasında ayrışma – bireyleşme sürecinin önemini vurgulamaktadır. Bu verilere göre, ayrışma – bireyleşme süreci boyunca 15–19. aylar arasında yer alan ve araştırmacıların "erken genital evre" adını verdikleri bir dönemde genital bölgenin haz kaynağı olarak keşfedilmesiyle birlikte cinsel kimliğin nüvesi oluşmaktadır. Cinsel kimlik bozukluğu gösteren erkek çocukların çoğunluğunun ayrı zamanda ayrılık anksiyetesi tanısı da alması (Coates ve Person 1985) ayrışma – bireyleşme sürecindeki aksaklık varsayımını desteklemektedir. Bu sunudaki her iki erkek olgu da, biri babanın kendi patolojisi nedeniyle anne çocuk ikilisine katılmaması, diğeryerdeyse annenin babayı devre dışında tutması nedeniyle uzamış bir sembiyoz dönemi yaşamıştır. Ayrıca her iki olgu da yuva ve okula başlarken yoğun bir ayrılık anksiyetesi sergilemiştir. Kız olgularda ise babaların evleriyle ilgili ve kızlarına duygusal yatırımlı kişiler olmaları nedeniyle uzamış bir sembiyoz dönemirden söz etmek zordur. Ancak 2. olgunun okula başlayışta ayrılık anksiyetesi göstermiş olması bu konuda kuşku uyandırmaktadır.

Yine Stoller (1968) aşırı kadınsı erkek çocuklarının annelerinin çocukluklarında cinsel kimlik çatışmaları yaşadıklarını öne sürmüştür (Stoller 1968). Bu çalışmadaki erkek olguların anneleri böyle bir öykü vermedikleri gibi, cinsiyetlerine uygun olarak yetiştirilmiş ve en azından dış görünüm olarak cinsiyetlerini ön plana çıkaran kişilerdi. Buna karşılık 1. olgunun annesi çocukluğunda erkek olmak istediğini belirtti. İkinci olgunun annesi çocukluğuna ilişkin bilgi vermemekle birlikte, halen giyim ve davranış tarzı ile erkeksi bir görünüm sergiliyordu.

Cinsel kimlik bozukluğunda anne çocuk ilişkisi daha çok erkek çocukta incelenmiş olup kız çocuğunun gelişimine ilişkin bilgiler sınırlıdır. Stoller (1973) annenin "buz gibi" diye nitelendir-

diği mesafeli tutumu nedeniyle primer sembiyozun gerçekleşmediği durumlarda kız çocuğunun iyi bir anne bulabilmek amacıyla karşı cinsle özdeşim kuracağını öne sürmektedir. Bu varsayımın, biri erkek çocuk beklentisi içinde dünyaya getirilen, diğeryse istenmeden hamile kalınan ve doğurulan her iki kız olgu için de geçerli olabileceği düşünülebilir. Ayrıca 1. olgunun annesinde ve annesinin ailesinde erkek çocuğa aşırı değer verilmesi söz konusudur. Bu olgunun annenin yoğun erkek çocuk arzusu doğrultusunda karşı cinsle özdeşleştiği de düşünülebilir.

Yukarıda sözü edilen varsayımların yanı sıra, çocuğun anatomik cinsiyetine uygun bir kimlik geliştirmesinin en önemli koşullarından birinin anne babada uygun özdeşim nesnelere bulabilmesi olduğu göz önüne alınırsa, anne baba rollerindeki aksaklıkların çocuğun cinsel kimliğini etkilemesi kaçınılmaz olur (Yörükoğlu 1993). Bu açıdan bakıldığında birinci olgunun annesinin erkekliğe aşırı değer vermesi, kendisinin de çocukken erkek olmak istemesi ve depresif kişiliği nedeniyle kızı için uygun bir özdeşim nesnesi oluşturamadığı düşünülebilir. Zaten bu olgu özdeşim nesnesi olarak 24 yaşındaki ağabeyi seçmiştir. İkinci olgunun annesi gerek erkeksi tutumu, gerekse ailede otorite figürü olması nedeniyle geleneksel anne rolüne uygun düşmektedir. Üçüncü olgunun babası evi ile ilgisizliği nedeniyle eşini otorite figürü konumuna itmiştir. Öte yandan alkolizmi ve eşine şiddet kullanması nedeniyle anne – oğul dayanışmasını pekiştirmiştir. Dördüncü olgunun evinde otoriteyi anne temsil etmekte ve eşinin babalık otoritesini kullanmasını engellemektedir. Ayrıca kırsal kökenli olması ve aralarındaki mesleki başarı farkı nedeniyle eşini küçük görmektedir. Buna karşılık baba tüm geleneksel Anadolu erkeği görünümüne karşın eşini aşip oğluna ulaşmamaktadır.

SONUÇ

Olgulardan elde edilen verilerin literatür verileriyle karşılaştırılmasından çıkan ve olgu sayısı yetersizliği nedeniyle genellenmesi mümkün olmayan sonuçlar şu biçimde özetlenebilir :

1. Çocukta cinsel kimlik bozukluğunun ilk belirtileri 1,5-2 yaş gibi oldukça erken bir dönemde ortaya çıkmaktadır.
2. Cinsel kimlik bozukluğunun ortaya çıkmasında rol oynadığı düşünülen etkenler erkek ve kız çocukta farklıdır.

3. Olguların tümünün, etyolojiye ilişkin değişik varsayımlardan bir çoğunun ölçütlerini karşılaması, cinsel kimlik bozukluğunun ortaya çıkması için bir tek etkenin yeterli olmadığını, tersine birden fazla etkenin bir arada bulunması gerektiğini düşündürmektedir. Örneğin ayrışma – birleşme sürecindeki aksaklıklar cinsel kimlik bozukluğunun etyolojisindeki tek etken olsa idi bu bozukluğa çok daha sık rastlanması, ya da ayrılık anksiyetesi tanısı alan çocukların aynı zamanda cinsel kimlik bozukluğu da göstermesi gerekirdi.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (1980) DSM-III (third edition) İngilizceden çeviren E.Ü.T.F. Derrüvâ Tıp Fak. Yayın Bürosu, Psikiyatri Anabilim Dalı.

American Psychiatric Association (1994) DSM-IV Tanı Ölçekleri Başvuru Kitabı. İngilizceden çeviren E. Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Coates S, Person ES (1985) Extreme boyhood femininity : isolated behavior or pervasive disorder? J Am Acad Child Psychiatry 24 : 702-709.

Freud S (1905) Trois Essais Sur La Sexualite Almanca'dan çeviren B Reverchone – Jouve Editions Gallimard Paris.

Freud S (1908) Les Theories Sexuelles, La Vie Sexuelle içinde Almanca'dan çeviren D. Berger ve ark. Presses Universitaires de France Paris.

Freud S (1911) Remarques Psychanalytiques Sur l'Autobiographie d'un Cas de Paranoia, Cinq Psychanalyses içinde Almanca'dan çeviren M. Bonaparte ve R.M. Lowenstein, Presses Universitaires de France Paris.

Freud S (1923) L'organisation Genitale Infantile, La Vie Sexuelle içinde Almanca'dan çeviren D. Berger ve ark. Presses Universitaires de France Paris.

Green R, Money J (1960) Incongruous gender role : non genital manifestations in prepuberted boys. J Nerv Ment Dis. 131 : 160-168.

Green R, Stoller RJ (1971) Two monozygotic (identical) twin pairs discordant for gender identity. Arch Sex Behav, 1 : 321-327.

Green R (1991) Gender Identity Disorders. Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook içinde M Lewis' (ed.) Williams and Wilkins. New Haven, Connecticut.

Mahler MS (1968) On Human Symbiosis and The Vicissitudes of Individuation. Infantile Psychosis. International Universities Press Inc. Madison Connecticut.

Money J, Lampson JG. (1957) Imprinting and establishment of gender role. *Arch Neurol Psychiatry*, 77 : 333-336.

Roiphe H, Galenson E (1981) *La naissance de l'identite sexuelle* İngilizce'den çeviren, M Pollak - Cornillot Presses Universitaires de France Paris 1987.

Shreber DP (1903) *Memoires d'un neuropathe*, Almanca'dan çeviren P Duquenne ve N Sels Editions du Seuil Paris 1975.

Stoller RJ (1964) The hermaphroditic identity of hermaphrodites. *J Nerv Ment Dis* 139 : 453-457.

Stoller RJ (1968) *Recherches sur l'identite sexuelle A partir du transsexualisme*. İngilizce'den çeviren M Pollak-Cornillot Presses Universitaires de France Paris 1987.

Stoller RJ (1973) *Faits et hypotheses un examen du concept Freudien de bisexualite*. İngilizce'den çeviren C Monod *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 7: 135-155.

WHO (1992) *ICD-10 : Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları*. Çeviri ed : M O Öztürk B Uluğ. Türkiye Sınır ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını Ankara 1993.

Yörükoğlu A (1993) *Çocuk Ruh Sağlığı*, 18. baskı, Özgür Yayın, İstanbul.

ERGENLERDE PSİKİYATRİK GÖRÜŞMENİN ÇERÇEVESİ

Talat Parman*

ÖZET

Bu yazıda ergen psikiyatrisinde klinik görüşmelerin çerçevesinin önemi üzerinde durulmuştur. Çerçeveyi oluşturan öğelerin daha ilk görüşmeden başlayarak gerek ergen gerekse ailesi için net olması sağlıklı bir terapötik ilişkinin olmazsa olmaz koşuludur.

Anahtar sözcükler : Ergen psikiyatrisi, psikolojik görüşme.

SUMMARY : SETTING OF THE PSYCHIATRIC INTERVIEW FOR ADOLESCENTS

This article emphasizes the importance of the setting of the interview in adolescent psychiatry. The clarity of the elements of the setting for the adolescent and his family is "sine qua non" for a good therapeutic relationship.

Key words : Adolescent psychiatry, interview, psychological.

GİRİŞ

Ergenlerle yapılan klinik görüşmelerin özelliklerine ayrılan bu yazının başında genel olarak psikiyatride klinik görüşmenin ne olduğu üzerinde kısaca durmak gerekiyor. Psikiyatride klinik görüşme ilk kez 19. yy. başında, akıl hastalarını zincirlerinden kurtaran hekim olarak tanınan, Fransız psikiyatrist Pinel tarafından hasta kişiyi normal olandan ayırmak amacı ile kullanılmıştır. (Pichot 1983) Burada Pinel'in hapisaneye kapatılacak olan ile, akıl hastanesine kapatılacak olanı birbirinden ayırmayı amaçlamakla mediko-legal bir hedefinin olduğunun altını çizmek gerek. Bu şekilde ortaya çıkan klinik görüşme, tıbbi ilerlemelere қоşut olarak prognozun ve tedavinin belirlenmesini de amaçları arasına katmıştır. Günümüz psikiyatristi pratiğinde ise, klinik görüşmeye iki amaçla başvurulmaktadır. Bu amaçlardan birincisi, tanıya götüreceği verileri toplamak yani psikiyatrik değerlendirme yapmaktır. Bu, aynı zamanda durumun gidişinin belirlenebilmesine de yarar. İkincisi ise, görüşmenin psikoterapi amacı ile yapılmasıdır. Bu, psikanalizin psikiyatristiye kazandırdığı bir yeniliktir. Söz konusu iki amaç kuramsal olarak birbirinden ayrı olarak ele alınabilmekle birlikte, uygulamada birbiriyle iç içedir. Bu anlamda klinisyenle her karşılaşma hasta üzerinde terapötik bir etkiye neden olur. Bu etki klinik değerlendirme amaçlı ilk görüşmeler için de geçerlidir. Sorunun netleştirilmesi çabasının kendisi bile bir iyileşme sağlayabilir. Bir ya da birkaç görüşme ile "sorunlarının farkına varan" ve "çözüm yollarını aramaya koyulan" hastalar seyrek değildir. Bu durum, ergen psikiyatrisi alanında ça-

lışanların çok yakından tanıdıkları bir olgudur. Ergenlerle yapılan her görüşmenin terapötik bir yönü olacaktır. Ergen yeni ve değişik bir ilişkiye her zaman açıktır. Klinisyen bu nedenle terapötik ilişkinin rahat kurulabileceği ve gelişiminin büyük oranda bu ilişkiye bağlı olacağı duygusuna kapılır. Çünkü, ergen-klinisyen etkileşimi daha ilk görüşmeden başlayarak yoğun ve ani bir aktarımsal eğilimle bezenmiştir. Bu yoğun eğilim terapötik sürecin gereksinim duyduğu enerjiyi sağlarken olumlu bir sonuç doğurur. Ancak, klinisyenin de ergenin patolojik yansımalarının içine katılması gibi önemli zorlukları da beraberinde getirir (Castarede ve Chiland 1983). Her görüşmenin, özellikle ergenle yapılan her görüşmenin terapötik bir yanı olmasının kaçınılmazlığı terapötik çerçeve kavramı üzerinde biraz ayrıntılı olarak durmayı gerektiriyor. Nedir terapötik çerçeve ? Biz İngilizce setting ve Fransızca cadre kelimelerine Türkçe karşılık olarak çerçeve kelimesini öneriyoruz (Parman 1995). Psikanalizin ortaya attığı bir kavram olan çerçeve, analistin analitik sürecin ortaya çıkması ve gelişimi için zorunlu koşul olarak belirlediği kuralların bütünüdür. Bunlara hem analist hem de analizden geçen uymak zorundadır. Winnicott 1956'da analitik çerçeveyi "tedavi düzeneğinin oluşturulmasındaki ayrıntıların bütünü" olarak tanımlamıştır (Winnicott 1956). Değişmez kuralların oluşturduğu bu alan aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal gerçeklikle simgesellik arasındaki geçiş alanını da oluşturur. Aktarımsal ilişki ve terapötik süreç bu alan içerisinde oluşur. Bu nokta klinik görüşmenin basit gibi görünen ayrıntılarının ne denli önemli olduğunu gösterir. Terapötik çerçeve yalnızca ergenlerle yapılanların değil, tüm klinik görüşmelerin kurallarını belirler. Ancak ergenlerle yapılan görüşmelerde terapötik çerçeve bazı farklılıklar gösterir.

* Uzm. Dr., İstanbul Üniv. Çocuk Sağlığı Enstitüsü Adolesans Bilim Dalı, İstanbul

Klinik görüşmenin çerçevesi

Klinik görüşmenin çerçevesinde ilk belirlenmesi gereken görüşmenin kimlerle yapılacağıdır. Ergen, hekimi görmeye hemen hiç bir zaman yalnız gelmez. Genellikle anne babası ve çoğunlukla da onların zorlaması ile gelir. Zorla gelmiş olması, ilk görüşmenin oldukça gergin bir havada geçmesine neden olur. Ergen orada isteği dışında bulunmaktan öfke duyar ve bunu belli eder. Bu öfke kimi zaman taşkın hareketler ve sözler olarak, kimi zamansa tersine, tam bir sessizlik olarak ortaya çıkar. Bu gerginliğin aşılması için genellikle önerilen, görüşmenin ikiye bölünmesidir. Önce anne baba ve ergen birlikte görülür, daha sonra ergenle yalnız görüşülür. Ancak bazı durumlarda önce anne babayı yalnız görmek gerekebilir. Bu ilk aşama genelde anne babanın sorunu nasıl gördüklerini aktarmalarına ayrılmıştır. Klinisyen öncelikle anne babanın aktardığı sorunların ve yakınmaların bir belirti oluşturup oluşturmadığını değerlendirmeyi amaçlamalıdır. Söz konusu sorunların ve yakınmaların ne zaman ve nasıl başladığını öğrenmeye, şu anda var olduğu söylenen krizin ortaya çıkışının şartlarını ve gelişimini saptamaya çalışmalıdır (Laufer 1983).

Görüşmenin ergenle yalnız yapılan ikinci bölümünde klinisyen, anne babayı dinlemekte gösterdiği sabrı ergenden esirgememelidir. Ergen ile yalnızca görüşmeyi gerektiren konular, yani sorunlar ve yakınmalar değil, ama onun ilgi alanları, bireysel ve toplumsal etkinlikleri, ve kısaca günlük yaşamının ayrıntıları da ele alınmalıdır. Ergenlik temelde bir bireyselleşme süreci olduğuna göre, klinisyenin ergeni anne babasından ayrı görmesi bu sürecin farkında olduğunu ve buna saygı duyduğunu göstermesi açısından önemlidir. Ergen klinisyenin kendisiyle yalnız yaptığı görüşmeyi çapraşık duygularla yaşar. Bir yandan tek başına onun karşısında bulunmaktan ürker, bir yandan da "adam" yerine konulmuş olmaktan memnun olur. Ayrıca anne babasının olmadığı bir ortamda konuşmak, onlara karşı geliştirmiş olduğu "isyankar tutumu" anlamsız kılar ve görüşmedeki gerginlik azalır (Marcelli ve Braconiler 1988).

Görüşmenin her iki bölümünde de uyulması gereken en önemli kural, ergen ile anne babası arasında aynı duygusal mesafeyi korumaktır. Klinisyen taraf tutmak durumunda değildir. Amacı, hem ergenin hem de anne babanın gerginliklerini yatıştırmak ve eğer bir psikiyatrik sorun söz konusu ise buna çare bulmaya çalışmaktır. Duygusal mesafenin dengeli olmasının

en çok gerektiği alanlardan biri ergenin ve ailesinin klinisyene aktardığı sırlar konusudur. Klinisyen, tıbbi etik gereği olarak, her hastasının kendisine verdiği sırları saklamak zorundadır. Ancak ergenlerle çalışırken meslek sırrına sadık olmak sanıldığı kadar kolay değildir.

Hekimlikte meslek sırrı Hipokrat'tan beri gündemdedir. Öte yandan psikanaliz için de sır önemli bir yere sahiptir. 1895'de S. Freud, Breuer ile birlikte yazdığı "Histeri Üzerine İncelemeler" adlı yapıtında şöyle der : "Benim için önemli olan hastanın sırrını saptamak ve onu yüzüne vurmak" (Freud, Breuer 1895). Freud o yıllarda "gerçeğin tedavi edici niteliği olduğu" düşüncesinin etkisi altındadır. Daha sonra elbette terapötik etkinin aktarımın çözümlenmesinden kaynaklandığını bulacaktır. Ancak buna karşın, bugün bile sıklıkla kaçma ve gerçeklerin ortaya çıkarılması çabasının klinisyenlerin önemli kaygılarından birini oluşturduğu söylenebilir. Ergen psikiyatrisinde bu konunun iki yönü vardır. Bunlardan birincisi anne babanın, ve diğer aile bireylerinin klinisyenle paylaşmak isteyebilecekleri sırlardır. İkincisi ise ergenin klinisyene aktaracağı sırlardır. Bazı klinisyenler anne babanın aktaracağı sırlar konusunda, bu sırların konuşulmasını yani tüm aile bireylerinin önünde yinelenmesini önerirler (Marcelli 1994). Bu görüşü savunanlar ergen ve ailesini izlemeye başlamadan önce ve çevrelerinin saptanması sırasında klinisyenin anne baba ile, ergenin yokluğu durumunda görüşmeyeceğinin ve onlar tarafından kendisine şu ya da bu yolla iletilen her şeyi ergenle paylaşacağına altının önemle çizilmesini vurgularlar. Bu, klinisyenin kendini manipülasyonlardan korumak ve bir takım önemli sırlara gereksiz yere ortak olmamak için aldığı bir önlemdir. Oysa diğer bazı yazarlar sırrın her zaman zararlı olmadığını, tam tersine ruhsal yapının oluşumu için gerekli olduğunu "kendine ve yalnız kendine ait düşünceler üretmenin bir özne olarak "Ben" in oluşumu için vazgeçilmez bir şart olduğunu" belirtirler (Sanchez-Gardenas ve Robin 1994). Bu yazarlar klinisyenin anne babanın kendisine aktaracağı sırları, eğer aile için yapılandırıcı özellikleri olduğunu düşünüyorsa, ergene aktarmayabileceğini savunurlar. Aynı yazarlar ergenin klinisyenle paylaşacağı sırlar konusunda da sırrın sır olarak kalmasının yapılandırıcı ve özneleştirici önemini hatırlatırlar. Bu açıdan yaklaşıldığında, öznenin bir sırda sahip olabilmesi, kendine ait bir ruhsallığa sahip olabilmesi anlamına gelir ki, ergenlikte bunun karşılığı özerkleşmedir (Castroiadis - Aulagnier 1976).

Ancak uygulamada ergenin klinisyene aktardığı sırlar bir takım teknik güçlükler yaratır. Ergenin her söylediğini anne babasına aktarmak hem onun bireyselleşme sürecinin farkında olmamak, hem de daha başından güvenini yitirmek demektir. Öyleyse, klinisyen bu sırları saklamalı mıdır, ya da hangi noktaya kadar saklamalıdır? Burada belli bir esneklik söz konusu olabilir. Öncelikle klinisyen meslek sırrını korumak pahasına kendini ve ergeni güç duruma düşürmemelidir. Çünkü ergenler bazen ailelerine doğrudan söylemedikleri şeyleri klinisyene aktararak ondan bunları anne babalarına anlatmasını, ama elbette tam tersini söyleyerek isterler. Ergen çevresine klinisyen yoluyla bir S.O.S. mesajı göndermektedir. Ancak aynı anda bunun bir sır olarak kalmasını da ister. Ergenlerde çok yaygın olan bu tavır klinisyeni zor durumda bırakır. Eğer, kendini "meslek sırrı" cenderesine sokmuş ise öğrendiği "bilginin" ağırlığı altında ezilir; ya da tam tersine, ergenle başta yaptığı "sır saklama" anlaşmasına ihanet etmek zorunda kalır ki, bu kez ergenin güvenini bütünüyle yitirir. Bu durumda genellikle önerilen, daha başından ergeni uyarmak ve belki de şöyle demektir: "Burada konuştuğumuz burada kalacak. Ancak sizin için bir hekim olarak endişelenmemi gerektiren durumlar ortaya çıkarsa; ya da bu konuları konuşursak bunları, sizi de bundan haberdar ederek, anne ve babanızla paylaşırım. Bu benim, bir hekim olarak hastam için doğru olduğuna inandığımı yapmak zorunda olmamdan kaynaklandığı kadar, sizin henüz reşit olmamanız ve kanunen de anne babanızın sorumluluğu altında olmanızdır." Bu formülü ergenlerin büyük bir bölümü anlar ve bundan rahatlar. Böylece klinisyen hem kaldıramıyacağı bir sır yükünün altında ezilmemiş olur, hem de ergenin saklayabileceği sırlarını saklayarak güvenini kazanır.

Terapötik çerçeveyi oluşturan diğer önemli öğeler görüşmeye katılanların tanıtılması, görüşmelerin saat, yer ve sürelerinin belirtilmesidir. Klinisyen eğer yalnız çalışmıyorsa, görüşmeye katılan ve klinik ekibi oluşturan diğer kişileri hem aileye hem de ergene tanıtmalıdır. Bu, özellikle stajyerlerin bol olduğu eğitim kurumlarında önemlidir. Böylece herkes birbirini tanımış ve neden orada bulunduğunu anlamış olur. Aynı şekilde, klinisyen hem tanı hem de tedavi amacı ile birden çok görüşme yapacak ise daha sonraki görüşmelerin tarih ve yerlerine, sıklığına, kimle-

rin katılacağına hem ergen hem de ailesi ile birlikte karar vermeli, bu ayrıntılar herkes için net olmalıdır. Burada çok özel ve acil durumlar dışında bir ergenin sorununun saptanması ve tedavinin planlanması için en az birkaç görüşme yapmak gerekeceğini belirtmek uygun olacaktır. Klinisyen kendine bu olanağı tanımalıdır ve ergene birkaç randevunun daha planladığını söylemelidir. On, onbeş günlük bir süreye yayılabilecek iki, üç görüşme aynı zamanda ailenin ve ergenin sorunlarına yaklaşımının esnekliğini değerlendirme olanağını da yaratır. İlk görüşme sırasında, daha sonra yapılacak "değerlendirme görüşmelerinin" gün ve saatleri ve olası süreleri saptanmalı, randevu alma girişimi ergene bırakılmamalıdır. Bu, çoğu ergenin kaldıramıyacağı bir yüküdür (Marcelli 1991).

Klinisyenin dikkat etmesi gereken son önemli nokta, "değerlendirme görüşmeleri" bittiğinde vardığı sonuçtan hem ergeni hem de ailesini haberdar etmektir. Bu arada klinisyen terapötik sürecin her aşamasında herhangi bir tanusal veya tedavisel karar aldığı anda bu konuda ergeni ve ailesini bilgilendirmelidir.

SONUÇ

"Klinik", Yunanca "kline" yatak kelimesinden kaynaklanır ve "klinik muayene" terimi genel tıpta hastanın fiziksel muayenesinden söz etmek için kullanılır. Oysa psikiyatrik uygulamada genelde hasta-klinisyen ilişkisinin yalnızca sözlü olduğu görüşmeler söz konusudur. Bu sözlü ilişkide iki taraftan biri klinisyen, diğeri de bir sorunu, hastalığı olan ve danışmaya, yardım istemeye gelen hastadır. Taraflardan birinin bir istekte bulunuyor olması, ilişkiyi asimetrik kılar (Chiland 1983). Hemen tüm yaş gruplarından hastalar tarafından güçlüklerle yaşanan bu asimetri, ergenler için neredeyse dayanılmazdır. Ergenler genelde kendilerine eşit gördükleri, eşit bir ilişki kurabildikleri kişileri yeğlerler. Psikiyatrik görüşmelerde çerçevenin net olması, klinisyenin hastanın gözünde uyandırabileceği "tümgüçlülük" görüntüsünü sınırlar ve görüşmelerdeki asimetriyi biri ölçüde dengeler. Böylece hastanın olduğu kadar klinisyenin de birtakım kurallara uymak zorunda olduğu gösterilmiş olur. İşte bu nedenle klinik görüşmenin çerçevesinin belirlenmesi, hastanın ve özellikle ergen hastanın klinisyene güven duymasını ve dolayısı ile terapötik çalışmayı kolaylaştırır.

KAYNAKLAR

Castarede M-F, Chiland C, (1983) *L'entretien avec l'adolescent* in *L'entretien clinique*, PUF, Paris : 102-117.

Chiland C, (1983) *Introduction : qu'est-ce qu'un entretien clinique ?* in *L'entretien clinique*, PUF, Paris : 9-27.

Castoriadis - Aulagnier P, (1976) *Le droit au secret : condition pour pouvoir penser*, Nouvelle revue de psychanalyse 14 : 141-157.

Freud S, Breuer J (1985) *Studien über Hysterie*. Fr çev. *Etudes sur l'Hysterie*. Paris, PUF, 1956.

Laufer M, (1983) *Psychopathologie de l'adolescent Quelques principes d'évaluation et de traitement*, Adolescence Tome I-1 : 13-27.

Marcelli D, (1994) *Cadre de consultation à l'adolescence et secret de famille*, *Nervure* Tome V11-2 : 71-81.

Marcelli D, (1991) Braconnier A, (1988) *L'entretien et son évaluation*, EMC 37213 A 10 : 1-9.

Marcelli D, Braconnier A, (1988) *L'entretien avec l'adolescent* in *Psychopathologie de l'adolescent*, Masson, Paris : 57-73.

Parman T, (1995) *Psikanalitik çerçeve*, (Baskıda)

Pichot P, (1983) *Un siècle de Psychiatrie*, Roche, Paris.

Sanchez-Gardenas M, Robin D, (1994) *Sur l'usage du secret dans la consultation*, *Nervure* Tome V11-2:71-81.

Winnicott W, (1956) *Primary Maternal Preoccupation*. Fr. Çev. *La préoccupation maternelle primaire*. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 1969, Paris, Payot, s.285-291.

ÇOCUKLUK BAŞLANGIÇLI ŞİZOFRENİ : I. EPİDEMİYOLOJİ, KLİNİK BELİRTİLER VE TANI SORUNU

Runa Uslu*, Nalan Demirergi**

ÖZET

Ender görülen bir durum olmakla birlikte çocukluk döneminde başlayan şizofreninin daha iyi anlaşılması, erişkin başlangıçlı şizofreniye ilişkin yapılan çalışmalara da ışık tutması bakımından özel önem taşımaktadır. Bu yazıda, günümüzde kapsamlı çalışmalara konu olan çocukluk başlangıçlı şizofreniye toplu bir bakış kazanmak amaçlanmış ve bozukluğun epidemiyolojisi, klinik belirtileri, tanı ölçütleri ve tanı koymaya ilişkin sorunları ele alan yazını gözden geçirmiştir.

Anahtar sözcükler : Çocukluk, şizofreni, epidemiyoloji, tanı.

SUMMARY : CHILDHOOD ONSET SCHIZOPHRENIA : I. EPIDEMIOLOGY, CLINICAL FEATURES AND DIAGNOSTIC ISSUES

A deeper understanding of childhood onset schizophrenia (being a very rare condition), is now believed to have special importance in guiding researchers in their studies on adult onset schizophrenia. The aim of this article is to obtain a global perspective to the disorder which has long been subject to comprehensive studies. Therefore, a review of the literature on the epidemiology, clinical features and diagnostic issues of childhood onset schizophrenia has been presented.

Key words : Schizophrenia, childhood, epidemiology, diagnosis.

Çocukluk döneminde şizofrenik bozukluklara ilişkin belirti ve bulgular az görülmekte, şizofreninin geçerli tanı ölçütlerine tümüyle uyan klinik tablolara ise çok ender rastlanmaktadır. Bilişsel yetilerin henüz gelişim ve değişim içinde olduğu bu dönemde normalden sapmayı yakalamamanın zorluğu, şizofreninin çocukluk dönemindeki görünümüne ilişkin bilgi birikiminin azlığı yanı sıra etiketleme kaygısı, klinisyenleri şizofreni tanısına giden yolda duraksatmaktadır. Çocuklarda şizofreni araştırmaları, söz edilecek yöntem bilimsel zorluklara karşın son yıllarda hızla çoğalmış; bilgi dağarcığımızın gözden geçirilerek yenilenmesini zorunlu kılmıştır.

Çocukluk başlangıçlı şizofreni konusunda yakın zamanda yapılan çalışmalar, şizofreninin en erken belirtilerine bakış biçimimizi önemli ölçüde değiştirmiştir. Çocukluk başlangıçlı şizofreni (ÇBŞ) için, şizofreninin daha homojen ve daha şiddetli bir formu olabileceği ve biyolojik temelini erişkin forma göre daha belirgin olabileceği sayılı gündemdedir. Gelişimsel psikopatoloji kavramı da araştırmacıları, çocukluk şizofrenisi ile daha geç başlayan şizofreni arasında fark olup olmadığı sorusuna yanıt aramaya zorlamaktadır. Çocuklukta başlayan şizofreni konusundaki yazın gözden geçirildiğinde, geçmişten bugüne farklı zaman dilimlerinde, araştırmacı ve klinisyenlerin farklı tanı ölçütleri kullandıklarını ve bunun da bir karmaşaya neden

olduğunu görüyoruz (Asarnow ve Asarnow 1994).

Bugüne dek, klinik görünümüne odaklı, sistematik bir çocuk ve erişkin başlangıçlı şizofreni karşılaştırması yapılmamıştır. Böyle bir çalışma, cinsiyet, sosyoekonomik etkenler ve atak sayısı (özellikle ilk atak) bakımından eşleştirilmiş örneklemeler yanı sıra, benzer tanı protokolleri (ör. yaşa uygun yapılandırılmış görüşmeler) gerektirmektedir. Puanlayıcılar arası güvenilirliği sağlamak için, belirtilerin dikkatle tanımlanması ve bu sırada gelişimsel etkenlerin göz önüne alınması gerekir (Russell 1994). Çocukluk başlangıçlı şizofreni çok ender rastlanan bir bozukluk olduğu için bütün koşulları bir araya getiren çalışmaların yapılması güçtür.

TARİHÇE

Çocukluk döneminde şizofreninin tanımı ve kapsamı zaman içinde sürekli değişime uğramış ve çeşitli aşamalardan geçmiştir. Bu konudaki ilk olgu bildirimleri 200 yıl öncesine dayanmaktadır (Asarnow ve Asarnow 1994). Perfect, 1770'lerde tedavi edilen 11 yaşında bir erkek çocuk bildirmiştir (Fish ve Ritvo 1979). Aynı dönemlerde psikiyatri yazınında çocuk ve ergenlerde görülen psikotik belirtilere ilişkin betimlemeler belirlemeye başlamıştır. Örneğin Conolly (1861 - 62), çocukların zihinsel yetilerinde, yansısal nitelikte geçici bir duruma, bilinen süregelen bir hastalığa ya da kaza sonrası belirtilere benzemeyen, emsaleden çok maniyi andıran ve yakın zamana değin

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

** Arş. Gör. Dr., SSK Ankara Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ankara.

doktorların bile dikkatini çekmeyen nitelikte bir düzensizlikten söz etmiştir. Benzeri durumlar daha sonraları işlevsel psikozlar olarak adlandırılmışlardır. Kraepelin (1919/1971), dementia praecox olgularının % 3.5'inin 10 yaşından önce başladığını belirtmiştir. Bleuler'e (1911/1950) göre ise bu oran % 5-1'dir.

1930'lara değin, yaşı ne olursa olsun tüm çocuklar için erişkin hastalar ile aynı tanı ölçütlerinin kullanıldığını ve olguların şizofrenili dementia praecox tanı başlığı altında toplandığı görülmektedir (Fish ve Ritvo 1979). 1930'larda çocuk psikiyatrisi bir alt uzmanlık alanı olarak gelişirken klinisyenler, içinde ağır zeka geriliği, organik beyin sendromları, gelişimsel bozukluklar, şizotipal kişilik bozukluğu, otizm ve yaygın gelişimsel bozukluklar ile birlikte çocukluk başlangıçlı şizofreninin de barındığı geniş bir hastalıklar yelpazesini nasıl ayırıp sınıflayacaklarını düşünmeye başlamışlardır (Asarnow ve Asarnow 1994). Çocukluk şizofrenisi tanısını hangi ölçütlerle nereye oturtacakları kararsızlığında, erişkin şizofrenisi kavramına ilişkin dalgalanmaların da etkisi olduğu belirtilmektedir (Kendler ve ark. 1993).

1940 ve 1950'lerde bu kavram kargaşası biraz daha sınırlı bir biçimde sürmüştür. Bu dönem, operasyonel tanımlamaların hemen öncesine rast gelmektedir; betimlemeler ve tanı ölçütleri bugünkü standartlara göre genel anlamda daha belirsizdir (Fish ve Ritvo 1979). Leo Kanner'in (1949) erken bebeklik otizmine ilişkin betimlemelerinin, diğer klinisyenlerin çocukluk şizofrenisi betimlemeleri ile örtüştüğü görülmektedir. Kanner otizmin, çocukluk şizofrenisinin en erken belirtisi olabileceğini ve gelecekte şizofreniden ayırılabileceğine inanmadığını belirtmiştir. Bender (1956), şizofrenili çocukları başlangıç yaşına göre iki grupta toplamıştır :

1. Psödo-defektif grup : 2 yaşından önce belirtilerin ortaya çıktığını belirtmiştir. Bu çocuklar Kanner'in bebeklik otizmine benzer bir tablo çizmektedirler.

2. Daha geç başlangıçlı grup : Nörotik, paranoid ve sosyopatik belirtiler yer almaktadır. Bu gruptaki çocuklardan erişkinliğe dek izlenenlerin, o dönemin ölçütlerine göre şizofreni tanısı aldıkları belirtilmiştir (Fish ve Ritvo 1979). DSM-II'deki (APA 1968) çocukluk şizofrenisi kavramı Kanner ve Bender'den önemli ölçüde etkilenmiştir. Bu etki ile, DSM-II çocukluk şizofrenisi ölçütleri şöyle biçimlenmiştir : Bu tanı sınıfı, şizofrenik belirtilerin puberteden önce görüldüğü olgular içindir. Bu durum kendisini otistik ve atipik

davranışlar, çekinme, anneden ayrı bir kimlik geliştirememe ve gelişimin genel olarak tutarsızlığı ve yetersizliği ile gösterir. Bu gelişimsel eksiklikler zihinsel özürle sonuçlanabilir ve tanı da belirtilmelidir. Bu tanı grubu yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde kullanılmıştır ve ICD-8'de görülmemektedir. DSM-I'deki "Şizofrenik reaksiyon, çocukluk tipi" ile eşdeğerdir.

Kolvin ve Rutter ile birlikte, çocuklardaki şizofreni tanısına yaklaşımda önemli değişiklikler olduğu görülüyor. Kolvin ve arkadaşları (1971), erişkinlerde olduğu gibi, şizofrenisi olan çocuklarda da varsanların, sanrıların ve düşünce yapısı bozukluğunun olduğunu bulmuştur. Rutter ve arkadaşları (1967), erişkinliğe dek izlenen otistik çocuklarda şizofreni belirtilerinin bulunmadığını bildirmişlerdir. Rutter (1972) ise geçmiş dönemlerdeki kavram kargaşasına değinmiş; bebeklik otizmi, atipik çocuk, sembiyotik psikoz, dementia praecox, dementia infantilis, çocukluk şizofrenik sendromu, psödo - psikopatik şizofreni ve gizli şizofreni gibi çok çeşitli sendromların katıldığı "çocukluk şizofrenisi" teriminin ömrünü tamamladığını belirtmiştir.

DSM-III ve DSM-III-R'de artık, 1930'lar öncesi uygulamaya dönüldüğü görülmektedir. Çocuklarda şizofreni, erişkinler için kullanılan ölçütler ile tanınmaktadır ancak, belirtilerin çocuklukta görünümüne ilişkin bazı ufak farklara izin verilmiştir (Asarnow ve Asarnow 1994). Örneğin, tanı ölçütleri - B maddesi ele alınmış ve çocukların okul, sosyal ilişkiler ve öz bakım gibi alanlarda, hastalık öncesi dönemde ulaşılmış en yüksek işlev düzeyine göre belirgin gerileme göstermek yerine, beklenen gelişim düzeyine ulaşamayacakları görüşüne önem verilmiştir. Yine de, farklı yaşam dönemleri boyunca aynı tanı ölçütlerinin kullanılmasının, hastalığın görünümündeki gelişimsel farkları maskeleyebileceği, çocuklukta bu tanının kullanım alanını kısıtlayabileceği ve bir grup olgunun atlanmasına yol açabileceği belirtilmektedir (Asarnow ve ark. 1994).

EPİDEMİYOLOJİ

ÇBŞ'nin, 15 yaşından sonra başlayan şizofreniye göre 50 kat daha az görüldüğü, başka deyişle çok ender olduğu (Beitchman 1985, Karno ve Norquist 1989) belirtilmektedir. Şizofrenik psikozların 15 yaşından önce % 4'ü, 10 yaşından önce % 0.5 - 1'i şizofrenidir. Genel toplumda, 10 bin çocuktan birinin şizofrenik bozukluk geliştirme olasılığı olduğu tahmin edilmektedir (Bleuler 1972, Lutz 1972).

Sıklık ve başlangıç yaşı :

ÇBŞ, 12 yaşından önce çok enderdir. Ergenlikte başlangıç hızı artar ve yeni olguların oranı % 0.1'e ulaşır (Werry 1992). Bildirilen en erken başlangıçlı olgularda, başlangıç yaşı 3 (Russell ve ark. 1989) ve 5.7 (Green ve Padron – Gayol 1986) olmuştur. Daha erken bir yaş sınırı belirlemek için veriler yeterli değildir. Altı yaşından önce psikoz başlangıcı gösteren tüm olguların titizlikle incelenmesi gerekir. Çalışmalarda başlangıç yaşı büyük çoğunlukla, aile, okul ve varsa geçmiş sağaltım kayıtlarından alınan öykülere göre, geriye dönük olarak saptanmaktadır (McClellan ve Werry 1994). Hastalığın süregen ve sinsî gelişimi, kesin bir başlangıç noktası belirlenmesini güçleştirmektedir (Asarnow ve ark. 1994).

Cinsiyet oranı :

Başlangıç yaşı küçüldükçe, cinsiyet oranı erkekler fazla olmak üzere değişmektedir. ÇBŞ'de 2 : 1 gibi bir orandan söz edilmektedir (Bettes ve Walker 1987, Green ve ark. 1992, Green ve Padron – Gayol 1986, Kolvin 1971, Russell ve ark. 1989, Werry ve ark. 1991). Başlangıç yaşı ve cinsiyet arasındaki ilişki son zamanlarda dikkat çekmektedir. Bu alanda en sık tekrarlanan bulgular :

1. Erkeklerde başlangıç yaşının kadınlara göre daha erken olduğu,
2. Küçük yaş gruplarında, şizofreni sıklığının erkeklerde daha fazla olduğu,
3. 40 yaşın üstünde başlayan olgularda sıklığın kadınlarda daha yüksek olduğu ve,
4. 60 yaşına dek, toplam şizofreni riskinin kadın ve erkekler için yaklaşık olarak eşit olduğudur (Hafner ve ark. 1993).

13 yaşından daha küçük çocuklardaki şizofreniye "prepubertal" demek gelenek olmuştur ancak, puberte yaşla değil, bedensel gelişimle belirlendiğinden bu terim artık uygun bulunmamaktadır (McClellan ve Werry 1994). Pubertenin erken ucu 8-9 yaşlarında, geç ucu 16-17 yaşlarındadır. Weinberger'in de (1987) dikkat çektiği gibi puberte, kritik yolların öncelikle de dopaminerjik olanların olgunlaşmasını tamamlayıp etkinliğe geçtiği dönemdir. Bu nedenle bazı yayınlarda belirsizliği önlemek için, 18 yaşın altında başlayan şizofreni "erken başlangıçlı" ve 13 yaştan önce başlayan şizofreni de "çok erken başlangıçlı" olarak nitelenmektedir (Werry ve McClellan 1994).

TANI

DSM-IV,tanı ölçütleri (APA 1993) :

A. Psikotik belirtiler : En az 1 ay süre ile, aşağıdakilerden en az ikisinin varlığı gereklidir :

1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Dezorganize konuşma
4. Dezorganize ya da katatonik davranış,
5. Negatif belirtiler (duygulanım sığılığı, düşünce ya da konuşma fakirliği)

Ancak,

1. Sanrılar tuhaf (bizarre) ise,
2. Varsanılar, kişinin davranışı ya da düşünceleri konusunda ardarda yorumlar yapan bir ses biçiminde ise ya da,
3. İki ya da daha fazla sesin birbirleri ile konuşması biçiminde ise, yalnız bir belirti bu ölçütü karşılamak için yeterlidir.

İlaç başlanmıyorsa, belirtilerin süresi daha kısa olsa da ölçütü karşıladığı kabul edilir.

B. Sosyal / çalışma alanlarındaki işlevlerde ve öz bakım becerilerinde belirgin yıkım. Bu madde, çocuklarda kişilerarası, akademik ve / ya da iş becerilerinin gelişiminde yaşa uygun düzeylere ulaşamaması anlamına da gelebilir.

C. Süre : Belirtiler en az 6 ay sürmelidir. Bu süre içinde gözlenebilir psikotik belirtilerin olduğu aktif bir dönem bulunur. Ek olarak prodromal ya da rezidüel bir dönem bulunabilir. Prodromal dönemde psikotik belirtilerin başlangıcından önce işlevlerde bozulma olur. Rezidüel dönem ise aktif dönemi izler. Bu iki dönemdeki belirtiler :

1. Belirgin sosyal çekilme,
2. Meslek ya da okul yaşamında belirgin işlev bozukluğu,
3. Gizlice yiyecek depolama gibi tuhaf davranışlar,
4. Öz bakımını yapamama,
5. Duygulanımda küntleşme ya da uygunsuzluk,
6. Düşünce süreçlerinde düzensizlik (tanjansiyellik ya da çevresellik)
7. Konuşma içeriğinde fakirleşme,
8. Tuhaf inanç ya da algılamalar,
9. Anerji.

D. Şizoafektif bozukluk ve psikotik belirtilerle seyreden duygu durum bozukluğundan ayırılması gerekir. Bu ölçüt özellikle bipolar bozukluğu olan ergenler için önemlidir, çünkü bu yaş grubundaki manik ataklar başlangıçta şizofreni benzeri belirtiler içerebilir. Bu nedenle, bu ölçütün izleme boyunca aralıklarla yeniden değerlendirilmesi gerekir.

E. Madde kötüye kullanımı ve genel tıbbi durumlardan ayırılması gerekir. ICD-9 ölçütleri aynıdır. Yalnız, süre bakımından 6 ay yerine 1 ay yeterli bulunmuştur.

KLİNİK

Başlangıç hızı

ÇBŞ genellikle sinsi başlangıçlıdır (Asarnow ve Ben-Meir 1988, Green ve Padron - Gayol 1986, Kolvin 1971). Erken ergenlikte hem akut (1 yıldan kısa) hem de sinsi başlangıçlı olgular görülmektedir (Kolvin 1971, McClellan ve ark. 1993, Werry ve ark. 1991). Russell'in (1994) grubunda yalnızca % 14 olgu akut başlangıçlıdır. Bu durum, ergenlik ve erişkinlikteki başlangıç biçiminden farklıdır.

Russell ve ark (1994), psikotik olmayan belirtilerin ortaya çıktığı ortalama yaşın 6.9 (3-11), tüm ölçütlerin saptanarak tanının konduğu ortalama yaşın 9.5(4.9-13.3) olduğunu belirtmektedirler. Dolayısı ile başlangıç yaşı kavramı da değişkendir ve standardize edilmesi gerekmektedir.

Hastalık öncesi işlevsellik

Şizofreninin, erken merkezi sinir sistemi (MSS) lezyonlarının normal olgunlaşma süreçlerini etkilediği gelişimsel bir bozukluk olabileceği belirtilmektedir (Akbarian ve ark. 1993, Fish ve ark. 1992, Weinberger 1987). Perinatal komplikasyonlar (hipoksi, başlıca limbik sistemin hipokampus ve amigdala bölgelerinde etkili olabilir) (Eggers 1985), beyin yapısı ve boyutlarındaki değişiklikler, özellikle gebeliğin 2. trimestrinde fetal sinir gelişimindeki duraklamalar, erişkin şizofrenisinin insidansı ile uyumlu bulunmuştur (Lyon ve ark. 1989). Şizofreni açısından genetik risk taşıyan bebeklerde "pandismatürasyon" olarak tanımlanan nörointegratif bir defekt bulunabilir (Fish ve ark. 1992). Dolayısı ile hastalık öncesi belirtiler ve gelişime gecikmeleri bozukluğun erken nöropatolojik belirtileri olabilir. Erken başlangıçlı şizofrenisi olan hastaların % 44-90'ında, özellikle ÇBŞ'de hastalık öncesi belirtiler vardır (Asarnow ve Ben-Meir 1988, Eggers 1978, Green ve Padron-Gayol 1986, Kolvin 1971, Russell ve

ark. 1994, Watkins ve ark. 1988, Werry ve ark. 1991). En sık betimlenen kişilik sorunları çekilme, tuhaflik ve izolasyondur. Bunlardan başka, davranım sorunlarını da içeren her türlü kişiliğe ilişkin işlev bozukluğu gözlenmiştir. Bilişsel, motor, duyuşsal ve sosyal işlevlerde çoğul gelişimsel gecikmeler de saptanmıştır (Cantor ve ark. 1982, Fish ve ark. 1992, Watkins ve ark. 1988). Premorbid etkenlerin değerlendirilmesinde kişilik, zekâ ve uyum işlevlerine bakılmaktadır (GAF-General Adaptive Function). Prognozu belirleyen başlıca parametrenin (erişkinlerdeki gibi), premorbid kişilik olduğu saptanmıştır.

Russell ve ark. (1989, 1994) 3.5 yıllık dönemde 35 çocukta DSM-III tanı ölçütlerine göre şizofreni saptamışlardır. Değerlendirme sırasındaki ortalama yaş 9.5, erkek/kız oranı 2.2/1 olarak belirlenmiştir. Belirti dağılımı şöyledir :

En sık görülen belirti işitsel varsanıdır (% 80). Bunlar, çocuklukta normal olarak görülen hayali arkadaşlar ve hipnagogik yaşantılardan dikkatle ayırılmış (Edgell ve Kolvin 1972) ve duygulanımdan bağımsız olduklarına karar verilmiştir. Büyük çoğunlukla emir varsanuları (genellikle olumsuz, bazen olumlu içerikli) biçimindedirler. Bir kısmı ise dini ya da persekütuar içerikli.

Görsel varsanılar % 37 oranında saptanmıştır. Ardından dokunsal, somatik varsanılar ve koku varsanuları gelmektedir. Ancak, bu çocukların tümünde işitsel varsanılar da vardır.

Sanrılar % 63 oranındadır. Bunlar en çok persekütuar ve somatik niteliktedir. Daha küçük çocuklarda daha basit ve taslak (düşünce) aşamasında; canavar, hayvan gibi çocukluk temalıdır.

% 40 olguda enkoherans, belirgin çağrışım gevşekliği, belirgin mantıksız düşünceler ya da konuşma içeriğinde fakirlik saptanmıştır.

Düşünce bozukluğunun saptanmasında yarı yapılandırılmış görüşmeler kullanmanın sakıncalı olduğu, bunların kısa yanıtlara yol açtığı, projektif uyaranlar kullanan araçların daha uygun olduğu belirtilmektedir (Caplan ve ark. 1989, Russell 1992).

% 74 çocukta sığ, künt ya da uygunsuz duygulanım, % 40 çocukta dezorganize davranışlar görülmüştür. Katatoni belirtilerine rastlanmamıştır.

Diğer bazı çalışmalarda ise, varsanuların, düşünce bozukluğunun ve duygulanım sığlığının her zaman bulunduğu, yerleşmiş sanrılarının ve katatoni belirtilerinin ise daha az oranda olmakla

birlikte klinik görünüşüne katılabilirliği sağlamıştır (Green ve ark. 1992, Russell ve ark. 1989, Werry ve ark. 1991).

Çocuklarda psikotik belirtiler çoğunlukla sosyal ilişkilere yabancı değildirler. Özellikle varansa paranoid kutucu olabilirler. Özellikle gelişimsel özellik ve semptomlarında ortaya çıktıklarından, sosyal tarafından normal yaşantılarına etkilendikleri düşünülmektedir. Bir başka deyişle belirtiler her zaman orada olmaktadır. Bu nedenle çocukların neden belirtileri ara bulmalarını istemediklerini ve bunları ortaya çıkarmak için ebeveynlerden sormak gerektiğini açıklıyorlardır. Ya da çocuklar, belirtilerin giderek daha engellenmiş olduklarını ve konsantrasyonlarını bozduğunu belirtmektedirler.

Dil ve bilişteki gelişimsel farklar belirtilerin yansıması ve niteliğini etkilemektedir (Cappian ve ark. 1989, Volkmar ve ark. 1988, Waxman ve ark. 1988, Werry 1992).

Paranoid (Eggers 1978) ve ayırım bozukluğu (McGillan ve ark. 1993, Werry ve ark. 1994) alt tip en sık görülmektedir. Erişkinlerde alt tip ayırım bozukluğunun başlangıçtan itibaren heberlenmeden ortaya çıkmış tipe, bundan da paranoid tipe deyişle öne sürülmektedir (McGlashan ve Ferris 1991, Werry ve ark. (1994), çocuklarla yapılan çalışmada, paranoid tip beklenen oranda görülmekte birlikte, disorganize alt tipin daha az görüldüğü (% 12) belirtilmektedir.

Erişkinlerde de olduğu gibi bu çocuklarda bilişim düşünce ve davranışının oldukça alt görülen bir belirti olduğundan söz edilmemektedir (% 76) (Asarnow ve ark. 1994).

Erişkin başlangıçlı şizofrenide pozitif ve negatif belirtiler prognozun yanı sıra bağımsız belirleyiciler olarak kabul edilmektedir (Strauss ve Carpenter 1978). Negatif belirtiler; hastahâim süzgenliği, premorbid uyum bozukluğu, bilişsel işlev bozukluğu ve beyin zedelenmesi ile ilişkilendirilmiştir. Pozitif belirtiler ise daha iyi premorbid uyum, daha yüksek genel işlev düzeyi, semptom atrofisi ve duyu bozukluğunun olmaması ile ilişkili bulunmuştur (Andreasen ve ark. 1980, Pogue-Geile ve Harrow 1985). Bates ve Walker (1987), şizofrenik ve diğer psikiyatrik bozuklukları olan çocuklarda pozitif belirtilerin yaşla arttığını ve normal zeka bölümü ile ilişkili olduğunu, negatif belirtilerin ise beyin zedelenmesi ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Gordon ve arkadaşlarının grubunda (1994 a), şizofreni tanısı

tanımlanan çocukların varsanılar, sanrılar ve delüzyonlarının başlangıçta (11 yaşında) gibi pozitif belirtilerle birlikte, duygulanımda sığılık, sosyal ilişkilerde yavaş ve dikkat bozukluğu gibi semptom negatif belirtiler de görülmüştür. Bu nedenle pozitif ve negatif belirtiler semptomlarının bir parçası olarak değerlendirilmekte ve aynı şekilde tedavi edilmekteydi. Bu çalışmada ise negatif belirtiler de değerlendirildiği için pozitif ve negatif belirtiler arasında bir ilişki bulunmadığı görülmüştür. Çizim de negatif belirtiler arasında değerlendirilmiştir. Aynı süre hastanede tedavi görmüş çocukların ikincil negatif belirtiler de görülmüştür.

Bu çalışmada başlangıçlı şizofreni karşılaştıkları gibi erken başlangıçlı şizofreni (Gordon ve arkadaşları (1994)), erken başlangıçlı şizofreni çocuklarında daha sık görüldüğü, bunun yanı sıra kişilik sorunlarına, sosyal hayat sorunlarına ve gelişimsel sorunlarına ve davranış bozukluklarına daha sık rastlandığını belirttikleri çalışmada şizofreni, alkol/ madde kullanımı ve beslenme bozukluğu ile birlikte tedavi görmüş çocukların daha yüksek riskte olduğunu belirttikleri daha sinsi olduğunu belirttikleri belirtiler bağlamında başlangıçlı semptomların, varsanuların, delüzyonlarının, psikoz ve yapı bozukluğunun yanı sıra görüldüğü belirtilmektedir. Erken başlangıçlı şizofreni bulunan sağaltıma daha dikkatlenmektedir ve daha olumsuz sonuçlanmaktadır.

Bulunan Erken Başlangıçlı Şizofreni Belirtileri

Erken başlangıç

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

Dil ve biliş

(+) : Erken başlangıç artırır. (-) : Erken başlangıç azaltır. (Werry ve ark. 1994).

ÇBŞ'de klinik belirtilerin değerlendirilmesi konusunda Rochelle Caplan'ın yaptığı çalışmalara da değinmek gerekir (Caplan 1994). Caplan, DSM-III'te yer alan dört düşünce yapısı bozukluğu belirtisini ele almıştır. Bunlar, mantık dışı düşünme, çağrışım gevşekliği, enkoherans ve konuşma içeriğinde fakirliktir. Mantık dışı düşünme ve çağrışım gevşekliği, düşünce yapısı bozukluğunun güvenilir, duyarlı ve özgül ölçümleri olarak saptanmıştır (Caplan ve ark. 1989, 1990). Bu iki belirti, şizotipal kişilik bozukluğu olan çocuklarla normalleri ayırtmaya yarar. Ancak, şizotipal kişilik bozukluğu ve şizofrenisi olan çocuklar arasında bu iki belirtinin puanları bakımından fark saptanmamıştır. Enkoherans ve konuşma içeriği fakirliği orta çocukluk döneminde görülen şizofrenide düşük oranda bulunmuştur. Gelişimsel açıdan, normal çocuklarda mantık dışı düşünme ve çağrışım gevşekliği için kesim noktası 7 yaşdır. Bu yaşın üzerindeki çocuklarda mantık dışı düşünme çok daha düşük oranda görülürken, çağrışım gevşekliğine rastlanmamaktadır. Başlangıç yaşı, bu iki belirtinin şiddeti ile anlamlı düzeyde korelasyon göstermektedir. Caplan ve Guthrie (1992), orta çocukluk döneminde başlayan şizofreni ve şizotipal kişilik bozukluğunun, çocukta bilişsel yetilerin gelişimini bozabileceği varsayımını öne sürmüşlerdir.

TANI SORUNLARI

Çocuklarda şizofreni tanısı için erişkinliklerle aynı tanı ölçütleri kullanılmasına karşın, çocuk ve ergenlerdeki bazı özellikler tanı bakımından ikilemler yaratmaktadır. Russell (1994) bu sorunları şöyle sıralamıştır :

- Çocuklarda gerçek psikotik fenomenleri, gelişim gecikmeleri, travmatik olaylar ve / ya da zengin bir hayal gücü nedeniyle ortaya çıkan, psikotik olmayan düşünce ve algılardan ayırtedebilmek zor olabilir. ÇBŞ, sinsi başlayıp yaşam boyu süren gelişim ve kişilik sorunları yarattığı için premorbid durum ile aktif psikotik durumu ayırmak da güçtür.
- Tek başına pozitif belirtiler de yeterli değildir. Varsanuları olan çocukların çoğu psikotik değildir (Del Baccaro ve ark. 1988, Garralda 1984a), çünkü belirti ısrarlı değildir ve ek belirtiler yoktur. Olası psikotik belirtileri değerlendirirken kültürel, gelişimsel ve zekaya ilişkin etkenleri de göz önünde bulundurmak gereklidir.

- Şizofreninin yapısal düşünce bozukluğu ile gelişimsel bozukluk, kişilik bozuklukları, konuşma ve dil bozukluklarındaki düşünce bozukluklarının ayırtedilmesi de sorun yaratır (Caplan & Tanguay 1991). Çağrışım gevşekliği ve enkoherans ÇBŞ'nin geçerli bulguları olmakla birlikte, şizotipal kişilik bozukluğunda da vardır (Caplan ve ark. 1989). DSM-IV, düşünce yapısı bozukluğu yerine dezorganize konuşmayı koymuştur ancak, bu bulgu pek çok gelişimgüzel bozuklukta da görüldüğü için yine ayırıcı tanı gerekmektedir.
- Altı ay süre ölçütü de sorun yaratmaktadır çünkü, pek çok olgu bu sürenin tamamlanmasından önce klinikte görülmektedir. O zaman, izleme ile doğrulanabilecek geçici bir tanı koymak gerekir. Bazı olgular 6 aydan önce düzelir ve şizofreni olup olmadıkları belirsizleşir. Belirtiler antipsikotik ilaç sonrası ortadan kalkmışsa, düzelmenin spontan mı, yoksa ilaca mı bağlı olduğu sorusu gündeme gelir. Yine de, 6 ay içinde şizofrenideki iyileşmenin tamamlanması pek olası değildir çünkü anhedoni ve spontan hareket bozukluğu (inertia) gibi negatif belirtiler genellikle daha uzun sürelidir (McClellan ve Werry 1994).

AYIRICI TANI

Şizofreni, diğer psikotik bozukluklar ve psikoz için risk grubunda olanlarda (şizofrenik anneden gelenler), düşünce yapısı bozukluğu anlamında yüksek bulunmuştur (Arboleda ve Holzman 1985, Cantor ve ark. 1982, Caplan ve ark. 1989, Kolvin 1971, Watkins ve ark. 1988). Caplan ve ark. (1989), şizofrenik çocukları normal kontrollerden mantıksız düşünme ve çağrışım gevşekliği belirtileri ile güvenilir biçimde ayırtedemeyi başarmışlardır. Ancak her iki grupta, enkoherans ve konuşma fakirliği oranları düşük bulunmuştur.

Duygu durum bozuklukları : Özellikle şizofreninin başlangıç döneminde, bu iki bozukluğun belirtilerindeki benzerlik ve klinik tablodaki örtüşme nedeniyle ayırıcı tanı ancak izleme ile tamamlanabilir (Carlson 1990, Chambers ve ark. 1982, Joyce 1984, Mc Clellan ve ark. 1993, Werry ve ark. 1991). Aile öyküsü de ipucu verebilir ancak artık çalışmalarda şizofrenik gençlerin aile öykülerinde depresyona sık rastlanmaktadır (Werry 1992). Bir çalışmada, şizofrenisi olan çocuklarda başlangıcın daha sinsi olduğu, majör depresyonda akut başlangıcın daha sık görüldü-

ğü saptanmış ancak, bu farkın anlamlılığı da sınırda bulunmuştur. Aynı çalışmada, hastalık öncesi işlevsellik majör depresif bozukluğu olan çocuklarda normal sınırlarda iken şizofrenik çocuklarda anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur. Bu çocuklar yaşlıları ile ilişkilerinde, okul başarısında, okula uyumda ve özel ilgileri bakımından anlamlı ölçüde daha fazla bozukluk göstermişlerdir (McClellan ve Werry 1994). Prognoz da bipolar çocuklar lehine farklıdır (Werry ve ark. 1994).

Organik bozukluklar : Deliryum, epileptik bozukluklar, MSS lezyonları, nörodejeneratif bozukluklar, metabolik bozukluklar, toksik ensefalopatiler ve enfeksiyon hastalıkları organik psikoz tabloları yaratabileceğinden, ilke olarak her zaman genel pediatrik ve nörolojik değerlendirme yapılmalıdır. Çalışmalarda, şizofreni ve psikotik duygu durum bozuklukları ile madde kötüye kullanım komorbiditesi % 50'lere varan oranlarda saptandığı görülmektedir (Mc Clellan ve ark. 1993). Dolayısıyla detoksifikasyon sonrası 1 haftadan daha uzun sürede psikotik belirtilerin düzelmemesi durumunda primer psikotik bir bozukluk olasılığı kuvvetlenir. Ergenlerde madde kötüye kullanımı ilk psikotik atağın tetiğini çeken etken olabilir (Unis ve Mc Clellan 1993).

Disosiyatif bozukluklar ve kişilik bozuklukları : Psikoz benzeri belirtiler gösterebilirler (Del Baccaro ve ark. 1988, Garralda 1984a, Hornstein ve Putnam 1992, Lewis 1990, Mc Clellan ve ark 1993, Nurcombe 1990) ancak, bu çocuklarda sanrı ve düşünce bozukluğu sıklığı daha azdır (Garralda 1985). İzlemede, bu çocuklarda psikotik bozukluklar yerine kişilik bozukluklarına daha sık rastlanmıştır (Garralda 1984a, b, Logfren ve ark. 1991). Özellikle kötüye kullanım ya da ihmal kurbanı çocuklarda görülen psikoz benzeri belirtiler, aslında disosiyatif belirtilerdir (Hornstein ve Putnam 1992, Nurcombe 1990).

Şizoaffektif bozukluk : Erken başlangıçlı şizoaffektif bozukluk pek iyi tanımlanmamıştır. Eggers'in (1989) Erken Başlangıçlı Şizofreni örnekleminin % 28'i izlemede şizoaffektif psikoz (ICD-9) tanısı almıştır. Diğer çalışmalarda (McClellan ve ark. 1993, Werry ve ark. 1991), bu oran daha düşük çıkmıştır.

Yaygın gelişimsel bozukluklar/otizm : Bu bozukluklarda sanrı ve varsanı gibi pozitif psikotik belirtiler ya yoktur ya da geçicidir. Ayrıca bu bozuklukları niteliyici dil örüntülerinde sapma, sosyal ilişki bozukluğu ve diğer anahtar belirtiler görülür (Green ve ark. 1984, Kolvin 1971,

Volkmar ve ark. 1988, Volkmar & Cohen 1991). Yine bu bozukluklarda başlangıç yaşı şizofreniye göre daha küçüktür ancak bazı şizofrenik çocuklarda yaşam boyu gelişim gecikmeleri olduğu da bilinmektedir (Watkins ve ark. 1988). Yaygın gelişim bozuklukları ile karşılaştırıldığında, EBS'deki premorbid belirtiler daha az şiddetlidir.

Hem şizofreni hem de otizmde merkez sinir sistemi (MSS) gelişimsel bozuklukları olduğu öne sürüldüğü için (Akbarian ve ark. 1993, Fish ve ark. 1992, Kemper ve Bauman 1993, WEinberger 1987), her iki hastalığın birlikte bulunabilme ve söz konusu MSS gelişim bozukluğu ile bağlantılı olma olasılığı vardır. Komorbidite durumunda bile şizofreni belirtilerinin başlangıcı otizminkinden daha geç (genellikle 5 yaşından sonra) olacaktır.

Otizme benzeyen bir başka bozukluk çocukluk disintegratif bozukluğudur (Volkmar 1992). Bu bozuklukta, 2 yıl da daha uzun süren normal gelişim süreci vardır. Bir diğeri de Asperger sendromudur. Burada sosyal ilişkilerde ve sosyal ipuçlarının değerlendirilmesi ile ilgili bağlamsal iletişimde defektler ile birlikte, ilgi alanlarında sınırlılık ve tuhaflık vardır (Szatmari 1991). Her iki bozukluğu da şizofreniden ayıran, açık sanrı ve varsanların olmayışıdır.

Kavramsal kaymalar nedeni ile, çocukluk şizofrenisini otizmden gereğince ayıran çalışmaların sayısı azdır. Uygun tanı ölçütleri içeren çalışmalar da da geriye dönük desenlerin kullanılması, tanı amaçlı görüşmeler gibi standardize değerlendirme araçlarının eksikliği, küçük örneklem grupları ve karşılaştırma gruplarının kullanılmaması gibi yöntemsel sorunlar vardır (Werry, 1992). Tedavi ile ilgili çalışmalar büsbütün azdır. Bunlara karşın, tamamlanabilen çalışmalardan elde edilen veriler tanı ve tedaviye ilişkin bazı akla yatkın sonuçlara varmamızı sağlamıştır (ör., erişkinlerde yürütülen çalışmaların, bazı gelişimsel uyarlamalarla çocuklarda da kullanılabileceği gibi).

Obsesif kompulsif bozukluk : Obsesif düşünceler (ör. mikrop bulaşması korkusu) sanrılarla karıştırılabilir. Özellikle obsesif uğraşların çok şiddetli olduğu olgularda, hastanın gerçeği değerlendirme yetisi iyi anlaşılabilir. Ayrıca şizofrenik hastalarda belirgin obsesif kompulsif özellikler olabilir (Hermesh ve ark. 1989).

Gelişimsel dil bozuklukları : Özellikle ekspresif dil bozukluğu, düşünce bozukluğu ile karıştırılabilir ancak böyle çocuklarda şizofreninin diğer belirtilerine rastlanmaz (Baker ve Cantwell 1991, Gordon ve ark. 1994).

(Çok boyutlu bozulma (multidimensionally impaired) : Hiçbir DSM-III-R tanısı bu grubu yeterince betimleyememektedir. Bu çocuklarda, bilişsel işlevlerin pek çok alanında çoğul bozukluklar saptanmaktadır ancak oyun ilgileri, duygulanım, sosyal ve motor bozuklukları bakımından yaygın gelişimsel bozukluğu olan çocuklardan ayrılmaktadırlar (McKenna 1994a, 1994b). Bu grubu en iyi betimleyebilen, DSM-IV borderline kişilik bozukluğu tanısıdır (APA 1994). Bu çocuklar küçük yaşlardan itibaren duygulanım dengesizliği, saldırganlık ya da öfke patlamaları sergilerler. Erişkinlerle ilişkilerinde immatür, aşırı bağımlı ya da yapışkandırlar. Yaşıtları ile ilişkilerinde, sosyal yargılamaları bozuk olduğu için sataşmalarla karşılaşır ve günah keçisi olurlar. Sosyal ilişkiye çok hevesli olmakla birlikte beceriksizdirler. İmmatür düşünme biçimleri, fantazi ile gerçek arasındaki sınırdaki bulunmaları nedeni ile sanki bir "çizgi film dünyasında" yaşıyor gibi görünürler. Kuşkuçulukları ve referans fikirleri olmakla birlikte, sistematize ya da tuhaf gerçek dışı inanışları yoktur. Algı bozuklukları sık sık hipnagogik ve hipnopompik ya da ancak stres altında iken ortaya çıkan varsanılar biçimindedir; şiddetli ve akut stres olmazsa, uzun süren varsanıları olmaktadır. Yapısal düşünce bozukluğu saptanmaz ama, gelişimsel dil bozuklukları birlikte görülebildiği için, özellikle çocuğun kaygılı olduğu zamanlarda konuşması bağlantısızmış izlenimi verebilir. Hemen her olguda özgül gelişim bozuklukları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu komorbiditesi görülmektedir. Belirtiler şiddetlidir ve genellikle okul öncesi yıllarda dikkat çekmektedir. Gordon ve arkadaşlarının (1994) grubunda, ÇBŞ için taranan 98 çocuğun 21 tanesinin bu gruba uygun olduğu düşünülmüştür ve bu grubun nörobiyolojik çalışmalarında ÇBŞ için önemli bir karşılaştırma grubu olacağı düşünülmektedir.

EŞ ZAMANLILIK

Joan Asarnow ve arkadaşlarının (1994) yaptıkları çalışmada 18 şizofrenik çocuğun 8 tanesine (% 44) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ek tanısı konmuştur. DEHB, DSM-III ölçütlerine göre 6 yaştan önce başladığı, şizofreni ise genel olarak daha geç başladığından, dikkat sorunlarının şizofrenik sendromun prodromal belirtileri mi olduğu yoksa, bazı olgularda her iki bozukluğun birlikte mi görüldüğü sorusu gündeme gelmiştir.

Aynı çalışmada, 18 çocuğun 10'unda belirgin depresyon belirtileri saptanmıştır (% 56). Yedi çocuğun (% 39) ise şizofreni başlangıcından önce distimik bozukluk tanı ölçütlerini karşıladığı belirtilmektedir. Depresyon belirtileri şizofreniye göre daha kısa sürdükleri için ek tanı olarak atipik duygulanım bozukluğu seçilmiştir. Russell (1994) kendi örnekleminde, majör depresyon belirtilerinin şizofreni belirtilerinden sonra ortaya çıktığını ya da daha kısa sürdüğünü, distimi olgularında ise, bir kez şizofreni belirtileri geliştikten sonra tabloya egemen olduğunu belirtmektedir.

Russell ve arkadaşları (1989, 1994) örneklem gruplarının % 40'ında hastalık öncesi DEHB öyküsü saptamışlardır. Ancak DSM-III'e göre büyülesi bir komorbidite tanısı konamaz.

Aynı araştırmacılar, % 26 olgunun hastalık öncesi öykülerinde ekolali, kanat çırpma, ritüeller, dokunmaya duyarlık gibi otizmde görülen gelişimsel bozukluk belirtilerinin olduğunu ancak bu olguların hiçbirinin yaygın gelişim bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamadığını belirtmişlerdir.

Watkins ve ark. (1988), bebeklikte yaygın gelişim bozukluğu belirtileri gösteren çocukları daha erken yaşta şizofreni belirtileri çıkardıklarını belirtmektedirler. Bu bulgular, Fish'in (1977, 1987) şizofrenik pek çok çocuğun küçük yaşlardan itibaren nörointegratif işlev bozukluğu gösterdiğine ilişkin gözlemleri ile uyumludur.

GİDİŞ VE PROGNOZ

Akut psikoz, düzelme (nekahat), remisyon veya rezidüel evrelerin oluşturduğu bir döngüdür. Manfred Bleuler'e (1978) atfedilen gidiş, her döngü ardından yıkımın artması ve yaklaşık 10 yıl içinde bozukluğun kendisini tüketerek, genellikle negatif belirtilerin ön planda olduğu kalıntı bir duruma yerini bırakması biçimindedir. EBS'de Bleuler'in ortalama 10 yıllık süre tahmini doğrulayan veriler bulunamamıştır (McClellan ve Werry 1994).

Prognozun değerlendirilmesinde ilk tanı - son tanı arasında fark olup olmadığı, psikotik epizod sayısı, tedavi, genel ortalama işlevsellik (General Average Functioning - GAF) skalası, yaşlılarla ilişkiler okulda / işte işlevsellik ve bağımlılık gibi değişkenler ele alınmaktadır (Werry ve McClellan 1994).

Klinisyenler erken başlangıçlı ve özellikle de çocukluk başlangıçlı şizofreninin kötü prognozlu olduğunda görüş birliğindedirler. Bu durum

kötü premorbid işlevselliğe olduğu kadar, gelişim gecikmelerine de bağlanmaktadır (Werry ve McClellan 1992, Werry ve ark. basımda).

Asarnow ve arkadaşlarının (1994) yaptıkları izleme çalışmasında, olguların % 61'inde şizofreni belirtilerinin 2-7 yıl sürdüğü görülmektedir. Yaklaşık % 6 olgunun bu süre sonundaki tanısı (başlangıçta atipik duygulanım bozukluğu ek tanısı alanlar) şizoafektif bozukluk olmuştur. % 22 (4) olguda remisyon gözlenmiş ve remisyon ilaçların kesilmesi ile sürmüştür. Eggers (1989), ortalama 16 yıl boyunca izlediği hastalarda remisyon oranını % 27 olarak bildirmektedir. Eggers'in "hafif düzeyde defektli" alt grubunda hastaların % 24'ü yer almaktadır. Bunlara karşılık Werry ve arkadaşları (1991), 1-16 yıl izledikleri hastalardaki remisyon oranını yalnızca % 3 olarak bildirmektedirler, % 90 olgu süregelenlik göstermiş ve % 13 olgu ölmüştür. Aynı çalışmacıların 1994'te yayınladıkları izleme çalışmasında % 4-13 oranında remisyon bildirilmektedir. % 90 olgu iki ya da daha fazla epizod geçirmiştir. % 13'ünün tam gün okul ya da iş etkinliklerini sürdürdükleri ve % 12-29'unun yaşlarına uygun bağımsızlığı edinebildikleri belirtilmektedir. Hastalık öncesi işlevsellik normalin altında iken (53), izleme sonunda ortalama 40'a düşmüştür.

Psikotik düşünmeye bağlı davranışlar sonucu kaza eseri ölüm ve öz kıyım riski en az 5 olarak belirtilmektedir (Eggers 1978, Werry ve ark. 1991); ancak bu yine küçük örneklem grupları ve kısa süreli izlemler ile varılan bir sonuçtur. Erişkinlerle yapılan izleme çalışmaları bu riskin genel topluma oranla iki kat fazla olduğunu göstermektedir (Allabeck 1989).

SONUÇ

Çocukluk döneminde başlayan şizofreni konusunda yapılan çalışmalar günümüzde giderek hız kazanmaktadır. Çocuklarda çok ender rastlanan bu bozukluğun gerek klinik belirtilerinin değerlendirilmesi, klinisyenler için zor bir görev olma özelliğini sürdürmektedir. Doğru değerlendirme ve tanı, yalnızca tedavide zaman yitilmesini önlemek bakımından değil, şizofreni etyolojisine ışık tutacak çalışmalara olanak tanınması açısından da büyük önem taşır. Ülkemizde, psikiyatrik tanı ve sınıflama standardizasyonuna ilişkin güçlüklerin aşılması, bu konuda yapılacak çalışmalarda atılan önemli bir ilk adım olacaktır.

KAYNAKLAR

- Allabeck P (1989) Schizophrenia : A life shortening disease. *Schizophr Bull* 15 : 81-89.
- Akbarian S, Bunney JWE, Potkin SG ve ark. (1993) Altered distribution of nicotinamide - adenine dinucleotide phosphate diaphorase cells in frontal lobe of schizophrenics implies disturbances of cortical development. *Arch Gen Psychiatry* 50 : 169-177.
- American Psychiatric Association (1968) *DSM-II : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2nd ed. Washington D.C : The Association.
- American Psychiatric Association (1987) *DSM-III-R : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 3rd ed., revised. Washington D.C : The Association.
- American Psychiatric Association (1993) *DSM-IV Draft Criteria*. American Psychiatric Press, Washington D.C.
- Andreasen NC, Flaum M, Swayze VW ve ark. (1990) Positive and negative symptoms in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 47 : 615-621.
- Arboleda C, Holzman PS (1985) Thought disorder in children at risk for psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 42 : 1004-1013.
- Asarnow JR, Ben-Meir S (1988) Children with schizophrenia spectrum and depressive disorders : a comparative study of premorbid adjustment, onset pattern and severity of impairment. *J Child Psychol Psychiatry* 29 : 477-488.
- Asarnow JR, Tompson MC, Goldstein MJ (1994) Childhood - onset schizophrenia : a followup study. *Schizophr Bull* 4 : 599 - 617.
- Asarnow RF, Asarnow JR (1994) Childhood onset schizophrenia : editors' introduction. *Schizophr Bull* 4 : 591-597.
- Baker L, Cantwell DP (1991) Disorders of language, speech and communication. *Child and Adolescent Psychiatry : A Comprehensive Textbook* içinde, M Lewis (ed). Williams & Wilkins, Baltimore, s : 516-521.
- Beitchman JH (1985) Childhood schizophrenia : a review and comparison with adult - onset schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 8 : 793-814.
- Bender L, Gruett AE (1956) A study of certain epidemiological factors in a group of children with childhood schizophrenia. *Am J Orthopsych* 26 : 131-145.
- Bettes B, Walker E (1987) Positive and negative symptoms in psychotic and other psychiatrically disturbed children. *J Child Psychol Psychiatry* 28 : 555-567.
- Bleuler E (1911) *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. Zinkin J (çev.) (1950), International Universities Press, New York.
- Bleuler E (1972) *Die Schizophrenen Geistesstörungen*. Thieme, Stuttgart.

- Bleuler M (1978) *The Schizophrenic Disorders : Long - Term Patient and Family Status*. SM Clemens (çev) Yale University Press, New Haven CT.
- Cantor S, Evans J, Pearce J ve ark. (1982) Childhood schizophrenia present but not accounted for. *Am J Psychiatry* 139 : 758-762.
- Caplan R (1994) Thought disorder in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 5 : 605-615.
- Caplan R, Guthrie D (1992) Communication deficits in childhood schizotypal personality disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35 : 961-967.
- Caplan R, Guthrie D, Tanguay PE ve ark. (1989) The Kiddie Formal Thought Disorder Scale (K-FTDS) : clinical assessment, reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28 : 408-416.
- Caplan R, Perdue S, Tanguay PE (1990) Formal thought disorder in childhood onset schizophrenia and schizotypal personality disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 31 : 169-177.
- Caplan R, Tanguay PE (1991) Development of psychotic thinking in children. *Child and Adolescent Psychiatry : a Comprehensive Textbook* içinde, M Lewis (ed). Williams & Wilkins, Baltimore MD., s : 310-317.
- Carlson GA (1990) Child and adolescent mania : diagnostic considerations. *J Child Psychol Psychiatry* 31 : 331-342.
- Chambers WJ, Puig - Antich J Tabrizi Ma ve ark. (1982) Psychotic symptoms in prepubertal major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 39 : 921-927.
- Conolly J (1861-62) Juvenile insanity. *Am J Insanity* 18 : 395-403.
- Del Baccaro MA, Burke P, McCauley E (1988) Hallucinations in children : a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27 : 462-465.
- Edgell HG, Kolvin I (1972) Childhood hallucinations. *J Child Psychol Psychiatr Allied Disc* 13 : 279-287.
- Eggers C (1978) Course and prognosis in childhood schizophrenia. *J Autism Child Schizophr* 8 : 21-36.
- Eggers C (1985) Schizophrene Psychosen. *Kinder - und Jugend - Psychiatrie in Klinik und Praxis* Vol. 2 içinde, H Remschmidt ve MH Schmidt (ed). Thieme, Stuttgart, s : 323-339.
- Eggers C (1989) Schizoaffective psychosis in childhood : a follow - up study. *J Autism Dev Disord* 19 : 327-334.
- Fish B (1977) Neurobiological antecedents of schizophrenia in children : evidence for an inherited congenital neurointegrative deficit. *Arch Gen Psychiatry* 34 : 1297-1313.
- Fish B (1987) Infant predictors of the longitudinal course of schizophrenic development. *Schizophr Bull* 3 : 395-409.
- Fish B, Marcus J, Hans SL ve ark. (1992) Infants at risk for schizophrenia : sequelae of e genetic neurointegrative defect. *Arch Gen Psychiatry* 49 : 221-235.
- Fish B, Ritvo ER (1979) Psychoses of childhood. *Basic Handbook of Child Psychiatry : Disturbances in Development* Vo. 2 içinde, JD Noshpitz (ed). Basic Books, New York, N.Y., s : 294-304.
- Garralda ME (1984a) Hallucinations in children with conduct and emotional disorders : I the clinical phenomena. *Psychol Med* 14 : 589-596.
- Garralda ME (1984b) Hallucinations in children with conduct and emotional disorders : II. the follow-up study. *Psychol Med* 14 : 597-604.
- Garralda ME (1985) Characteristics of the psychoses of late onset in children and adolescents : a comparative study of hallucinating children. *J Adolesc* 8 : 195-207.
- Gordon CT, Frazier JA, McKenna K ve ark. (1994a) Childhood onset schizophrenia : An NIMH study in progress. *Schizophr Bull* 4 : 697-712.
- Gordon CT, Krasnewich D, White B ve ark. (1994b) Translocation involving chromosomes 1 and 7 in a boy with childhood onset schizophrenia. *J Autism Dev Disord* 24 : 537-545.
- Green WH, Campbell M, Hardesty AS ve ark. (1984) A comparison of schizophrenic and autistic children. *J Am Acad Child Psychiatry* 23 : 399-409.
- Green WH, Patron-Gayol M (1986) Schizophrenic disorder in childhood : its relationship to DSM-III criteria. *Biological Psychiatry* içinde, C Shagass (ed). Elsevier Science Publishing, Amsterdam, s : 1484 -1486.
- Green W, Padron -Gayol M, Hardesty AS ve ark. (1992) Schizophrenia with childhood onset: a phenomenological study of 38 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35 : 968-976.
- Hafner H, Maurere K, Löffler W ve ark. (1993) The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *Br J Psychiatr* 162 : 80-86.
- Hermesh H, Hoffnung RA, Aizenberg D ve ark. (1989) Catatonic signs in severe obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 50 : 303-305.
- Hornstein JL, Putnam FW (1992) Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31 : 1077-1085.
- Joyce PR (1984) Age of onset in bipolar affective disorder and misdiagnosis of schizophrenia. *Psychol Med* 14 : 145-149.
- Kanner L (1949) Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. *Am J Orthopsych* 19 : 416-426.
- Karno M, Norquist GS (1989) Schizophrenia : epidemiology. *Comprehensive Textbook of Psychiatry / V. Vol I* içinde, HI Kaplan ve BJ Sadock (ed). Williams & Wilkins Company, Baltimore MD, s : 699-704.
- Kay P, Kolvin I (1987) Childhood psychoses and their borderlands. *Br Med Bull* 3 : 570-586.
- Kember TL, Bauman ML (1993) The contribution of neuropathologic studies to the understanding of autism. *Neurol Clin* 11 : 175-187.

- Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM ve ark. (1993) The Roscommon family study : I. methods, diagnosis of probands and risk of schizophrenia in relatives. *Arch Gen Psychiatry* 50 : 527-540.
- King RA, Noshpitz JD (1991) *Pathways of Growth : Essentials of Child Psychiatry, Vol : II Psychopathology*. John Wiley & Sons, New York.
- Kolvin I (1971) *Studies in the childhood psychoses*. *Br J Psychiatry* 6 : 209-234.
- Kolvin I, Ounsted C, Humphrey M ve ark. (1971) The phenomenology of childhood psychoses. *Br J Psychiatry* 118 : 385-395.
- Kraepelin E (1919) *Dementia Praecox and Paraphrenia*. Barclay RM (çev.) (1971) Krieger RE (ed.) Huntington, New York.
- Lewis M (1990) *Borderline Syndromes. Institute on Psychosis in Childhood and Adolescence*, Chicago.
- Logfren DP, Bemporad J, King J ve ark. (1991) A prospective follow-up study of so called borderline children. *Am J Psychiatry* 148 : 1541-1547.
- Lutz J (1972) *Kinderpsychiatrie*. Rotapfel, Zurich.
- Lyon M, Barr C, Cannon T ve ark. (1989) Conference on fetal neurodevelopment and schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 15 : 149-161.
- McClellan JM, Werry JS, Ham M (1993) A follow up study of early onset psychosis : Comparison between outcome diagnoses of schizophrenia, mood disorders and personality disorders. *J Autism Dev Disord*, 23 : 243-262.
- McClellan J, Werry J (1994) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 5 : 616-635.
- McGlashan TH, Fenton WS (1991) Classical subtypes for schizophrenia : literature review for DSM-IV. *Schizophr Bull* 4 : 609-623.
- McKenna K, Gordon CT, Lenane M ve ark. (1994a) Looking for childhood onset schizophrenia : the first 71 cases screened. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 5 : 636-644.
- McKenna K, Gordon CT, Rapoport JL (1994b) Childhood onset schizophrenia : timely neurobiological research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 6 : 771-781.
- Nurcombe B (1990) *Dissociative Hallucinosi and Allied Conditions. Institute on Psychosis in Childhood and Adolescence*, Chicago.
- Pogue-Geile MF, Harrow M (1985) Negative symptoms in schizophrenia : their longitudinal course and prognostic importance. *Schizophr Bull* 11 : 427-439.
- Russell AT (1992) Schizophrenia. *Child Psychopathology : Diagnostic Criteria and Clinical Assessment içinde*, GW Hynd ve RE Mattison (ed). Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale NJ., s : 23-63.
- Russell AT (1994) The clinical presentation of childhood onset schizophrenia. *Schizophr Bull*, 4 : 631-646.
- Russell AT, Bott L, Sammons C (1989) The phenomenology of schizophrenia occurring in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 3 : 399-407.
- Rutter M (1972) Childhood schizophrenia reconsidered. *J Autism Child Schizophr* 2 : 315-337.
- Strauss JS, Carpenter WT (1978) The prognosis for schizophrenia : rationale for a multidimensional concept. *Schizophr Bull* 1 : 56-57.
- Szatmari P (1991) Asperger's Syndrome : diagnosis, treatment and outcome. *Psychiatr Clin North America* 14 : 81-93.
- Szatmari P, Bremner R, Nagy J (1989) Asperger's Syndrome : a review of clinical features. *Can J Psychiatry* 6 : 554-560.
- Unis A, McClellan J (1993) *Substances of abuse. Practitioner's Guide to Psychoactive Drugs for Children and Adolescents içinde*, JS Werry ve MG Aman (ed) Plenum Medical, New York, s : 297-320.
- Volkmar FR (1992) Childhood disintegrative disorder : issues for DSM-IV. *J Autism Dev Disord* 22 : 625-642.
- Volkmar FR, Cohen DJ, Hoshino Y ve ark. (1988) Phenomenology and classification of childhood psychoses. *Psychol Med* 18 : 191-201.
- Volkmar FR, Cohen DJ (1991) Comorbid association of autism and schizophrenia. *Am J Psychiatry* 148 : 1705-1707.
- Watkins JM, Asarnow RF, Tanguay P (1988) Symptom development in childhood onset schizophrenia. *J Child Psychol Psychiatry* 29 : 865-878.
- Weinberger DR (1987) Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 44 : 660-669.
- Werry JS (1992) Child and adolescent (early onset) schizophrenia : a review in light of DSM-III-R. *J Autism Dev Disord* 22 : 601-624.
- Werry JS, McClellan J, Chard L (1991) Early onset schizophrenia, bipolar and affective disorders : a clinical follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30 : 457-465.
- Werry JS, McClellan JM (1992) Predicting outcome in early onset schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31 : 147-150.
- Werry J, McClellan JM, Andrews LK ve ark. (1994) Clinical features and outcome of child and adolescent schizophrenia. *Schizophr Bull* 4 : 619-630.

BAĞLANMA KURAMI : PSİKOTERAPİ İÇİN BİYOLOJİK BİR TEMEL Mİ?*

Kısaltarak Çevirenler : A. Zafer Atasoy**, Perihan Atasoy***

1950'lerde J. Bowlby'nin buluşu olan bağlanma kuramı 2 kuşak sonra bile gelişim psikolojisinin kuram ve deneylerinde temel örnek olarak yerini korumaktadır.

Bowlby'nin iki kahramanı Darwin ve Freud'dur; onun hayatı bu iki büyük adamın fikirlerini bir araya getirme girişimleri ile geçmiştir.

Kendi konusunun sınırlarını aşan geniş etkisiyle Bowlby 20. yüzyılın en iyi 3-4 psikiyatristi arasında sayılır.

BOWLBY VE PSİKANALİZ 1930-1960

Babası tanınmış bir cerrah olan Bowlby, meslek hayatına deniz harp okulu öğrencisi olarak Dartmouth'ta başladı. Daha sonra Cambridge üniversitesinde tıp okudu. Üniversiteden sonra uyumsuz erkek çocuklar için kurulmuş bir okulda çalıştı ve orada çocuk psikiyatristi ve psikanalisti olmaya karar verdi. 1929'da aynı zamanda Londra Üniversitesinde klinik çalışmalarını yanı sıra psikoanaliz eğitimi almaya başladı.

Bowlby'nin analisti koyu bir Klein taraftarı olan Joan Riviere'di, çocuk psikanalizi alanında denetmenlerinden biri ise Melanie Klein'in kendisiydi. 1930 ve 1940'ların psikoanalistleri 1938'de Sigmund ve Anna Freud'un Londra'ya gelişleri ile şiddetlenen bir bölünmüşlük yaşıyorlardı, bir bölümü Klein'in, bir bölümü A. ve B. Freud'un görüşlerini destekliyorlardı. Dışardan anlaşılmayan çatışmanın temelini odipus karmaşasının başlama yaşı ve ölüm iç güdüsünün önemi oluşturuyordu. Bu çatışma 1944 yılında bir centilmenlik antlaşması ile çözümlendi. Bu uzlaşma psikiyatri toplumunda iki ayrı düşünce akımı oluşturdu : A grubu Freud taraftarları, B grubu Klein taraftarları. Daha sonra üçüncü bir "bağımsızlar" grubu kuruldu.

Kısa bir süre sonra, Bowlby iki ana konuda Klein taraftarları ile anlaşmazlığa düştü : Birincisi hasta sorunlarının gelişiminde çevre etkenlerinin göz ardı edilmesi idi. Bowlby'nin izlediği olgu annesi depresyon geçiren bir erkek çocuğu ve Klein'in sadece çocuğun iç dünyası ile ilgilenip, annesinin durumunun çocuk üzerindeki etkisini önemsememesi onu çok şaşırttı. İkincisi Bowlby'e göre psikanalitik düşünce yeteri kadar esnek, bilime açık değil, dogmatik idi ve savaş sonrası görüşlerden iletişim, sibernetik ve yeni darwinizm gibi bilimsel kuramlara çok az değer veriliyordu.

Bowlby Londra Çocuk Rehberlik Kliniğinde çalışırken suçluluk ve nevroz üzerinde çevrenin etkileri ile ilgili kanıtlar toplamaya başladı. Basit istatistiksel yöntemler kullanarak, ergen hırsızlar ya da "duygusuz psikopatların", bebeklik ve erken çocukluk dönemlerinde annelerinden uzun süreli ayrı kaldıklarını saptadı.

1944'de psikanaliz topluluğunun eğitim yönetmeni oldu. Klein'den çocuk analiz eğitimi aldığı halde Klein taraftarı olmadığı için uzlaştırıcı bir konumdaydı, aynı zamanda da harika bir organizatördü.

Savaştan sonra Bowlby Tavistock kliniğinde çalışmaya başladı. "Tavi" kısa zamanda çocuk psikiyatrisi ve psikiyatrisi alanında gelişen bir merkez oldu : Dünya Sağlık Örgütü evsiz ve öksüz çocukların ruh sağlığı gereksinimleri için görüş verebilecek bir uzman aradığında, Bowlby en uygun seçim oldu.

Bowlby gerek kendi çalışmaları gerekse dünya yazını taraması sonucunda çocuklukta yaşanan uzun ayrılıklar ve kayıpların ileride gelişen bozukluklar ve nevrozlar için belirleyici etkenler olduğunu saptadı.

Sonraki çalışmalar bu görüşleri doğrulamıştır. Ancak bugün şunu biliyoruz ki patojenik olan anababanın yitirilmesinden çok kaybın sonucunda verilen bakımın aksamasıdır.

* Holmes J (1993) Attachment theory : A biological basis for psychotherapy? Br J Psychiatry. 163 :430-438 (37 kaynak)

** Uzm. Dr., SSK Çocuk Hastanesi, Ankara

*** Psk., Kültür Bakanlığı, Ankara

Bowlby, James Robertson ile bu görüşlerini destekleyen bir film yaptı. Filmde hastaneye yatırılma ile ortaya çıkan ana baba ayrılığının 2 yaşındaki bir kız çocuk üzerindeki duygusal etkisi anlatılıyordu. Filmde Bowlby'nin daha sonra "protesto", "ümitsizlik" ve "kopma" olarak isimlendirdiği dönemler açıkça görülmektedir. Bu film pediatri kliniklerinin aile ziyaretlerine daha çok açılmasına neden oldu. Psikanalistler, özellikle Klein taraftarları buna karşın pek etkilenmemişlerdi. Onlara göre küçük kızın huzursuzluğu, ayrılıktan daha çok, annesinin hamileliği ve buna bağlı saldırgan fantazileri ile ilişkiliydi. "Çocuk Bakımı ve Sevginin Büyümesi" isimli yazısından sonra yayınlanan "Anne Bakımı ve Ruh Sağlığı" adlı yazısı ile Bowlby yeni bir proje arıyordu. Nesne ilişkisi kuramı ile yeni Darwin'ci fikirlerin birleşebileceğini gördü. Bağlanma kuramı böylece doğdu.

BAĞLANMA KURAMI :

Bağlanma kuramının temel çizgileri şöyle özetlenebilir :

a) Lorenz'in kuşlarla, Harlow'un maymunlarla yaptığı çalışmalar şu izlenimi ortaya çıkardı : Anne - bebek ilişkisine yalnızca beslenme aracılık etmez. Bowlby insanlarda 7 ay civarında gelişen ve temel evrimsel işlevi yırtıcı hayvanlardan ve avcılardan korunma olan "Birincil bağlanma ilişkisini" ortaya attı.

b) Bu ilişki "yakınlık arayışı" ile belirginleşir. Küçük çocuklarda bağlanılan kişiden ayrılma ile harekete geçer ve ileri yaşlarda tehdit, hastalık ve yorgunluk durumlarında görülür.

c) Bağlanma "güvenli zemin olgusu" nda sonlanır. Kişi kendini bebeklik, ilk çocukluk yıllarında, yakın olduğu kişiye güvenilir bir şekilde bağlanmış algırsa, kendini güvenli hisseder ve "araştırmacı davranış"larda bulunabilir. Bağlanma davranışı ile araştırma arasında karşılıklı bir ilişki vardır.

d) Bireyin bağlandığı kişiden ayrılması, "ayrılık protesto" suna yol açar, burada tekrar birleşmeye yönelik kızgın ve hırçın çabalar vardır. Sürekli ayrılıklar (kayıp, ölüm, vb.) bir insanın kendini güvenli algılama ve çevresini araştırma yeteğini zedeler.

e) Kişi kendisi ve bağlandığı nesnelere arasındaki etkileşim örüntülerini ve bu etkileşimin neresinde ve ne düzeyde olduğunu yansıtan bir harita ya da "içsel çalışma modeli" taşır.

f) "Bağlanma dinamiği" sadece çocukluk ile sınırlı değildir, yaşam boyunca sürer. Gelişim bağımlılıktan ayrılmaya, hamdan "olgun bağlılığa", ya da "duygusal otonomiye" doğru bir harekettir. Bowlby yeni düşüncelerini İngiliz ve Amerikan psikanaliz topluluklarına bir dizi yazılarla sundu. Görüşleri genellikle ya kibar bir ilgi-sizlikle ya da kesin bir red ile karşılandı.

BAĞLANMA KURAMININ DENEYSEL SONUÇLARI :

Sonraki yıllarda Bowlby'nin düşüncelerinden etkilenen, Tavistock'dan arkadaşı olan, Mary Ainsworth bağlanma kuramını geliştirdi ve ona ses getiren bir deneysel taban sağladı.

Ainsworth, 1 yaşında bir çocuğun ailesine bağlılık düzeyini ölçmede güvenilir bir araç olan "yabancı durum" (strange situation) testini kurdu : Ebeveyn ve çocuk, deneyi yabancı kişi ile içinde oyuncakların olduğu rahat bir odada buluşurlar. Çocuk oyun oynamaya başladıktan sonra ebeveyn 3 dakika için dışarıya çıkartılır, sonra odaya döner. Çocuğun bu ayrılığa tepkisi videoya kaydedilip sonra değerlendirildiğinde 3 tip bağlanma modeli görülmüştür :

a) Güvenli (secure) çocuk : Ebeveynin gidişine tepki gösterir ve protesto eder, bu durum onun dönüşüne kadar sürer, ebeveyn döndükten sonra kısa sürede rahatlar ve araştırmacı oyununa devam eder.

b) Güvensiz-sakınan (insecure-avoidant) çocuk : Ayrılığa çok fazla tepki göstermez, protesto etmez ve ebeveyn dönünce, onun etrafında ölçülü bir şekilde dolanıp durur, rahatlayıp oyunu sürdürmez.

c) Güvensiz-çelişkili (insecure-ambivalent) çocuk : Ayrılığa tepki gösterir, protesto eder, ebeveyn dönünce sakinleşmez, annenin üstüne atlar, kucağına başını gömer ve önerilen oyuncakları iter.

Bu üç grubun oranları yönünden Kuzey Avrupa'nın verileri şöyledir : Güvenli % 65, güvensiz-sakınan % 20 ve güvensiz-çelişkili % 15. Son zamanlarda % 4 oranında küçük bir dördüncü grup (güvensiz-düzensiz : insecure-disorganised) tanımlanmıştır. Bu çocuklar ayrılık durumunda "donup kalırlar" ve herhangi bir düzenli davranış gösteremezler.

Özetlersek, güvensiz çocukların annelerine göre güvenli olarak bağlanmış çocukların anneleri uygun tepki vermeye hazır, uyumlu ve daha çok

"oyun dolu ilişki" içindedirler. Güvensiz-sakınan çocukların aileleri, ana baba olarak daha işlevseldirler ; beslenme ve temizlik işlerinde yeterlidirler, ancak ilgi ve kucaklanma (holding) gereksinimi konusunda aldırmazdılar. Güvensiz-çelişkili çocukların aileleri ise davranışlarında tutarsızdırlar, bazen çocuk mutlu bir şekilde oynarken karışır, bazen de huzursuzluk belirtirleri gösterirken bunu görmemezlikten gelirler. Güvensiz-düzensiz çocuklar fiziksel kötüye kullanım ya da ihmal gibi temel yanlışlıklarla karşı karşıya kalmışlardır. Bu farklılıklar çocuğun yaradılışı ile ilgili olmayıp, anababa-çocuk etkileşiminden kaynaklanır.

PSİKOTERAPİ UYGULAMALARINDA BAĞLANMA KURAMI

Bağlanma kuramı bütün psikoterapilere uygulanabilir bir temel destektir. Bir çok nevrotik zorluğun bahşedilmesinde terapötik ilişkinin kurulmasının anahtarları bağlanma kuramının öne sürdüğü güvenli ve güvensiz ana baba-çocuk bağlanması üzerinde yapılır.

a) Güvenli bir temelin hazırlanması : olumlu ana babalar çocuklarına güvenli bir ortam hazırlarlar, böylece çocukların kendilerine ve çevrelerine güven duymalarını ve araştırmacı olmalarını sağlarlar. Tüm psikoterapilerde sıcaklık, tutarlılık, süreklilik ve güvenirlilik temel niteliklerdir. Ainsworth'un annenin tepkilerinin çocuğun ilerideki bağlanma durumunu kesin olarak belirlediğini ortaya atması, etkili terapide de benzer davranışın ortaya çıkma olasılığını yükseltmektedir. Stern, Brazleton, Cramer ve diğer yazarların anne - bebek ilişkisini ayrıntılı gözlemlerinin sonucunda annenin "uyumlu", "iz bırakıcı" olması ve "etkileşim zarfı" kurması ile başarılı anne-çocuk "konuşmaları" olabileceğini tanımlarlar. Terapistin sözel olmayan davranışları (duruşu, ses tonu. vb.) uyumlu bir ortam oluşturabilir, bu ortamda hasta güvensizlikten güvenli bir bağlılığa geçebilir. Bu bağlamda terapide metaforların kullanılması çok işe yarar. Duygu dilinin temel parçası olan "metafor" (birbirine benzemeyen olayların, deneyimlerin ortak : benzer yönlerini bulma) Stern'in "çapraz şekilde uyumluluk" (crossmodal attunement) düşüncesinde görülebilir. Örneğin bir anne kendi konuşma biçimi ve ritmi ile uyumlu sıklık ve şiddetle çocuğunun sırtına hafifçe vurabilir. Hastanın metafor kullanma yeteneği ve metaforik yönelimlerini algılamak temel psikoterapötik ustalaktır.

b) Terapide paylaşılan bir öykünün ortaya çıkışı : Tüm terapilerde ortak olan bir özellik tera-

pist ile hasta arasında paylaşılan bir öykünün ortaya çıkmasıdır. Terapide güvenli bağlanma hastanın öyküsünü anlatmasını sağlar, uyumlu bir otobiyografik öykünün ortaya çıkışı da bir kavrama duygusu yaratır ve bundan dolayı güvenlik artar. Boş verme ya da yapışmanın aksine, acı ve kayıp ile ilgili ses getiren bir öyküde bütünleşme ve uyum, güvenli bağlanmanın işaretidir, aynı zamanda hastanın gerçekleri için gerçeklik sağlayabilmektedir.

c) Duygulanımın psikoterapide merkezi bir tema olarak işlenmesi ve ilerlemesi : Anne-çocuk arasında gözlemlenen etkileşim "zarfı" (envelope) psikanalitik psikoterapide kabul görmüş olan Bion'un kapsama (containment) düşüncesi ile uyumludur. Terapide aktarım yoluyla ilkel duygular ortaya çıkarlar, ancak terapistin sakinleştirici yaklaşımı ile, bu duygular hasta tarafından bölünüp yansıtılmadan başedilebilir hale gelir.

Bu modelde, savunma kişinin kendi içinden kaynaklanmaz, kişiler arası bir durumdur. Bowlby'nin iki "pozisyonu" (Klein'in paranoid-sizoid ve depressif pozisyonları gibi), Güvensiz-sakınan ve güvensiz-çelişkili bağlanmalar, kişiler arası zorlukların temel örneğini belirler. Bunlar da kabaca şizoid / obsesif ve fobik/bağımlı savunmalara benzer.

d) Bilişlerin rolü : Bowlby'nin "içsel çalışma modelleri" düşüncesi bir şemadır, bu şemada kişi ve diğerleri ve onların ilişkileri özellikle bağlanma açısından tanımlanırlar. Duygusal zorluklar yanlış varsayımlardan ve eksik geri bildirimlere dayalı olarak gerçeği değerlendirmedeki başarısızlıktan doğarlar. Duygusal zorluklarda bir kısır döngü gibi kendi kendini sürdüren nörotik modellere yol açarlar. Bu yaklaşım bilişsel ve analitik terapiler arasındaki açıklığa bir köprü oluşturur ve bağlanma kuramının bütünleştirici güveni ile de uyumludur.

e) "Bebek cinsellikine" karşı bağlanma : Bağlanma kuramı Freud'un kuramında temel olan cinsel dinamik ile bağlanma dinamiğini birbirinden ayırır ve çatışmasız bir "ödüpal" dönemin olabildiğini varsayar, buna karşın kıskanma, rekabet ve paylaşma zorlukları bağlanma içinde görülebilir.

Bu görüş antropolojik olarak Erickson'un bulgularıyla desteklenmiştir. Hayvanlarda ve insanlarda yasak sevi güvenli bağlanma ile ilişkilidir. Eğer güvenli bir bağlanma varsa, özveri ve aile içi cinsel ilişkiden sakınma baskındır; bağlanma güvenli değilse artan bir cinsellik ve ana baba ile çocuk arasında açık bir cinsel taciz söz konusudur.

f) Psikoterapide kayıp : Bağlanma kuramını Bowlby geçici ya da kalıcı olarak ana babasından ayrılan çocukların üzerinde yaptığı çalışmalarla kurmuştur. Yabancı durum (strange situation) bu trajedinin küçük bir örneğidir. Bowlby ayrılığa protesto olarak yas tepkileri gördü; duygusuzluk, arama, protesto, üzüntü, kabullenme gibi. Bu duygular bağlanma nesnesiyle birleşmek için gösterilen ümitsiz bir çabadır ve sonuçta o kişinin artık hiç dönmeyeceğinin anlaşılmasının ifadesidir.

Bastırılmış acının açıklanması ya da baş edilmiş öfkenin yer değiştirmesi bir çok psikoterapötik tedavinin önemli bir kısmını oluşturur. Klein görüşüne göre kayıba karşı gösterilen dayanıklılık analitik tedavinin sonucu olarak "içselleştirilmiş iyi nesne" aracılığıyla gerçekleşir.

Analitik terapide terapistin içselleştirilmiş sıcak yaklaşımlarının yardımıyla hasta önceki bozulan ya da ters edilmiş ilişkilerini zihninde düzeltmeye başlar ve bu daha sonraki kayıplara karşı koruyucu olacaktır.

BAĞLANMA KURAMI VE PSİKOTERAPİLER :

Yukarıdaki 6 temaya dayanarak psikoterapide yeni bir örnek ortaya çıkabilir. Bunun ana eksenleri : 1) Kişiler arası psikoloji ağırlıklı çalışılması 2) duyguların düzenlenmesinin temel alınmasıdır.

Bağlanma kuramının 4 ana psikoterapötik yaklaşıma etkilerinden söz edilebilir.

1) Analitik Psikoterapi : "Şu andaki aktarım" üzerine dikkatini vererek, terapistin yaptığı yorum (Sandler) hastası ile arasındaki duygusal etkileşimlerin doğasını anlamaya yöneliktir. Burada beklenen sonuç örnek alma yoluyla, hastanın da sonunda bu beceriyi elde etmesidir. Bütün sınır (borderline) olgularda hem "iç içe girmiş", hem de "organize olmamış" dağınık öykü modelleri görülür. Bu geçmişin örseleyici olaylarından bir anlam çıkarmak ve kendilerini onlardan kurtarmak için çabaladıklarının göstergesidir. Çevresel örselemelerin ciddi duygusal zorlukların oluşmasında önemli rol oynadığı görülür. Bowlby'nin 1930'lardaki bu savı çeşitli çalışmalarla doğrulanmıştır.

Kötüye kullanılan ya da kullanılmış olan kişiler, kendilerine bu şekilde davranan kişilerden ayrılmakta zorluk çekerler, bağlanma kuramı bu zorluğa bir açıklama getirir. Bağlanma davranışı tehdit ile tetiklenir, kişi tehdit edilirse bağlanma figürüne yaklaşır. Bu kişi aynı zamanda şiddet uygulayan ya da cinsel tacizde bulunan biri

ise kurbanın kendisini kurtarması çok zor olan bir kısır döngü oluşur. Hem ayrılık, hem tehdit dayanılması zor panik duygularına yol açar ve daha fazla bağlanma gereği duyulur.

2) Bilişsel Terapi : Bu terapi işbirliği gerektiren bir eğitim girişimidir : burada hasta aktif olarak rol alır, ev ödevleri vardır, Heard ve Lake yetişkinlerde güvenli bağlanmanın işareti olarak "arkadaşça etkileşimin" (companionable) önemi üzerinde durmuşlardır. Bilişsel terapide de hastaya böyle bir terapötik arkadaşlık sunulur.

3) Grup Terapisi : Üyeler arasında uygun, arkadaşça etkileşim, grup terapisinde de önemli rol oynar. Grup annesi (matriks) güvenli bir ortam, temel oluşturur ve bu ortamda üyeler duygularını, geçmiş deneyimlerini gerek birbirleriyle gerekse terapist ile tartışırlar.

4) Aile Terapisi : Bowlby'e göre ayrılma, bağlanma ile kayıp arasında yer alır. Byng-Hall "uzaklık düzenlenmesi" düşüncesinde aile yaşamının uzaksal yönü üzerinde durur. Burada birbirleri ile ne yakın olabilen ne de rahatça ayrı durabilen ana baba arasında bir çocuk hastalık belirtileriyle tampon görevi görür. Ayrılma tehlikesi ortaya çıktığında çocuk hastalık belirtileri gösterir (karanlık korkusu ya da astım krizi gibi) ve böylece anababayı bir araya getirir; fakat onlar tehlikeli bir şekilde yakınlaşmaya başlarsa kendini kurnazca aralarına sokar ve gerçek yakınlığı kurmalarını engeller.

SONUÇ

Güvenli bağlanma ve grup birlikteliği bireyin uyumunu arttırıyor ise psikoterapinin biyolojik rolü bireyin aile grubu ve toplumsal çevresiyle ilişkilerinin düzenlenmesi olarak tasarlanabilir. Bağlanma teorisinin öyküsü, Bowlby'nin kaçınıcı kişiliğiyle, ona duyarsız kalan bir kurumun (1950 ve 1960'lardaki İngiliz Psikanalitik enstitüsü) ilişkisinin psikoterapideki biyolojik ve psikolojik bakış açılarının nasıl birbirinden ayrılmasına neden olduğunu göstermektedir. Psikoanalizde ortaya çıkan berraklıkla (Alvarez, Eagle) birlikte gelişim psikolojisindeki yeni bulgular, bu farklı yaklaşımlar arasındaki olası yaklaşıma (rapproachment) ve Klein-Bowlby arasında 1940'larda başlayan bölünmenin iyileştirilmesine işaret etmektedir. Bu onarımın yararı, psikoterapi biliminin tomurcuklanmasıdır. Böylece bir çok okul karşılıklı kaçınmak ve kendi inançlarına yapışmak yerine birbirinden öğrenecek ve karşılıklı etkileşeceklerdir. Psikiyatri ve hastaları bu barışmadan yeni bir kazanç elde edeceklerdir.

GÖRÜŞLER

ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİNDE İLAÇ KULLANIMI

Erişkinlik çağı ruhsal sorunlarında ilaç kullanımı konusundaki çalışmalar 1950 li yıllardan beri hızla ilerlemektedir. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi alanındaki psikofarmakolojik çalışmalar ise erişkinle kıyaslandığında oldukça gerilerde kalmıştır.

Son yıllarda yeni ilaçlar kullanıma girmiş ve bu ilaçların erişkinlerdeki etkileri, yan etkileri konusunda yoğun çalışmalar yapılmıştır. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde ise çalışmaların çok kısıtlı olduğu görülmektedir. Bu alanda daha çok psikositümülan ilaçlarla çalışmış, diğer ilaçlarla ilgili değerlendirmeler ise daha çok klinik olgu bildirimleri ve açık çalışmalarla sınırlı kalmıştır.

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi'nde ilaç kullanımı ile ilgili kısıtlamaların nedenleri gözden geçirildiğinde bazı faktörler ortaya çıkmaktadır. Öncelikle çocukluk çağında ilaç metabolizmalarının erişkinlerden olan farklılıkları ve bu konunun iyi araştırılmamış olması nedeniyle, farmakoloji dışı tedavi yöntemleri ile olumlu sonuçlar alabilen klinisyenler, etkilerini, etki mekanizmalarını ve yan etkilerini çok iyi bilemedikleri ilaçları kullanmaktan çekinmektedirler.

İlaç kullanımını etkileyen önemli nedenlerden biri de, çocuk ve ergen ruhsal bozukluklarında karşılaşılan tanı koyma sorunlarıdır. Bazı tanı gruplarının (depresyon, şizofreni vb.) çocuklardaki varlığının uzun süre tartışılmış olması, bazı tanı gruplarında ise sık yapılan ölçüt değişiklikleri (kaygı bozuklukları vb.) sağlıklı ilaç çalışmaları yapılmasını etkilemiştir.

Etik ölçütler, çalışmalar için izin alınımındaki zorluklar, maliyet hesapları gibi nedenlerle ilaç firmalarının, piyasaya sürdükleri ilaçlarla ilgili araştırmaları erişkinlerle yaparak, zorluklarla uğraşmak yerine ilaç kullanım klavuzlarına "18 yaş altında kullanımı araştırılmamıştır" yazmayı yeğlemelerinin çocuklardaki ilaç kullanımı üzerindeki etkileri de gözardı edilemez.

Çocuk Psikiyatrisi alanı, tüm dünyada hızla ilerleyen bir tıp dalıdır. Epidemiyolojik çalışmalar, dünyadaki çocuk ve ergen nüfusunun önemli bir oranında ruhsal sorunlar bulunduğunu göstermektedir. Türkiye'nin 60 milyonluk nüfusunun da % 40-50 si çocuk ve ergendir. Tanı ölçütlerinde ki son düzenlemeler yalnızca çocukluk dönemine özgü sorunların yanı sıra, erişkin dönemdeki bir çok sorunun da çocuklarda benzer biçimlerde bulunduğunu göstermektedir. Ülkemizde, çocuk ve ergen ruh sağlığı alanındaki çalışmalar kısa süre öncesine değin kısıtlı kadro ve olanaklarla yürütülmeye çalışılmıştır. Günümüzde bağımsız bir dal olarak, daha geniş kitlelere hizmet vermeye yönelecek olan bu alanın da psikofarmakolojideki gelişimleri yakalaması gerekmektedir. Klinik deneyimlerimiz diğer tedavi yöntemleri ile de oldukça başarılı sonuçlar aldığımız yönündedir. Ancak bu durum, farmakolojik ajanların tedavideki gerekliliği gerçeğini değiştirmez. Klasik psikoterapötik yöntemlerin başarılarını ve farmakolojik ajanların olası yan etkilerini gözardı etmeden, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı alanında ilaçlardan yararlanılabilmesi için klinikler ve ilaç firmaları tarafından bu konuda kontrollü çalışmaların yapılması gereklidir. Özellikle, ilaçların uzun dönem etkilerini araştırılan izlem çalışmalarının önemi unutulmamalıdır.

Dr. Z. Bengi Baysal

YENİ YAYINLARDAN ÖZETLER

Çocuklarda İki Uçlu (Bipolar) Bozukluk : Yanlış Tanı, Tanı Konulmaması ve Geleceğe Yönelik Öneriler

Weller BE, Weller AR, Fristad MA (1995). *Bipolar disorder in children : Misdiagnosis, underdiagnosis and future directions J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34(6) : 709-714.*

Bu yazıda tarihsel gelişim içinde çocuklarda iki uçlu bozukluk tanı ölçütleri gözden geçirilerek, iki uçlu bozukluk tanısının bu dönemde az konulma nedenleri irdelenmiştir. DSM erişkin tanı ölçütlerinin çocuklarda da kullanılmaya başlanmasına kadar, geçerli olan tanı ölçütlerinin çok katı olmasının bir neden olacağı düşünülmüştür. Ayrıca çocuklarda iki uçlu bozuklukla diğer sık görülen hastalıkların binişikliğinin az ya da yanlış tanı konulma nedeni olabileceğini belirten yazarlar bu konudaki yazını da gözden geçirmişlerdir.

İki uçlu bozukluğun çocuklardaki klinik görünümünün yanı sıra, bozukluğun ayırıcı tanısında ADHD, davranım bozukluğu ve şizofreni tartışılmıştır. Hastaları değerlendirmede aile, çocuk ve okuldan alınan bilgilerin önemi ve kullanılacak ölçekler de değerlendirilmiştir.

Tedavide kısaca lityum ve antiepileptiklere değişen yazarlar, risk faktörlerinin önemi üzerinde durmuşlardır.

Sonuç olarak, çocuklarda bipolar bozuklukla ilgili çalışmaların azlığı, tanı ölçütlerinin ayrılaşmasının ve geliştirilmesinin gerekliliği, bu konuda kontrollü çalışmaların önemi vurgulanmıştır.

Dr. Z. Bengi Baysal

Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerin Fluoksetin Tedavisine Yanıtındaki Benzerlikler

Geller DA, Biederman J, Reed E, Spencer T and Wilens TE (1995) *Similarities in response to fluoxetine in the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34(1) : 36-44.*

Obsesif kompulsif bozukluğun çocuklarda erişkindeki kadar sık görüldüğü, etkin bir tedavi yöntemi olan klomipraminin yan etkilerinin çocuklar tarafından kimi zaman tolere edilememesi nedeniyle alternatif tedaviler arandığı belirtilerek, yeni serotonin geri alım inhibitörlerinin özellikleri üzerinde durulmuştur. Özellikle fluoksetinle yapılan önceki çalışmaların sonuçları aktarılmıştır.

Bu çalışmada 1991 'den başlayarak çalışmanın yapıldığı süreç içinde izlenen, obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde fluoksetin tedavisi çeşitli yönleri ile değerlendirilmiştir. 20 tanesi 12 yaş ve altı, 18 tanesi 12 üstü olan 38 hastanın bilgisayar kayıtları taranarak, fluoksetin tedavisinin uzun süreli etkinliği, yan etkileri, binişiklik gösteren bozukluklar ve birlikte uygulanan tedavilerle etkileşim araştırılmıştır.

Ortalama 19 ay ve 0.1 mg/kg/gün dozda fluoksetin tedavisinden sonra; tedavinin çocuk ve ergenlerde aynı oranda etkili olduğu, % 39 'unda yan etki görülmediği ve iyi tolere edildiği, obsesif kompulsif bozukluğun başka bozukluklarla birlikte bulunmasının ve fluoksetinle birlikte başka tedavilerin uygulanmasının tedavi etkinliğini değiştirmediği bulunmuştur.

Yazarlar, etkin tedavi için fluoksetin dozunun yüksek olması gerektiğini ve serotonerjik ilaçlarla, gelişme etkileri göz önünde bulundurularak kontrollü çalışmalar yapılmasının önemini vurgulamışlardır.

Dr. Z. Bengi Baysal

Ergenlerde Tek Uçlu (Unipolar) Depresyon : Erişkinlik Döneminde Klinik Sonuç

Rao U, Ryan N, Birmaher B ve ark. (1995). *Unipolar depression in adolescents : Clinical outcome in adulthood. J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry, 34(5) : 566-578.*

Bu yazıda tek uçlu major depresif bozukluk tanısı alan ergenlerin erken erişkinlik döneminde yeniden değerlendirilmesi ile bu bozukluğun klinik seyir ve sonuçlarının araştırıldığı kontrollü bir izleme çalışması aktarılmıştır. Araştırmaya sistematik olarak unipolar major depresif bozukluk tanısı alan 28 ergen ve kontrol grubu olarak ilk değerlendirildiklerinde psikiyatrik bozukluk

öyküsü olmayan 35 denek alınmıştır. Ortalama 7 yıl sonra bu hasta ve deneklerin % 94'ü standardize ölçekler kullanılarak yeniden değerlendirilmiştir. Bu ara dönemde depresif grubun % 69'unda major depresif bozukluk tekrarı olduğu, % 19'unda yeni başlangıçlı iki uçlu (bipolar) bozukluk görüldüğü ve % 23'ünde depresif epizodun tekrarlamadığı bulunurken kontrol grubunda yeni başlangıçlı depresyon görülme oranı % 21 olarak bulunmuştur. Depresif epizod tekrarı düşük sosyoekonomik düzeyin yordayıcı olduğu görülmüştür. Sonuç olarak yazarlar ergenlik döneminde görülen depresif epizodların kronik olabileceğini, yüksek tekrarlamaya eğilimi gösterdiğini ve depresif epizod düzeldikten sonra bile psikososyal morbiditenin kalıcı olabileceğini bu nedenle ergen depresyonunda erken tanı ve etkili tedavi gereksiniminin büyük olduğunu belirtmektedirler.

Dr. Berna Pehlivanlıtürk

İki Uçlu (Bipolar) Duygulanım Bozukluğu Olan Ergenlerde Düzelmeye ve Hastalığın Yinelemesi: Beş Yıllık Doğal Gidiş ve İleriye Yönelik Bir İzlem Çalışması

Strober M, Schmidt-Lacner S, Freeman L ve ark. (1995). Recovery and relapse in adolescents with bipolar affective illness : a five-year naturalistic, prospective follow up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34 : 724-731.

Bu çalışma ile iki uçlu 1 duygulanım bozukluk tanısı ile bir üniversitenin yataklı servisine kabul edilen 54 ergende düzelmeye ve hastalığın yinelemesinin izlenmesi amaçlanmıştır.

Hastalar her 6 ayda bir yapılandırılmış klinik değerlendirmelerde izlenmiştir. Değişik klinik seyirleri öngörebilecek değişkenler saptamak amacıyla regresyon modelleri kullanılmıştır.

Düzelmeye oranları çalışmaya alındıkları dönemdeki nöbet tipine göre değişkenlik göstermiştir. Saf mani ve karma nöbet nedeniyle yatırılan ergenlerde hızlı, o dönem saf depresif nöbet geçirenlerde ise yavaş bir düzelmeye hızı saptanmıştır. Hastalığın sık yinelemesi, daha çok o dönem karma ve hızlı döngülü nöbeti olan hastalarda görülmüştür. Erişkin hastaların verileri ile yapılan karşılaştırmalar, hastalığın yineleme riskinin hastalığın başlangıç yaşı ve evresine göre değiştiğini göstermiştir.

Dr. Fatih Ünal

Davranım Bozukluğu Olan, Hastane Tedavisindeki Saldırgan Çocuklarda Lityum ile Çift Kör ve Plasebo Kontrollü Bir Çalışma

Campbell M, Adams P.B., Smoll A.M. ve ark. (1995). Lithium in hospitalized aggressive ve children with conduct disorder : A double-blind and placebo-controlled study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34, (4) : 445-453.

Bu çalışmanın amacı davranım bozukluğu olan, saldırgan çocuklarda lityumun etkinliğini, güvenliğini ve Duygudurum Profilleri (Profile of Mood States [POMS]) nin bu hasta grubunda kullanılabilirliğini belirlemektir. Davranım bozukluğu, toplumsallaşmamış saldırgan tip tanısı olan, saldırganlık gösteren ve önceki tedavilere yanıt vermeyen olgular çalışmaya alınmıştır. Çift kör plasebo kontrollü bu çalışmada iki haftalık plasebo döneminden sonra altı haftalık lityum ya da plasebo tedavisi verilmiş; bunu iki haftalık plasebo dönemi izlemiştir. Kullanılan başlıca ölçekler, Genel Klinik Değerlendirme (Global Clinical Judgement Scale) Çocuklar için Psikiyatrik Ölçüm Skalası, (Children's Psychiatric Rating Scale) Connors Öğretmen ve Ebeveyn Davranış Ölçüm Skalaları (Connors Teacher Questionnaire, Parent - Teacher Questionnaire) ve Duygudurum Profilleri'dir. 50 çocuk çalışmayı tamamlamıştır. Ortalama yaş 9,4 tür. Ortalama günlük lityum dozu 1,248 mg ve ortalama serum düzeyi 1,12 mEq/L dir. Lityum, plaseboya üstün bulunmuştur. Sonuç olarak, davranım bozukluğu olan saldırgan çocuklarda lityumun etkili bir tedavi sağladığı ortaya çıkmıştır. Duygudurum profilleri ise bu hasta grubuna uygulanabilir görünmekte, ancak lityuma yanıtı öngörememektedir.

Dr. Nesrin Koçal

Hiperaktivite : Yaygınlığı ve Davranım Bozukluğuyla İlişkisi.

McArdle, :O'Brien, G., Kolvin, I. (1995) Hyperactivity : Prevalence and Relationship with Conduct Disorder. J Child Psychol Psychiat, 36(2) : 279-303.

McArdle ve arkadaşlarının (1995) yaptıkları tarama çalışması son yıllarda yapılmış, davranım bozukluğu hiperaktivite ilişkisini bir çok açıdan inceleyen araştırmalardan biridir. Bu çalışmada çocuk ve gençler, 7-8 yaş grubu ve 11-12 yaş grubu olmak üzere iki grupta incelenmiştir.

7-8 Yaş Grubu :

Çalışmada 7 - 8 yaşlarındaki 1040 çocuğun % 87'sinde davranım bozukluğu izlenmemiştir. Davranım bozukluğu tanısı almayan 907 çocuğun % 34.5 'inin hiperaktif olduğu görülmüştür. Hiperaktivitesi olan çocukların % 28.4 'ünde davranım bozukluğu bulunmuştur. Oysa 7-8 yaşlarındaki 1040 çocuktan orta ve ağır derecede davranım bozukluğu tanısını alanların neredeyse tümü % 92.2'si hepariktif olarak bulunmuştur. Bu yaş grubunda hiperaktivitenin yokluğunda ağır davranım bozukluğu tanısının da olmadığı görülmüştür. Başka bir deyişle, ağır davranım bozukluğu tanısı alanların % 100'ü hiperaktif olarak bulunmuştur. Çalışmanın sonuçları davranım bozukluğunun ciddiyeti ile hiperaktivilerin ilişkili olduğunu göstermiştir.

Hiperaktivite durumsal yani sadece belli koşullarda olan ve yaygın hiperaktivite olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. McArdle ve arkadaşlarının çalışmasında davranım bozukluğu tanısı alan çocuklarda durumsal ve yaygın hiperaktivitenin oranları nedir sorusunun cevabı da araştırılmıştır. Davranım bozukluğu tanısı alan çocukların % 20'sinin evde % 41 'inin okulda ve % 32 'sinin ise yaygın hiperaktivite gösterdiği bulunmuştur. Davranım bozukluğu tanısı almayan çocukların ise % 20 'sinin evde, % 8'inin okulda ve % 6'sının yaygın hiperaktivite gösterdikleri saptanmıştır. Bulgulardan davranım bozukluğu tanısı alan çocukların genellikle okulda ve yaygın hiperaktivite gösterdiği anlaşılmaktadır. Hiperaktivitesi olan 7-8 yaşlarındaki deneklerin % 28.4'ünde davranım bozukluğu bulunmuştur ve bunların % 6.1'i ağır davranım bozukluğudur. Yaygın hiperaktivitesi olanların % 43.4'ünde davranım bozukluğu bulunmuştur ve bunların da % 7.1'i ağır davranım bozukluğudur. Sadece evde hiperaktivitesi olanlarda davranım bozukluğu oranı genel populyasyondan farklı değildir. Davranım bozukluğu olanlar arasında en yüksek erkek / kız oranı ağır davranım bozukluğu olanlarda 5/1 olarak bulunmuştur.

11-12 Yaş Grubu :

Büyük yaş grubunda yani 11-12 yaş grubundaki 3300 çocuğun % 75.5'inde davranım bozukluğu tanısı bulunmamıştır. Davranım bozukluğu olmayanların % 24.6'sının hiperaktif olduğu gözlenmiştir. Davranım bozukluğu olanların ise % 65.1 'inin hiperaktif olduğu bulunmuştur. Davranım bozukluğu aşırı olanlarda hiperaktivite % 87.5'e yükselmiştir. Bu yaş grubunda da hiperaktivite davranım bozukluğunun ciddiyeti ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle ağır davranım

bozukluğu ile yaygın hiperaktivitenin (% 56.3) bağlantılı olduğu görülmüştür. Bu yaş grubunda davranım bozukluğu olanların % 30.9 'unda okulda hiperaktivite, % 26.3 'ü yaygın hiperaktivite gösterdiği izlenmiştir. Büyük yaş grubunda evde hiperaktivite gösterenlerin oranı düşük (% 8) bulunmuş ve davranım bozukluğu olup olmamasıyla bir farklılığın olmadığı gözlenmiştir.

Büyük yaş grubunda hiperaktif çocukların % 12.9'unda davranım bozukluğu saptanmıştır. Hiperaktivite tiplerine göre değerlendirildiğinde, evde hiperaktif olanların % 15.1'inde, okulda hiperaktif olanların % 12.2 'sinde ve yaygın hiperaktivitesi olanların % 27.5'inde davranım bozukluğu bulunmuştur.

McArdle ve arkadaşlarının bu çalışmasının en önemli bulgularından birisi toplumdaki pek çok hiperatif çocuk davranım bozukluğu göstermese de, hemen hemen davranım bozukluğu olan tüm küçük çocukların hiperaktivite belirtisi göstermiş olmalarıdır. Hatta, öyle ki 7-8 yaş grubu çocuklarda ağır davranım bozukluğunda hiperaktivite bir ön gereklilik olarak görülmektedir. Bununla beraber, 11-12 yaşlarında ise durum değişmektedir ve davranım bozukluğu olan çocuklarda hatta ciddi DB olanlarda bile hiperaktiviteyle olan birliktelik devam etmekte ancak oran azalmaktadır.

McArdle ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın bir diğer önemli bir bulgusu da hiperaktivitesi olan küçük çocuklarda % 28.4 oranında davranım bozukluğu bulunurken, hiperaktivitesi olan büyüklerde bu oran yarıdan da aza % 12.9'a inmektedir. Davranım bozukluğuyla aktivitenin birlikteliği küçük çocuklarda daha fazla bulunmuştur. İki bozukluğun eş zamanlı hastalanım bağlantısı küçük çocuklarda daha büyüktür. Davranım bozukluğu ile ilişki yaşla birlikte azalmaktadır. Özellikle evde hiperaktif olanlarda azalmaktadır.

McArdle ve ark. yaygın hiperaktivitesi olan büyük çocuklarda ağır davranım bozukluğu oranını yüksek oranda bulunmuşlardır. Bu çalışmada hiperaktivite ile davranım bozukluğu arasında yoğun bir ilişki olduğu yönünde önemli bulgular elde edilmiştir. Eş zamanlı davranım bozukluğu ve hiperaktivitenin her birinin tek başına oluşundan daha büyük klinik önem taşıdığı görüşü desteklenmiştir. Bulgular, eş zamanlı hiperaktivite olmaksızın ağır davranım bozukluğu meydana gelebileceğini ancak bunun sadece büyük çocuklar için geçerli olduğunu göstermektedir.

Dr. İsmail Yavaş

KİTAP TANITIMI

RESIDENTAL TREATMENT -A TAPESTRY OF MANY THERAPIES

Vera Fahiberg (Ed)

Perspectives Press, Indianapolis, 1890

318 sayfa

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki en iyi yataklı kurumların ilk üç ya da dördü arasında kabul edilen Evergreen Colorado'daki Forest Heights Lodge'da yaşanmış 35 yıllık deneyim sonrası yazılan bir kitap. Çocuk Psikiyatrisinde "yataklı tedavi" uygulamalarına ilişkin bu çalışmanın önsözünde aileler ve konunun uzmanları için umutlu bir gelecek çiziliyor.

Kitapta anlatılan kuramsal bilgiler zengin örneklerle, anlaşılabilir şekilde sunulmaktadır. Kenny'nin öyküsünü okurken sonsuz bir saygı ve emekle, umarsızlığın umuda dönüştüğünü

izliyorsunuz. Adım adım çocuk ve ailenin değerlendirilmesi, tedavi ortamına hazırlanması ve tedavi şekilleri konusunda ayrıntılı bilgiler sunuluyor. Kitabın alt başlığında da belirtildiği üzere buradaki yaklaşım, pek çok tedavi türünü tıpkı bir goblen gibi bütünleştirmeye dayanmaktadır.

İkinci bölümde kurumun felsefesi aktarılmakta ve kurumsal bir yapıda felsefi bir temel bulunmasının, tüm personelin aynı doğrultuda davranabilmesi için ne denli gerekli olduğu vurgulanmaktadır. Temel felsefe olarak kabul edilen "bağlılık kuramı" ağırlıklı bir biçimde işlenmektedir.

Özetle, çocuk ruh sağlığı alanında çalışan herkese yeni bir bakış açısı ve umut getirecek, akıcı üslupla yazılmış bir kitap.

Psk. Doç. Dr. Ferhunde Öktem

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Yeni Yılınızı Kutlar...

TEZ TANITIMI

Davranım Bozukluğu Olan Çocuk Ve Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Depresyon Ve Anksiyete Bozuklukları Birlikteliği

Uzm. Dr. İsmail YAVAŞ.

GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana-bilim Dalı.

Uzmanlık Tezi, Ankara, 1995.

173 Sayfa, 110 Kaynak.

Bu araştırmada, Çocuk Ruh Sağlığı Polikliniği'ne başvuran ve davranım bozukluğu tanısı alan 17 yaşın altındaki 101 çocuk ve ergen incelenmiştir. Çalışmada davranım bozukluğunun dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozukluklarıyla birlikteliği araştırılmıştır. Kontrol grubu olarak, Çocuk Ruh Sağlığı Polikliniği'ne çeşitli psikiyatrik belirtilerle başvuran ve davranım bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamayan 41 çocuk ve ergen seçilmiştir. Araştırmada tanı DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak konulmuştur. Ayrıca öz bildirim ölçekleri olarak Hacettepe Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Çocuklar için Depresyon Ölçeği-Kendi ve Anababa Formu, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ve Çocuklar için Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS paket programında Ki-kare, t-testi, F-testi, Mann Whitney-U testi ve Kruskal Wallis testiyle yapılmıştır.

Davranım bozukluğunun, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuyla % 85.6, depresyonla % 18.9 anksiyete bozukluklarıyla % 61.5 oranında birliktelik gösterdiği bulunmuştur. Davranım bozukluğunun, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuyla birlikteliğinin kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete bozuklukları birlikteliği

açısından ise gruplar arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır.

Çalışmada, davranım bozukluğunun komorbid bozukluklarla yaş, cinsiyet, boşanma, bozukluğun tipi ve ağırlık derecesiyle olan ilişkisi de araştırılmıştır. Araştırmanın sonuçları, davranım bozukluğuyla birlikte görülen komorbid bozuklukların, yaş, cinsiyet, boşanma, davranım bozukluğunun başlangıç yaşı ve ağırlık derecesinden etkilendiğini göstermiştir.

Davranım bozukluğu tanısı alan erkeklerin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuyla, kızların depresyonla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde birliktelik gösterdiği izlenmiştir. Davranım bozukluğu, anksiyete bozuklukları birlikteliğinde ise cinsiyetlere özgü bir anlamlılık bulunmamıştır. 13 yaşın üzerindeki gençlerde, davranım bozukluğu depresyon birlikteliği anlamlı düzeyde bulunurken, davranım bozukluğunun diğer bozukluklarla birlikteliğinde yaş ile ilişkili anlamlı bir fark bulunmamıştır. Boşanmanın olduğu grupta davranım bozukluğu depresyon birlikteliği, boşanmanın olmadığı grupta davranım bozukluğu dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu birlikteliği anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur. Çocukluk başlangıçlı davranım bozukluğunun dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuyla, ergenlik başlangıçlı davranım bozukluğunun depresyon ile anlamlı düzeyde birliktelik gösterdiği saptanmıştır. Ağırlık derecesine göre tiplendirme açısından komorbiditeye bakıldığında, yalnızca ağır davranım bozukluğunun depresyon ile anlamlı düzeyde birliktelik gösterdiği bulunmuştur.

Çalışmadan elde edilen bulgular, davranım bozukluğunun etyolojisinde, gidişinde, tedavisinde ve sınıflandırma çalışmalarında komorbid bozuklukların yerini ve önemini göstermiştir.

HABERLER

Çocuk ve Gençlerde Madde Kullanımını Önlemek İçin Güç Birliği Tartışma ve Değerlendirme Toplantısı

Çocuk ve gençlerde madde kullanımı konusunda durum değerlendirilmesi ve sorunun çözümü için yapılabilecekler hakkında önerilerin belirlenmesi amacıyla 5 Haziran 1995 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampüsü R Salonunda bir toplantı düzenlenmiştir. Hazırlığı ve düzenlenmesi Altındağ Halk Eğitim Merkezi Md. Yrd. Beyhan Göktepe ile burada Toplum Organizasyonu ve Sosyal Hizmet Yönetimi konusunda Doç. Dr. Erden Ünlü'nün yönetiminde uygulama yapan H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu öğrencileri Ayşe Türkyılmaz, Ali Özey, İsmail Tezcan tarafından gerçekleştirilen toplantıda, HÜ Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Müdürü Prof. Dr. Sema Kut son zamanlarda yapıştırmış bağımlısı pek çok gencin görsel ve yazılı basına konu olması ve Ankara'da iki bölgede kendi yaptıkları çalışmalar sonucunda ortaöğretimdeki öğrenciler arasında bu tür kullanımı oldukça yaygın olduğunu saptanması nedenleriyle böyle bir toplantıyı düzenlemeye karar verdiklerini belirtmiştir. Toplantıda, tıp (psikiyatri), emniyet, hukuk ve çocuklara hizmet veren çeşitli resmi ve gönüllü kuruluşların temsilcilerinin yer aldığını ve asıl amacın bu kuruluşlar arasında işbirliği ve eşgüdümün nasıl sağlanabileceği sorusuna yanıt aramak olduğunu açıklamıştır. İlk konuşmacı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD araştırma görevlisi Dr. Aykut Özden, madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı kavramlarını açıkladıktan sonra madde bağımlılığının etyolojisi, ruh ve beden sağlığı üzerine etkileri, risk grupları, tedavi ve önleme yollarından bahsetmiş ve piyasadaki pek çok ürünün içinde bu maddelerin bulunduğunu, çeşitli örneklerle ne kadar kolay elde edilebilir olduklarını ortaya koymuştur. Dr. Özden sorunla başa çıkmadan en önemli basamağın sorunun varlığını yadsımak yerine kabul etmek olduğunu belirtmiştir. Ankara Emniyet Müdürlüğü Narkotik Şube Müdürü Köksal Avcı ise madde bağımlısı gençlerin Ankara'da yaygın olmadığını ancak bu maddelerin özellikle gençler için potansiyel tehlike olduğunu açıklamış ve bu olgular için yataklı tedavi ünitesinin olmamasının önemli bir sorun olduğunu belirtmiştir. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdür Yardımcısı Doğan Karşlı konuşmasında olayın sosyal yönü üzerinde durarak köyden kente göçlerle birlikte gençler üzerindeki kontrol ve denetimin azalmasının olumsuz etkilerini açıklamış daha sonra da kurumunun konuyla ilgili olarak yaptığı hizmetleri aktarmıştır. Konuyla ilgili bir diğer resmi kuruluş olan Milli Eğitim Bakanlığınan, Sağlık İşleri Halk Sağlığı Uzmanı Özden Kavaklıoğlu Milli Eğitim Bakanlığının madde bağımlılığının önlenmesi konusundaki görev ve sorumluluklarını belirttikten sonra sektörler arası işbirliği ve güçlerin birleştirilmesinin önemini vurgulamıştır. Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü Gençlik Hizmetleri Daire Başkanı Toksal Başara, Genel Müdürlüğü'nün gençlerin tüm sorunlarıyla doğrudan ilgili bir kurum olmadığını, sivil kitle örgütlerinin özellikle de gençlerin geniş çaplı katılımını sağlayacak ba-

ğımsız gençlik teşkilatlarının ve kurumlar arasında koordinasyonu sağlayacak akademisyen ve bilim adamlarından oluşmuş bir birimin olmamasının en önemli iki eksiklik olduğunu vurgulamış ve Çocuk ve Gençlik Ulusal Konseyi oluşturulmalıdır demiştir. Prof. Dr. Ali Uvarel Türkiye Yeşilay Cemiyeti Yönetim Kurulu Üyesi olarak alışkanlığın önlenmesinin alışkanlığın tedavisinden daha önemli olduğunu, önlemenin en önemli basamağının eğitim olduğunu belirtmiştir.

Çeşitli alanlardan gerek konuşmacı, gerekse izleyici olarak çok kişinin katıldığı bu toplantıda, tüm konuşmacıların ve daha sonra tartışmacının önemi üzerinde durdukları konu, kurumlar arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlayacak bir birimin gerekliliği olmuş ve bunun gerçekleştirilmesi için de böyle geniş katılımlı toplantıların gelecekte de tekrar edilmesine karar verilmiştir.

Dr. Z. Özlem Erman

XXXI. Ulusal Psikiyatri Kongresi

XXXI. Ulusal Psikiyatri kongresi 27-30 Eylül 1995 günleri arasında İstanbul'da Harbiye Askeri Müze Kültür Sitesinde yapıldı. Distimi, Obsesif Kompulsif Spektrum Bozuklukları, Ülkemizde Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği, Genel Tıpta Depresyon, Psikiyatride Hasta Hakları, Travmatik Deneyimler ve Ruhsal Sorunlar konulu paneller, Şizoaffektif Bozukluklar, Alzheimer Hastalığında Psikiyatrik Semptomların ve Davranış Bozukluklarının Tedavisi, Psikiyatri ve Dil, Bir Süreç Depresyon, Duygu Durum Bozuklukları, 21. Yüzyıla Girerken Neden Hala Psikoz, Şizofreni Tedavisinde Bütüncül Yaklaşım, Erkek Cinsel Sorunlarında Psikoterapi ve Dirençler, Psikoterapi, Psikiyatride yeti yitimi : Ölçülmesi - Sınıflandırılması konulu konferansların yanı sıra; çeşitli konulardaki çalışma grupları, sözel bildiri, poster sunumları ve tartışmaları ile yoğun bir kongre oldu. Yurt içinden konuşmacı ve dinleyici olarak katılımın çok yüksek olduğu kongreye, çeşitli konulardaki konferanslar, paneller ve çalışma grupları ile H. Akiskal, J.A. Yaryura -Tobias, J.W. Jefferson ve A. Green de yurt dışından katılmıştı.

Genel Kongre programının dışında, ilaç şirketlerince düzenlenen iki uydu sempozyumda şizofreni (T. Weeb ve J. N. Andersen), depresyon ve eşlik eden anksiyete ile obsesif kompulsif bozukluklarda tedavi yaklaşımları (J. Zohar) ele alındı.

Son gün Psikiyatri Birliği konulu formdan sonra gelen kurul yapıldı. 1997 yılındaki XXXIII. Ulusal Psikiyatri kongresinin Bakırköy ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesince yapılması kararlaştırılarak, 1996 yılında Ankara'da Gülhane Askeri Tıp Akademisinin de buluşma dileğiyle kongre tamamlandı.

Zengin bilimsel içeriği ve katılımın yoğunluğuyla anımsanacak kongrenin, sosyal programında yer alan Aya irini'de Şef Gürer Aykal yönetimindeki Cumhurbaşkanlığı Senfoni Orkestrası'nın verdiği konser izleyenlerin belleklerinden uzun süre silinmeyecek güzeliktiydi.

Dr. Z. Bengi Baysal

TOPLANTI VE KONGRE

12-14 Şubat 1996 Prof. Dr. Mualla Öztürk anısına "Bebek Ruh Sağlığı Sempozyumu", Ankara.

Başvuru : A.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi
Bilim Dalı Mamak Cad. 06100 Dikimevi Ankara
Tel : 0 312-362 08 09 – 0312-319 362 60 / 609-630
Fax : 0 312 – 362 08 09

8-9 Mart 1996 "Psikiyatride Tanı ve Sınıflandırma Sorunları Sempozyumu" Falez Otel, Antalya.

Başvuru : Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri ABD, Sos. Hizm. Uzm. Alev Evrengöl
Tel : 319 21 60 / 618-683

18-24 Mart 1996 "İkinci Türk-Alman Psikiyatrisi, Psikoterapi ve Sosyal Sağlık Kongresi" İstanbul.

Türk -Alman Psikiyatrisi, Psikoterapi ve Psikososyal Sağlık Derneği.

Başvuru : Prof. Dr. Metin Özek İ.Ü. Tıp Fakültesi
Psikiyatri Kliniği 34390 Çapa İstanbul
Fax : 0 (212) 248 23 54

Bildiri Özeti Gönderme : Prof. Dr. Suna Taneli
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD
16059 Görükle Bursa

27-30 Mart 1996 "VI. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi" Pamukkale. 9 Eylül Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı.

Başvuru : Prof. Dr. Ayşen Baykara
52/72 Sok. 36/13 Esendere/İZMİR
Tel : 0 (232) 259 00 45

29 Mart - 2 Nisan 1996 "International Psychodrama Conference" Kudüs, İsrail.

Başvuru : P.O. Box 50432 Tel Aviv 61500, Israel
Tel : 972 - 3 - 517 78 88 • Fax : 972 - 3 - 517 44 33

17-19 Nisan 1996 "III. Sosyal Psikiyatrisi Sempozyumu" Çanakkale, Doç. Dr. Cumhur Kerimoğlu anısına düzenlenmiştir. A.Ü. Psikiyatri Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi, A.Ü. T.F. Psikiyatri ABD, Sosyal Psikiyatri Derneği, İzmir Psikiyatri Derneği.

Başvuru : Uzm. Dr. Oğuz Berksun Sosyal Psikiyatri Derneği PK 188 Cebeci Ankara
Tel / Fax : 0(312) 362 12 92 – 319 19 33

15-16 Nisan 1996 "3. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi" Adana. Ç.Ü. Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışma ABD, Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği.

Başvuru : Ragıp Özyürek, Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi 01330 Balçalı Adana
Tel : 0 (322) - 338 67 33 • Fax : 0 (322) - 338 64 40

24-26 Nisan 1996 "Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme II. Ulusal Kongresi" Ankara.

Başvuru : Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği,
Fax : 0 (312) 417 96 01 – 0 (312) 446 21 62

8-11 Mayıs 1996 "European Collage of Neuropsychopharmacology (ECNP) Regional Meeting, Current Aspects in the Psychopharmacology of Mood Disorders" İstanbul.

Başvuru : Prof. Dr. Özden Palaoğlu Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji ABD 06100 Sıhhiye Ankara Tel / Fax : 0 (312) 310 62 68

23-25 Mayıs 1996 "International Play Therapy Conference Play : The Universal Language" Amsterdam, Hollanda.

Başvuru : PAO P.O. Box 325 23 00 AH Leiden The Netherlands
Tel : 011 - 31 - 71 - 143142 • Fax : 011- 31 - 71 - 140145

18-21 Ağustos 1996 "11th International Congress on Child Abuse and Neglect. Children and Families - Creating Stability in an Unstable World"

The International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) University Collage Dublin, Belfied, Dublin 4. Ireland.

Son Bildiri Gönderme tarihi : 1 Aralık 1995
Başvuru : ISPCAN 1996
St Louise's Unit,

Our Lady's Hospital For Sick Children
Crumlin, Dublin 12 Ireland

23-28 Ağustos 1996 "X. World Congress of Psychiatry" Madrid, Spain.

Başvuru : Secreteriat, Tilsa O.P.C. Princesa 81-20 Izg, 28008 Madrid Spain.
Tel : 34 - 1 - 544 88 94 • Tel : 34 - 1 - 544 98 75

9-11 Ekim 1996 "V. Asya ve Okyanusya Çocuk Nörolojisi Kongresi" İstanbul.

Başvuru : 5. AOCCN Sekreterliği Hacettepe Üniversitesi Pediyatrik Nöroloji Ünitesi 06100 Ankara
Tel : 0 312 311 37 11 • Fax : 0 312 310 62 62

Kasım 1996 "Birinci Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi" Ankara

Başvuru:Eğitim Bilimleri Fakültesi 06590 Cebeci Ankara Tel : 0 312 363 33 50 • Fax : 0 312 363 61 45

24-27 Kasım 1996 "The First International Conference on Health and Culture in Adolescence" Jerusalem, Israel. Israel Society for Adolescent Health, Israel Rehabilitation Society, Adolescent Comittee, World Federation for Mental Health.

Başvuru : Dan Knassim Ltd. POB 1931, Ramat 512118, Israel
Tel : 972 - 3 - 613 33 40 • Fax : 972 - 3 - 613 33 41

6-11 Temmuz 1997 "6th Congress of the World Association for Infant Psychiatry and Allied Disiplines" Lahti, Finland. Pirkko Lahti, Finnish Association for Mental Health.

Başvuru : Lauttrasaarentie 28-30 00200 Helsinki Finland Tel : 358 0 670 560 • Fax : 358 0 692 4065

YAYIN KURALLARI

Bu dergide çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanındaki yazılara yer verilecektir. Gönderilen yazıların özgün ve daha önce başka bir Türkçe dergide basılmamış olması gerekmektedir. Yazılarda aktarılan görüş ve kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur.

Dergide araştırma, gözden geçirme, olgu sunumu, kitap tanıtımı ve çeviri yazılarına yer verilecektir. Okurların dergiye ve basılan yazılara ilişkin gönderdikleri mektuplar ayrı bir köşede basılabilir.

Araştırma yazıları 15 sayfayı, gözden geçirme yazıları 20 sayfayı geçmemelidir.

Yazıların dilinde yalın Türkçe kullanılmasına özen gösterilmeli ve anlaşılır olmalıdır.

Gönderilen yazıların yazım biçimi şöyle olmalıdır :

1) **Kapak sayfası** : Bu sayfada yazının başlığı, yazarlar, yazarların bağlı bulunduğu kurumlar ve yazışma adresi belirtilmelidir.

2) **Özet** : Her yazı için 100 kelimeyi geçmeyecek genişlikte Türkçe ve İngilizce özet başlıklarıyla birlikte yazılmalıdır. Özet, kısaca yazının amacını, yöntemini, bulguları ve sonuçları kapsamalıdır. Özeti altında Index Medicus'a uygun üç anahtar kelime (Türkçe ve İngilizce olarak) belirtilmelidir.

3) **Metin** : Araştırma yazıları giriş , araç ve yöntem, bulgular, tartışma , sonuç ve öneriler alt başlıklarından oluşmalıdır. Gözden geçirme yazılarında konuyla ilgili alt başlıklara ek olarak sonuç ve öneriler bölümü yer almalıdır. Şekil ve tablolar ayrı sayfalarda, numara ve başlıkları arkalarına yazılarak gönderilmeli, metin içindeki yerleri işaretlenmelidir. Olgu sunumları ise giriş, olgu sunumu ve tartışma bölümlerinden oluşmalıdır.

4) **Teşekkür** : Yazarların teşekkür etmek istedikleri kişi ya da kurumlar kaynaklardan önce ve bu başlık altında belirtilir.

5) **Kaynaklar** : Kaynaklar metinde yazar adı ve tarihle belirtilmeli, iki yazarlı ise her ikisi de yazılmalı, ikiden çok yazarlı kaynaklar "ilk yazarın adı ve arkadaşları" olarak belirtilmelidir. Birden çok kaynak verilecekse virgülle ayrılarak sıralanmalıdır.

Örnek : Kashani ve Orvaschel (1988) 'in çalışmaları

Kovacs ve arkadaşları (1984)

..... anne babaların tepkileri daha karmaşıktır (Crocker 1992, Wolcott ve ark. 1989).

Kaynak listesinde kaynaklar ilk yazarların soyisimlerine göre alfabetik sırada dizilmeli, üçten fazla yazar olduğu zaman ilk üçü yazılıp diğerleri "ve ark." olarak belirtilmelidir. Yazar adını tarih, kaynağın başlığı, dergi adı, sayısı ve sayfa numarası izler. Yazarların isimleri yazılırken nokta ve virgül kullanılmamalıdır.

Kaynak dergi ise dergi isimleri Index Medicus'a göre kısaltılarak verilmeli, makale başlıkları küçük harfle yazılmalıdır.

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

Kaynak kitap ise kitabın adı her kelimenin ilk harfi büyük olacak şekilde yazılmalıdır. Kitabın adından sonra basımevi, yeri ve gerekirse sayfa numaraları belirtilmelidir.

Örnek : Kendall PC (1992) *Anxiety Disorders in Youth*. Allyn and Bacon, Boston.

Kitap içinden bir bölüm kaynak gösterilecekse bölümün yazarının adıyla kaynak verilmeli, kitabın editörü ve ismi de ayrıca yazılmalıdır.

Örnek : Terr LC (1985) Children traumatized in small groups. *Posttraumatic Stress Disorder in Children* içinde, S Eth ve RS Pynoos (ed). American Psychiatric Press, Washington D.C., s : 47 - 70.

Kaynak çeviri ise asıl yazarların adıyla verilmeli, daha sonra kitabın Türkçe adı, çeviren, basımevi ve yeri belirtilmelidir.

Çeviri yazıları özgün makalenin bir kopyasıyla birlikte gönderilmelidir.

Yazılar A4 boyutunda beyaz kağıda çift aralıklı olarak yazılmalı, her kenarda 2.5 cm. boşluk bırakılmalıdır. Yazılar net okunabilecek bir şekilde daktilo veya bilgisayarla yazılarak 3 kopya halinde gönderilmelidir.

Yazılar yayın kurulu ve danışmanlar tarafından değerlendirilecektir. Yapılan eleştiri ve öneriler en kısa zamanda yazarlara iletilerek yazıların yeniden gözden geçirilmesi istenebilir. Dergiye gelen yazılar geri gönderilmez, ancak yazılarla ilgili sonuçlar yazışma adresine bildirilir.