

# ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

CİLT : 3 SAYI : 2

1996



# ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Cilt: 3 Sayı: 2, 1996 Yılda 3 Sayı çıkar.

## YAYIN KURULU

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Adına

Sahibi ve Sorumlu Müdürü

Prof. Dr. Atalay Yörük lu

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

Yrd. Doç. 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

Sasithorn Nop-Arport (Tayland)

## BASKIYA HAZIRLIK VE BASKI

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

Büyük Sanayi 1. Cadde, Devrez Sok. Adalı İşhanı 11/33 İskitler/ANKARA Tel: 341 46 52 - 53

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

## YAZIŞMA ADRESİ

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

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

# İÇİNDEKİLER

Dr. Ayşe KURULU  
Dip. No: 98-725

Önyazı .....	63
Ş. Şener	
Otizimde Görsel ve İşitsel Uyarılmış Potansiyeller .....	65
A. Aysev, G. Deda, M. Akçakın, U. Karagöl, E. Kerimoğlu	
K.T.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliğine İki Yıl İçinde Başvuran Çocukların Demografik Özellikleri ve Başvuru Yakınmaları .....	69
S. Tanrıöver	
Üniversite Gençliğinde Alkol Kötüye Kullanım Riskini Yordayan Değişkenler .....	73
C. Tuğrul, Y. Akman	
Davranım Bozukluğu Tanısı Alan Çocuk ve Ergenlerin Demografik Özellikleri .....	81
İ. Yavaş	
Tourette Bozukluğu Olan Bir Aile .....	88
O. Doğan, G. Çelik, B. Kaya, Z. Önder	
On İki Trikotilomani Olgusu .....	92
Ö. Özcan, A. Baykara, S. Miral	
Çocukluk Çağı Disosiyatif Kimlik Bozukluğu ve Psikoterapisi: Bir Vaka Sunumu .....	98
S. Zoroğlu, H. Tutkun, Ü. Tüzün, V. Şar	
Kimlik: Nesne İlişkilerinin Üçüncü ve En Üst Düzeyi .....	114
İ. F. Dereboy	
Görüşler .....	121
A. Z. Atasoy	
Yeni Yayınlardan Özetler .....	122
Kitap Tanıtımı .....	124
Haberler / Toplantı - Kongre .....	125

**Prof. Dr. MUALLA ÖZTÜRK**  
**ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ÖDÜLÜ**

**1997**

1. 1990'dan beri her yıl çocuk ruh sağlığı alanında en başarılı çalışmaya verilmekte olan "Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Ödülü 1997" için aşağıdaki koşullar belirlenmiştir.
2. 1997 ödülü olarak 20. 000. 000 TL. ve ödül belgesi verilecektir.
3. Çalışma:
  - a. Yayınlanmamış ya da 1994 başından sonra yayınlanmış özgün bir araştırma ya da kurumsal inceleme olabilir.
  - b. Çalışma yayınlanmamış ise, yerli ya da yabancı tanınmış bir bilimsel derginin yazım koşullarına uygun bir makale biçiminde hazırlanmış olmalıdır. Çalışmalar yazarların ad, soyad, ünvan, görev ve çalışma adresleri, telefon - faks numaraları, çalışmanın yapıldığı yer bir kapak yazısı ile birlikte verilmelidir.
  - c. Çalışma 6 kopya olarak en geç 31 Aralık 1996 tarihine kadar aşağıda bildirilen adrese postalanmış ya da elden verilmiş olmalıdır.
  - d. Çalışmalar, aşağıda belirlenen seçici kurul tarafından değerlendirilecek ve ödül 1997 Şubat ayında, her yıl Prof. Dr. MUALLA ÖZTÜRK anısına Ankara'da düzenlenmekte olan Çocuk Ruh Sağlığı Sempozyumu'nda verilecektir.

**Seçici Kurul:**

Prof. Dr. Ayhan Çavdar  
Prof. Dr. Efser Kerimoğlu  
Prof. Dr. Işık Savaşır  
Doç. Dr. Birsen Sonuvar  
Doç. Dr. Yankı Yazgan

**Başvuru Adresi:**

Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği  
Büklüm Sokak 89 - 3  
Kavaklıdere, 06700 Ankara

## ÖNYAZI

İnsanda bedensel, bilişsel, ruhsal ve toplumsal gelişmenin oluştuğu dönemler olan ve bebeklik, çocukluk, ergenlik dönemi olarak tanımlanan gelişim alanları birbirlerini etkiledikleri kadar dış uyaranlardan da önemli ölçüde etkilenirler.

Dış uyaranların yanısıra kaynağını genetik, nörobiyolojik yapıdan alan iç uyaranlar da gelişime yön verirler. Bilimsel olarak kanıtlanmış bir başka gerçek ise iç ve dış uyaranların birbirlerinden etkilenmeleridir. Bu yazıda özellikle son yıllarda özel televizyon ve radyo vericilerinin yayın hayatımıza katılmaları ile başlayan bazı yayınların (uyaranların) çocuklar/ergenler üzerindeki olumsuz etkilerinden söz etmek istiyoruz.

Sağlıklı bireylerin sağlıklı toplumu oluşturduğu gerçeğinden yola çıkarak, Türkiye'deki gelişimi gözden geçirdiğimizde, ülkemiz nüfusunun üçte ikisini oluşturan çocuk ve ergenleri olumsuz etkileyen her türlü yanlış uyaran biz, çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanlarını rahatsız etmektedir. Bizler, çevremizde 1980'li yıllarda başlayarak gittikçe tırmanan ve toplumsal, ulusal, etik değerleri olumsuz yönde etkileyen pekçok uyaran bulunduğunu gözlemlemekteyiz. Bu yanlış ve olumsuz uyaranların önemli bir bölümü de bazı görsel yayınlardan gelmektedir. Bu yayınların en etkin olanı günlük etkinliklerimiz içinde şüphesiz önemli bir yer kaplayan televizyondur. Özellikle etkin bir öğrenme sürecinde olan çocuk ve ergenlerimizi televizyon ekranından gördükleri ve duydukları önemli derecede etkilemektedir.

Bu etkiler başlıca şu yollarla yapılmaktadır:

1. Görsel ve duyuşsal yol çocukların en etkin ve hızlı öğrenme yoludur. Kimlik gelişimi içinde, moral değerlerin oluşmakta olduğu bu dönemde yanlış uyaranlar bu değerlerin yanlış, abartılı ya da sapkın bir biçimde gelişmesine neden olacaktır.
2. Özellikle okul çağındaki çocuk ve ergen, evdeki ana babasının dışında dış çevreden özdeşleşebileceği örnekler arayışı içindedir. Bu örnekler öğretmenler, spor çalıştırıcıları, ünlü müzisyenler, sporcular olabileceği gibi seyrettiği film ya da gösterideki kahramanlar da geçici etkileri ile çocuk ve ergenin özdeşim sürecinde yerlerini almaktadırlar. Bu modelin yanlış da olsa tüm davranışları, özellikleri örnek alınabilmekte ya da en azından geçici bir süre için ona özenilmektedir.
3. Çocuk içinde bulunduğu gerçek dünyada gördükleri, duydukları, öğrenmekte oldukları ile yanıltıcı bir televizyon programını karşılaştırdığında kafası karışmakta ve sağlıklı öğrenim süreci geçici de olsa aksamaktadır.
4. Düşüncesel ve duygusal alanlarda doğal olarak değişkenlikler yaşayan çocuk bu tür uyaranlardan yetişkinlere kıyasla daha yoğun ve uzun süreli etkilendiği için, bu olumsuz uyaranlar günlük işlevselliğini bozmakta hatta geçici de olsa ruhsal sorunlara yol açmaktadır.
5. O zaman için ilişkişel-toplumsal ya da bireysel-ruhsal sorunlar içinde olan çocuk/ergen için çözüm yolu o anda gördüğü yanlışlar olabilmektedir. Örneğin: İntihar, saldırganlık, alkol ya da madde kullanımını gibi.

Bunlar ve benzeri yollarla özellikle şiddet ve gerçek dışı görüntü ve sözler içeren program ya da film bölümleri çocuk ve ergenlerin ruh sağlığı üzerinde önemli derecede zararlı etkiler bırakmaktadır. Klinik örneklerimizde de şu ya da bu programdan, filmden sonra uyku, iştah sorunları, aşırı kaygı bozukluğu ile başvuran çocuklar görülmektedir.

Son yıllarda özel televizyon vericileri bir yandan yurdumuza çok sesliliği ve zenginliği getirirken bir yandan da bazılarının uygunsuz program ve gösterileri çocuk ve ergenlerimizi yukarıda açıklandığı biçimde olumsuz yönde etkilemektedir. Bu bağlamda özel yayın kuruluşları, özellikle özel televizyon verici kurumlarını ve konuyla ilgili diğer meslek kuruluşlarını bu konuda daha özenli ve duyarlı olmaya çağırıyoruz.

**Doç. Dr. Şahnur Şener**

# ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

## Ö D Ü L Ü

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

### SEÇİCİ KURUL :

Prof. Dr. Cahide Aydın

Prof. Dr. Bahar Gökler

Prof. Dr. Saynur Canat

Psk. Doç. Dr. Ferhunde Öktem

Doç. Dr. Füsün Çuhadaroğlu

Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın

# OTİZMDE GÖRSEL VE İŞİTSEL UYARILMIŞ POTANSİYELLER

Ayla Aysev\* , Gülhis Deda\*\* , Melda Akçakın\*\*\* , Uğur Karagöl\*\*\*\* ,  
Efsar Kerimoğlu\*\*\*\*\*

## ÖZET

Erken bebeklik otizmi 1943 yılında tanımlanmasına karşın bu hastalığın etyolojisi ve nörobiyolojisi halen aydınlatılmamış değildir.

Çalışmamızda 31 otistik çocukta BAER ve VER incelemesi yapılmıştır. BAER latansları ve interpeak latansları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında normal bulunmasına karşın VER N2 latansı otistik çocuklarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak uzun bulunmuştur.

Bu çalışma ile otizmin nörobiyolojisine katkıda bulunma amaçlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** İnfantil otizm, BAER, VER

## SUMMARY: THE BAER AND VER LATENCIES IN INFANTILE AUTISM

Although infantile autism was first diagnosed in 1943 the etiology and neurobiology of autism could not be identified.

In our study we examined the BAER and VER latencies in 31 autistic children.

The BAER latencies and interpeak latencies were within normal limits when compared with the control group. The N2 latencies of VER were significantly prolonged in autistic children when compared with the control group.

The aim of this study was to identify the neurobiologic factors in infantile autism.

**Key words:** Infantile autism, BAER, VER

## GİRİŞ

Erken bebeklik otizminin ilk kez 1943 yılında Leo Kanner (Kanner 1948) tarafından tanımlanmasından bu yana konu ile ilgili, özellikle etyolojiyi aydınlatmaya yönelik pek çok çalışma yapılmıştır. Giderek otistik bozukluğun etyolojisinde organik patolojinin ağırlık taşıdığına ilişkin kanıtlar artmaktadır (Akçakın ve ark 1993).

Otizmle ilgili nörobiyolojik yayınlarda nöral dendrit ağacının az gelişmişliği, paryetal ve frontal korteksde nörofizyolojik anormallikler ve bilgi kazanmanın karmaşık örüntüleri araştırıldığında, genellemede yüksek kortikal işlevlerde gerilik gösterilmiştir. Otistik bozukluk belki de karmaşık bilgi sürecinde nörolojik ağırlık dağılımında gelişimsel bir başarısızlık sonucu olabilir. Ancak elde edilen veriler daha ileri araştırmalar yapılması gereğini göstermektedir (Minshew 1992). Otizmin nörobiyolojisi konusunda kesinleşmiş görüşler yoktur. Nöroanatomik ve nöroradyolojik olarak limbik sistem ve serebellumda bozukluklar saptanmıştır. Psikolojik ve elektroensafalografik çalışmalarda bozukluğun esas olarak serebral korteksde, özellikle de assosiyasyon korteksinde bulunduğu gösterilmiştir (Minshew 1991). Santral sinir sistemi işlevlerini değerlendirmede non - invazif çalışmalar için teknikler kısıtlıdır. Beyinsapı uyarılmış potansi-

yel tekniğinin geliştirilmesi hem işitsel işlevin hem de beyin sapının değerlendirilmesinde önemli gelişmeler sağlamıştır.

Otistik bozukluk gösteren çocuklar gözlemlendiğinde ve klinik olarak değerlendirildiğinde işitsel uyarıcılara tutarsız yanıtlar verdikleri, aynı sese bazen duyuyormuş bazen de duymuyormuş gibi davrandıkları, bazı seslere elleriyle kulaklarını kapadıkları gözlenmiştir. Aynı şekilde hastaların göz temasından kaçındıkları, çoğunun anlık baktıkları gözlenmektedir. Yine çoğunun kabaca gördükleri ve işittikleri saptansa da bu davranış biçimleri sonucunda işitme ve görme iletim sınırlarında bir aksaklık olabileceği soruları akla gelmektedir. Duyu algılamasındaki bu modülasyon bozukluğu ve motor hareketlerdeki aksaklıklar otistik çocuklarda beyin sapında ve diensefalik yapılarda işlev bozukluğu olduğu şeklinde bir varsayımın öne sürülmesine neden olmuştur (Minshew 1991). Otistik çocuklarda postrotatuar niştagnusta azalma ve REM uykusunda vestibuler stimülasyona gözün motor yanıtındaki bozukluklar bu görüşü desteklemektedir. Son yıllarda otistik bozukluk gösteren çocuklarda beyin sapı işitsel uyarılmış potansiyelleri incelenmiş ve değişik sonuçlar saptanmıştır (Rumsey ve ark 1984, Taylor ve ark 1982, Miral ve ark 1994, Aksoy ve ark. 1995). Otizmde olası nörolojik hasarın saptanması için olaya bağımlı potansiyeller çalışılmıştır.

Ritvo ve arkadaşları (1990) otistik çocuklarda göz dibi anormallikleri saptamışlardır. Yine Ritvo ve arkadaşları (1988) bir çalışmalarında elektrotretinogramda b dalgasında anormallik

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

\*\* Doç. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hast. Anabilim Dalı, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, Ankara.

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

\*\*\*\* Prof. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hast. Anabilim Dalı, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, Ankara.

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

gözlemişlerdir. Bir başka çalışmada da otistik çocuklarda görsel sistemin değerlendirilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır (Gillberg ve ark 1992).

Mental retarde çocuklarda yapılan beyin sapı işitsel uyarılmış potansiyellerde elde edilen dalga formlarında anormallik ve işitme eşiğinde artma saptanmıştır. Mental retarde çocuklardaki bu BAER anormallikleri myelinizasyon bozukluğu ile açıklanabilir denmektedir (Picton ve ark 1992).

Bu çalışmada otistik çocuklarda görsel (VER) ve işitsel (BAER) uyarılmış potansiyeller üzerinde çalışılarak otizmin nörobiyolojisine katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

## ARAÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada A.Ü.T.F. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalında değerlendirilmiş olan, A.Ü. Otistik Çocuklar Tanı Tedavi Araştırma ve Uygulama Merkezinde izlenen 31 çocuk incelenmiştir.

Otistik bozukluk tanısı DSM III R (APA 1987) tanı ölçütlerine ve klinik değerlendirmelere göre konulmuştur. (Akçakın 1993, Akçakın ve ark. 1993).

Otistik çocukların yaşları 4 - 14 yaş (ortalama 6.46 + 2.55 yaş) arasında olup çocukların 5'i kız, 26'sı erkektir. Kontrol grubu yaşları 2 - 14 yaş arasında (ortalama 6.5 yaş) olan, gelişmelerinde herhangi bir aksaklık olmayan 20 sağlıklı çocuktan oluşmuştur.

### BAER'in yapılışı:

BAER, sessiz ortamda hasta sakin iken yapılmıştır. Aktif elektrodlar kulak memelerine, referans elektrod vertekse ve nötral elektrod da altına yerleştirilmiştir. Uyarı her iki kulağa sırayla verilmiştir. Bir kulak uyarılırken, diğer kulak beyaz ses ile maskelenmiştir. Stimulus 90 dB şiddeti ve 20 Hz. frekansda 2000 klik olacak şekilde ayarlanarak uygulanmıştır. Elde edilen veride 5 komponentli dalga paterninin oluşması araştırılmıştır. Oluşan paternin I, II, III, IV, V dalgaları kursor ile işaretlenerek değerlendirilmiş ve I - III, I - V, III - V interpike latansları hesaplanmıştır.

### VER'in yapılışı:

Aktif elektrodlar oksipital bölgeye, referanslar her iki kulak memesine, nötral elektrod ise altına yerleştirilerek uygulanmıştır. Görsel uyarı LED - goggle gözlükler ile 200 frekans olarak verilmiştir. Elde edilen dalgaların N2 latansları ölçülmüştür.

Verilerin istatistiksel yönden karşılaştırılması amacı ile Student t testi kullanılmıştır.

## BULGULAR

Bu çalışmada incelenen 31 otistik çocuğun yaşları 4 - 14 yaş arasında olup ortalama 6.46 + 2.55 yaş idi. Hastaların 5'i kız, 26'sı erkekti (Tablo 1).

Tablo 1: Otistik çocukların cinsiyete göre dağılımı

E	K	Toplam
26	5	31

Otistik çocukların test alabilen 15'ine Stanford - Binet zekâ testi uygulanmıştır. Hastaların zeka bölümleri 30 - 106 arasında değişmekte idi (Tablo 2).

Tablo 2: Zeka testi uygulanan otistik çocukların zeka birimleri

Hasta sayısı	Zeka Birimi		
	30 - 50	51 - 70	71 - 106
	4	4	7

Tablo 3: Otistik çocukların ve kontrol grubunun BAER değerleri

BAER	Otistik çocuklar	Kontrol grubu	p
I	1.52 ± 0.17	1.48 ± 0.10	>0.05
II	2.62 ± 0.20	2.60 ± 0.12	>0.05
III	3.70 ± 0.20	3.69 ± 0.18	>0.05
IV	4.87 ± 0.34	4.85 ± 0.22	>0.05
V	5.60 ± 0.33	5.54 ± 0.23	>0.05
I - V	4.07 ± 0.31	3.95 ± 0.55	>0.05
I - III	2.18 ± 0.20	2.20 ± 0.18	>0.05
III - V	1.89 ± 0.27	1.95 ± 0.49	>0.05

Tablo 4: Otistik çocukların ve kontrol grubunun VER sonuçları

	Otistik çocuklar	Kontrol grubu	p
N2	122.3 ± 19.94	93.82 ± 3.27	<0.01

Bu 31 otistik çocuğun BAER ve VER incelemesi yapılmış ve değerleri sırası ile Tablo 3 ve 4'de gösterilmiştir.

Otistik çocukların oftalmoskop ile yapılan fundus incelemeleri normal olarak saptanmıştır.

Otuz bir otistik çocuğun yirmi birinde VER N2 latansı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı derecede uzun bulunmuştur ve istatistiksel olarak incelendiğinde otistik çocukların VER N2 latansı kontrol grubuna göre anlamlı olarak uzun bulunmuştur.



Otistik çocukların ve kontrol grubunun BAER değerleri karşılaştırıldığında dalga latanslarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

## TARTIŞMA

Otizmin nörobiyolojisi halen tam anlaşılabilmiş değildir. Bazı yazarlar otizmde beyin sapı disfonksiyonu olabileceğini savunmuşlardır ve bu amaçla 1970 yıllarından itibaren bu hastalara BAER uygulanmıştır (Rosenblum ve ark. 1980, Skoff ve ark. 1980). 1970 - 1980 yılları arasında yapılan çalışmalarda bazı hastalarda I. ci dalga latansında belirgin uzama saptanırken bazı hastalarda da I - V interpik latansında uzama olduğu saptanmıştır (Student ve ark. 1978, Taylor ve ark. 1982).

1980 yılından sonraki dönemlerde yapılan BAER çalışmalarında ise otistik çocuklarda patoloji saptanmamıştır. Daha önceki yıllarda saptanan BAER patolojileri bu yazarlar tarafından teknik bozukluğa bağlanmıştır (Rumsey ve ark. 1984, Tanguay ve ark. 1982). Çalışmamızda otistik çocuklarda BAER latanslarını ve interpik latanslarını aynı yaştaki kontrol grubu ile karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. Yine otizmin nörobiyolojisini saptamak için olaya - bağımlı uyarılmış potansiyeller kullanılmıştır. Yapılan çalışmalarda görsel ve işitsel uyarım verilerek yapılan olaya bağımlı uyarılmış potansiyellerde P300 ve Nc değerlerinde belirgin patoloji saptanmıştır (Courchesne ve ark. 1984, Norvick ve ark. 1979, Verbaten ve ark. 1984). P300'ün paryetal korteks, Nc'nin ise frontal korteks ile ilişkili olduğu sanılmakta (Wood ve ark. 1984) ve bu hastalarda patolojinin paryetal ve frontal kortekste olduğu savunulmaktadır.

Otistik çocuklara yaptığımız görsel uyarılmış potansiyel latansı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede uzun bulunmuştur. Görsel stimulus yalnızca oksipital lobu değil, temporal ve paryetal lobu da aktive etmektedir (Celesia 1992).

Otistik çocuklardaki N2 latansının uzaması oksipital lob kadar paryetal lobun da etkilendiğini göstermektedir. Araştırmamızda VER N2 latansının kontrol grubuna göre uzun bulunması son yıllarda otistik çocuklarda görme ile ilgili farklılıkların olduğuna ilişkin çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda otistik bozukluk tanısı konup zeka testi uygulanan 15 çocuğun 5'inde zeka bölümü 50'nin altında bulunmuştur. Zekası 50'nin

üstünde olan çocuklar klinik gözlemlerle birlikte yüksek fonksiyonlu otistik çocuklar olarak kabul edilmiştir.

Zeka düzeyleri ile uyarılmış potansiyeller arasında bir korelasyon saptanmamıştır. Bu çalışmanın otizmin nörobiyolojisine açıklık getirebileceği görüşünde olup daha büyük gruplar ile çalışmanın tekrar edilmesi gerekliliğini belirtmekteyiz.

## KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III. Revised* APA. Washington DC.
- Akçakın M (1993) Normal eğitim gören otistik çocuklar ile özel eğitim gören otistik çocuklar karşılaştırıldığı bir izleme çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 8 (29): 3 - 9
- Akçakın M, Polat S, Kerimoğlu E (1993) Otistik ve zeka özüllü çocukların demografik ve doğumla ilgili özellikler yönünden karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 4 (1): 39 - 46.
- Aksoy S, Gümüşçü Ş, Özkan S (1995) Farklı işitsel uyarılara karşı otistik çocukların davranışları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2 (2): 3 - 9
- Celesia GG (1992) Visual evoked potentials in clinical Neurology. in *Electrodiagnosis in Clinical Neurology*. Michael J Aminoff. Churchill Livingstone. 467 - 489.
- Courchesne E, Kilman A, Galambos R et al (1984) Autism: Processing of novel auditory information assessed by event - related brain potentials. *Electroencephalogr clin Neurophysiol* 59: 238 - 248.
- Gillberg C, Coleman M (1992) *The biology of the autistic syndromes*. Oxford Blackwell Scientific Publications Ltd.
- Kanner L (1948) Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 2: 217 - 250.
- Miral S, İkiz AÖ, Günbay U, Baykara A (1994) Otistik çocuklarda erken ve orta latans işitsel uyarılmış potansiyeller. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 1 (1): 79 - 86.
- Minschew NJ (1992) *Neurological localization in autism. High - functioning individuals with autism*. E Schopler and G B Mesibov (Ed.). New York Plenum Press.
- Minschew NJ (1991) *Indices of Neural function in autism: Clinical and Biological Implications*. *Pediatrics Suppl*. 774 - 780.
- Norvick B, Kurtzberg D, Vaughn HG Jr et al (1979) An electrophysiologic indication of defective information storage in childhood autism. *Psychiatry Res* 1: 101 - 108.
- Picton WT, Taylor JM, Durieux - Smith A (1992) *Brainstem Auditory Evoked Potentials in Clinical Neurology*. Michael J Aminoff. Churchill Livingstone. 537 - 569.

- Ritvo ER, Creel B, Kealmuto G et al (1988) Electroretinograms in autism: A pilot study of b - wave amplitudes. *Am J Psychiatry* 145: 229 - 232.
- Ritvo ER, Mason - Brothers A, Freeman BJ et al (1990) The UCLA University of Utah Epidemiologic survey of autism: The aetiologic role of rare diseases. *Am J Psychiatry* 147: 1614 - 1621.
- Rosenblum SM, Arick JR, Krug DA. et al (1980) Auditory Brainstem evoked responses in autistic children. *J Autism Dev Disord* 10: 215 - 225.
- Rumsey JM, Grimes AM, Pikus AM et al (1984) Auditory brainstem responses in pervasive developmental disorders. *Biol Psychiatry* 19: 1403 - 1417.
- Skoff BF, Mirsky AF, Turner D (1980) Prolonged brainstem transmission time in autism. *Psychiatry Res.* 2: 157 - 166.
- Student M, Sohmer H (1978) Evidence from auditory nerve and brainstem evoked responses for an organic brain lesion in children with autistic traits. *J Autism Child Schizophr* 8: 13 - 20.
- Tanguay PE, Edwards RM, Buchwald J et al (1982) Auditory brainstem evoked responses in autistic children. *Arch Gen Psychiatry* 39: 174 - 180.
- Taylor MJ, Rosenblatt B, Linschoten L (1982) Auditory brainstem response abnormalities in autistic children. *J Can Sci Neurol* 9: 429 - 433.
- Verbaten MN, Roelofs JW, Engeland H. et al (1991) Abnormal visual event - related potentials of autistic children. *J Autism and Dev Dis* 21(4): 449 - 469.
- Wood CC, Mc Carthy G, Squires NK, et al (1984) Anatomical and physiological substrates of event - related potentials: two case studies. *Ann NY Acad Sci* 425: 681 - 721.

# K.T.Ü. TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK PSİKIYATRİSİ POLİKLİNİĞİNE İKİ YIL İÇİNDE BAŞVURAN ÇOCUKLARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE BAŞVURU YAKINMALARI\*

Sema Tanrıöver\*\*

## ÖZET

Bu çalışma 1993 - 1994 yılları arasında K.T.Ü. Tıp Fakültesi çocuk psikiyatrisi polikliniğine ilk kez başvuran 514 çocuğun (340 erkek - 174 kız) demografik özelliklerini ve başvuru nedenlerini saptamak amacıyla yapılmıştır. Bu bulgular diğer çocuk psikiyatrisi kliniklerine başvuran çocukların demografik özellikleri ile karşılaştırılmış ve literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Çocuk psikiyatrisi, demografik özellikler.

**SUMMARY: DEMOGRAPHICS AND APPLICATION COMPLAINTS OF CHILDREN APPLIED TO CHILD PSYCHIATRY DEPARTMENT OF FACULTY OF MEDICINE OF KARADENİZ TECHNICAL UNIVERSITY DURING TWO YEARS.**

This study was carried out to establish the demographic properties and application complaints of 514 children (340 male and 174 female) who applied for the first time to the Department of Child Psychiatry of Faculty of Medicine of Karadeniz Technical University between years 1993 - 1994. Findings obtained in the present study were compared with those children who applied to other departments of child psychiatry and were discussed in the view of literature findings.

**Key words:** Child psychiatry, demographic characteristics.

## GİRİŞ

K.T.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği Ocak 1993 tarihinden beri Psikiyatri Anabilim Dalı içinde hizmet vermektedir. Çocuk Psikiyatrisinde klinik epidemiyolojik çalışmalar uzun yıllardan beri yapılmakta olup ülkemizde bu çalışmalar daha çok Ankara, İstanbul, İzmir gibi üç büyük ilde yürütülmektedir. Çalışmalar ülkemizin genel özelliklerini yansıtmakla birlikte; polikliniğimize başvuran bölgemiz çocuklarının demografik özellikleri ve başvuru yakınmalarında farklılıkların olup olmadığını saptamak amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

## YÖNTEM

Polikliniğimizde ilk değerlendirme ana baba ve çocuk ile olmak üzere iki aşamalı olarak yapılmaktadır. Çocukla bireysel görüşmelerin yanı sıra, insan resmi çizme, cümle tamamlama testleri uygulanmaktadır.

Bu çalışmada 1993 Ocak ve 1994 Aralık ayları arasında iki yıl süre ile Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine ilk kez başvuran çocukların dosyaları geriye dönük olarak incelemeye alınmıştır. Bulgular yüzde olarak değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

Çalışma grubunu oluşturan 514 olgunun 174'ü kız (% 33.85), 340'ı (% 66.15) erkek olup yaş aralığı 2 - 18 dir.

Tablo 1: Olguların Yaş Dağılımı

Yaş Dağılımı	KIZ		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<6	27	15.52	50	14.71	77	14.98
6 - 10	77	44.25	145	42.65	222	43.19
11 - 15	70	40.23	128	37.65	198	38.52
16 - 18	-	-	17	5.00	17	3.31
TOPLAM	174	100.000	340	100.00	514	100.00

Tablo 1'de görüldüğü gibi olgularda en çok başvurunun % 43.19 ile 6 - 10 yaşları arasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 2: Olguların Eğitim Durumu

Eğitim	KIZ		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Okula gitmeyen	27	15.52	50	14.71	77	14.98
İlkokul	77	44.25	145	42.65	222	43.19
Ortaokul	55	31.60	113	33.23	168	32.68
Lise	15	8.63	32	9.41	47	9.15
TOPLAM	174	100.00	340	100.00	514	100.00

Başvuruların % 43.19'unun ilkököl öğrencisi, % 32.68'inin ortaokul öğrencisi olduğu görülmüştür. (Tablo 2)

\* 5. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kongresinde bildirilerek sunulmuştur.

\*\* Doç. Dr. Karadeniz Teknik Üniv., Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Trabzon

**Tablo 3: Olguları Muayeneye Getiren Kişilerin Dağılımı**

Getiren Kişi	KIZ		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Anne	83	47.70	127	37.35	210	40.86
Baba	64	36.78	130	38.24	194	37.74
Anne + Baba	19	10.92	53	15.59	72	14
Kardeş	1	0.57	5	1.47	6	1.17
Büyük Ebeveyn	2	1.15	12	3.53	14	2.72
Yakın Akraba	5	2.87	13	3.82	18	3.50
TOPLAM	174	100.00	340	100.00	514	100.00

Çocuğu muayeneye getiren kişiler araştırıldığında ilk sırayı % 40.86 ile annelerin aldığı saptanmıştır. (Tablo 3).

**Tablo 4: Olguların Kardeş Sayısının Dağılımı**

Kardeş Sayısı	KIZ		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Tek Çocuk	7	4.02	26	7.65	33	6.42
İki Kardeş	63	36.21	144	42.35	207	40.27
Üç Kardeş	59	33.91	97	28.53	156	30.35
Dört Kardeş	20	11.49	41	12.06	61	11.87
Beş ve Yukarı	25	14.37	32	9.41	57	11.08
TOPLAM	174	100.00	340	100.00	514	100.00

**Tablo 5: Olguların Kardeş Sırasının Dağılımı**

Kardeş Sayısı	KIZ		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Tek Çocuk	7	4.02	26	7.65	33	6.42
1. Çocuk	69	39.66	141	41.47	210	40.86
2. Çocuk	55	31.61	110	32.35	165	32.10
3. Çocuk	23	13.22	33	9.71	56	10.89
4. Çocuk	9	5.27	14	4.12	23	4.47
Beş ve Yukarı	11	6.32	16	4.71	27	5.25
TOPLAM	174	100.00	340	100.00	514	100.00

Olguların kardeş sıralamasındaki yeri araştırıldığında ilk sırada 1. çocuk, ikinci sırada 2. çocuk ve 4. sırada tek çocuğun yer aldığı görülmüştür. (Tablo 5).

**Tablo 6: Olguların Geldiği İllerin Dağılımı**

Geldiği İl	KIZ		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Trabzon	114	65.52	241	70.88	355	69.07
Rize	20	11.49	52	15.29	72	14.00
Giresun	21	12.07	20	5.88	41	7.98
Ordu	4	2.30	8	2.35	12	2.33
Artvin	7	4.02	12	3.53	19	3.70
Gümüşhane	8	4.60	6	1.76	14	2.72
Erzurum	-	-	1	0.29	1	0.19
TOPLAM	174	100.00	340	100.00	514	100.00

% 69.07 oranı ile ilk sırada Trabzon ilinden, ikinci sırada % 14.00 oranı ile Rize ilinden gelen olguların yer aldığı saptanmıştır (Tablo 6).

**Tablo 7: Olguların Başvuru Biçiminin Dağılımı**

Başvuru Biçimi	KIZ		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aile Tarafından	132	75.86	251	73.82	383	74.51
Çocuk Pol.	24	13.79	43	12.65	67	13.04
Nöroloji Pol.	5	2.87	13	3.82	18	3.50
Pediyatrik Cerrahi	1	0.57	4	1.18	5	0.97
Göz Pol.	1	0.57	4	1.18	5	0.97
Cildiye Pol.	2	1.15	1	0.29	3	0.58
K.B.B. Pol.	9	5.17	16	4.71	25	4.86
Cumhuriyet Sav.	-	-	8	2.35	8	1.56
TOPLAM	174	100.00	340	100.00	514	100.00

514 olgudan 383ünün % 74.51 oranı ile çocuk psikiyatri polikliniğine ailelerin kendi istekleri doğrultusunda başvurdukları gözlenmiştir (Tablo 7).

**Tablo 8: Olguların Ana Babalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı**

Eğitim Durumu	ANNE		BABA	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Okur - Yazmaz Değil	44	8.56	4	0.78
Okur - Yazar	32	6.23	8	1.56
İlkokul	240	46.69	156	30.35
Ortaokul	33	6.42	56	10.89
Lise	83	16.15	120	23.35
Yüksek Okul	63	12.26	167	32.49
TOPLAM	514	100.00	514	100.00

Annelerin % 46.69'unun ilkököl, babaların % 32.49'unun yüksek okul mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

**Tablo 9: Olguların Ana Babalarının Meslek Dağılımı**

MESLEKLER	ANNE		BABA	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Ev Hanımı	394	76.65	-	-
Memur	69	13.42	187	36.38
İşçi	8	1.56	165	32.10
Emekli	2	0.39	9	1.75
Öğretmen	36	7	76	14.79
Doktor - Avukat - Mühendis	5	0.97	31	6.03
Şoför	-	-	24	4.64
Çiftçi	-	-	22	4.28
TOPLAM	514	100.00	514	100.00

Olguların ana babalarının meslek dağılımı incelendiğinde annelerin % 76.65'inin ev hanımı olduğu, % 36.38 ile memur babaların 1. sırada yer aldığı gözlenmiştir (Tablo 9).

**Tablo 10: Olguların Başvuru Yakınmalarının Dağılımı**

Başvuru Yakınmaları	KIZ		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kekemelik	20	10.93	52	13.68	72	12.79
Yatak İslatma	19	10.38	47	12.37	66	11.72
Hırçınlık - Sınırlılık	12	6.56	46	12.11	58	10.30
Konuşma Geriliği	14	7.65	28	7.37	42	7.46
Kaka Kacırma	4	2.19	38	10.00	42	7.46
Okul Başarısızlığı	15	8.20	22	5.79	37	6.57
Göğüs Ağrısı - Karm Ağrısı	15	8.20	20	5.26	35	6.22
Uykusuzluk	15	8.20	19	5.00	34	6.04
Bayılma	19	10.28	11	2.89	30	5.33
Korku	12	6.56	12	3.16	24	4.26
Tık	3	1.64	20	5.26	23	4.09
Yalan Söyleme - Hırsızlık	2	1.09	19	5.00	21	3.73
Derslere İlgisizlik	6	3.28	14	3.68	20	3.55
Tırnak Yeme	7	3.83	7	1.84	14	2.49
Arkadaşlık Kuramama	2	1.09	11	2.89	13	2.31
Uykuda Korku - Ağlama	5	2.73	5	1.32	10	1.78
Saç Dökülmesi	2	1.09	4	1.05	6	1.07
Masturbasyon	3	1.64	2	0.53	5	0.89
Kardeş Kıskançlığı	4	2.19	-	-	4	0.71
İntihar Girişimi	4	2.19	-	-	4	0.71
IQ Saptanması İçin	-	-	2	0.53	2	0.36
Uyur Gezerlik	-	-	1	0.26	1	0.18
TOPLAM	183	100.00	380	100.00	563	100.00

## TARTIŞMA VE SONUÇ

K.T.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine iki yıl içinde ilk kez başvuruda bulunan 514 çocuğun, 174'ü (% 33.85) kız, 340'ı (% 66.15) erkek olup, erkek çocuklar kız çocukların iki katıdır. Olguların % 40.27'sinin iki kardeş olduğunu ve kardeş sıralamasında birinci çocuğun % 40.86 ile ilk sırada yer aldığı görülmüştür. Rutter (1975)'de erkek çocuklarda başvurunun kızlardan daha fazla olduğunu bildirmiştir. 1982'de Sonuvar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ilk başvuran çocukların % 38.5'inin kız, % 61.5'inin erkek olduğu, Epir'in (1974) çalışmasında % 35.5'inin kız, % 64.5'inin

erkek olduğu, 1990'da Tanrıöver ve arkadaşlarının Çapa Çocuk Psikiyatrisindeki çalışmalarında olguların % 33.1'inin kız, % 66.9'unun erkek, 1993'te Avcı ve Ünal'ın Çukurova Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri Polikliniğinde yaptıkları çalışmada 539 olgunun 352'sinin (% 65.3) erkek, 187'sinin (% 34.7) kız olduğu iki çocuklu ailelerin ve birinci sıradaki çocukların ilk sırada başvurdukları bildirilmiştir. Çalışmamızdaki bulgular diğer çocuk psikiyatri kliniklerinde yapılan çalışmalarla uygunluk göstermektedir. Olguların yaş dağılımında hem kız, hem de erkek çocuklarda 6 - 10 yaş arasında başvurunun ilk sırayı aldığı görülmüştür. Bu bulgu ilkökula başlama ile sorunların açığa çıkması şeklinde yorumlanabilir. Olguların % 43.19'u ilkökul öğrencisidir. Yaş dağılımında ve eğitim durumunda diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir. (Kürşad 1979, Erol 1988, Avcı 1992, Özatalay ve Turan 1994).

Olguları muayeneye getiren kişiler araştırıldığı birinci sırada % 40.86 ile annelerin, ikinci sırada % 37.74 ile babaların, üçüncü sırada % 14 ile anne ve babaların birlikte geldikleri görülmüştür. Bu bulgu da diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir. (Sonuvar ve ark 1982, Tanrıöver ve ark. 1992).

Polikliniğimize başvuran olgularda % 40.27 ile iki çocuklu ailelerin birinci sırayı aldığı, bunu % 30.35 ile üç çocuklu ailelerin izlediği hasta olarak getirilen çocuğun % 40.86 ile ilk çocuk olduğu ve bunu % 32.10 ile ikinci sıradaki çocuğun izlediği görülmüştür. Bu bulgu İstanbul, Ankara ve Adana'da yapılan çalışmalarla uygunluk göstermektedir. (Kürşad 1979, Sonuvar ve ark. 1982, Tanrıöver ve ark. 1992 )

Olguların % 69.07'sinin Trabzon ilinden, % 14.00'ünün ise Trabzon'a en yakın il olan Rize'den geldikleri belirlenmiştir.

Olguların Çocuk Psikiyatri Polikliniği'ne başvuru biçimleri incelendiğinde % 74.51 oranında ailelerin kendi istekleriyle başvuruda buldukları saptanmıştır. Bunu % 23.93 ile konsültasyon hastaları ve % 1.56 ile Cumhuriyet Savcılığı'ndan gelen hastalar izlemektedir. Bu bulgu da Ankara ve Adana'da yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir (Avcı 1992, Avcı ve Ünal 1993).

Olguların ana babalarının eğitim durumu araştırıldığında annelerin % 46.69 ile ilkökul mezunu, babaların ise % 32.49 ile yüksek okul mezunu olduğu gözlenmiştir. Hiç eğitim almamış anne oranı % 8.56 olup bu bulgu 1992'de Ankara'da ve 1993'te Adana'da yapılan çalışmalar ile para-

lellik göstermektedir (Avcı 1992, Avcı ve Ünal 1993). Erzurum'da, yapılan çalışmada ise okur yazar olmayan anne oranı % 32.98'dir (Özatalay ve Turan 1994).

Annelerin % 76.65'i ev hanımı olup, babaların % 36.38'i memurdur. Kürşad'ın (1979) araştırmasında % 42.63 ile memur babaların en yüksek oranda olduğu bildirilmiştir. Bu bulgu da diğer çocuk psikiyatri kliniklerinde yapılan çalışmalarla uygunluk göstermektedir (Avcı 1992, Avcı ve Ünal 1993).

Olguların başvuru yakınmaları incelendiğinde hem kız, hem de erkek çocuklarda kekemelik yakınmasının (% 12.79) birinci sırayı aldığı, bunu % 11.72 ile yatak ıslatma yakınmasının izlediği görülmüştür.

İstanbul, Ankara ve Adana'da yapılan çalışmalarda yatak ıslatma yakınmasının birinci sırada, Erzurum'da yapılan çalışmada aynı yakınmanın 5. sırada yer aldığı bildirilmekte ve bölgede sorun olarak düşünülmediği şeklinde yorumlanmaktadır (Sonubar ve ark. 1982, Tanrıöver ve ark. 1992, Avcı ve Ünal 1993, Özatalay ve Turan 1994).

Hacettepe Üniversitesinde 1977 - 1979 yılları arasında başvuran hastalarda yapılan çalışmada yatak ıslatma yakınmasının ilk sırada yer aldığı ve bu sorunu kekemelik, zeka geriliği, sinirlilik ve korkuların izlediği bildirilmektedir (Sonubar ve ark. 1982).

Bu çalışmada kekemelik yakınmasının ilk sırada ve yatak ıslatma yakınmasının ikinci sırada yer almasının nedeni, bölgemizde yatak ıslatma yakınmasının pek sorun olarak görülmemesi ve Ankara, İstanbul ve Adana'ya göre kültürel olarak daha kolay kabul edilip hoşgörülen bir belirti olmasıyla açıklanabilir.

Sonuç olarak K.T.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri Polikliniği'ne 1993 Ocak ve 1994 Aralık ayları arasında ilk kez başvuruda bulunan 514 çocuğun demografik özellikleri ve başvuru yakınmaları araştırıldığında diğer çocuk ruh sağlığı kliniklerinde (Ankara, İstanbul, Adana, Erzurum) yapılan çalışmalarla, başvuru yakınma sıralaması dışında, demografik özelliklerin uygunluk gösterdiği ve başvuru yakınmasında kekemeliğin birinci, yatak ıslatmanın ikinci sırada yer aldığı gözlenmiştir.

## KAYNAKLAR

Avcı A (1992) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniğine başvuran hastaların belirti dağılımı ve sosyodemografik özellikleri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Ankara.

Avcı A, Ünal M (1993) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniği'ne başvuranların değerlendirilmesi. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bursa.

Epir N (1974) Bir çocuk sağlığı kliniğine başvuran çocuklarla ilgili incelemeler. 10. Milli Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Ankara.

Erol N (1988) Çocuk Psikiyatrisinde demografik özellikler ve belirti dağılımı. Ankara Tıp Bülteni. 10. 13 - 24.

Kürşad N (1979) Çocuk Psikiyatrisinde belirti dağılımı ve toplumsal özellikler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Ankara.

Özatalay E, Turan M (1994) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran hastalarda belirti dağılımı ve demografik özellikler. 4. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Bursa.

Rutter M (1975) Attainment and adjustment in two geographical areas. *Br J Psychiatry*. 136: 520 - 533

Sonubar B, Yörükoglu A, Öktem F ve ark. (1982) Hacettepe Çocuk Ruh Sağlığı Kliniği'nde iki yıl içinde görülen çocukların demografik özellikleri. *Psikoloji Dergisi*. 13: 33 - 39.

Tanrıöver S, Kaya N, Tuzün Ü ve ark. (1992) Çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran çocukların demografik özellikleri ile ilgili bir çalışma. *Düşünen Adam*. 5: 1 - 2 - 3: 13 - 19

# ÜNİVERSİTE GENÇLİĞİNDE ALKOL KÖTÜYE KULLANIM RİSKİNİ YORDAYAN DEĞİŞKENLER

Ceylan Tuğrul\*, Yasemin Akman\*\*

## ÖZET

Bu çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerinin alkol kötüye kullanım riskinin yordanmasında aile ortamında karşılaşılan stres kaynakları, yalnızlık düzeyi, psikolojik belirtiler ve bazı demografik değişkenlerin rollerini belirleyebilmektir. Çalışmaya 737 kız ve 581 erkek olmak üzere toplam 1318 üniversite öğrencisi katılmıştır. Yordama analizleri hem tüm denek grubu için hem de risk grubu için ayrı ayrı yapılmıştır. Tüm grup için yapılan analizlerde alkol kötüye kullanım riskinin yordanmasında cinsiyet, sınıf, genel belirti düzeyi, toplam stres puanı, yalnızlık düzeyi, aile ortamında otoriter-baskıcı tutuma ve ilişkilerde sınırsızlık ve istismara maruz kalma değişkenlerinin rol oynadıkları saptanmıştır. Risk grubunda ise gelir düzeyi, cinsiyet, genel belirti düzeyi, aile ortamındaki sağlık ve sosyal sorunlar yordayıcı değişkenler olmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda önleme ve erken müdahale programlarına ilişkin önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Alkol kötüye kullanımı, risk faktörleri, ergen

## SUMMARY: PREDICTING VARIABLES OF ALCOHOL ABUSE AMONG UNIVERSITY STUDENTS

The aim of this study is to reveal the roles of family environment stressors, loneliness level, psychological distress level and some demographic variables in the prediction of alcohol abuse risk for university students. The sample was consisted of 1318 students (757 females and 581 males). The multiple regression analysis were conducted both for the total sample group and at-risk group separately. For the total group gender, grade, global symptom level, total stress score, loneliness level, authoritarian-oppressive attitude, and intrusion and abuse in the family environment were found to play roles in the prediction of alcohol abuse risk. For at-risk group, the predictive variables were income level, gender, global symptom level, and health and social problems in the family environment. According to these results, implications related to prevention and early intervention programs were suggested.

**Key words:** Alcohol abuse, risk factors, adolescent

## GİRİŞ

Diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de alkol kullanımının arttığı ve alkolizm ya da alkol kötüye kullanım oranlarının yükseldiği dikkati çekmektedir. Alkole bağlı olarak ortaya çıkan sorunlar sadece bireyin beden ve ruh sağlığını etkilemekle kalmamakta, gerek aile içinde gerekse toplumsal ve ekonomik düzeyde birçok soruna da yol açmaktadır (Berlin ve ark. 1988, Rounseville ve ark. 1993, Velleman ve Offord 1990). Dolayısıyla bu olumsuz sonuçlardan korunabilmek için, öncelikle risk gruplarının saptanabilmesi ve bu grupların özelliklerine bağlı olarak önleme ve erken girişim programlarının geliştirilmesi önem kazanmaktadır.

Alkol kötüye kullanımı gençlik döneminde başlamaktadır (Kazdin 1992). Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda da (Beyazyürek 1989, Özer ve ark. 1989, Tol 1990, Tümerdem ve ark. 1986) alkole başlama yaşının giderek küçüldüğü, lise ve üniversite öğrencileri arasında alkol kullanımının giderek yaygınlaştığı belirtilmektedir. Ekşi ve arkadaşları (1978) İstanbul'da yaptıkları bir çalışmada üniversite öğrencilerinin alkol kullanma oranının % 8.7 olduğu bildirmişlerdir. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir başka ça-

lışmada ise (Kasatura 1986) alkol kullanma oranının 1972'de % 17 iken 1986'da % 62'ye ulaştığı ifade edilmiştir. Yüksel ve arkadaşları (1994) ise üniversite öğrencilerinin % 70'inin alkolü en az bir kez aldıklarını ve her gün alkol alma oranının % 2 olduğunu ortaya koymuşlardır.

Gerek ülkemizde gerekse yurt dışında yapılan çalışmalarda erkeklerin alkol kullanma oranının kızlardan daha yüksek olduğu ve erkeklerin alkol kullanmaya kızlara nazaran daha erken başladıkları gösterilmiştir (Chen ve ark. 1994, Özer ve ark. 1989). Holman ve arkadaşları (1993) 17-24 yaşları arasındaki gençlerle yaptıkları çalışmalarında daha küçük sınıflardaki öğrencilerin alkol kötüye kullanımı açısından daha fazla risk altında olduklarını saptamışlardır. Kaplan (1979) daha yüksek sosyo-ekonomik düzeyden gelen gençlerin, Tol (1990) ise fazla cep harçlığı alan öğrencilerin alkol kullanma sıklığının daha fazla olduğuna işaret etmiştir.

Alkol kullanımı ile ilgili olarak üzerinde çalışılan konulardan biri de gençlerin içinde yaşadıkları aile ortamları olmuştur. Aile ortamlarında çeşitli sorunlarla karşılaşan gençlerin alkol kötüye kullanım riski daha fazladır (Kumpfer ve Hopkins 1993, Pardeck 1991, Webb ve Baer 1995). Fiziksel istismar ve çok katı bir disiplin

\* Psk. Dr., Psikolojik Değerlendirme ve Tedavi Merkezi, Ankara

\*\* Psk. Doç. Dr., Hacettepe Üniv. Eğitim Fak. PDR Anabilim Dalı, Ankara.

anlayışıyla karşı karşıya kalan gençler daha fazla risk altındadır (Holmes ve Robins 1988, Johnson ve Pandina 1991). Wisniewski ve arkadaşları (1985) anne-babası ayrı ya da boşanmış olan gençlerin daha fazla alkol kullandıklarını belirtmişlerdir. Tol (1990) ise tutarsız ve ilgisiz aile tutumunun, demokratik ya da otoriter aile tutumuna oranla daha fazla alkol kullanılmasına yol açtığını ifade etmiştir. Gençlerin alkol kullanma sıklıkları ile anne-babaların alkol kullanma sıklıkları arasındaki ilişkileri inceleyen Jung (1995) özellikle erkek çocuklar ile babaların alkol kullanma sıklıkları arasında önemli benzerlikler bulmuştur.

Bazı çalışmalarda gençlerin alkol kullanma nedenleri üzerinde durulmuştur. Parrish (1994) ve Weiss ve Moore (1994) gençlerin arkadaşlarıyla birlikte içtiklerini ve alkolü bir sosyalleşme aracı olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Alkol kullanımı açısından gencin arkadaş grubunun alkolle ilgili normları da önemli bir rol oynamaktadır (Chen ve ark. 1994, Holman ve ark. 1993). Ülkemizde yapılan bir çalışmada (Özer ve ark. 1989) da gençlerin büyük ölçüde "özenti" olarak alkole başladıkları ve "sakinleşmek", "üzüntü" ve "alışkanlık" gibi nedenlerle devam ettikleri saptanmıştır.

Psikolojik sorunlar ya da uyum düzeyi ile alkol kötüye kullanım riski arasındaki ilişkilerin incelendiği araştırmalarda, psikolojik belirtilerin artmasıyla alkol kötüye kullanım riskinin de yükseldiği ortaya konmuştur (Brennan ve ark. 1986, Wilks ve ark. 1989). Alkol kötüye kullanım riski açısından özellikle anksiyete ve depresyonun önemli yordayıcı değişkenler oldukları bildirilmiştir (Christie ve ark. 1988, Weiss ve Moore 1994).

Özetlenecek olursa, yurt dışında gençler üzerinde yapılan çalışmalar alkol kötüye kullanımı açısından çeşitli demografik değişkenlerin, aile ortamında karşılaşılan sorunların, psikolojik belirtilerin ve arkadaşlık ilişkilerinin önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Oysa ülkemizde bugüne kadar gençlerin alkol kullanımı ile ilgili olarak yapılmış çalışmalar daha çok durumu betimleyici niteliktedir. Dolayısıyla bu çalışmanın amacı, bazı demografik değişkenler, aile ortamında karşılaşılan sorunlar, yalnızlık düzeyi ve psikolojik belirtilerle alkol kötüye kullanım riski arasındaki ilişkileri incelemektir. Bu amaçla

önce tüm örneklem daha sonra risk altında oldukları belirlenen grup için, alkol kötüye kullanım riskinin yordanmasında rol oynayan değişkenler saptanmıştır. Elde edilen sonuçların alkol kötüye kullanım riskinin azaltılmasında "kimler" için ve "nasıl" programlar geliştirilmesi gerektiği konusuna ışık tutacağı düşünülmektedir.

## ARAÇ VE YÖNTEM

### Örneklem

Araştırmaya Ankara'da bulunan Hacettepe Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, Gazi Üniversitesi, Bilkent Üniversitesi ve Orta Doğu Teknik Üniversitesi öğrencilerinden 737 (% 55.9) kız ve 581 erkek (% 44.1) olmak üzere toplam 1318 üniversite öğrencisi katılmıştır. Örneklemi; bu üniversitelerin Edebiyat Fakültesi (Psikoloji, Sosyoloji, Türk Dili ve Edebiyatı, Yabancı Diller ile ilgili bölümler gibi), Eğitim Fakültesi (Eğitim Bilimleri, Özel Eğitim, Sınıf Öğretmenliği, Beden Eğitimi ve Spor gibi), Fen Fakültesi (Matematik, İstatistik, Jeoloji, Fizik, Biyoloji gibi), Güzel Sanatlar Fakültesi (Heykel, Grafik gibi), İdari Bilimler Fakültesi (İşletme, İktisat, Çalışma Ekonomisi gibi), sağlık bilimleri ile ilgili Fakülteler (Tıp Fakültesi, Diş hekimliği, Hemşirelik, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon gibi) farklı niteliklerde eğitim veren fakültelele bağlı 35 bölümün öğrencileri oluşturmuştur. Öğrencilerin % 29.7'si 1. sınıfa, % 29.2'si 2. sınıfa, % 25.6'sı 3. sınıfa ve % 15.5'i 4. sınıfa devam etmektedirler. Ailelerini % 11.1'i düşük, % 67.1'i orta ve % 21.8'i yüksek gelir düzeyinde algılamaktadırlar.

### Araçlar

**MacAndrew MMPI Alkolizm Ölçeği (MAC):** MacAndrew (1965) tarafından geliştirilmiş olan MAC "Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)"'nden seçilmiş maddelerden oluşmakta ve alkol kötüye kullanım riskini belirleyebilmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçekte 49 madde yer almakta ve ölçeğin değerlendirilmesi evet/hayır şeklinde yapılmaktadır. Puan ranjı 0-49 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar alkol kötüye kullanım riskinin de arttığına işaret etmektedir. Çeşitli yazarlar (Hoffman ve ark. 1974; Rathus ve ark. 1980; Wisniewski ve ark. 1985) ölçeğin adolesanların alkol kötüye kullanım riskinin belirlenmesinde kullanılabileceğini ortaya koymuşlardır. Ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Ceyhun ve arkadaşları (1990) ta-



rafından gerçekleştirilmiştir. Yazarlar MAC'ın alkolicleri % 78'lik doğruluk oranıyla nevrotiklerden ayırdedebildiğini belirtmişler ve alkol kötüye kullanım riski açısından kesim puanını 24 olarak hesaplamışlardır.

**Kısa Semptom Envanteri (KSE):** Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory) Derogatis ve arkadaşları (1992) tarafından olumsuz stres tepkilerinin düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilen SCL-90-R Belirti Tarama Listesi'nin (Symptom Check List) kısaltılmış formudur. KSE de 53 madde ve 9 alt ölçek yer almaktadır. Maddeler 4'lü likert tipi bir ölçek üzerinden değerlendirilmektedir. Alt ölçekler için ayrı ayrı puanlar elde edilebildiği gibi Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCI), Belirti toplamı (BT) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRI) adı verilen 3 genel gösterge için de puanlar elde edilmektedir. Bu çalışmada sadece genel gösterge puanları analizlere sokulmuştur. RCI puanı genel belirti düzeyini, BT puanı belirtilerin sayısını ve SRI ise belirtilerin şiddetini göstermektedir. RCI ve SRI puan ranjı 0-4, BT puan ranjı ise 0-53 dür. Kısa Semptom Envanterinin Türk gençleri için uyarılma çalışmaları Şahin ve Durak (1994) tarafından gerçekleştirilmiştir. Genel göstergeler için hesaplanan Cronbach Alfa katsayılarının = .93 ile = .96 arasında değiştiği görülmüştür.

**Gençlik Dönemindeki Aile Sorunlarını Değerlendirme Ölçeği (GDASDÖ):** GDASDÖ gencin içinde yaşadığı aile ortamından kaynaklanan streslerin sayısını ve gencin bu stres kaynaklarından ne kadar etkilendiği ni belirleyebilmek amacıyla Tuğrul (1994) tarafından geliştirilmiş ve geçerlik, güvenilirlik ve faktör analizi çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Ölçekte 69 madde ve 8 alt boyut yer almaktadır. Bu alt boyutlar (1) otoriter - baskıcı tutum, (2) ilişkilerde duyarsızlık ve tutarsızlık, (3) anne-baba ilişkilerinde uyumsuzluk, (4) sosyal etkinliklerde kısıtlılık, (5) ev ortamındaki düzensizlik, (6) ekonomik sorunlar, (7) ilişkilerde sınırsızlık ve istismar, (8) sağlık ve sosyal sorunlar olarak adlandırılmışlardır. Ölçekten stres puanı (puan ranjı 0,69) ve stresten etkilenme puanı (puan ranjı 0-276) olmak üzere 2 tür puan elde edilmektedir. Alt boyutlar için elde edilen Cronbach Alfa değerleri =.59 ve =.81 arasında değişim gösterirken, toplam puan için hesaplanan Cronbach Alfa değeri =.95 dir.

**UCLA Yalnızlık Ölçeği:** UCLA Yalnızlık Ölçeği (University of California Los Angeles Loneliness Scale) bireyin algıladığı yalnızlık derecesini belirleyebilmek amacıyla Russell ve arkadaşları

(1978) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte 10'u düz 10'u ters yönde puanlanan 20 madde yer almaktadır. Maddeler sosyal ilişkilere yönelik duygu ve düşünceleri belirten ifadelerden oluşmakta ve yanıtlama 4'lü likert tipi bir ölçek üzerinde yapılmaktadır. Puan ranjı 20-80 arasındadır. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Demir (1989) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı =.96 olarak hesaplanmıştır.

**Kişisel Bilgi Formu (KBF):** Yazarlar tarafından geliştirilmiş olan KBF'de cinsiyet, okul, sınıf, gelir düzeyi gibi demografik bilgilere ek olarak anne ve babanın eğitim durumu, anne-babanın ayrı olup olmadıkları, ailede fiziksel ya da psikolojik rahatsızlığı olanların bulunup bulunmadığı gibi konularda sorular yer almaktadır.

## İşlem

Kişisel Bilgi Formu ve ölçekler, öğrencilere araştırmacılar ya da bu öğrencilere ders vermekte olan öğretim elemanları tarafından tek oturumda uygulanmıştır. Öğrencilere araştırmanın amacının "üniversite öğrencilerinin çeşitli özellikleri hakkında bilgi toplamak" olduğu söylenmiş ve cevaplama formlarına isim yazmamaları özellikle belirtilmiştir. Uygulamayı yapan öğretim elemanları ile yapılacak açıklamalar ve ölçeklerin yönergeleri konularında önceden çalışılmıştır. Kullanılan ölçeklerin verilmiş sırasının (öncelik-sonralık etkisinin) sonuçları yanlı olarak etkilemesini bertaraf edebilmek amacıyla gerekli düzenleme yapılmış ve ölçekler öğrencilere farklı sıralarda verilmiştir. Ölçekler grup halinde uygulanmış ve ortalama 45 dakika içinde cevaplandırılmıştır.

## İstatistiksel Analizler

KBF ile araştırmada kullanılan MAC, KSE, GDASDÖ ve UCLA puanları kodlanarak, "Statistical Package for Social Sciences (SPSS)" PC programıyla (Nie 1986) değerlendirilmiştir. Çalışmada alkol kötüye kullanım riskinin yordanması amacıyla iki ayrı grup aşamalı regresyon analizi yapılmıştır. Tüm regresyon analizlerinde alkol kötüye kullanım riski için MAC puanları yordanan değişken olarak ele alınmıştır. Birinci grup aşamalı regresyon analizinin ilkinde KSE'nin Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCI), Belirti toplamı (BT) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRI) adı verilen 3 genel göstergesi, GDASDÖ toplam stres puanı ve UCLA yalnızlık düzeyi puanı yordayıcı değişkenler olarak belirlenmiştir. Birinci grupta yer alan ikinci analizde

GDASDÖ'nin 8 alt boyutundan elde edilen stres puanları, üçüncü analizde ise demografik değişkenler ve KBF'nda yer alan bilgiler yordayıcı değişkenler olarak kullanılmıştır. Üçüncü analizde cinsiyet, sınıf, en uzun süreli yaşanan yer, gelir düzeyi, ailesiyle birlikte oturma, yurttan kalma, arkadaşlarıyla oturma, anne ve babanın eğitim durumu, anne-babanın boşanmış olması, üvey anne ya da babanın olması, ailede psikolojik ya da fiziksel hastalığı olan bir üyenin varlığı, ailede aşırı içki için birinin bulunması gibi değişkenler analize sokulmuştur.

Çalışmanın ikinci bölümünde ise alkol kötüye kullanım riski yüksek olan yani MAC puanı 24 ve üstü olan denekler açısından hangi değişkenlerin önemli olduğunu anlayabilmek amacıyla yine 3 ayrı aşamalı regresyon analizi yapılmıştır. Birinci, ikinci ve üçüncü analizlerde kullanılan yordayıcı değişkenler yukarıda ilk grup analizleri için belirtilen değişkenlerle aynıdır. Regresyon analizlerine ek olarak, betimleyici bilgiler elde edebilmek amacıyla, alkol kötüye kullanım riski yüksek olan bu grupla ilgili bazı özelliklerin yüzdeleri hesaplanmıştır.

## BULGULAR

### Bütün grup için yapılan analizler:

Çalışmaya katılan tüm deneklerin alkol kötüye kullanım riskinin yordanması için yapılan ilk analizden elde edilen sonuçlar Tablo 1'de yer almaktadır.

**Tablo 1: Alkol kötüye kullanım riskinin yordanmasında KSE genel göstergeleri, GDASDÖ toplam stres puanı ve yalnızlık düzeyi değişkenlerinin rolüne ilişkin aşamalı regresyon analizi bulguları (bütün grup)**

Yordanan değişken	Analiz Aşaması	Yordayıcı Değişken	R	R	F	Beta
Alkol kötüye kullanım riski	1	Rahatsızlık	.28	.08	116.15*	.28
	2	Stres puanı (toplam)	.33	.11	81.75*	.19
	3	Yalnızlık düzeyi	.36	.13	64.33*	-.15

\*p < .05

Tablo 1'den anlaşılacağı gibi, alkol kötüye kullanım riskinin yordanmasında ilk aşamada rahatsızlık ciddiyeti indeksi için R=.28 korelasyon katsayısı elde edilirken, toplam stres puanı

nın eklenmesiyle korelasyon katsayısı .33'e, yalnızlık düzeyinin eklenmesiyle ise .36'ya yükselmiştir. Bu 3 değişken birlikte toplam varyansın %13'ünü açıklamaktadır. Yalnızlık düzeyi ise alkol kötüye kullanım riski ile negatif bir korelasyon göstermektedir.

Alkol kötüye kullanım riskinin yordanması için yapılan ikinci analizde gençlerin aile ortamlarında karşılaştıkları stres kaynakları ile ilgili alt-boyutlar analize alınmıştır. Elde edilen aşamalı regresyon analizi sonuçlarına göre alkol kötüye kullanım riskinin yordanmasında ilk aşamada otoriter-baskıcı tutum puanı (R=.25, F=90.11, p<.001), ikinci aşamada sınırsızlık ve istismar puanı (R=.27, F=49.66 p<.001) yer almakta ve bu iki değişken birlikte toplam varyansın %7'sini açıklamaktadırlar. Otoriter, baskıcı tutum alt-boyutunda anne-babanın kendi istek ve görüşlerini kabul ettirebilmek için yaptıkları baskı, gencin sözel ve fiziksel istismarı, katı bir disiplin anlayışı ile ilgili maddeler yer almaktadır. Sınırsızlık ve istismar alt-boyutunda ise aile üyelerinin davranışlarındaki sınırsızlıklar, gencin cinsel istismarı ve ailenin yaşantısındaki ani değişikliklerle ilgili maddeler kapsamaktadır.

Yapılan üçüncü analizde ise alkol kötüye kullanım riskinin yordanmasında bazı demografik değişkenler ile anne-babayla ilgili özellikler ele alınmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 2'de sunulmuştur.

**Tablo 2: Alkol kötüye kullanım riskinin yordanmasında demografik ve anne-baba ile ilgili değişkenlerin rolüne ilişkin aşamalı regresyon analizi bulguları**

Yordanan değişken	Analiz Aşaması	Yordayıcı Değişken	R	R <sup>2</sup>	F	Beta
Alkol kötüye kullanım riski	1	cinsiyet	.19	.04	49.17*	.19
	2	sınıf	.24	.06	41.47*	-.15

\*p < .0005 Kızlar (1), erkekler (2) olarak kodlanmıştır.

Tablo 2'de görüldüğü gibi alkol kötüye kullanım riskinin yordanmasında cinsiyet (erkek olma) ve sınıf değişkenleri toplam varyansın %6'sını açıklayabilmişlerdir. Sınıf değişkeni alkol kötüye kullanım riski ile negatif bir ilişki göstermektedir.

## Risk grubu için yapılan analizler:

MAC puanı 24 ve üstü olan yani alkol kötüye kullanım riski yüksek olan grupta 13 kız ve 22 erkek olmak üzere toplam 35 genç yer almaktadır. Alkol kötüye kullanım riski kızlar için % 1.76, erkekler için ise % 3.78 olarak hesaplanmıştır. Alkol kötüye kullanım riski yüksek olan grubun % 45.7'si birinci sınıfa, % 34.3'ü ikinci sınıfa, % 17.1'i üçüncü sınıfa ve % .029'u dördüncü sınıfa devam etmektedirler.

Risk grubundaki gençlerin % 8.6'sı ailelerini düşük, % 60'ı orta ve 31.4'ü yüksek gelir düzeyinde algılamaktadırlar. En uzun süreli yaşanan yer olarak grubun % 45.7'si büyük şehirde, % 31.4'ü şehirde, % 14.3'ü kasabada ve % 8.6'sı köyde yaşadıklarını belirtmişlerdir. Deneklerin annelelerinin % 97.1'i, babalarının ise % 94.3'ü hayattadır. Babaların % 14.3'ü aşırı alkol kullanmaktadır.

Deneklerin % 11.4 'ünün anne ve babası ayrı yaşamaktadır, % 5.7'sinin üvey annesi, % 2.9'unun üvey babası bulunmaktadır.

MAC puanı 24 ve üstü olan deneklerin alkol kötüye kullanım riskinin yordanması için yapılan ilk analizden elde edilen sonuçlar Tablo 3'de yer almaktadır.

**Tablo 3: Alkol kötüye kullanım riskinin yordanmasında KSE genel göstergeleri, GDASDÖ toplam stres puanı ve yalnızlık düzeyi değişkenlerinin rolüne ilişkin aşamalı regresyon analizi bulguları (risk grubu)**

Yordanan değişken	Analiz Aşaması	Yordayıcı Değişken	R	R <sup>2</sup>	F	Beta
Alkol kötüye kullanım riski	1	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCI)	.40	.16	6.52*	.40

\*p < .001

Tablo 3 de görüldüğü gibi, alkol kötüye kullanım riskinin yordanmasında rol oynayan tek değişken olan rahatsızlık ciddiyeti indeksi toplam varyansın % 16'sını açıklamaktadır.

Yapılan ikinci analizde gençlerin aile ortamlarında karşılaştıkları stres kaynakları ile ilgili alt-boyutlar analize alınmıştır. Elde edilen aşamalı regresyon analizi sonuçlarına göre alkol kötüye kullanım riskinin yordanmasında sağlık ve sosyal sorunlar puanı (R=.415, F=6.80, p<.001) tek

yordayıcı değişken olmuştur. Bu değişken toplam varyansın % 17'sini açıklamaktadır. Sağlık ve sosyal sorunlar alt boyutunda ailenin genel sağlık durumu ve çevreyle olan ilişkilerindeki olumsuz özellikler kapsamaktadır.

Yapılan üçüncü analizde ise alkol kötüye kullanım riskinin yordanmasında bazı demografik değişkenler ile anne-babayla ilgili özellikler ele alınmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 4'de sunulmuştur.

**Tablo 4: Alkol kötüye kullanım riskinin yordanmasında demografik ve anne-baba ile ilgili değişkenlerin rolüne ilişkin aşamalı regresyon analizi bulguları**

Yordanan değişken	Analiz Aşaması	Yordayıcı Değişken	R	R <sup>2</sup>	F	Beta
Alkol kötüye kullanım riski	1	gelir	.34	.11	4.38*	.34
	2	cinsiyet	.37	.25	5.47*	.37

\*p < .0005 Kızlar (1), erkekler (2) olarak kodlanmıştır.

Tablo 4'de görüldüğü gibi alkol kötüye kullanım riskinin yordanmasında gelir düzeyi ve cinsiyet (erkek olma) değişkenleri toplam varyansın % 25'ini açıklamaktadırlar.

## TARTIŞMA

Araştırmaya katılan tüm üniversite öğrencilerinden elde edilen veriler:

\* erkeklerin

\* daha küçük sınıf öğrencilerinin psikolojik sorunları daha yoğun olanların

\* kendini daha az yalnız hissedenlerin

\* aile ortamında daha fazla otoriter - baskıcı tutum ve ilişkilerinde sınırsızlık ve istismarla karşılaşanların alkol kötüye kullanımını açısından daha fazla risk altında olduklarını göstermektedir.

Alkol kötüye kullanımı açısından risk altında oldukları belirlenen grupta ise:

\* erkeklerin

\* daha yüksek gelir düzeyinden olanların

\* psikolojik sorunları daha yoğun olanların

\* aile ortamında daha fazla sağlık ve sosyal sorunlarla karşılaşanların daha fazla risk altında oldukları ortaya çıkmaktadır.

Her iki grupta da erkeklerin daha fazla risk altında oldukları görülmektedir. Bu bulgu giriş bölümünde sözü edilen çalışmalarla da uygunluk göstermektedir. Bu çalışmada erkeklerin % 3.78'inin, kızların ise % 1.76'sının alkol kötüye kullanımı açısından risk altında oldukları saptanmıştır. Her ne kadar risk oranları ile ilgili olarak ülkemizde yapılmış başka bir çalışmaya rastlanmamış ise de , bu çalışmadan elde edilen oranlar en azından yüzlerce gencimizin risk altında olduklarını göstermekte ve ilerde sağlık alanında çalışanlara büyük görevler düşeceğine dikkat çekmektedir. Diğer taraftan elde edilen sonuçlar, her iki grupta da psikolojik sorunların yoğun olmasının, alkol kötüye kullanımı açısından yordayıcı bir değişken olduğuna işaret etmekte ve bu konuda yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlarla uygunluk göstermektedir. Bununla birlikte psikolojik sorunların yoğunluğu, risk grubu açısından hem tek hem de daha güçlü bir yordayıcıdır. Elde edilen sonuçlardan bir diğeri de daha küçük sınıf öğrencilerinin daha fazla risk altında olduklarıdır. Alkolün kötüye kullanımı açısından önemli bir diğer değişken ise yalnızlık düzeyi'dir. Gencin kendini yalnız hissetme düzeyi azaldıkça yani sosyal yaşamı ve arkadaşlarıyla ilişkileri arttıkça alkol kötüye kullanım riski artmaktadır. Bu sonuçlar birarada ele alındıkında, belki de Parrish (1994) ve Özer ve arkadaşlarının (1989) belirttikleri gibi, gençlerin alkol kullanmaya "özenme" veya "sosyalleşme" gibi nedenlerle başladıklarını, ancak psikolojik sorunların yoğunlaşmasıyla alkol kullanımının giderek sağlıksız bir başağıkma yolu haline dönüşebileceğini akla getirmektedir.

Üniversite yılları çalkantılı bir gelişim dönemi olan ergenlik yıllarına denk gelmektedir. Ergenlik döneminin sıkıntılara ek olarak, aile ortamında da yoğun sorunlarla karşılaşılması kuşkusuz gençleri daha da zor durumda bırakmaktadır. Aile ortamındaki sorunların artmasıyla alkol kullanımının artması arasındaki ilişki birçok çalışmada (Kumpfer ve Hopkins 1993, Pardeck 1991, Webb ve Baer 1995) gösterilmiş ve bu çalışmadan elde edilen sonuçlarla da desteklenmiştir. Öte yandan bu çalışmada bir adım daha ileri gidilmiş ve aile ortamındaki hangi özelliklerin alkol kötüye kullanım riskini arttırdığı da incelenmiştir. Sonuçlar öncelikle aşırı baskı gören, katı bir disiplin anlayışı ile yetişen, sözel ve fiziksel istismara uğrayan gençlerin daha fazla risk altında olduklarını göstermiştir. Gencin cinsel istismarı ve aile ya da aile üyelerinin statüsünde ani değişiklikler meydana gelmesi de riski arttıran diğer bir sorun alanıdır.

Bunlara ek olarak ailede sağlık sorunları olmasının ve ailenin çevre ile ilişkilerinin bozulmasının da risk grubu açısından önemli bir stres kaynağı olduğu görülmektedir. Bütün bu sonuçlar risk altında olan gençlerin "patolojik" bir aile ortamında yaşadıklarına ve riskin azaltılabilmesinde gençlerin olduğu kadar ailelerin de yardımı gereksinimi olabileceğine işaret etmektedir.

Riskin artmasında rol oynayan bir diğer değişken de gelir düzeyi olmuştur. Bu ise alkol kötüye kullanımında ilk adım olan alkole ulaşmada ekonomik koşulların önemine dikkat çekmektedir. Bu bulgu aynı zamanda ülkemizde gençlerin alkole ulaşmalarını zorlaştıracak yasaların bulunmamasının, alkolün hemen her sokakta satılıyor olmasının, gençlerin bar, disko gibi eğlence yerlerine kolaylıkla girebilmelerinin ve bu gibi yerlerde saat sınırlamalarının olmamasının vb. de alkol kötüye kullanım riskinin artmasında rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

## SONUÇLAR

Kuşkusuz alkol kötüye kullanım riskinin azaltılabilmesi için hazırlanacak önleme ve erken müdahale programların oluşturulabilmesi için farklı örneklemeler üzerinde ve farklı değişkenlerin de ele alındığı çok sayıda çalışmaya ve bilgi birikimine gereksinim vardır. Bununla birlikte, bilgi birikimine katkıda bulunmak amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen ipuçlarını şöyle özetlemek mümkündür:

\* Öğrencilere alkol kullanımı, alkolün olumsuz etkileri, alkol kötüye kullanım kriterleri gibi konularda bilgi verilmesi

\* Öğrencilerin alkol kullanmadan sosyalleşebilmelerine olanak verebilecek çeşitli sanatsal, sportif ve kültürel faaliyetler düzenlenmesi

\* Psikolojik sorunların taranmasına yönelik çalışmalara ağırlık verilmesi

\* Öğrencilere sorunlarla sağlıklı başağıkabilme yollarının öğretilmesi için çeşitli seminer, panel vs. düzenlenmesi, broşürlerin hazırlanması

\* Kitle iletişim araçları yoluyla aile eğitiminin yaygınlaştırılması

\* Gerekli durumlarda gencin ve ailenin başvurabileceği yardım kurumları hakkında bilgi verilmesi

\* Tüm bu uygulamalarda üniversiteye yeni başlayanlara, erkeklere ve gelir düzeyi daha yüksek olan öğrencilere öncelik verilmesi .

## KAYNAKLAR

- Berlin R, Davis RB, Orenstein A (1988) Adaptive and reactive distancing among adolescents from alcoholic families. *Adolescence* 23 (91): 577-584.
- Beyazyürek M (1989) Üniversite gençliğinde uyum bozukluğu olarak alkol ve uyuşturucu kullanımı. *Üniversite Gençliğinde Uyum Sorunları Sempozyumu Bilimsel Çalışmaları Ankara: Meteksan*, s: 69-75.
- Brennan AF, Walfish S, Aubuchon P (1986) Alcohol use and abuse in college students . I. A review of individual and personality correlates. *Int J Addictions*, 21: 449-474.
- Ceyhan B, Palabıyıkoglu R, Atakurt Y (1990) Clinical application and predictive power of MMPI Alcoholism Scale in Turkish alcoholic population. *J Ankara Med School*, 12 (2): 157-163.
- Chen M, Grube JW, Madden PA (1994) Alcohol expectancies and adolescent drinking: differential prediction of frequency, quantity and intoxication. *Addictive Behaviors*, 19 (5): 521-529.
- Christie KA, Burke JD, Regier DA ve ark. (1988) Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *Am J Psychiatry* 145 (8): 971-975.
- Demir A (1990) Üniversite Öğrencilerinin Yalnızlık Düzeylerini Etkileyen Bazı Etmenler. *Yayınlanmamış Doktora Tezi, H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü.*
- Derogatis LR (1992) *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, Scoring and Procedures Manual-II* Clinical Psychometric Research Inc.
- Ekşi A, Alpınar H, Birsun M (1978). 4613 İstanbul Üniversitesi öğrencisinde uyuşturucu ve teskin edici madde kullanımı ile ilgili bir araştırma. 13. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ajans Matbaası, Ankara.
- Hoffman H, Loper LG, Kammeier ML (1974) Identifying future alcoholics with MMPI alcoholism scales. *Quart J Studies Alcohol*, 35: 490-498.
- Holman TB, Jensen L, Capell M ve ark. (1993) Predicting alcohol use among young adults. *Addictive Behaviors*, 18: 41-49.
- Holmes SJ, Robins LN (1988) The role of parental disciplinary practices in the development of depression and alcoholism. *Psychiatry* 51: 24-35.
- Johnson V, Pandina RJ (1991) Effects of family environment on adolescent substance use, delinquency and coping styles. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 17 (1): 71-88.
- Jung J (1995) Parent - child closeness affects the similarity of drinking levels between parents and their college-age children. *Addictive Behaviors*, 20 (1): 61-67.
- Kaplan M (1979) Patterns of alcoholic beverage use among college students. *J Alcohol Drug Education*, 24: 26-40.
- Kasatura İ (1986) 16-6-1986 Genel tıp Kongresi. *Gençlikte Zararlı Alışkanlıklar Paneli Erzurum.*
- Kazdin A (1992) Child and adolescent dysfunction and paths toward maladjustment: Targets for intervention. *Clin Psychol Research*, 12: 795-817.
- Kumpfer KL & Hopkins R (1993) Recent advances in addictive disorders: Prevention. *Psychiat Clin North America*, 16 (1): 11-20.
- MacAndrew C (1965) The differentiation of male alcoholic outpatients from nonalcoholic psychiatric patients by means of the MMPI. *Quart J Studies Alcohol* 26: 238-246.
- Nie NH (1986) *SPSS-X: Statistical Package for Social Sciences*. New York: McGraw-Hill.
- Özer ÖA, Eradamlar N, Karamustafaloğlu KO ve ark. (1989) Alkol bağımlılığı ve yüksek öğretimde psikososyal faktörler. *Üniversite Gençliğinde Uyum Sorunları Sempozyumu Bilimsel Çalışmaları, Ankara: Meteksan*, s. 59-68.
- Pardeck JT (1991) A multiple regression analysis of family factors affecting the potential for alcoholism in college students. *Adolescence* 26 (102): 3341-346.
- Parrish SK (1994) Adolescent substance abuse: The challenge for clinicians. *Alcohol* 11 (6): 453-455.
- Rathus SA, Fox JA, Ortins JB (1980) The MacAndrew Scale as a measure of substance abuse and delinquency among adolescent. *J Clin Psychol* 36: 579-583.
- Rousenville BJ, Bryant K, Babor T ve ark. (1993) Cross System agreement for substance use disorders: DSM - III - R, DSM - IV and ICD-10. *Addiction* 88: 337-348.
- Russell D, Peplau LA, Ferguson ML (1994) Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory): Türk gençleri için uyarlaması. *Türk Psikoloji Dergisi* 31 (9): 44-56.
- Tol C (1990) Lise Öğrencilerinin Alkol Kullanımını Etkileyen Bazı Değişkenler. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü.*
- Tuğrul C (1994) Alkolik Babaların 18-24 Yaşlarındaki Çocuklarında Stres Kaynakları, Stresle Başa Çıkma Yolları, Benlik Saygısı ve Uyum Düzeyleri. *Yayınlanmamış Doktora Tezi, H. Ü. Nörolojik Bilimler ve Psikiyatri Enstitüsü.*
- Tümerdem Y, Ayhan B, Özşüt H ve ark. (1986) Orta ve yüksek öğrenim gençleri ve alkol kullanımı. XXII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Ekim - Kasım : 22-23.

Velleman R, Orford J (1990) Young adult offspring of parents with drinking problems: recollections of parent's drinking and its immediate effects, *Br J Clin Psychol* 29: 297-317.

Webb JA, Baer PE (1995) Influence of family disharmony and parental alcohol use on adolescent social skills, self-efficacy, and alcohol use. *Addictive Behaviors* 20 (1): 127-135.

Weiss S, Moore M (1994) Why, where and with whom do Israeli teenagers drink? To whom they turn for help with alcohol problems? *Alcohol and Alcoholism* 29 (4): 465-471.

Wilks J, Callan VJ, Austin DA (1989) Parent, peer and personal determinants of adolescent drinking. *British Journal of Addiction* 84: 619-630.

Wisniewski NM, Glenwick DS, Graham JR (1985) MacAndrew Scale and sociodemographic correlates of adolescent alcohol and drug use. *Addictive Behaviors* 10: 55-67.

Yüksel N, Dereboy Ç, Çiftçi İ (1994) Üniversite öğrencileri arasında madde kullanımı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 5 (4): 238-286.

## DUYURU

Yazarların dergiye gönderdikleri yazılarıyla birlikte, yazının kayıtlı olduğu disketi de göndermeleri değerlendirmeyi hıllandıracaktır. Disketler daha sonra geri verilecektir. Bilgilerinize sunulur.

Yayın Kurulu

# DAVRANIM BOZUKLUĞU TANISI ALAN ÇOCUK ve ERGENLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

İsmail Yavaş\*

## ÖZET

Bu araştırmada çocuk ruh sağlığı polikliniğine başvuran 17 yaşın altındaki davranım bozukluğu tanısı alan 101 çocuk ve ergen incelenmiştir. Araştırmada DSM-IV tanı ölçütleri kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS paket programında Ki-kare ve t-testiyle yapılmıştır. Çalışmada, davranım bozukluğunun, yaş, cinsiyet ve aile yapısıyla olan ilişkisi araştırılmıştır.

Davranım bozukluğu tanısı alan çocuk ve ergenlerin erkek/kız oranı 5/1 olarak bulunmuştur. Erkeklerin yaş ortalaması 142.9 ay, kızlarına 170.7 aydır. Davranım bozukluğu tanısı alan çocuk ve gençlerin ebeveynlerinin % 12.6'sı boşanmıştır ve % 7.4'ü üvey ebeveynle birlikte yaşamaktadır. % 3.2'sinde boşanmış anne yasal olmayan ilişki içerisinde.

% 5.3'ünde ebeveynlerden birisi ölmüş ve % 4.3'ünde bir ebeveyn yılın büyük kısmını evden uzakta ayrı geçirmektedir.

Araştırma sonucunda elde edilen bu bulgular yazın kaynakları eşliğinde tartışılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Davranım bozukluğu, demografik özellikler.

## SUMMARY: DEMOGRAPHICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CONDUCT DISORDER

In this study, 101 children and adolescents, under the age of 17, with conduct disorder were assessed in the outpatient clinic. Chi square and t-tests were calculated through the use of SPSS Pc+ package programme. In this study, the correlation between some specific variables of conduct disorder as age, sex, family structure were investigated.

The male-female ratio of children and adolescents diagnosed as conduct disorder was found 5:1. The mean age of boys was 142.9 and girls was 170.7 months. 12.6 % of the parents of children and adolescents were divorced, 7.4 % were living with stepparents and 3.2 % of the mothers were living with their boy friends. One parent was dead (5.3 %) and one parent has been away from home most of the time (4.3 %).

The findings of the study were discussed along with the relevant literature.

**Key words:** Conduct disorder, demographical characteristics.

## DAVRANIM BOZUKLUĞU TANISI ALAN ÇOCUK ve ERGENLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Davranım bozukluğu (DB), Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık son 25 yıldır üzerinde en çok yayın yapılan çocuk ve ergenlik dönemi sorunlarından. Bunun en önemli nedenleri arasında davranım bozukluğunun Amerika'da her geçen gün artıyor olması ve hala tanı, etioloji ve tedavi tartışmalarının bir sona ulaşmamış bulunması sayılmaktadır. Ülkemizde ise, bazı yazılarda dolaylı olarak söz edilse de, bu konuyla ilgili yeterli yayın bulunmamaktadır. Davranım bozukluğu, aileye, topluma ve bireyin kerdine verdiği zararlar yönüyle ele alındığında, diğer çocuk ruh sağlığı bozukluklarının bir çoğundan ayrılan kötü prognozlu bir bozukluktur (Özden ve Canat, 1994).

### Tanım:

DSM-IV davranım bozukluğunu, başkalarının temel haklarına saldırıldığı ya da yaşa uygun başlıca toplumsal değerlerin hiçe sayıldığı, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak görülen davranışlar örüntüsü olarak tanımlamaktadır (APA 1994). ICD-10 ise davranım bozukluğu, yi-

neleyici ve sürekli olan saldırgan, sosyal yönden bozuk ve başkaldırıcı davranışlarla belirlidir demektir (DSÖ 1992). Davranım bozukluğunun İngilizcesi "Conduct Disorder"dır. Öztürk, çocukta toplumun beklentilerine uyan ya da uymayan hareketleri, tutumları betimleyen bir sözcük olan İngilizcedeki "conduct" sözcüğü karşılığında yerine daha uygunu bulununcaya dek "davranım" sözcüğünün kullanılmasını önermektedir (Öztürk 1994). Davranım bozukluğu bu tür davranış gösteren çocuklarda kullanılan en son terimdir.

Aslında, yaramazlık, haylazlık olarak bilinen başkaldırma, karşı gelme ve toplumsal değerlere ters düşen hareketler çocukların bir çoğunda görülebilen davranışlardır. Ancak bunlar normal çocuklarda genellikle süregen ve yineleyici değildir. Çocukla ilgilenildiğinde, bu hareketlerin anlamı incelenerek onunla konuşulduğunda, genellikle bu tür başkaldırmalar ve karşı gelmeler yatışmakta ve önemli bir uyum sorunu olmamaktadır. Ancak davranım bozukluğunda, çocuk veya gençteki başkaldırma, karşı gelme ve topluma aykırı davranışlar yineleyici ve inatçı bir şekilde uzayıp gitmektedir. Bu davranışlar nedeniyle çocuk ya da gencin aile ve toplumla ilişkileri belirgin derecede bozulmaktadır (Öztürk 1994). Aslında, Lewis'in bir cümlesi bize

\* Yrd. Doç. Dr., G.A.T.A. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara.

bozukluğu en güzel biçimde özetlemektedir. "Davranım bozukluğu, tanı konulması çok kolay, korunması ve sakınılması çok zor bir bozukluktur" (Lewis 1991).

### Belirtiler ve tanı ölçütleri:

ICD-10 tanının temelini oluşturan davranış örnekleri olarak şunları önermektedir: Aşırı derecede kavgacılık ya da başkalarını korkutma, diğer insanlara ya da hayvanlara eziyet etme, eşyalara ciddi oranda zarar verme, yangın çıkarma, çalma, yineleyen yalan söyleme, okuldan ve evden kaçma, çok sık ve ağır öfke nöbetleri, başkaldırıcı kıskırtıcı davranışlar, sürekli ve ağır bir şekilde kurallara karşı çıkma. ICD-10'a göre tanı koymak için bu davranışlardan herhangi birinin belirgin şekilde bulunması yeterlidir. Ama tek kalan antisosyal eylemler tanı için yeterli değildir (DSÖ 1993).

Davranım bozukluğunda izlenen davranışlar DSM-IV'te dört ana başlıkta incelenmektedir. Bunlar:

1. İnsan ya da hayvanlarda fiziksel zarara neden olan ya da fiziksel zarar tehdidi olabilecek saldırgan davranış örüntüleri,
2. Mal ya da mülkte kayıp ya da zarara neden olabilen saldırgan olmayan davranış örüntüleri,
3. Dolandırıcılık ya da hırsızlık,
4. Kuralları ciddi bir biçimde bozma ya da çiğneme gibi davranış örüntüleri.

### Yaş ve Cinsiyet Özellikleri:

Davranım bozukluğu, erkek çocuklarında kızlara oranla daha sık görülmektedir (Öztürk 1994). Görülme sıklığı erkeklerde kızlara oranla 4-5 kat fazladır. Yine erkek çocuklarında kızlara göre daha erken yaşta başlamaktadır. Erkek çocuklarında ortalama başlama yaşı yedi, kız çocuklarında on üçtür (Campbell ve ark. 1993). McGee ve arkadaşları (1990) 15 yaşındaki ergenlerle yaptıkları epidemiyolojik çalışmada davranım bozukluğu tanısını erkeklerde kızlardan üç kere daha fazla bulmuşlardır. Kız/erkek oranı çeşitli çalışmalarda 1/4-12 olarak bulunmuştur (Robins 1981).

### Yaygınlık:

Prevalans % 5-15 arasında değişmektedir (Popper 1988). DSM-IV'te davranım bozukluğunun yaygınlığının son yıllarda arttığı ve şehirlerde, kırsal alanlardan daha sık izlendiği belirtilmektedir. Oranlar çalışmanın yöntemine ve

örneklem yapısına bağlı olarak geniş bir aralıkta değişmektedir. Erkekler için 18 yaşın altında oran % 6 ile % 16 arasındayken; kızlar için % 2 ile % 9 arasında bulunmaktadır. Davranım bozukluğu, ABD'de çocuk ruh sağlığı servisleri, poliklinik ve kliniklerinde en sık rastlanan bozukluklardan biridir (APA 1994).

1986 yılında Ankara Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı Bölümüne başvuran 720 çocuk arasında davranım bozukluğu, % 4.4 sıklıkta bulunmuştur (Erol 1988). 1991 yılında aynı klinikte 415 çocuk üzerinde yapılan çalışmada % 5.1 ile yedinci sırayı almıştır (Avcı 1992). Ankara Üniversitesi Ergen Kliniğine başvuran 576 hastada ise % 7.1 ile beşinci sırayı almıştır. Yurt dışında hem Avrupa, hem Amerika kökenli araştırmalarda davranım bozukluğu, kliniğe başvurularda ve hastaneye yatışlarda hemen daima ilk sırayı almaktadır (aktaran Özden ve Canat, 1994). Özden ve Canat (1994), Ankara Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümleri'ne başvuran hastaların oranlarının az olmasını tanı koymadaki farklılıklara, hastaların gelmiyor olabileceklerine ya da ülkemizde prevalansın düşük olma olasılığına bağlamaktadırlar.

### Ailesel Özellikler:

Bu tanıyı almış çocuk ve ergenlerin ailelerinde yapılan çalışmalarda, ailelerin genellikle düşük sosyoekonomik düzeyden geldikleri ve ana baba arasında şiddetli geçimsizlik bulunduğu bildirilmiştir (Fergusson ve ark. 1992). Parçalanmış aile oranı yüksektir. Genç suçluların % 70'inin tek ana babalı ailelerden geldikleri saptanmıştır (aktaran Özden ve Canat 1994). Annede ilgisizliğe, babada duygusal uzaklığa, antisosyal kişilik bozukluğuna, alkol ve madde bağımlılığına sık olarak rastlanılmaktadır (Frick ve ark. 1992).

Biyolojik ya da üvey ebeveynde antisosyal kişilik bozukluğu ya da bir kardeşte davranım bozukluğu olduğunda çocuklarda davranım bozukluğu riski artmaktadır. Biyolojik ebeveynlerinde alkol bağımlılığı, duygudurum bozuklukları, şizofreni olan ya da geçmiş yaşantılarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ya da davranım bozukluğu öyküsü olan anne babaların çocuklarında davranım bozukluğunun görülmesi daha sıktır. Özetle, ikiz ve evlat edinme çalışmalarından elde edilen bulgular, davranım bozukluğunun hem genetik hem çevresel et-



menlerin her ikisiyle de ilişkili olduğunu göstermektedir (APA 1994).

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırma Grubunun Özellikleri:

Araştırmaya, Ekim 1994 ve Ekim 1995 tarihleri arasında Hacettepe Çocuk Ruh Sağlığı Bölümüne başvuran ve DSM - IV'e göre davranım bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan, 17 yaşın altındaki tüm çocuk ve ergenler alınmıştır. Araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin tümüne davranım bozukluğu tanısı, çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında çalışan bağımsız iki çocuk psikiyatristi tarafından konulmuştur. Araştırma grubuna katılma ölçütleri aşağıda belirtilmiştir.

### Araştırma grubunun çalışmaya katılım ölçütleri:

1. Çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında çalışan birbirinden bağımsız iki terapist tarafından yapılan değerlendirmede davranım bozukluğu tanısının konulması,
2. Çocuk ve gençlerdeki davranım bozukluğu tanısının DSM-IV tanı ölçütlerince karşılanıyor olması,
3. Çocuk ve gençlerin 0-17 yaş aralığında olmaları,
4. WÇZÖ-R sonuçlarına göre tüm zeka bölümünün 70'in altında olmaması,
5. Sonuçları etkileyebilecek organik ve bedensel hastalıklarının olmaması,

Bu tanı ölçütlerini karşılayan araştırma grubu, 81 erkek, 20 kız olmak üzere toplam 101 çocuk ve ergenden oluşmuştur.

### İstatistiksel İşlem

Verilerin istatistiksel analizi bilgisayarda SPSS (Statistical Package for Social Sciences, For Windows Release 5.0.1, SPSS Inc., 1992) paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Sayıyla belirtilen verilerin değerlendirilmesi kare ( $x^2$ ) testi ile yapılmıştır. Ölçümle belirtilen verilerin değerlendirilmesinde bağımsız iki grubun ortalamalarının karşılaştırılması t-testi ile yapılmıştır. Sonuçlar tablolar halinde sunulmuştur.

Bütün istatistiksel testlerde en düşük anlamlılık düzeyi .05 olarak alınmıştır. Tablolarda testlerdeki anlamlılık düzeyi olduğu gibi gösterilmiştir. Testin sonucunda anlamlılık düzeyi .05 den küçük ise \* işaretiyle belirtilmiştir.

## BULGULAR

### A) Davranım Bozukluğu Tanısı Alan Çocuk ve Gençlerin Cinsiyet Özellikleri:

Tablo 1: Davranım bozukluğu tanısı alan çocukların cinsiyet dağılımı.

CİNSİYET	N	%	$x^2$
ERKEK	81	80.2	36.84*
KIZ	20	19.9	

\*p: .0000

Davranım bozukluğu tanısının erkek çocuklarında kız çocuklarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

### B) Davranım Bozukluğu Tanısı Alan Çocuk ve Gençlerin Yaş Özellikleri:

Çocuk ve ergenlerin yaşları ay olarak değerlendirilmiştir. Davranım bozukluğu tanısı alan 101 çocuk ve ergenin yaş ortalaması 148.5 ay olarak bulunmuştur. Standart sapma 29.2 aydır. DB tanısı alan en küçük birey 65 aylık, en büyük birey 199 aylıktır. Tablo-II'de, cinsiyetlere göre yaş ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 2: Davranım bozukluğu grubunun cinsiyetlere göre yaş ortalamalarının karşılaştırılması.

CİNSİYET	ERKEK (N: 80)		KIZ (N: 20)		t
	ort	ss	ort	ss	
YAŞ (ay)	142.9	28.2	170.7	21.9	4.75*

\*p: .0000

Tabloda görüldüğü gibi davranım bozukluğu tanısı alan erkek çocukların yaş ortalaması, kız çocuklarından anlamlı düzeyde küçük olarak bulunmuştur.

### C. Aile Yapısı ve Özellikleri:

Anne babası ölen, boşanan ya da ayrılmış olanlar anne babası ya da yasal olmayan ebeveyni bulunanların oranları Tablo-III'de gösterilmektedir.

**Tablo 3: Ailenin Demografik Özellikleri**

AİLE YAPISINA ÖZGÜ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER					
VAR - YOK	BOŞANMA	ÜVEY	Yasal Olmayan İlişki	AB AYRILIĞI	ÖLÜM
+	12.6	7.4	3.2	4.3	5.3
-	87.4	92.6	96.8	95.7	94.7

DB tanısı alan çocuk ve ergenlerin anne babalarının eğitim düzeyleri ve oranları ise Tablo-IV'te görülmektedir.

**Tablo 4: Ebeveynlerin Eğitim Düzeyleri**

EĞİTİM DÜZEYİ	EBEVEYNLER	
	ANNE (%)	BABA (%)
CAHİL	6.1	0
OKUR YAZAR	1	2
İLK OKUL	38.8	19.2
ORTA OKUL	18.4	25.3
LİSE	21.4	25.3
YÜKSEK OKUL	10.2	24.2
ORTA OKUL TERK	3.1	4
LİSE TERK	1	0
TOPLAM	100	100

Annelerin, % 45.5'inin ilkokul ve daha alt eğitim düzeyinde (okur yazar ya da cahil) oldukları görülmüştür. Yüksek okul mezunu annelerin oranı yalnızca % 10.1'dir. Annelerin mesleki özellikleri incelendiğinde ise % 65.7'sinin ev hanımı olup çalışmadıkları, % 23'ünün de memur olarak görev yaptıkları saptanmıştır.

Babaların % 21.2'sinin ilkokul ve daha alt düzeyde eğitimlerinin olduğu, % 24.2' sinin yüksek okul mezunu oldukları öğrenilmiştir. Babaların % 73.7 sinin orta direği oluşturan memur, işçi, emekli kesiminden oldukları görülmüştür. Babalardan birinin kumarhane, birinin bar işletmekte olduğu; üçünün işsiz, ikisinin de sık sık iş değiştirdiği öğrenilmiştir. Ebeveynlerden alınan öyküye göre, halen işsiz olan üç babanın ikisinin de eskiden kumarhane işlettikleri anlaşılmıştır.

Çocuk ve gençlerin %64.9'unu ilk randevüye tek ebeveynleri getirmiştir. DB tanısını alan çocuk ve gençlerin % 55.6'sı yalnızca anneleriyle, % 9.3'ü yalnızca babalarıyla gelmişlerdir. Her iki ebeveyniyle gelen çocuk oranı % 23.7'dir. Çocuk ve gençlerin yaklaşık onda birinin ilk randevüye her iki ebeveyni de gelmemiştir. % 9.3 oranında çocuk ve genç birinci derece akrabalarıyla, bir çocuk da yuva öğretmeniyle gelmiştir.

Çocukların % 50'sinin ailenin ilk çocuğu olduğu ve ortalama kardeş sayısının 2.67 olduğu saptanmıştır. DB tanısı alan çocuk ve gençlerin % 19.2'sinin kendisiyle birlikte dört ve daha fazla kardeş oldukları, % 31.3'ünün üç kardeş, % 40.4'ünün iki kardeş oldukları ve % 9.1'inin tek çocuk olduğu bulunmuştur. Çocuk ve gençlerin % 57.17'sinin kendi cinsiyetiyle aynı cinsiyette bir kardeşinin daha olduğu saptanmıştır.

## TARTIŞMA

Davranım bozukluğu tanısı, erkek çocuklarında kız çocuklarından daha fazla görülmektedir (Öztürk 1994). Görülme sıklığı erkeklerde kızlara oranla 4-5 kat daha fazladır. Çeşitli çalışmalarda kız / erkek oranı 1 / 4- 12 olarak bulunmuştur (Robins 1981). Ülkemizde davranım bozukluğu tanısı almış 101 çocuk ve ergen üzerinde yapılan bu çalışmada da yurt dışı çalışmalarinkine benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmada davranım bozukluğu tanısı alan çocuk ve ergenlerde erkek / kız oranı 5 / 1 olarak bulunmuştur. Yalnızca davranım bozukluğu değil, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi diğer yıkıcı davranış bozuklukları da erkeklerde daha sık olarak görülmektedir (Öztürk 1994). Yıkıcı davranış bozukluklarının erkeklerde daha çok görülmesinin nedenleri büyük olasılıkla genetik bilimi ilerledikçe ortaya konabilecektir. Ancak sosyal ve çevresel etmenler üzerinde de durulmalıdır.

Yine dış yayınlarda davranım bozukluğunun erkek çocuklarında kız çocuklarından daha erken yaşta başladığı belirtilmektedir. Erkek çocuklarında ortalama başlama yaşı yedi, kız çocuklarında on üçtür (Campbell ve ark. 1993). Bu çalışmada da davranım bozukluğu tanısı alan erkek çocuklarının bize başvurma yaşı 142 ay, kız çocuklarının başvurma yaşı ise 170 ay olarak bulunmuştur. Bu sayılar yaklaşık olarak erkek çocuklarında 12, kız çocuklarında 14 yaşa denk düşmektedir. Ülkemizde de, yurt dışında da davranım bozukluğu belirtileri kızlarda erkeklerden daha ileri yaşlarda görülmektedir. Elbette bu sayıların, çocuk ruh sağlığı bölümüne başvurma yaşını içerdiği göz ardı edilmemelidir. Asıl belirtiler genellikle çok daha önce başlamakta ancak ebeveynler sorunlar dayanılmaz bir durum alınca psikiyatrik yardıma başvurmaktalardır. Ülkemizde erkek çocuklarında görülen yıkıcı davranış bozuklukları belirtileri genellikle "Erkek çocukları yaramaz olur. Büyüdükçe akıllanır, uslanır." denilerek umursanmamakta ve çoğu kez de çocuk ruh sağlığı bölümlerine, belir-

tiler başladıktan çok sonra başvurumaktadırlar. Bu çalışmada kız çocuklarıyla ilgili bulunan sayılar yazındaki çalışmaların sonuçlarına benzerdir. Ülkemizde aileler gençlik çağına girmekte olan kızlarında davranım bozukluğu belirtileriyle karşılaştıklarında telaşa kapılarak hemen psikiyatrik yardım almaya koşmaktadır. Aileler erkek çocuklarında görülen davranım bozukluğu belirtilerini bir süre için geçer düşüncesiyle normal olarak değerlendirmektedirler. Ancak kültürel etmenlerin de etkisiyle kız çocuklarına bu belirtiler yakıştırılamamakta ve bu da psikiyatrik yardımın hemen alınmasına neden olmaktadır. Örneğin: Evden kaçan bir erkek çocuğusa sorun ilk olarak aile içinde çeşitli önlemlerle çözülmeye çalışılmaktadır. Ancak evden kaçan bir genç kız ise belki de kültürel etmenlerin de etkisiyle bu belirti ailede ciddi bir travmaya neden olmaktadır.

McGee ve arkadaşları (1990) 15 yaşındaki ergenlerle yaptıkları epidemiyolojik çalışmada davranım bozukluğu tanısını erkeklerde kızlardan üç kez daha fazla bulmuşlardır. Görüldüğü gibi erkek kız oranı yaş ilerledikçe küçülmektedir. Bu çalışmanın bulguları yazındaki çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur.

Bu çalışmada DB Tanısı alan çocuk ve gençlerin ebeveynlerinin % 12.6'sı boşanmıştır ve % 7.4'ü üvey ebeveynle birlikte yaşamaktadır. % 3.2'sinde boşanmış anne yasal olmayan bir babayla ilişki içerisinde. % 5.3'ünde ebeveynlerden birisi ölmüş ve % 4.3'ünde bir ebeveyn (sıklıkla baba) yılın büyük kısmını evden uzakta ayrı geçirmektedir. Tartışmanın bu bölümünde aile yapısının davranım bozukluğu gelişimindeki rolü üzerinde durulacaktır.

Rutter ve arkadaşları (1975) çocukluk ruhsal bozukluklarında aile ile ilgili altı risk etmeninin belirgin şekilde etkili olduğunu saptamışlardır. Bunlar, ciddi evlilik anlaşmazlıkları, düşük sosyoekonomik düzey, geniş aile yapısı, baba suçluluğu, anne ruhsal bozukluğu ve üvey ebeveyn yanında yaşamaktır. Rutter'ın belirlediği olumsuz ailesel ve çevresel risk etmenlerinin sayısı arttıkça çocuklarda ruhsal bozukluk riskinin de arttığı izlenmiştir. Biederman ve arkadaşları 1995 yılında yaptıkları çalışmada, Rutter'ın ailesel risk etmenlerinin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Bu çalışmada ailesel risk etmenlerinin sayısı arttıkça, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuyla birlikte görülen davranım bozukluğu, depresyon, anksiyete bozukluğu gibi ruhsal sorunların eşlik etme oranının da arttığı bu-

lunmuştur (Biederman ve ark. 1995). Görüldüğü gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocuklarda ek olarak ailesel risk etmenleri de varsa davranım bozukluğu gelişme riski artmaktadır. Gerçekten de, davranım bozukluğunda bireysel, psikolojik ve sosyal etmenler çok iç içedir.

Boşanma, ebeveyn ölümü ve ayrılığının hepsinde de ortak temel nokta çocuğun bir ebeveyninden ayrı yaşamasıdır. Boşanma her ne kadar temelde "ebeveyn ayrılığı"nu içeriyorsa da, ölüm ya da diğer nedenlere bağlı ebeveyn ayrılıklarından çok daha travmatik bir yaşam olayıdır. Beraberinde üvey ebeveynle birlikte yaşama zorunluluğunu, ebeveynlerde ruhsal sorunların oluşumunu, boşanma öncesince ana baba anlaşmazlıklarıyla dolu bir yaşantıyı da getirebilen travmatik bir yaşam olayıdır. Tüm bunlar çocuk ya da gençlerde davranım bozukluğu belirtilerinin gelişimini kolaşştırmaktadır. Böyle bir ortamda büyüyen çocuğun denetimi güçleşmekte, çocuk daha serbest ve denetimsiz davranabilmekte, anne baba uyumsuzluklarının olduğu bir ailede anne ve babadan çocuğa çifte mesajlar gidebilmekte, ruhsal sorunu olan ebeveyn çocuğuyla yeterince ilgilenememekte, aileye yeni katılan üvey ebeveyn ile çocuğun uyuma güçlükleri gündeme gelebilmekte ve daha bir çok olumsuz koşul çocukta davranım bozukluğu belirtilerinin oluşumunu kolaylaştırıcı bir etkiye neden olmaktadır (Yavaş 1995)

Davranım bozukluğunun tedavisinde ilaç tedavisinin yanısıra, olumsuz ailesel ve çevresel koşulların etkisinin göz ardı edilmemesi gereklidir. Biederman ve arkadaşları, 1995 yılında yaptıkları çalışmada, olumsuz ailesel etmenlerin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda ve bu bozukluğun gidişinde önemli bir rol aldığını göstermişlerdir. Genellikle dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğunun öncesinde, onun bir öncüsü (prekürsörü) olarak düşünülmektedir. Kısacası hiperaktivite, davranım bozukluğuna giden yollardan biridir. Rutter ailesel olumsuzlukların yolun akışının belirlenmesine yardımcı olduğunu söylemektedir (Taylor 1995). Gerçekten de bireysel risk etmenleri kadar ailesel, toplumsal, çevresel etmenler bazı hiperaktif çocuklarda davranım bozukluğu gelişimini kolaylaştırıcı rollere sahiptirler. Bir çok davranım bozukluğu tedavi yönteminin de aile ve akran ilişkilerine kenetlenmiş olması ve bu yollarla başarının elde ediliyor olması bunun en iyi göstergesidir. Bireysel faktörler ilaçla ancak kısa bir süre baskılanabilmektedir. İlaç terapiste, yalnızca çocuğu ya da genci eğitebil-

mek için zaman kazandırmaktadır. ABD ve Avrupa'da davranım bozukluğu çocuk ruh sağlığı polikliniklerine başvuruda ilk sırada yer alırken bizim toplumumuzda genellikle ilk dört bozukluk arasına bile girmemesi kültürel etmenlerin yani toplumun ve ailenin davranım bozukluğu gelişimindeki yerine işaret eden nedenler olarak görülebilir (Yavaş 1995).

Yukarıda sözü edilen çeşitli çalışmaların bulgu ve alıntılarında ailesel ve çevresel olumsuz etmenlerin çocuk ve gençleri kötü yönde etkilediği ve psikiyatrik bozuklukların gelişimine yol açtığı anlaşılmaktadır. DB tanısı alan bir çocuk ya da genç, ailesel ve toplumsal olumsuz ama kolaylaştırıcı etmenlerin de etkisiyle arzu ettiği bir şeye kavuşamamanın doğurduğu kaygıyla savaşımayı ve bekleyerek elde etmeyi değil, dürtüsel yapılarının da etkisiyle kolay yolu-yanı kaygısıyla savaşmaktan kaçmayı-seçmektedir. Genellikle aile ve çevre de onu bu yanlış seçiminde doğruya yönlendirebilecek durumda değildir. Böylece yavaş yavaş davranım bozukluğu belirtileri gelişmekte ve yerleşmektedir. Bu noktada olumlu toplumsal ve ailesel etmenler devreye girer ve çocuğu düzeltme yoluna gidilirse davranım bozukluğu belirtilerinin oluşumu engellenecektir. Ama olumsuz aile içi ilişkilerinin olduğu, ebeveyn anlaşmazlıklarının bulunduğu, annenin çocuk eğitiminde yalnız kaldığı, çocuğun yeterince izlenmediği bir aile ortamında ve öğretmenlerin çocukları değil maaşlarıyla bir ayı nasıl geçireceklerini düşündüğü, çocukları kötü yöne yönlendirebilecek kişi ve olanakların hazır olduğu bir okul ortamında ve herkesin kendi derdine düştüğü bir toplumda, çocuk ve gençlerde davranım bozukluğu belirtilerinin gelişimine giden kapılar da açılacaktır.

Elbette bu çalışmada, davranım bozukluğu tanısı alan 101 çocuk ve gencin hepsinin de ebeveynlerinde boşanma, ölüm, ayrılık, üveylilik gibi olumsuz ailesel etmenler yoktur. Ancak burada önemli olan bu olumsuz etmenlerin varlığı değil, bunların doğurduğu elverişsiz eğitim ortamıdır. Böyle bir ortamda çocukların eğitimi güçleşmektedir. Çalışmadaki 101 çocuk ve ergenin tümünün ailesel özellikleri öykü alımı sırasında sorgulanmış, bir çoğu da uzunca bir süre izlenmiştir. Bu çocuk ve gençlerin büyük bir kısmının ebeveynlerinde boşanma, üveylilik, ölüm ve ayrılık gibi olumsuz etmenler olmasa da, sıklıkla şiddetli ebeveyn geçimsizlikleri, aile bireyleri arasında iletişimsizlik sorunları, ebeveynlerden çocuğa farklı mesajların gitmesi, bir ebeveynin çocuğun eğitiminde yalnız kalması, otoritenin sağlanamaması gibi bir çok olumsuz et-

men bulunmaktaydı. Burada önemli olan boşanma, ölüm, ayrılık ve üveyliliğin kendisi değil, bunların doğurduğu olumsuz ve yetersiz eğitim ortamıdır. Her ne kadar ölüm ya da boşanma nedeniyle bir çok çocuk ve genç tek ebeveyn ile yaşamak zorunda kalıyorsa da her çocukta davranım bozukluğu gelişmemektedir. Bu çocuk ve gençlerde de, davranım bozukluğu riski artmış olmasına karşın ebeveynlerin yeterli ve uygun bir eğitim ortamı sağlaması nedeniyle bozukluğa giden yollar kapanmaktadır.

DB tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinin yarıya yakını ilkökul ve daha düşük eğitim düzeyinde bulunmuştur. Annelerin % 65.7'si ev hanımıdır. Babaların, yaklaşık üçte biri orta dereği oluşturan meslek grubunda yer almaktadır. Yazında da, DB tanılı gençlerin alt sosyoekonomik düzeyden geldiği bildirilmektedir (Lewis 1991). Bu çalışmanın bulguları da benzer sonucu göstermektedir. Burada önemli olan alt sosyoekonomik düzeyin beraberinde getirdiği olumsuz koşulların, çocuk ve gencin eğitimi güçleştirmesidir.

Çocuk ve gençlerin % 64.9'unu ilk randevüye tek ebeveynleri getirmiştir. Bu, ebeveynler arasındaki iletişim kopukluklarını gösteren bir bulgudur. Bu bulgu randevüye gelmeyen ebeveynin çocuğuyla yetersiz ilgisi olduğunu da gösterebilmektedir. Bu sonuç, çocuk ve gençlerin DB belirtilerini daha çok ebeveynlerden birine yansıttığını ve çocuğuyla uğraşmaktan bıkan dertli ebeveynin psikiyatrik yardıma tek başına da olsa başvurduğunu gösterebilir. Nitekim, çocuk ve gençlerin % 55.6'sı yalnızca anneleriyle gelmektedir. 101 çocuk ve ergenle yapılan görüşmelerin sonucunda oluşan genel kanı bu çocuk ve gençlerin eğitiminde genellikle annelerin yalnız kaldığıdır. % 65.7'si ev hanımı olan anneler tek başlarına çocuklarıyla başa çıkamadıkları görülmüştür. Asıl üzülen ve çocuklarının karşısında yetersiz kalan annelerdir. Çocuk ve gençlerin yalnızca dörtte biri her iki ebeveyniyle ilk randevüye gelmiştir. İlginç olan, kimi çocuk ve gençlerin babalarını ilk randevüden sonraki görüşmelere birçok kez çağırılmamıza karşın gelmemeleridir. Bu çocuk ve gençlerin babalarının, aile içi ilişkilerinin düzene girmesi için gelmeleri gerekliydi.

Çocukların % 50'sinin ailenin ilk çocuğu olmasının, ilk çocuğun yetiştiriliş biçimiyle ve kardeş kıskançlığıyla ilişkisi üzerinde araştırma yapılması gereken bir konudur. Örneklemin yaklaşık % 40'ı iki kardeşdir. Niçin iki kardeş oranının bu kadar yüksek olduğu araştırılması gereken bir konudur.

Ortalama kardeş sayısı 2.67 olarak saptanmıştır. DB tanısı alan çocuk ve gençlerin % 19.2'sinin kendiyile birlikte dört ve daha fazla kardeş, % 31.3'ünün üç kardeş, % 40.4'ünün iki kardeş oldukları ve % 9.1'inin de tek çocuk olduğu bulunmuştur. DB tanılı çocuk ve gençlerin anne, baba, kardeş ilişkileri üzerinde mutlaka durulmalı ve bu konuda daha fazla araştırma yapılmalıdır.

Özetle denebilir ki, hem çevreden, hem de çocuğun iç dünyasından kaynaklanan çeşitli etmenler çocuklarda agresyona neden olmaktadır. Burada önemli bir nokta da, çocukların deneyerek agresyonu öğrenmeleri konusudur. Saldırgan davranışlarda bulunan bir çocuğa, iyi ve yeterli bir eğitim verebilecek düzenli bir aile ve toplum yapısı yok ise, saldırgan davranışlar artarak devam edecek ve çocuğun doğal davranışı haline gelecektir.

## SONUÇ

- DB tanısı alan çocuk ve ergenlerin erkek/kız oranı 5 / 1 olarak bulunmuştur.
- DB tanısı alan çocuk ve gençlerin yaş özellikleri incelendiğinde, erkeklerin yaş ortalaması 11 yaş 9 ay, kızlarınsa 14 yaş 4 ay olarak bulunmuştur.
- DB tanısı alan çocuk ve gençlerin ebeveynlerinin % 12.6'sı boşanmıştır ve % 7.4'ü üvey ebeveynle birlikte yaşamaktadır. % 3.2'si boşanmış anne ve yasal olmayan ilişki içerisindedir. % 5.3'ünde ebeveynlerden birisi ölmüş ve % 4.3'ünde bir ebeveyn (sıklıkla baba) yılın büyük kısmını evden uzakta, ayrı geçirilmektedir.

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yapılmasında büyük katkı ve emekleri bulunan, Yrd. Doç. Dr. Birsen SONUVAR'a, Doç. Psk. Dr. Ferhunde ÖKTEM'e ve Hacettepe Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın tüm çalışanlarına teşekkür ederim.

## KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*. Washington, D.C., s: 85-91.
- Avcı A (1992) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniğine Başvuran Hastaların Belirti Dağılımı ve Sosyodemografik Özellikleri. Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi. Ankara.

Biederman J, Milberger S, Faraone ve ark. (1995) *Family environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity*. Arch Gen Psychiat. 52: 464-470.

Campbell M, Nilda M, Gonzales M (1993) *Davranış bozuklukları ve öfke patlamalarının farmakolojik tedavisi*. Pediyatrik Psikiyatrik Psikofarmakoloji içinde D Shaffer (ed). Çevirenler: P Gökcalp ve ark. İstanbul. Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı. s: 89-111.

Dünya Sağlık Örgütü (1993) *ICD - 10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması (Klinik Tanımlamalar ve Tanı Klavuzları)*. Çeviri Yayın Yöneticileri: MO Öztürk ve B Uluğ. Ankara. Medikomat Basım Yayın San. ve Tic. Ltd. Şti.

Erol N (1988) *Çocuk psikiyatrisinde demografik özellikler ve belirti dağılımı*. Ankara Tıp bülteni. 13-14.

Fergusson DM- Horwood LJ, Yynskey MT (1992) *Family change, parental discord and early offending*. J Child Psychol Psychiatry. 33: 1059 - 1075.

Frick PJ, Lahey B, Loeber R ve ark. (1992) *Familial risk factors to oppositional defiant disorders and conduct disorders*. J Consult Clin Psychol. 60: 49-55.

Lewis DO (1991) *Conduct Disorder. Child and Adolescent Psychiatry içinde*. M. Lewis (ed), Williams and Wilkins, Baltimore. s: 561 - 573.

McGee R, Feehan M, Williams S ve ark. (1990) *DSM - III Disorders in a large sample of adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 29: 611 - 619.

Özden A, Canat S (1994) *Davranım bozukluğu tanı ve etiyojoli: bir gözden geçirme*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 1 : 1. 40 - 50.

Öztürk M (1994) *Çocukluk Çağı Ruhsal Sorunları ve Bozuklukları*. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları içinde. (derleyen) MO Öztürk. Ankara. Medikomat Basım Yayın San. ve Tic. Ltd. Şti. s: 421 - 451.

Popper CW (1988) *Conduct Disorder. Textbook of Psychiatry içinde*. JA Talbott ve ark. (eds), Washington. American Psychiatric Press. s: 644 - 670.

Robins LN (1981) *Epidemiological approaches to natural history research: Antisocial disorders in children*. J am Acad Child Adolesc Psychiatr. 20: 566 - 580.

Rutter M, Cox A, Tupling C ve ark. (1975) *Attainment and adjustment in two geographical areas. I: The prevalence of psychiatric disorders*. Br J Psychiat. 126: 439 - 509.

Taylor E (1995) *Syndromes of Attention Deficit and Overactivity*. Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches Third Edition içinde. M. Rutter ve ark. (eds), Bath Press. s: 285 - 307.

Yavaş İ (1995) *Davranım Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Birlikteliği*. GATA Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi. Ankara.

# TOURETTE BOZUKLUĞU OLAN BİR AİLE

Orhan Doğan\*, Gamze Çelik\*\*, Burhanettin Kaya\*\* , Zühal Önder\*\*\*

## ÖZET

Bu çalışmada Tourette bozukluğu olan bireylere sahip bir aile genel bilgiler ışığında genetik geçiş, ailesel yatkınlık ve eşhastalanım yönünden gözden geçirilmiştir. Aile bireyleri hakkında bilgi vermiş ve izleme sonuçları tartışılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Tourette bozukluğu, genetik geçiş, ailesel yatkınlık, eşhastalanım.

## SUMMARY: A FAMILY WITH TOURETTE DISORDER

In this study, a family with Tourette disorder was reviewed with respect to genetic transmission, familial vulnerability and comorbidity. The informations about the family members were given and the results of follow up were discussed.

**Key words:** Tourette disorder, genetic transmission, familial vulnerability, comorbidity.

## GİRİŞ

Tourette bozukluğu (TB) çocukluk ve gençlik dönemlerinde başlayan, birden çok motor ve en az bir vokal tikle belirli, genetik ve nöropsikiyatrik bir bozukluktur (Comings ve ark. 1990a, Leckman ve ark. 1993, Shapiro ve ark. 1989 a, Steingard ve ark. 1992). Bozukluğa ilişkin ilk bilgiler 17. yüzyılda açıklanmış olmasına karşın, TB'nun ailesel yönünü 1885'te Gilles de la Tourette ortaya koymuştur (Robertson 1989).

TB'nun 2-15 yaşları arasında başladığı ve ortalama başlama yaşının da 7 olduğu bildirilmektedir (Leonard ve ark. 1992, Robertson 1989, Shapiro ve ark. 1989a). Toplumda yaygınlığı % 0.01 - 0.05 ve erkeklerde kadınlardan 3 - 4 kat daha fazla olarak bulunmuştur (Apter ve ark. 1993, Robertson 1989, Shapiro ve ark. 1989a, Steingard ve ark. 1992). Etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamakla birlikte, genetik etkenlerin, ailesel yatkınlığın, bazal ganglionlarda dopamin-erjik disfonksiyonun önemi üzerinde durulmaktadır (Pauls 1992, Pitman ve ark. 1987, Robertson 1989, Shapiro ve ark. 1989a ve 1989b, Steingard ve ark. 1992). TB'nda dopamin-erjik sistemin ve bunlardaki bozukluğun önemli olduğu düşünüldüğünde, biyokimyasal etyolojik etkenin bu sistemlerdeki bir anormalliğe ya da bu sistemler arasındaki denge bozukluğuna bağlı olduğu söylenebilir (Delgado ve ark. 1990). TB tedavisinde en çok kullanılan ve en etkili olan ilaçların haloperidol ve pimozid olması, dopamin-erjik disfonksiyonun etyolojik etken olduğu görüşünü desteklemektedir (Pitman ve ark. 1987).

Klinik belirtilerin şiddetini duygusal durumlar etkiler. Tedavide en yaygın yaklaşım ilaç tedavisidir. Tedavi ile belirtilerin şiddeti azalır. Ancak tam iyileşmenin % 8 oranında olduğu belirtilmektedir (Delgado ve ark. 1990, Robertson

1989, Shapiro ve ark. 1989a ve 1989b, Steingard ve ark. 1992).

TB'un etyolojisinde genetik etkenlerin önemli olduğu belirtilmektedir. Yapılan ikiz çalışmalarında, tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı % 52 - 87 arasında, çift yumurta ikizlerinde ise % 8 - 15 olarak bulunmuştur (Pauls ve ark. 1986a, Pauls 1992a, Steingard ve ark. 1992). İkiz çalışmaları genetik etkenler için güçlü kanıtlar sunmaktadır. Genetik geçiş biçiminin tek bir genle olduğunu öne sürenler olduğu gibi, birçok genin etkili olduğu multifaktöriyel-poligenik geçişin önemli olduğunu belirtenler de vardır. Çeşitli çalışmaların verileri otozomal başat (dominant) geçiş olduğu yönündedir; genetik geçişten değişik penetransla majör otozomal başat genin sorumlu olduğu ileri sürülmüştür (Pauls ve ark. 1986a, Robertson 1989, Shapiro ve ark. 1989a).

Gilles de la Tourette'in TB'un ailesel yönünü göstermesinden sonra bu alanda çalışmalar yapılmıştır. Bir çalışmada TB olanların birinci derece akrabalarında TB ve kronik tik bozukluğu % 13.9, ikinci derece akrabalarında % 2.0 oranında; kontrol grubunda ise bu bozukluklar sırasıyla % 0, % 0.4, ve % 0,9 oranında bulunmuştur. (Comings ve ark. 1990a). İki geniş aile çalışmasının birinde birinci derece akrabalarda TB'nun % 39 (Guggenheim 1979), diğerinde % 14.5 (Kurlan ve ark. 1986) oranında görüldüğü saptanmıştır. 1981'de yapılan TB Yale Aile Çalışması da TB olanların birinci derece akrabalarında TB ve kronik tik bozukluğu oranlarının yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Pauls ve ark. 1984). TB olanların birinci derece akrabalarında kontrol grubundakilerin birinci derece akrabalarına göre dikkat eksikliği bozukluğu ile birlikte yetersizliğinin (% 12.9'a % 2.9), affektif bozuklukların (% 11.2'ye ve % 3.9), alkol ve ilaç bağımlılığının (% 17.2'ye ve % 2) ve diğer psikiyatrik bozuklukların (% 47.3'e % 4.3) daha yük-

\* Prof. Dr., Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Sivas.

\*\* Uzm. Dr., Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Sivas.

\*\*\* Arş. Gör. Dr., Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Sivas.



Halen belirtilerinin şiddeti az ve ilaç kullanmıyor. Hastanın elektroensefalografisi normal olarak değerlendirildi.

**4. ÇOCUK:** 13 Yaşında, erkek, bekar, öğrenci. 3 yıldır tedavi gerektirmeyen şiddette göz kırpması, başını sallama ve küfretme biçiminde motor ve vokal tikleri var. Belirtileri insan ilişkilerini bozmayacak düzeyde ve ara ara ortaya çıkıyor.

**ANNE:** Herhangi bir tik bozukluğu ya da bir ruhsal bozukluk, organik hastalık saptanamadı.

**BABA:** Yıllardır zaman zaman başını ileri-geri sallama ve kolunu silkeleme varmış. Obsesif kişilik yapısında. Herhangi bir tedavi görmemiş.

**BABAANNE:** Gözlerinde kasılma ve kırpması varmış, herhangi bir tedavi görmemiş.

**BÜYÜKBABA:** Omuz silme varmış, tedavi görmemiş. Anne, baba ve kardeşlerinde tik bozukluğu yokmuş.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada TB olan bir aile genetik, ailesel yatkınlık ve birlikte görülen ruhsal bozukluklar yönünden gözden geçirilmiştir. Yalnızca tek bir ailenin bireylerine dayanarak bir bozuklukla ilgili yorumlarda bulunmak ve genelleme yapmak doğru değildir. Ancak elde edilen verilerin değerlendirilebilir nitelikte olduğu düşünülmektedir.

TB'nun etyolojik etkenleri arasında en çok çalışılan genetik etkenlerdir. Bu bozuklukta genetik geçişin nasıl olduğu tam olarak bilinmemekle birlikte, geçişin otozomal dominant olduğu görüşü daha çok kabul görmektedir. TB'nun erkeklerde daha yüksek oranda görülmesi X'e bağlı bir geçişin de olabileceğini düşündürmektedir. (Pauls ve ark. 1986a., Robertson 1989, Shapiro ve ark. 1989a) Olgu sayımız az olmakla birlikte, incelenen aile bireylerinden TB olanların üçünün de erkek olması bu görüşü destekler niteliktedir.

TB'nun genellikle 11 yaşından önce başladığı bilinmektedir. (Shapiro ve ark. 1989a). Olgularımız içinde bozukluğun başlama yaşı bilinen üç erkek çocukta başlama yaşları 8, 9, 10 ve ortalama başlama yaşı 9'dur. Literatürde vurgulanan cinsiyet farkı olgularımızda da görülmüştür.

TB'nun birçok ruhsal bozuklukla birlikte görüldüğü bilinmekte, bunlar arasında en çok obsesif

kompulsif bozukluk vurgulanmaktadır. (Price ve ark. 1985, Pauls ve ark. 1986a, 1986b, 1990, Robertson 1989). Bu iki bozukluk arasında güçlü bir bağ olduğu öne sürülmüş, bazı araştırmalar TB'unda obsesif kompulsif bozukluğun, obsesif kompulsif bozuklukta TB'nun topluma göre daha yüksek oranda görüldüğünü ortaya koymuştur. (Leonard ve ark. 1992, Steingard ve ark. 1992). Olgularımızdan en ağırlı olan ikinci çocukta obsesif belirtilerin saptanması bunu destekler niteliktedir. TB ile obsesif kompulsif bozukluk arasında karmaşık bir ilişki vardır. TB'nda hem dopaminerjik, hem de serotoninerjik sistem disfonksiyonunun rolünün olduğu söylenebilir (Delgado ve ark. 1990, Pitman ve ark. 1987).

TB olanların akrabalarında tik bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk başta olmak üzere çeşitli ruhsal bozuklukların yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. İncelenen ailede, kız çocukta, babada, babaanne ve büyükbabada kronik motor tik bozukluğu ya da belirtisi; babada obsesif kompulsif kişilik yapısı saptanmıştır. Bunlar literatürdeki bilgilerle birleştirildiğinde, TB'nun ailesel yönünü göstermesi açısından önemlidir.

TB'nun obsesif kompulsif bozukluk, belirtiler ve kişilik özellikleriyle, dikkat eksikliği bozukluğu, davranım bozukluğu ve diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikteliğinin yüksek oranda olması, ortak etyolojik etkenlerin bulunması olasılığını düşündürmektedir. (Gökler 1995).

Sonuç olarak TB sanıldığı kadar seyrek bulunmayan, genetik ve ailesel yönü olan, kronik ve inişli çıkışlı bir gidiş gösteren, tedavi seçeneklerinin geçici yararlar sağladığı bir bozukluktur (Jagger ve ark. 1982, Robertson 1989, Steingard ve ark. 1992, Apter ve ark. 1993). Bu bozukluğun ve birlikte görülen diğer bozuklukların iyi tanınması gerek hastalara, gerekse ailelere danışmanlık hizmetinin verilmesi, psikoterapi uygulanması ve eldeki olanaklarla tedavilerin düzenlenmesi açısından yararlı olacaktır.

## KAYNAKLAR

Apter A. Pauls DL. Bleich A ve ark. (1993) An epidemiological study of Gilles de la Tourette's syndrome in Israel. *Arch Gen Psychiatry* 50: 734- 738.

Borcherding BG. Keysor CS. Rapoport RJ ve ark. (1990) Motor/vocal tics and compulsive behaviors on stimulant drugs: is there a common vulnerability? *Psychiatry Res* 33:83.



- Comings DE, Comings BG (1990a) A controlled family history study of Tourette's syndrome, I: attention-deficit hyperactivity disorder and learning disorders. *J Clin Psychiatry* 51: 275-280.
- Comings DE, Comings BG (1990b) A controlled family history study of Tourette's syndrome, II: alcoholism, drug abuse, and obesity. *J Clin Psychiatry* 51: 281-287.
- Comings DE, Comings BG (1990c) A controlled family history study of Tourette's syndrome, III: affective and other disorders. *J Clin Psychiatry* 51: 288-291.
- Delgado PL, Goodman WK, Price LH ve ark. (1990) Fluvoxamine/ Pimozide treatment of concurrent Tourette's and obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 147:762.
- Fernando SJM (1967) Gilles de la Tourette's syndrome: A report on four cases and a review of published case reports. *Br J Psychiatry* 113:607.
- Gökler B (1995) Gilles de la Tourette Sendromu ve birlikte bulunan bozukluklar. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2 (1): 35-39.
- Guggenheim MA (1979) Familial Tourette syndrome. *Ann Neurol* 5:104.
- Jagger J, Prusoff BA, Cohen DJ ve ark. (1982) The epidemiology of Tourette's syndrome. *Schizophrenia* 8(2):267.
- Kurlan R, Behr J, Medved L ve ark. (1986) Familial Tourette's syndrome: report of a large pedigree and potential for linkage analysis. *Neurology* 36:772-776.
- Leckman JF, Walker DA, Cohen DJ (1993) Premonitory urges in Tourette's syndrome. *Am J Psychiatr.* 150: 98-102.
- Leonard HL, Lenane MC, Svedo SE ve ark. (1992) Tics and Tourette's disorder: a 2-to 7-year follow up 54 obsessive compulsive children. *Am J Psychiatry* 149:1244-1251.
- Nee LE, Caine ED, Polinsky RJ ve ark. (1980) Gilles de la Tourette syndrome: clinical and family study of 50 cases. *Ann Neurol* 7:41.
- Pauls DL, Kruger SD, Leckman JF ve ark. (1984) The risk of Tourette syndrome (TS) and chronic multiple tics (CMT) among relatives of TS patients: obtained by direct interview. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 23: 134-137.
- Pauls DL, Leckman JF (1986a) The inheritance of Gilles de la Tourette's syndrome and associated behaviors: evidence for autosomal dominant transmission. *N Eng J Med* 315:993-997.
- Pauls DL, Toubin KE, Leckman JF ve ark. (1986b) Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder: Evidence supporting a genetic relationship. *Arch Gen Psychiatry* 43:1180.
- Pauls DL, Pakstis AJ, Kurlan R ve ark. (1990) Segregation and linkage analyses of Gilles de la Tourette's syndrome and related disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29: 195-203.
- Pauls DL (1992) The genetics of obsessive compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *Psychiatric Clinics of North America* 15: 759-766.
- Pitman RK, Green RC, Jenike MA ve ark. (1987) Clinical comparison of Tourette syndrome and obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 144: 1166-1171.
- Price RA, Kidd KK, Cohen DJ ve ark. (1985) A twin study of Tourette syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 42: 815-820.
- Robertson MM (1989) The Gilles de la Tourette Syndrome: The current status. *Br J Psychiatry* 154: 147-169.
- Shapiro AK, Shapiro E (1989a) Tic disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry /V içinde. HI Kaplan ve BJ Sadock (ed). Williams and Wilkins. Baltimore. s: 1865- 1878.*
- Shapiro E, Shapiro AK, Fulop G ve ark. (1989b) Controlled study of haloperidol, pimozide, and placebo for the treatment of Gilles de la Tourette's syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 46: 722-730.
- Steingard R, Dillon-Stout D (1992) Tourette's syndrome and obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 15: 849-860.

# ON İKİ TRİKOTİLOMANİ OLGUSU

Özlem Özcan\*, Ayşen Baykara\*\*, Süha Miral\*\*\*

## ÖZET

Bu çalışmada, 12 çocuk trikotilomanî olgusunun sosyodemografik, klinik özellikleri, psikiyatrik komorbidite ve tedavileri geriye dönük olarak incelendi. 12 olgunun 7'si kız, 5'i erkekti. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı  $9.33 \pm 0.98$  idi. 8 olguda yalnızca saç, 3 olgudaysa saçta ek olarak kaş ve kirpik yolma davranışı söz konusuydu. 12 olgudan 7'sinde eşlik eden bir alışkanlık davranışı vardı ve 8 olguda komorbid bir psikiyatrik tanı saptandı. Komorbid tanılar arasında en sık depresyon gözlemlendi. İzleme süreçleri boyunca olguların davranışçı kognitif ve farmakolojik tedaviler açısından yanıtları da bu konuda yapılmış çalışmaların sonuçları ile karşılaştırılarak tartışıldı.

**Anahtar sözcükler:** Trikotilomanî, çocukluk

## SUMMARY: TWELVE CASES WITH TRICOTILLOMANIA

In this study, sociodemographic, clinical features, psychiatric comorbidity and treatments of 12 cases with childhood tricotillomania were investigated retrospectively. Seven of 12 cases were girls, 5 cases were boys. Average age of beginning of the disorder was  $9.33 \pm 0.98$  years. In 9 cases only hair pulling was seen and in 3 cases pulling out of eyelashes and eyebrows was seen. In 7 of 12 cases, we detected an associated habit behavior and psychiatric comorbidity was determined in 8 cases. Depression was the most common psychiatric comorbid diagnosis. During follow-up period, results of the behavior-cognitive and pharmacological therapy were compared and discussed with the results of previous studies.

**Key words:** Tricotillomania, childhood

## GİRİŞ

Trikotilomanî, kişinin kendi saçını yolmasına ilişkin karşı konulmaz bir dürtünün varlığıyla karakterize kronik gidiş gösteren bir bozukluktur. İlk kez 1889'da Fransız dermatolog François Hallopeau tarafından tanımlanmış olup, hem dermatologlar hem de psikiyatrlar psikojenik bir orijinden kaynaklandığı görüşünü benimsemektedirler (Burt 1995). Ancak çoğunlukla ilk başvuru dermatologlara olmakta ve bu nedenle de psikiyatrik literatürde oldukça az sayıda kaynağa rastlanmaktadır. Erişkin çağa ilişkin 19 olguluk, 16 olguluk geniş sayılabilecek seriler ve retrospektif olarak değerlendirilmiş 145 erişkin olgunun yer aldığı bir dermatolojik yayın ilk göze çarpanlardır (Greenberg ve Sarner 1965, Mehregan 1970, Muller 1987).

Trikotilomanî, ayrı bir psikiyatrik tanı olarak ilk kez DSM III-R'de yer almıştır. Saç yolma davranışından hemen önce giderek artan bir gerginlik duygusunun varlığı, bu dürtüye karşı koymadaki başarısızlık ve bu davranışın ardından bir rahatlama duygusu ya da haz almanın sözkonusu oluşu nedeniyle "Başka Bir Yerde Sınıflandırılmamış Dürtü Kontrolü Bozuklukları" başlığı altında sınıflandırılmıştır (APA 1987). DSM III-R'de yer almasından sonra da literatürde yine ya olgu sunumları ya da sayıca sınırlı hasta serileri şeklinde gözlenmiş olup, çocukluk çağına ilişkin yayınlar son derece azdır. DSM - IV, birincil medikal tanı ve başka bir mental bozukluğun varlığını dışlama ölçütü olarak

eklemiştir. Ayrıca DSM - IV'de bu bozukluğun klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olması da bir tanı ölçütü olarak yer almaktadır (APA 1994).

Önceleri son derece nadir olduğu varsayılan trikotilomanînin son yıllarda popülasyonda % 4 gibi bir sıklıkta görüldüğü düşünülmektedir (Christenson ve ark. 1991b, Burt 1995, King ve ark. 1995 a). Kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir ve bu sıklık yaklaşık 4:1 şeklindedir (Mehregan 1970, Christenson ve ark. 1991 a, 1991 b, Mc Elroy ve ark. 1992, Burt 1995, King ve ark. 1995 b). Çoğunlukla 17 yaştan önce belirir ve başlangıç genellikle erken çocukluk ya da adolesanstadır (Christenson ve ark. 1991 a, Swedo ve ark. 1991, Gelder, Gath ve Mayou 1993, King ve ark. 1995 b). Son yıllarda trikotilomanînin erken başlangıçlı ve geç başlangıçlı tip olmak üzere iki farklı grupta incelenmesi eğilimi doğmuştur. Erken başlangıçlı tipin görülme sıklığı, kadın ve erkeklerde eşit olup, prognozu daha iyidir. Geç başlangıçlı tip kadınlarda fazla görülmekte ve kronik bir gidiş göstermektedir.

Yapılan araştırmaların fenomenolojik, nörobiyolojik ve ailesel-genetik verileri, trikotilomanînin obsesif kompulsif bozuklukla (OKB) birlikteliğinin sık olduğunu ve iki bozukluğun ilişkili olabileceğini göstermiştir (Swedo ve Rapoport 1991, Kerbeshian ve Burd 1991, Lenane ve ark. 1992). Son yıllarda trisiklik antidepressanlar (TSA), seçici serotonin geri alım inhibitörleri

\* Arş. Gör. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı Anabilim dalı, İzmir.

\*\* Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir.

\*\*\* Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir.

(SSGİ), monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) ve atipik antidepresanlara yanıt veren bozuklukları afektif spektrum bozuklukları adı altında sınıflandırma eğilimi doğmuştur. OKB'un da aynı spektrumda incelenebileceği, fakat yapılan araştırmalara dayanılarak beden dismorfik bozukluğu, dürtü denetim bozuklukları, yeme bozukluklarının, belki kompulsif spektrum bozuklukları gibi ayrı bir kategoride yer almasının daha uygun olacağı ileri sürülmüştür (Leonard ve Tollefson 1994). Trikotilomanide, özellikle SSGİ'leri ve lityuma yanıt alınması, öncelikle serotonerjik ve dopaminerjik, hatta noradrenerjik sistem disfonksiyonlarının olasılığını akla getirmektedir (Coccaro ve ark. 1989, Kruesi ve ark. 1990, Polard ve ark. 1991, Mc Elroy ve ark. 1992, Stein ve ark. 1993).

Bu bozuklukta, psikanalitik görüşe göre ayırma ve bireyselleşme süreçlerinin önemli olduğu düşünülürken, davranışçı görüşe göre tablonun çocukluk çağına özgü bir alışkanlık olabileceği ileri sürülmüştür (Fenichel 1945, Greenberg ve Sarner 1965, Kohut 1977).

Bu çalışmada çocukluk çağı trikotilomani olgularının demografik ve klinik özellikleri incelenmiş, psikiyatrik komorbiditelerinin, gidiş ve tedavi sonuçlarının araştırılması amaçlanmıştır.

## YÖNTEM VE BULGULAR

Ocak 1993 ve Temmuz 1995 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran ve DSM-IV ölçütlerine göre trikotilomani tanısı almış 12 olgunun dosyaları gözden geçirildi.

İncelenen olguların yaş aralığı 4-15, yaş ortalaması 12±3.43 ve 7'si kız (% 59.3), 5'i erkekti (% 41.6). Kız ve erkek olguların sayıları birbirine yakın olmakla birlikte, kız / erkek oranı yaklaşık 1.4 olarak bulundu.

Aile yapılarına bakıldığında, 10 olgunun çekirdek aile, 1 olgunun geniş ve yine 1 olgunun parçalanmış aileden geldiği saptandı.

Olguların 5'i ailenin 1. çocuğu, 5'i ailenin 2. çocuğu ve kalan 2 olgu da ailenin 3. çocuğu olup, 4. olgu ikiz eşiydi ve ikizinde hastalık belirtileri saptanmadı.

Aileye giren toplam gelir düzeyine göre olguların 8'i orta, 2'si alt ve yine 2'si üst sosyoekonomik düzeyden gelmekteydi.

Anne baba arasında akraba evliliği olan yalnızca 1 olgu vardı ve anne-baba 2. dereceden ak-

raba idiler. Olguların soygeçmişleri incelendiğinde, 1 olgunun ailesinde psikiyatrik hastalık bulunduğu saptandı. Bu olgu anne babası akraba olan olgu olup, 11 yaşındaki ağabeyinde geçirilmiş trikotilomani öyküsü vardı ve halasında kronik trikotilomani ve trikofaji öyküsünün oluştuğu dikkat çekiciydi.

Olguların klinik özellikleri Tablo 1.'de özetlenmiştir. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 9.33±0.98 olup, en küçük başlangıç yaşı 3, en büyük başlangıç yaşı ise 14 idi.

Tablo 1. Olguların klinik özellikleri

OLGULAR	CİNSİYET	YAŞ	BAŞLANGIÇ YAŞI	HASTALIK SÜRESİ	BÖLGE
1	E	11	9	2 YIL	Saç
2	K	11	8	3 YIL	Saç, kaş, kirpik
3	E	12	9	3 YIL	Saç
4	K	4	3	1 YIL	Saç
5	E	12	11	1 YIL	Saç
6	E	15	12	3 YIL	Saç, kaş, kirpik
7	K	15	8	7 YIL	Saç
8	K	15	11	4 YIL	Saç, kaş, kirpik
9	K	14	14	0-6 AY	Saç
10	E	7	3	4 YIL	Saç
11	K	14	11	3 YIL	Saç
12	K	14	11	3 YIL	Saç

Ortalama hastalık süresi 2.66±0.83 yıl olup, en kısa süre 6 ay, en uzun süre 7 yıl olarak bulundu.

Kurumumuzdan önce hekim başvurusu 3 olguda söz konusu olup, bu olgular ilk başvurularını dermatologlara yapmışlardı. İlk kez psikiyatrya başvuran olgu sayısı 9 idi. 9 olguda saç yolma davranışını başlatan etken saptanamadı. 2 olguda bitlenme, 1 olguda anne ve babanın boşanması olayı başlatan etken olarak dikkati çekiyordu. Ana babası boşanan olgu halen babasının yanında yaşamını sürdürmekteydi.

Ana baba tutumları incelendiğinde, eleştirici-mükemmeliyetçi anne tutumu olguların 8'inde, edilgen-duygularını belli etmeyen baba tutumu ise 1 olguda saptandı. Diğer olguların ana baba tutumlarında patoloji saptanmadı.

9 olguda yalnızca saç yolma, 3 olguda saç ek olarak kaş, kirpik yolma davranışı da söz konusuydu. Olguların 10'u saçlarını birer birer, 2'si gruplar halinde yalmaktaydı. 4 olguda saç yolma davranışı öncesinde pruritus yakınması varken, hiçbir olgu ağrıdan yakınmıyordu.

12 olgunun 11'inde saç yolma davranışından hemen önce giderek artan bir gerginlik duygusu

ve yolmanın ardından bir rahatlama söz konusu olup, 11 olguda da semptom ego-distonikti. 4 yaşındaki diğer olgudan bu konularda güvenilir bilgi alınmadı.

Semptom, 6 olguda yalnız kaldığında, 4 olguda hem yalnızken hem de aile bireylerinin yanındayken, 1 olguda ise herkesin yanındayken ortaya çıkabiliyordu.

6 olguda yalnızca ders çalışırken, 2 olguda TV izlerken, 4 olguda ise hem ders çalışma, hem TV izleme, hem de uykuya dalma sırasında beliriyordu.

Saç yolma davranışının diurnal varyasyonuna bakıldığında, 9 olguda yalnızca akşam, 2 olguda yalnızca gündüz ve 1 olguda hem akşam, hem gündüz gözleendiği dikkati çekiyordu.

Saç yolma bütün olgularda episodlar halinde beliriyor ve episodlar 5 olguda haftalar, 4 olguda aylar, 3 olguda günler sürüyordu.

Eşlik eden alışkanlık olup olmadığı incelendiğinde, 7 olguda alışkanlıkların bulunduğu ve bunlardan tırnak yeme, parmak emme, sallanma davranışının 6 olguda görüldüğü ve 1 olguda da dudak ısırmanın olduğu saptandı.

Suçluluk duygusu ve kendine zarar verme davranışı, 2 olguda söz konusu olup, olgulardan biri elini sert bir zemine vurarak zedelemiş, bir diğeri de parmaklarını yakmaya çalışmış ve parmaklarında 2. derece yanık oluşmuştu.

Olgulardan 5'i saçsız bölgeyi örtme amacıyla kasket, başörtüsü ya da peruk gibi bir aksesuar kullanmaktaydı.

Hastalığın gidişine bakıldığında, ilk ortaya çıkışından o ana kadar geçen sürede, 7 olguda aylar, 5 olguda haftalar içinde bir ilerleyiş gözlenmiştir.

Obsessif-kompulsif belirtiler araştırıldığında, 2 olguda bunların bulunduğu ve bu olgulardan birinin aynı zamanda Obsesif-Kompulsif Bozukluk tanısı aldığı dikkati çekmiştir. Obsesif kompulsif belirtiler, komorbid tanı ve tedaviyle ilgili bilgiler Tablo 2.'de gösterilmiştir.

Trikotilomaniye eşlik eden bir diğer psikiyatrik bozukluğun varlığı incelendiğinde, 12 olgunun 8'inde komorbid bir psikiyatrik tanı bulunduğu saptandı. Komorbid tanı, olguların 3'ünde depresyon, 2'sinde hafif derecede mental retardasyon, 1'inde obsesif-kompulsif bozukluk, 1'inde

enürezis nokturna ve yine 1'inde davranım bozukluğu şeklindeydi.

**Tablo 2: Olguların obsesif kompulsif belirti, komorbid tanı ve tedavi açısından dağılımı**

OLGULAR	ALIŞKANLIK	OBS.KOMP. BELİRTİ	KOMORBİD TANI	TEDAVİ
1	Tırnak Yeme	Var	Depresyon	DK+İmipramin
2	Parmak Emme	-	Davranım Bozukluğu	DK+İmipramin+Nörol.
3	Sallanma	-	-	DK
4	-	-	E. Nokturna	DK
5	Sallanma	-	-	DK+İmipramin+Nörol
6	Dudak Isırma	-	-	DK+İmipramin.
7	Parmak Emme	-	Depresyon	DK+Fluoksetin
8	Tırnak Yeme	Var	Obs. Komp. Bozukluk	DK+Klomipramin
9	-	-	-	DK
10	-	-	Mental Retardasyon	DK+Klomipramin
11	-	-	Depresyon	DK+Sertralin
12	-	-	Mental Retardasyon	DK+Klomipramin

İzlem ve tedavi süreçleri boyunca tüm olgular, davranışçı-kognitif terapi almışlardır. Yalnızca davranışçı-kognitif terapi uygulanan olgu sayısı 3 olup, her 3'ünde de tedaviye yanıt ikinci ayda gözlenmiş ve her 3 olgu da ortalama altı ay süreyle izlenip tam olarak iyileşmişlerdir.

Davranışçı-kognitif terapiye ek olarak farmakolojik tedavi alan olgu sayısı 9 dur. Farmakolojik ajan olarak her birine antidepresan uygulanmıştır. Seçilen antidepresanlardan 7'si trisiklik, 2'si SSRI grubundandır. Tablo 2.'de görüldüğü gibi, bu olgulardan 4'ü (1, 2, 5, 6, nolu olgular) imipramin, 3'ü (8, 10, 12 nolu olgular) klomipramin ve 1'i (11 nolu olgu) sertralin kullanmıştır. Antidepresan kullanan olgulardan yalnızca 2'sinde nöroleptik eklenmesi gerekmiştir.

İmipramin kullanan olgulardan 2'si, altı ay süreyle 75 mg / gün dozda ilaç almış ve tedaviye yanıt yaklaşık ikinci ayda ortaya çıkmış, altıncı ayın sonunda her 2 olgu da tam olarak iyileşmişlerdir. İmipramin kullanan diğer 2 olgunun birinde yanıt alınmaması ve bir diğeri yaklaşıklık dördüncü ayda relaps gözlenmesi üzerine dördüncü ayda tedaviye nöroleptik eklenmiş, yaklaşık altı ay süreyle nöroleptik kullanımı sürdürülmüş, her 2 olgu da birinci yıl sonunda kısmi düzelmeye göstermiştir ve halen izlemleri sürmektedir. Bu 2 olguda seçilen nöroleptikler

den biri haloperidol olup, ortalama günlük dozu 5 mg olacak şekilde belirlenmiştir. Diğeri tiyridazindir, ortalama günlük dozu 50 mg olacak şekilde ayarlanmıştır. İki nöroleptiğe alınan yanıt birbirinden farklı olmayıp, tiyridazinin olası saç dökücü etkisi de gözlenmemiştir.

Klomipramin alan 3 olguda, günlük ilaç dozu 75-100 mg olarak düzenlenmiş, tedaviye yanıt yaklaşık 2-4 aylar arasında ortaya çıkmış ve birinci yıl sonunda olgularda belirgin düzelme gözlenmiştir. Bu olguların izlemi halen sürmektedir. Klomipramin alan 1 olguda (7 nolu olgu) ise dört ay süreyle günlük 100 mg doz uygulanmasına karşın hiçbir yanıt alınamaması üzerine, serotonin geri alım inhibitörlerinden fluoksetine geçilmiş, ortalama 40 mg günlük doz ile semptomlarda ikinci ayda belirgin düzelme gözlenmiştir. Halen bu olgunun da izlemi sürmektedir.

Sertralin kullanan olgunun ortalama ilaç dozu günlük 100 mg olacak şekilde sürdürülmüş, tedaviye yanıt yaklaşık ikinci ayda gözlenmiş ve altıncı ay sonunda belirgin düzelme sağlanmıştır. Yine bu olgunun da izlemi halen devam etmektedir.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada, üzerinde oldukça az araştırma yapılmış bir konu olan çocukluk çağı trikotilomanisi ve 12 çocuk olgunun özelliklerinin araştırılması amaçlandı.

Yaklaşık ikibuçuk yıl gibi bir süre içinde birimize başvuran trikotilomanili olgu sayısının 12 olduğu düşünülecek olursa, aslında bu hastalığın sanıldığı kadar seyrek olmadığı ileri sürülebilir. Trikotilomani kadınlarda erkeklerden daha sık görülmekte, hatta bu oranın yaklaşık 4:1 şeklinde olduğu söylenmektedir (Christenson ve ark. 1991 a, 1991 b, Mc Elroy ve ark. 1992, King ve ark. 1995 b). Ancak King ve arkadaşlarının (1995 a) 794 İsraili genç grubunda yaptığı epidemiyolojik çalışmada 8 olgu saptanmış olup, bunlardan 5'i erkek, 3'ü kızdır. Ünal ve arkadaşlarının (1995), 9 yıllık süre içinde başvuran 15088 hastayı retrospektif olarak inceledikleri çalışmada, 25'i kız, 19'u erkek olmak üzere 44 olgu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da 12 olgunun 7'si kız (% 58.3), 5'i erkek (% 41,6) olup, kız /erkek oranı 1.4 tür ve bu hastalığın kadınlarda daha sık ortaya çıktığı görüşünü desteklemektedir.

Başlangıç genelde erken çocukluk çağı ya da adolesansda olmaktadır (Christenson ve ark.

1991 a, Swedo ve ark. 1991, Mc Elroy ve ark. 1992, King ve ark. 1995b). Başlangıcın en sık olduğu yaş aralığı da 11-15 yaşlar olarak bildirilmiştir (Christenson ve ark. 1991 a). Bizim olgularımızda da başlangıç en fazla 11-15 yaşlar arasında saptanmıştır ki bu da Christenson ve arkadaşlarının bulgularını desteklemektedir.

Son yıllarda öne sürüldüğü gibi, 6 yaş öncesi başlayan "erken başlangıçlı tip" kız ve erkeklerde eşit sıklıkta görülmekte ve hızlı ilerlemekte, telkin ve davranışçı terapiye iyi yanıt vermektedir. 13 yaş sonrası başlayan "geç başlangıçlı tip" ise kızlarda fazla görülmekte, kronik bir gidiş göstermektedir (Burt 1995). Bizim çalışmamızda erken başlangıçlı olan 2 olgudan 1'i, yalnızca davranışçı-kognitif terapiyle 4 ayda tam düzelme göstermiştir.

Etyolojide psikanalitik görüşe göre, ayrılma ve bireyselleşme süreçleri üzerinde durulmakta (Fenichel 1945, Kohut 1977); olguların anne tutumlarının eleştirici mükemmeliyetçi oluşuna dikkat çekilmektedir. Baba tutumu da genelde edilgen, duygularını belli etmeyen özellik taşımaktadır. Bizim olgularımızın 8'inde anne tutumu eleştirici-mükemmeliyetçi olarak değerlendirilmiştir.

Yapılan aile-genetik çalışmaları, hastalığın multifaktöriyel bir kalıtımının olabileceğini göstermiştir (Kerbeshian ve Burd 1991). Bizim bir olgumuzda ana baba birinci dereceden akraba olup, olgunun ağabeyi ve halası trikotilomani tanısı almışlardır.

Başlangıç bazılarında stresli bir yaşam olayından sonra olabilmekteyse de, genelde uzun yıllar almaktadır (Christenson ve ark. 1991 a, Gelder, Gath ve Mayou 1993, Burt 1995). Birinci sırayı genelde saçlar almakta, ikinci sırada kirpik ve kaşlar gelmektedir (Christenson ve ark. 1991 a, King ve ark. 1995 a). Olgularımızın da 9'unda saç birinci bölgedir. Saç yolma çoğunlukla ritüalistik bir davranış olarak, oturularak yapılan uğraşlar sırasında ortaya çıkar (Burt 1995, King ve ark. 1995 b). Çocukluk çağında bu daha çok ders çalışma sırasında gözlenmekte olup, olgularımızın 6'sında da aynı durum söz konusudur. Yine genellikle davranıştan hemen önce giderek artan bir gerginlik duygusu ve ardından rahatlamamanın olması tanı koymak için şarttır (APA 1994). Olgularımızın 11'i bu durumu açık şekilde tanımlamışlardır. Yolma davranışı sırasında bazı hastalar pruritusu yakınsalar da genellikle ağrıdan söz etmemektedirler (Christenson ve ark. 1991 a, King ve ark. 1995 b). Araştırmamızda pruritusu yakınsalar 4 olguda saptanırken, ağrı

yakınmasına rastlanmamıştır. Semptomun çoğunlukla kişi yalnız kaldığında ortaya çıkıyor oluşu (Christenson ve ark. 1991 a) ve bizim olgularımızın 6'sında da aynı durumun varlığı, hekime başvuruyu geciktiren nedenlerden biri olabilir.

Eşlik eden tırnak yeme, parmak emme ve salınma gibi diğer semptomlar ya da alışkanlık davranışlarının % 85 oranında görüldüğü bildirilmektedir (Christenson ve ark. 1991 a, Jefferson ve Thompson 1995, King ve ark. 1995 b, Ünal ve ark. 1995). Bizim araştırmamızda bu davranışlar 7 olguda saptanmıştır.

Trikotilomaninin diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülme olasılığının yüksek olduğundan sözedilmektedir. Eşlik eden psikiyatrik tanı olarak, başta duygudurum ve anksiyete bozuklukları, şizofreni, mental retardasyon, alkol ve madde kötüye kullanımı gelmektedir (Christenson ve ark. 1991 a, Mc Elroy ve ark. 1992, King ve ark. 1995 a). Hatta obsessif-kompulsif bozukluğun farklı bir şekli olarak bile kabul eden araştırmacılar vardır (Swedo ve Rapoport 1991, Kerbeshian ve Burd 1991, Rapoport ve ark. 1994). Bizim olgularımızda da komorbid psikiyatrik tanı 8 olguda bulunmakta olup, birinci sırayı depresyon almıştır ve 1 hastaya da obsessif kompulsif bozukluk tanısı konmuştur. Trikotilomaninin farmakolojik tedavisinde, beyin serotonin kullanımını artırarak etki gösteren SSGİ'leri, TSA'lar ve lityum etkili olmaktadır. Bunlardan fluoksetin ve klomipraminin en iyi sonuç verdiği, aynı zamanda uzun süreli iyileşme sağlayabildiği bildirilmektedir (Pollard ve ark. 1991, King ve ark. 1995 b). Ancak geç başlangıçlı tipte uzun süreli iyileşmeler sağlansa da semptomlar erişkin çağda yeniden belirmektedir (Stein ve ark. 1993). Bizim araştırmamızda, bir hastada klomipramine yanıt alınması üzerine fluoksetine geçilmiş ve hızlı yanıt alınmış; ayrıca 2 hastaya da nöroleptik eklenmesi gerekmiştir. Ancak klomipramin ve imipramine yanıt birbirine benzer olup, sertralin kullanan olgumuzda tedavi yanıtı daha hızlı olmuştur. Bu bulgular da fluoksetin ve sertralinin tedavide daha etkin olduğunu akla getirmektedir. Yine nöroleptik eklenmesi de yanıtı hızlandırmıştır. Tedaviye dirençli 7 trikotilomani olgusunun 3'ünde düşük doz pimozid eklenmesiyle hızla yanıt alındığına dikkat çekilmiştir (Stein ve ark. 1992, 1993). Bizim çalışmamızda da nöroleptik eklenen olgularımızda tedaviye yanıtın hızlandığı açık şekilde görülmüştür. Beyinde serotonin düzeyini artıran ilaçların, dopamini baskılaması ve eklenen antipsikotik-

lerle de bu etkinin güçlendirilmesi söz konusu olabilir. Bu da etyolojide dopaminerjik sistemin de sorumlu tutulabileceğini ileri süren görüşleri desteklemektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Trikotilomani ister bir semptom, ister bir sendrom olarak ortaya çıksın, başlangıcı sıklıkla çocukluk çağı ya da adolesansta olmakta ve ister kompulsif, ister sembolik bir davranış olsun belki aynı zamanda gelişimsel bir krizi de yansıtmaktadır. Bu nedenle henüz çok iyi anlaşılammış bu bozuklukla ilgili epidemiyolojik, fenomenolojik araştırmalara, komorbidite ve aile genetiğine yönelik incelemelere, gidiş ve prognozla ilgili izlem çalışmalarına gereksinim vardır. Farmakolojik tedavi yaklaşımlarının sonuçları da, tedavi etkinliği ve güvenilirliğinin araştırılmasında, ileri sürülen etyolojik etkenlerin aydınlatılmasında yardımcı olacaktır.

## KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised)*. Washington D.C.. sa:177.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*. Washington D.C.. s: 237-238.
- Burt VK (1995) *Impulse-control disorders not elsewhere classified and adjustment disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry (IV) içinde. Hİ Kaplan. BJ Sadock (ed). Williams and Wilkins. USA. s: 1412-1415.*
- Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE (1991 a) *Characteristics of 60 chronic hair pullers. Am J Psychiatry. 148: 365-371.*
- Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE (1991 b) *Estimated lifetime prevalence of tricotillomania in college students. J Clin Psychiatry. 52: 415-417.*
- Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM (1989) *Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders: correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. Arch Gen Psychiatry. 46: 587-599.*
- Fenichel O (1945) *The Psychoanalytic Theory of Neurosis. W.W. Norton, New York. s: 335. 349. 458.*
- Gelder M, Gath D, Mayou R (1993) *Skin disorders. Oxford Textbook of Psychiatry içinde. M Gelder, D Gath, R Mayou (ed). Oxford University Press, Oxford. s: 458-459.*
- Greenberg HR, Sarnier CA (1965) *Tricotillomania: symptom and syndrome. Arch Gen Psychiatry. 12: 482-489.*

- Jefferson JW, Thompson TD (1995) Rhinotillexomania: psychiatric disorder or habit? *J Clin Psychiatry*, 56: 56-59.
- Kerbeshian J, Burd L (1991) (Mektup) Familial tricotillomania. *Am J Psychiatry*, 148: 684-685.
- King RA, Zohar AH, Ratzoni G ve ark (1995) An epidemiological study of tricotillomania in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34: 1212-1215.
- King RA, Scahill L, Vitulano L (1995) Childhood tricotillomania: clinical phenomenology, comorbidity and family genetics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34: 1451-1459.
- Kohut H (1977) *The Restoration of the self*. International Universities Press. New York. s: 111-112.
- Kruesi MJP, Rapoport JL, Hamburger S (1990) CSF monoamine metabolites, aggression and impulsivity in disruptive behavior disorders of children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 47: 419-426.
- Lenane B, Tollefson G (1994) Academic highlights focus on SSRI: broadening spectrum of clinical use. *J Clin Psychiatry*, 10: 459-467.
- Mc Elroy SL, Hudson JI, Pope HG (1992) The DSM - III-R. Impulse control disorders not elsewhere classified: clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders. *Am J Psychiatry*, 149: 319-327.
- Mehregan AH (1970) Tricotillomania: a clinicopathologic study. *Arch Dermatol*, 102: 129-133.
- Muller SA (1987) Tricotillomania. *Dermatol Clin*, 5: 249-265.
- Pollard CA, Ibe IO, Krojanker DN (1991) Clomipramine treatment of tricotillomania: a follow-up report on four cases. *J Clin Psychiatry*, 52: 128-130.
- Rapoport JL, Sewedo S, Leonard H (1994) Obsessive - compulsive disorder. *Child and Adolescent Psychiatry içinde*. M Rutter, E Taylor, L Hersov (ed). Blackwell Science Ltd, Oxford. s: 445-446.
- Stein DJ, Hollander E (1992) Low -dose pimozide augmentation of serotonin reuptake blockers in the treatment of tricotillomania. *J Clin Psychiatry*, 53: 124-126.
- Stein DJ, Hollander E, Liebowitz M (1993) Neurobiology of impulsivity and the impulse control disorders. *J Neuropsych Clin Neurosciences*, 5: 9-17.
- Svedo SE, Rapoport JL (1991) Annotation: tricotillomania. *J Child Psychol Psychiatry*, 32: 401-409.
- Ünal F, Bayşal B, Pehlivan Türk B ve ark. (1995) Çocuklarda tricotillomani: Sosyodemografik özellikler ve klinik değişkenler. 5. Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kongresi, Ankara.

# ÇOCUKLUK ÇAĞI DİSOSİYATİF KİMLİK BOZUKLUĞU VE PSİKOTERAPİSİ: BİR VAKA SUNUMU \*

Salih Zoroğlu\*\*, Hamdi Tutkun\*\*, Ümran Tüzün\*\*\*\*  
Vedat Şar \*\*\*\*\*

## ÖZET

Az bilinmesi ve tanıya ulaşmadaki kimi güçlükler karşın, çocukluk çağı disosiyatif kimlik bozukluğu erişkindekine oranla çok daha kolay tedavi edilebilmektedir. Bu yazıda, çocukluk çağı disosiyatif kimlik bozukluğu tanısı konularak 30 görüşmelik kısa psikoterapi ile fizyoni sağlanan ve alter kişilikleri 11'den ikiye indirilen 11 yaşındaki bir kızın öyküsü ve tedavi süreci anlatılmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Dissosiyatif kimlik bozukluğu, çocukluk çağı, psikoterapi

## SUMMARY: DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER IN CHILDHOOD: THE CLINICAL FEATURES AND PSYCHOTHERAPY OF A CASE

Although childhood dissociative identity disorder is scarcely known and is difficult to diagnose, it is easier than adult cases to ameliorate the clinical condition. In this paper, the history of an 11 years old girl diagnosed as having childhood dissociative identity disorder is presented. The 11 alter personalities of the patient could be integrated into two during the 29 psychotherapeutic interviews.

**Key words:** Dissociative identity disorder, childhood, psychotherapy

## GİRİŞ

Disosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) ya da geleneksel adı ile çoğul kişilik bozukluğu (ÇKB) modern psikiyatride, normal ucunda gündelik yaşamda görülen olağan unutkanlık, dalgınlık ve hayal kurma yaşantılarının yer aldığı kesintisiz bir süreklilik (continuum) oluşturan disosiyatif bozukluklar yelpazesinin patolojik ucunda yer alan kronik ve polisemptomatik bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmaktadır. (Putnam 1989, American Psychiatric Association 1994). Geleneksel olarak "histeri" nin bir türü sayılan DKB başta (özellikle aile içi) cinsel taciz olmak üzere çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile yakından ilişkili kronik bir travma sonrası stres bozukluğu olarak da nitelenmektedir (Putnam 1985). Önceleri çok ender görüldüğü düşünülen bu bozukluk DSM - III'de tanı ölçütlerine yer verilmesinden sonra giderek artan ölçüde yayınlara konu olmuş, sanıldığından daha sık olduğu kanısına varılmış, DSM-III-R'de bu bozukluğun en der görüldüğü ifadesi kaldırılmıştır (American Psychiatric Association 1980, 1987, Ross 1991). Buna karşın, bir kategori olarak geçerliğinden kuşku duyan klinisyenler bulunmakta ve konu üzerinde sert tartışmalar olmaktadır (Merskey 1992, Simpson 1995, Şar ve ark. 1995a, Şar ve ark. 1995b).

ÇKB tanısı konulan ilk çocuk vaka 1840 yılında Despine tarafından bildirilmiştir (Ellenberger 1970). Bu aynı zamanda başarı ile tedavi edilmiş

ilk ÇKB vakasıdır. İkinci çocuk vaka ise bundan tam 140 yıl sonra 1979 yılında bildirilmiştir (Kluft 1985). Psikiyatri yazınında ilk vakayı da içine almak üzere 1988 yılı sonuna kadar yalnızca 12 tane çocuk yaşta ÇKB vakası yer almıştır (Vincent ve Pickering 1988). Bugüne değin elde edilen bugular bu bozukluğun çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile ilişkili olduğu ve asıl psikopatolojinin temelini çocuk yaşlarda atıldığı ve bozukluğun doğal gidişinin kronik nitelik gösterdiği doğrultusundadır (Kluft 1985, Putnam 1985, Fish-Murray ve ark. 1987). Çocuk yaşta tanısı konulduğunda tedavisinin erişkinlere oranla çok daha kolay ve kısa sürede yapılabildiği bildirilmekle birlikte (Kluft 1985, Kluft 1985, Fagan ve McMahon 1984, McMahon ve Fagan 1993) DKB'nin çocukluk çağındaki klinik fenomenolojisinin farklı yönlerini dikkate alan ayrı tanı ölçütleri henüz oluşturulmuş değildir (Putnam 1991).

Ülkemizde DKB alanındaki çalışmaların gelişimi henüz çok yenidir. Bu tanının konulduğu adölesan yaşta ilk vaka 1994 yılında bildirilmiştir (Tutkun ve ark. 1994). Bunu yine aynı grup tarafından bildirilen DKB vaka serileri izlemiştir. Bu tanımlayıcı çalışmalar ardışık olarak belirlenen ilk vakaları (Tutkun ve ark. 1995), adölesanları (Zoroğlu ve ark. 1995), adölesan ve erişkinlerin karşılaştırılmasını (Yargıç ve ark. 1995) konu almıştır. Üniversite (Yargıç ve ark. 1994) ve lise öğrencilerinde (Zoroğlu ve ark. 1996, Miral ve ark. 1996), psikiyatri servisinde yatmakta olan hastalarda (Tutkun ve ark. 1995) görülen disosi-

\* 5. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi'nde (1995) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

\*\* Arş. Gör. Dr., İstanbul Çapa Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bilim Dalı, İstanbul.

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

\*\*\*\* Doc. Dr., İstanbul Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bilim Dalı, İstanbul.

\*\*\*\*\* Prof. Dr., İstanbul Üniv. Çapa Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.



yatıf belirtilerinin bildirilen çocukluk çağı travmaları ile ilişkisini ortaya koyan çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Ülkemizden ilk çocuk yaştaki DKB vakaları İstanbul Tıp Fakültesi Grubu'nca bildirilmiştir (Zoroğlu ve ark. baskıda).

DKB ve diğer disosiyatif bozuklukların çocukluktaki görünümünün incelenmesi iki yönden önemlidir. Birincisi, hastalığın erken bir evrede tanınması etyolojide çoğu zaman yer alan kötüye kullanım saptanmasına ve çocuğun korunmasına yol açacaktır. İkincisi, bu bozukluğun tedavisi çocukluk çağında yetişkin hastalara göre daha kolaydır ve daha kısa sürede sonuca ulaşmakta, dolayısıyla daha az kaynak ve emek gerektirmektedir (Kluft 1985, McMahon ve Fagan 1993, Putnam 1991, Hornstein ve Tyson 1991).

## VAKA SUNUMU

### Klinik Öykü

11 yaşında bir kız çocuğu olan Hale ilkököl dördüncü sınıf öğrencisidir. Anne, baba ve 8 yaşındaki kızkardeşi ile birlikte İstanbul'a komşu bir ilçede oturmaktadır. (Yazıda yer alan tüm isimler hastanın kimliğini saklı tutmak amacıyla değiştirilmiştir).

Hale başağrısı, bazen buna eşlik eden mide bulantısı, belirli bir neden olmaksızın sinirlenme ve ağlamalar, kendi kendine konuşma, bazen çevresi tarafından saçma olarak nitelendirilen konuşmalarının olması, özellikle okulda olan dalma halleri, sinirlendiğinde kendi saçını kesmesi, söz dinlememe, makyaj yapma ve topuklu ayakkabılar giyme gibi yaşıyla uyumsuz bazı davranışlarda bulunması nedeniyle annesi tarafından getirildi.

Dağa önce herhangi bir ruhsal rahatsızlığı olmayan Hale'nin 1991 yılında çok sevdiği büyük amcasının ölümünden on gün kadar sonra gece korkuları olmuş. Uyanıyor ve bu sırada anlamsız konuşmaları oluyor, sabah bunları hatırlamıyormuş. Bir kaç kez geceleri odasında bazı şeyler gördüğünü söylemiş ve bu sırada "anne geliyorlar, anne beni almasınlar, beni götürmek istiyorlar" gibi konuşmaları olmuş. Korkularının gündüz saatlerinde de ortaya çıkması ve bu sırada beliren sık ağlamalar nedeniyle annesi hastayı bir "cinci hoca"ya götürmüş. Hoca "üzerlerine su atıldığı için hastaya cinlerin musallat olduğunu ve uğradıklarını" söylemiş, muska vermiş.

Bu olaydan sonra korkuları daha da artmış ve şiddetli başağrıları ortaya çıkmış. Baş ağrısı özellikle sinirlendiğinde, üzülürken ya da anne ve babasının tartışmasına tanık olduğunda oluyormuş. Baş ağrısı sırasında ve sonrasında çok hırçınlaştığı, söylenenleri yapmadığı ve daha önce yapmadığı şekilde annesine ters davrandığı, karşılık verdiği gözleniyormuş. Sık sık amcasından söz ediyor, ölüm hakkında sorular soruyormuş. Daha sonra bazı davranış değişiklikleri başlamış. Ani öfke patlamaları ortaya çıkmış. Belirgin bir neden yokken çok sinirli davrandığı, ağladığı, bağırarak, saçını kesmeye çalıştığı (bir kaç kez kesmiş), bazen kendisini öldürme tehditlerinde bulunduğu gözlenmiş. Ailesinin yerine getiremeyeceği yersiz istekleri oluyormuş. Örneğin gece yarısı dondurma diyor, gezmek için evlerine oldukça uzak olan bir başka semte gitmek istiyormuş.

Okulda da öğretmeni hastanın dersleri yeterli kadar izlemediğini, bazen dalgınlaştığını ve hayal kuruyor gibi olduğunu belirtiyormuş. Okul başarısının sık sık değiştiği, bir gün matematikten bir soruyu başarıyla yanıtlarken bir kaç saat sonra benzer bir soruyu yapamadığı, o konuyla ilgili hiç bir şey bilmiyormuş gibi davrandığı gözleniyormuş. Fakat aynı soruyu bir kaç gün sonra tekrar başarıyla yapılabiliyormuş. Bu duruma öğretmeni kadar hasta da şaşırıyormuş. Hale, bazen dersin başını hatırladığını, sonra dalıp gittiğini, kendisine geldiğinde dersin bitmek üzere olduğunu gördüğünü ve arada neler olduğunu hatırlamadığını belirtiyordu. Ayrıca öğretmeni ani sinirlenmeleri nedeniyle arkadaşları ile uyumunun da iyi olmadığını açıklıyormuş. Hale'ye okuldaki tüm bu sorunlar nedeniyle annesi tarafından sık sık ceza veriliyormuş.

Son iki yıldır, Hale'nin ailesi tarafından doktora asıl başvuru nedeni olarak görülen, okulda ve evde özellikle üzülürken, sinirlendiğinde ortaya çıkan baş ağrısı ile birlikte, mide bulantısı ve kusma gibi bedensel yakınmaları olmuş. Bazen küçük girişimlerle geçirilen inatçı ve şiddetli baş ağrısı nedeniyle bir çok kez hastaneye başvurmuşlar. Bazı incelemeler yapıp normal bulgular elde edildiği söylenmiş ve çeşitli ağrı kesici ilaçlar önerilmiş. Son kez bir nöroloji kliniğinde görülen Hale'ye BBT yapılmış ve normal bulunmuş, çekilen EEG'de, bazı bozukluklar bulunduğu söylenmiş, fakat bunların var olan yakınmaların nedeni olamayacağı bildi-

rilmiş ve çocuk psikiyatrisi konsültasyonu önerilmiş.

## Kişisel Öykü

Normal bir gebelik ve doğum sonrasında bir ay anne sütü emmiş. Konuşması ve tuvalet eğitiminin tamamlanması zamanında olmuş. 28 aylık iken yürümeye başlamış. Anne tuvalet eğitiminde oldukça katı ve titiz davranmış. Okula 6.5 yaşında başlamış. Birinci sınıfta yaşatlarından daha zor öğrendiği ve özellikle yazı yazmada beceriksizlik gösterdiği farkedilmiş. Yazarken defterindeki çizgilerin dışına taşıyor, çizginin altına ve üstüne yazıyor, fiş okumada ve tahtaya yazılan ve çizilenleri defterine geçirmede beceriksizlik gösteriyormuş. Yazı yazarken yaptığı yanlışlar yüzünden öğretmeni tarafından eleştiriliyor ve bu eleştiriler anneye aktarılıyormuş. Annesi de yazıyı defterindeki satır çizgilerinin arasına yazamadığı için cezalandırıyor ve bazen de dövüyormuş. Hasta bir kaç kez görme zorluğu çektiğini belirtmişse de dikkate alınmamış.

Sol elini kullanması nedeniyle hastaya çeşitli baskılar uygulanmış. Özellikle okula başladıktan sonra sağ eliyle yazı yazması, yemek yemesi için aşırı zorlamalar, korkutmalar olmuş. Bir keresinde elini zorla, bağlayarak arkasında tutması sağlanmış ve ancak o şekilde uyumasına izin verilmiş. Sabah uyandığında elinin ve kolunun şiddetli bir şekilde ağrıdığını farkedene Hale "elimdeki izler çok acı veriyordu ve uzun süre geçmedi" diyordu. Bazen unutup sol elini kullandığında anne ve babasının kızdığını, hatta dövdüğünü belirtiyordu. Bu konuda en katı tutumu gösteren babaanne özellikle yazarken ve yemek yerken kendisine karışmış.

Bu durumda Hale birinci sınıfı geçememiş. O sırada yapılan göz muayenesinde görme problemi saptanmış ve gözlük verilmiş. Birinci sınıfı tekrar eden Hale kısa süre içinde okuma ve yazmayı sökmüş. Sık sık azarlanmasına neden olan defter çizgilerinin üzerine ve yanına yazı yazma durumu kaybolmuş. Hale birinci sınıfta iken, kendisinin uyarılarına karşın, ciddiye alınmayıp göz muayenesine götürülmeşi, bu nedenle okuma yazmayı öğrenememesini, azar işitip cezalandırılmasını ve arkadaşları bir üst sınıfa geçtiklerinde kendisinin aynı sınıfı tekrar etmek zorunda kalmasını ve bunun getirdiği utanç ve aşağılanma durumunu kendisine karşı yapılan bir haksızlık olarak görüyordu. Sınıfta kalma ve sol elini kullanmasından ötürü gördüğü baskı ilk haftalarda psikoterapi görüşmelerine sıklıkla konu oldu.

## Aile Öyküsü

Hale'nin anne ve babası Trakya'nın küçük bir ilçesinde oturmakta olan, geleneklerine bağlı, orta gelir düzeyinde insanlardır. Baba bir un fabrikasında işçi olarak çalışmakta, anne ev kadınıdır. İkisi de ilkokul mezunu olup kendilerinin olan bahçeli bir evde yaşamaktadırlar. Aynı evin diğer katlarında babaanne, dede ve bir amca oturmaktadır.

Hale'nin annesi orta yaşta, geleneklerine bağlı bir insan olup kişilik olarak agresif sayılabilecek yapıdadır, çocuklarına karşı hoşgörüsüz tavır dikkat çekmektedir. Babanın da, yetiştiği ve yaşadığı sosyokültürel çevrenin kimi etkileriyle pekişen oldukça sert ve otoriter bir yapısı vardır. Anne ve babanın ilk evlilikleri olup aralarında belirgin bir geçimsizlik tanımlanamamaktadır.

Evde Hale'nin yetişmesinde büyükanne ve dede de rol almışlardır. Babaanne çok hoşgörüsüz, çocukların ufak yaramazlıklarında bile ceza verilmesi yanlısı, ayrıca oğlunun evliliği üzerinde fazlasıyla söz sahibi olarak anlatılmaktadır.

Hale'nin 8 yaşında bir kız kardeşi vardır. Hale'nin bu kız kardeşini kabullenemediği, daha küçük yaşlarda bir kıskançlık sorununun uzun süre yaşandığı anlatılmaktadır. Anne ve baba çocuklara eşit davranmaya çaba göstermekte, fakat hastalığın Hale'yi zor ilişki kurulan, anlaşılması ve idare edilmesi güç bir çocuk haline getirdiği belirtilmektedir.

Ailede önemli bir tıbbi ya da psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmamaktadır. Önemli bir çevre değişikliği de olmamıştır. Evleri üç oda ve bir salondan oluşmaktadır. Hale kardeşi ile birlikte bir çocuk odasını paylaşmaktadır. Hale'nin şimdiye kadar gece ana babası ile birlikte yatmak gibi bir isteği olmamıştır.

## Ruhsal Durum Muayenesi

Yaşından küçük gösteren Hale temiz, bakımlı görünüyordu, hareketli ve cana yakın bir izlenim vermekteydi. Gözlük takıyordu. Konuşması spontan, düzenli, yeterince açıktı. Kelime dağarcığı, seçtiği kelimeler ve cümle kurgusu yaşına uygundu. Şivesinde yöresel özellikler bulunuyordu. Düşünce akışı düzgündü. Yaşından beklenmeyecek rahatlıkta, canlı mimiklerle, çekicilik vermeğe ve hoş görünmeye çalışarak konuştuğu gözleniyordu. Göz ilişkisi kuruyordu. Duygulanımı canlıydı, açılan konulara göre uygun duygusal katılım gösteriyordu.

Dışa vuran davranışlarında biraz "büyümüş de küçülmüş" diye nitelenebilecek havası, hafif "teatral" ve "çok bilmiş" tavrı dikkati çekiyordu.

Bilişsel yetilerinde bir bozukluk saptanmadı. Bilinci açık, yer, zaman, kişi yönelimi yerindedi. Öyküde yer alan "dalma" belirtileri trans dönemleri olarak değerlendirildi.

İşitsel ve görsel varsanılar tanımlıyordu. Sesler çoğu zaman kafasının içinden geliyor, ona yaptığı şeyler, söyledikleri, düşündükleri ve hatta dini inançları konusunda yorumda bulunuyorlardı. Kimi zaman hastaya adıyla sesleniyorlardı. Bu sesler değişik yaş ve cinsiyetten insan sesine benzeyen seslerdi. Hale tarafından cin oldukları düşünülüyordu. Adları vardı, bazen kendi aralarında konuşuyorlar, iddialaşıyorlar ve hatta tartışıp kavga ediyorlardı. Hasta bazen bunların gürültüsünden rahatsızlık duyuyor ve susturmak için çaba gösteriyor, hatta onları korkutuyordu. Hastanın yanında birisi varsa bu ses ve görüntüler ortaya çıkmıyorlardı. Bu yüzden hasta bazen bu sesleri "babam geliyor, şimdi sizi ona söyleyeceğim" diyerek susturabiliyordu. Yine bu seslere ilişkin görüntüleri ve bu seslerin sahiplerini görüyordu. Bunlarla oyun oynadığını belirtiyor ve bu sırada dışarıdan bakan birisinin onu tek başına oyun oynuyor gibi göreceğini söylüyordu.

Depersonalizasyon tanımlıyordu: Bazen bedenini farklı algılıyordu. Çoğunlukla bu duyumsama kendisinden farklı bir beden imgesi olan diğer bir kimlikteyken oluyordu. Kendisinin "bilgisayarın kontroluna girdim" dediği duyumsamaları oluyordu. Hale böyle bir aletin zaman zaman kontrolüne girdiğine gerçekten inanıyordu. Bu durum bir pasif etkilenme yaşantısı olarak değerlendirildi. Kendisini o zaman bir robot gibi hissettiğini ve bedenini sanki bir başkasınınmış gibi algıladığını belirtiyordu.

Hasta içinde cinlerin bulunduğu düşüncesindedi. Bu düşünce hastanın başka anlam vermediği patolojik iç yaşantılarını açıklama çabası olarak değerlendirildi.

Hastalığı olduğunu düşünüyor, tedaviyi gerekli görüyor ve yardım istiyordu. İçindeki seslerden biri de hastalığının iyileşmesi için doktor tedavisini gerekli görüyor ve diğerlerinin aksine tedavinin devam etmesini istiyordu.

### **Laboratuvar Bulguları ve Psikometrik İnceleme**

Rutin kan incelemeleri normal sonuç verdi. BBT normaldi. EEG normal olarak değerlendirildi,

nörolojik muayenede patolojik bir özellik bulunmadı ve daha önce çekilmiş olan EEG'nin de tekrarlanan incelemesinde yaşı için fizyolojik kabul edilen bir aktivitede olduğu kanısına varıldı. ZB Cattell 2A testiyle 86 bulundu, hastanın test sırasındaki dalmalarının sonucu olumsuz etkilediği belirtildi. Tanıdan habersiz olarak Psikoloji Laboratuvarınca yapılan Rorschach projektif testinde "kuvvetli nevrotik bulgular" olduğu bildirildi.

### **İzleme Dönemi ve Tedavi Süreci Tanının Özgüleştirlmesi**

İlk izlenimler Hale de kronik karmaşık bir disosiyatif bozukluk olduğunu düşündürüyordu. Buna karşın pasif etkilenme düşüncesi ve kronikleşmiş varsanılan şizofreni ya da temporal lobe epilepsisini akla getirmekteydi. Ancak şizofreninin diğer bulgularının görülmeşi, EEG incelemesinin patolojik bulgu vermeyişi ve yakınmaların nöbetler biçiminde olmayışı ilk aşamada bu olasılıkları ortadan kaldırıyordu. Ayrıca şizofreni dışında da, başta DKB olmak üzere hemen her zaman depersonalizasyonla birlikte giden kronik karmaşık disosiyatif bozukluklarda Schneider'yan belirtilere sık olarak rastlandığı bildirilmektedir (Kluft 1987b).

Hale'nin daha ilk görüşmede sözünü ettiği işitsel ve görsel varsanılar uzun zamandan beri devam etmekteydi. Bu ses ve görüntüler günün hemen her saatinde oluyordu. Yaptıkları üzerinde yorumlarda, önerilerde bulunuyorlardı. Bu sesler kendi aralarında konuşuyor, tartışıyor, hatta kavga edebiliyorlardı. Hale bunların cin olduğunu düşünüyordu. Bazen bu sesleri korkutabiliyor ya da susturabiliyordu. Bu seslerin çoğunlukla kafasının içinden geldiğini duyuyor, ama bazen dışarıdan geliyor gibi de oluyordu. Bunlar kız ve erkek, değişik yaşlarda, isimleri farklı kişilere ilişkin seslerdi.

Hale'den ilk görüşmede dikkatini bu seslere vermesi ve söylediklerini anlatması istendiğinde birden içindeki seslerden bazılarının "kalk git buradan, senin doktorda ne işin var, sen hasta değilsin, sakın bizi anlatayım deme" tarzında konuşmalarının olduğunu belirtti. Bu seslerin daha önce "Allah'a, peygambere inanma, annene karşı gel, kafana esen her şeyi yap, annen başını örtmesin, sen namaz kılma, makyaj yap" diyen seslerle aynı olduğunu, buna karşılık içindeki iyi sesin bunların tam tersini söylediğini, dindar olmasını istediğini, ve diğer sesleri dinlememesini, yoksa başına kötü şeylerin gelebileceğini

söylediğini aktardı. Bu iyi ses tedavinin gerekli olduğunu söyleyen, hastaya yardım eden sestir.

Bu sesler hastanın yaptıklarından haberdar oluyorlardı. Hasta bunun onların kontrolündeki bir bilgisayar aracılığıyla sağlandığını düşünüyordu. Bu alet (bilgisayar), üzerinde düğmeleri, daktiloya benzer bir parçası bulunan kocaman bir aletti. Seslerden bir tanesi diğerlerine bu bilgisayarı ayarlamalarını söylüyordu. Hale o zaman kendi anlatımıyla alet ne derse onu yapıyor, aletin kontrolüne giriyor, annesine bağılıyor, ağlıyor, huysuzluk yapıyordu. O sırada kendisini robotlaştırılmış ve bu yolla hareketleri, iradesi, duyguları bilgisayar tarafından yönlendirilen biri olarak görüyordu. Kendisi bu durumu tanımlarken "dış görünüşüm aynı, dışardan beni aynı Hale olarak görürler, ama ben o zaman robot oluyorum, kendim gibi davranmıyorum" diyordu. Bazen bu alet onu sadece gözetliyor (öyle ayarlandığı için) ve onu etkilemeksizin yaptığı her şeyi izliyor, kaydediyor ve sonra ayarlayanlara bildiriyordu. Böylece içindeki bu seslerden hiç bir şeyi gizlemesi mümkün olmuyordu.

DKB vakalarında alter kişiliklerden bazılarının ev sahibi kişilik tarafından "seslerinin" duyulmasının sık görülen bir bulgu olduğu (Kluft 1991) dikkate alınarak bu seslerden biri ile bağlantı kurulmasının yolu arandı. Dördüncü görüşmeye kadar bu seslerle hastanın içinde konuşması yolu ile ilişki kuruldu. Herhangi bir soru önce hastaya soruluyor, hasta bunu içindekilere yöneltiyor ve onların verdikleri yanıtları da terapiste iletliyordu. Dördüncü görüşmede adı Çisem olan ve "yardımcı/koruyucu" bir rol sergileyen sesle yine bu yolla konuşulurken hasta birden Çisem'e yöneltilen sorulara (ben, yaptım, yazdım vb. gibi) birincil tekil şahsa ilişkin anlatımlar kullanarak yanıt vermeye ve Hale'den sanki bir tanıdığı ya da başka birisi gibi söz etmeye başladı. Bu durum "Çisem" in yalnızca bir işitsel varsanı olmayıp tam kontrolü alabilen çok daha gelişkin bir zihinsel örüntü, bir alter kişilik olması olasılığını güçlendiriyordu. Hastaya ismi soruldu, hasta buna "Çisem" diyerek yanıt verdi. Çisem'e daha önce de bu şekilde öne çıkıp kontrolü alıp almadığı soruldu. Hasta bu soruya da Çisem kimliğiyle yanıt verdi. Bazen çıkıp kontrolü aldığını ve hatta yazı yazdığını, kendisinininki ile Hale'nin yazısının farklı olduğunu, kendisinin daha güzel yazı yazdığını söyledi. Bunun üzerine verilen kağıda bir kaç aritmetik işlem ve çeşitli isimler yazdı. Son olarak bu yazıların altına ismini yaz-

ması istendi ve hasta Çisem yazdı. Ardından yeniden bir başkasının konuşmalarını anlatıyor gibi aktarımlar kullanmaya başladı. Sorulara "Çisem dedi, Çisem yapıyormuş, Çisem daha fazla konuşmak istemediğini söylüyor, Çisem de korkuyormuş" gibi yanıtlar verdi. İsmi tekrar sorulduğunda "İsmim Hale" dedi, ve daha önce konuşanın ve kağıda yazı yazanın kendisi değil, Çisem olduğunu söyledi. Bunun üzerine başka bir kağıda tekrar işlemleri yapıp altına ismini yazması istendiğinde, Hale ismini yazdı. Çisem'le içinden konuşmaya devam etti. Gözlenen bu ilk kişilik değişimi fenomeninden ("switch") sonra hastanın tanısı disosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) olarak özgülleştirildi.

### Haritalama (mapping): Alter Kişilikler

Geldiği yerin uzaklığı nedeniyle haftada bir kez bir saatlik görüşmelerle izlenen hastada ilerleyen görüşmelerde, ev sahibi kişilik dışında 10 alter kişilik belirlendi. Bunların kendilerini aktarma biçimleri, sistem içindeki görevleri, kimlikleriyle ilgili bilgiler ve ev sahibi kişilikle ilişki kurma biçimleri incelendi. İsimleri ve özellikleriyle alter kişilikler şunlardı:

1. Çisem: Kendisinin Hale'den daha büyük yaşta olarak algılıyordu, ona iyi bir insan olmasını, Allah'a inanmasını öğütliyordu. Annesinin sözlerini dinleyip ona karşı gelmemesini istiyordu. Diğer seslere güvenmemesini, onların dediklerini yapmamasını, eğer yaparsa başına çeşitli kötülükler geleceğini söyleyen genel olarak Hale'ye yardımcı olan bir alter kişilik idi (helper-protector). Tedavinin iyileşme için gerekli olduğunu, doktorun verdiği ilacı ve önerdiği tedaviyi uygulamasının gerekli olduğunu Hale'ye söylüyordu. İlk kez dördüncü görüşmede tam denetimi (full control) aldığı gözlenen bu alter kısaca konuştu, deftere adını yazdı. İlerleyen görüşmelerde bu kişilik daha rahat bir şekilde ve daha uzun süre ile tam denetimi aldı ve görüşmelere katıldı. Hastalık ve geçmişteki travmatik yaşantılar üzerine bilgi verdi, bir kaç görüşmeyi yalnızca bu alter yürüttü. İlerde değinilecek olan cinsel taciz öyküsünü bu alter üzerine alıyor ve tedavinin uzun bir bölümünde bu taciz sadece kendisine yapılmış gibi anlatıyordu. Bu konuda Hale'ye sorulan sorulara yanıt alınamazken, Çisem tacizi anlatıyor ve "bunlar bana yapıldı", diyordu. Hale de "bunlar benim başıma gelmedi, Çisem'in başına geldi", diyordu.

Çisem ortaya çıkışının Hale'nin amcasının ölümünden beş gün sonra olduğunu söylüyordu.

İlk oluşan alter oydu. Çisem'e ilk yöneltilen "nerede bulunuyorsun, anlatır mısın?" sorusuna Çisem "şimdi içindeyim, ama yarın nereye gideceğimi söyleyemem, yoksa diğerleri beni boğarlar" yanıtını verdi. Hale; Çisem'in iyilik perisi, iyi bir cin olduğuna inanıyordu. Çisem Hale'ye "oje sürme, namaza başla, dua et, annen başını örtün, sen de başını ört, yoksa cehenneme gidersin" gibi dinle ilgili öğütler de veriyordu.

Çisem tam denetimi aldığı zaman Hale konuşulanları izleyemiyor ve bir çoğunu da hatırlamıyordu. Ev sahibi kişilik ile birlikte gün içinde en aktif olan alter oydu. İlkokul ikinci sınıftayken bir kez evde Hale'nin ödevini Çisem yapmıştı ve ertesi gün öğretmen yazının Hale'nin olmadığını söylemiş ve kızmıştı. Hale de yalan söylemek zorunda kalmış ve ödevin annesi tarafından yapıldığını söylemişti. Hale, Çisem'in yazısının kendisinininkinden farklı olduğunu, ama öğretmene "bu ödevi içimdeki biri yaptı", denilemeyeceğini bildiği için annesinin yaptığını söylemişti.

2. **Canan:** 13 yaşında, cinsiyeti kız olan bir alter idi. İkinci görüşmede "ben de eskiden iyiydim, Çisem gibiydim, ama sonra beni kötüye çevirdiler" diyordu. Canan'ın işi Hale'yi bilgisayar aracılığıyla kontrol etmek ve izlemektir.

3. **Erhan:** 18 yaşlarında cinsiyeti erkek olan bir alter idi. Hale'nin deyimiyle "çok kötü bir insan" idi. Erhan, Hale robotlaştırıldığında robotu etkiliyor, izliyor, robota istediğini yaptırıyordu. Erhan da tam denetimi alarak Hale'nin istemediği bazı şeyleri yapıyordu. Hale'nin anlatımıyla Erhan yağmurlu bir günde okulda öğretmenler odasına girmiş ve kurutulması için asılan bir pardesünün cebinden 250.000 lira çalmıştı. Daha sonra bu farkedilmiş, odaya öğrencilerden sadece Hale'nin girdiği anlaşılmış ve Hale kendi deyimiyle suçsuz olduğu halde, "bunu benim içimdeki Erhan aldı" diyemediği için suçlanmış ve cezalandırılmıştı. Daha sonra bu olay görüşmede tam denetimi aldığı anda "Erhan'a" soruldu ve o da bu olayı kabul etti.

4. **Emrah:** Bu kötülerden biriydi. Korkutucu seslerin lideri durumundaydı. Ama onun da üzerinde "Büyük Patron" vardı.

5. **Büyük Patron (Başhekim):** En büyükleriydi. Diğerlerini kontrol ediyordu. Ne derse o oluyordu. Bilgisayarı ayarlıyor, hastayı robotlaştırıyordu. Diğerleri Hale'yi izlemeleri için görevlendiriyordu.

6-7. **Fatma ve Coşkun:** Hasta tedaviye 4.5 saat süren bir tren yolculuğundan sonra gelebiliyordu. 7. haftadan sonra hasta hareket halinde

olan trenden atlama isteklerinden ve tren tam durmadan aşağı inme, hızla giderken ayağını sallandırma gibi davranışlarının olduğundan söz etti. Sık sık trenden atlayan bir insanın ne hale geleceğini soran, atlayan bir çocuk gördüğünü ve onun çok kötü yaralandığını belirten konuşmaları oldu. İki hafta sonra trende içinden "ayağını sallandır, hızla giderken aşağıya atla, tam durmadan koşarak aşağı in" diyen sesler duyduğunu söyledi. Bu sesler o ana kadar hiç ilişki kurulmayan, Fatma ve Coşkun adında, diğer gruptan ayrı iki alterden geliyordu. Bu kişiliklere trenden atlaması konusundaki ısrarlarından vazgeçmeleri, böyle bir durumda kendilerinin de zarar göreceği anlatıldı. Bunu şaka ve oyun için yaptıklarını söylediler, diğer sistemin içine katılmaları sağlandı.

Bunların dışında belirgin bir işlevleri olmayan, sadece kötü denilen gruptan olma özellikleri bulunan Onur, Elif, Elif Y. adlarında üç alter daha vardı.

## Özet Olarak Tedavi

Hastanın yaşı göz önüne alınarak entegrasyona çabuk ulaşmak amaçlandı ve aktif girişimlere dayalı kısa psikoterapi uygulanmasına karar verildi. Önce alterlerin tam olarak tanınmasına, sistem içindeki yerlerinin, işlevlerinin anlaşılmasına çalışıldı. Yeterli güven ilişkisinin kurulması ve belirtiler konusunda daha ayrıntılı bilgiler elde edildi. Alterlerin birbirleriyle ve terapistlerle daha rahat ilişki kurmaları ve kendilerini ifade edebilmeleri sağlandı. Kişilikler arasındaki amnezinin boyutu, çatışmalar ve hangi kişiliğin daha aktif olduğu gibi önemli noktalar araştırıldı. Hasta bu seslerin içine girmiş olan cinlerden geldiğini düşünüyor, bu sesler de kendilerinin cin olduklarını sanıyorlardı. Bu kişiliklerin cin, peri olmadıkları, üzücü yaşantıları nedeniyle kendi zihninden ayrışan parçalar olduğu, bu yönüyle aslında hastaya özgü oldukları üzerinde duruldu. Bu seslerle terapötik ilişki kuruldu. İlk olarak, Hale'nin davranışlarını gizlice ve korkutarak yönlendirmeye çalışmalarının gerekli olmadığı, bir şey yapmasını istiyorlarsa bunu konuşarak ve öneri getirerek sağlayabilecekleri düşüncesi işlendi. Daha sonra hepsinin bir arada bulunması, birbirlerinin ve Hale'nin ne yaptığından haberdar olmaları, konuşarak anlaşmaları ve karar vermeleri sağlandı. Bunu yapmak için kişiliklerin birbirlerini izler hale gelmeleri, birbirlerinden habersiz bir şey yapmalarını, bir arada karar vermeleri, verilen kararları kendi aralarında tartışabilmeleri gereklidir. Bu ise ancak amnezinin ortadan kaldırıl-

ması ve çatışmaların çözülmesi ile sağlanabilirdi. Bu yaklaşımla önce kişiliklerin birbirleriyle konuşabilmeleri ve persekütör alterlerin tavırlarını değiştirmeleri sağlanmaya çalışıldı. Bunların aslında ev sahibi kişiliğe yardımcı oldukları, onu desteklemek için böyle bir yol benimsemiş oldukları anlatıldı. İlerleyen süreçte önce persekütörler tavırlarını değiştirdiler ve birlikte karar verme, birbirlerini izleme konusunda anlaşma sağlandı.

Bunun üzerine daha aktif bir yaklaşımın zamanı geldiğine karar verildi. Bir görüşmede hepsinin bir tek yerde toplanmaları istendi. Hale ve diğer alter kişilikler tarafından kabul gören bu önerinin yapıldığı görüşmede hasta bir süre gözlerini kapadı ve alter kişiliklerin bir araya gelirken yaptıkları şeyleri anlatmaya çalıştı. Tüm alter kişiliklerin sandalyelerini aldıklarını, birbirlerine yaklaşacak şekilde hareketlendiklerini gördüğünü ve artık kavga etmediklerini söyledi. Son olarak hepsinin büyük yuvarlak bir masanın çevresinde halka şeklinde ve bir arada oturduklarını belirtti. Ertesi hafta, bir arada bulunan ve birbirleriyle benzer özellikleri olan alter kişiliklerin aynı masa çevresinde değişik gruplar oluşturdukları ev sahibi kişilik tarafından aktarıldı. Çisem'in iki kız alter ile, Patron ve yardımcısını da iki erkek kişilik ile gruplaştığı belirtildi. Kalanlar da bir grup olmuştu. Bir sonraki görüşmede de her grubun kendi içinde birleşerek tek kişi haline gelmeleri istendi. Bu birleşmenin diğer kişilikler için yok olma anlamına gelmeyeceği, bu şekilde daha rahat olacakları, ama tek kişi olacakları anlatıldı. Bunu da kabul ettiler ve grup içindeki en aktif kişilik şahsında diğer kişilikler birleştiler. Bu durumda üç alter ve ev sahibi kişilik kalmış oldu.

11. hafta okulda "Manitam" olarak tanıttığı bir erkek arkadaşından söz etti. Kendi aktarımıyla ona aşık olmuş, vurulmuştu. Mektuplaşmışlar ve onunla evlenmek istemişti. Hasta bir yandan bunları anlatırken diğer yandan onun kötü birisi olduğunu belirtiyordu. Bu çocuğun ismi Erhan'dı. Bir keresinde Hale, bu çocuğun arkadaşları tarafından elleri ve ayakları tutulmuş ve yere yatırılmış bir halde kendine gelmişti. Daha öncesinde neler olduğunu, bu çocukların neden böyle yaptıklarını ve ne konuştuklarını hatırlamıyordu. Çocukların onu Erhan ile evlenmesi konusunda sıkıştırdıklarını söylüyordu. Mektuplaştığı çocuğu annesi de biliyordu. Bir kez karşılıklı yazılan mektupları bulmuştu. Hasta da annesine bir kaç kez "benim sevgilim var" demişti.

13. haftaya kadarki süreçte hasta için travmatik nitelik taşıyan, çok sevdiği amcasının ölümü, buna tanık olması ve duyduğu korku ilk olarak konu edildi. Bununla ilgili duygular yaşanılıp, tedavi ilerlediğinde kendince haksızlığa uğrayarak sınıfta kalması ve sol elini kullandığı için yapılan taciz ve aşağılanma da gündeme geldi.

13. görüşmede hasta çok sınırlı ve huzursuzdu. Annesi o haftayı kötü geçirdiğini söyledi. Görüşmenin yarısında bir tecavüz haberi gördüğünü, çok korktuğunu, böyle haberler okuduğunda sıkıldığını anlattı. Bu haberi annesinin gelirken eşyaları sarmak için kullandığı bir gazetede görmüştü. Hale evde sakladıkları eski gazetelerden birini seçip annesine vermiş ve bu şekilde annesinin İstanbul'a hastaneye gelirken eşyaları sarmak için tecavüz haberinin bulunduğu gazeteyi kullanmasını sağlamıştı. O haber bulundu ve hasta yüksek sesle okudu. O görüşmenin sonuna kadar hastanın bu türdeki haberlerden ne kadar etkilendiği, üzüldüğü ve korktuğu konu edildi. Daha sonraki bir kaç hafta boyunca da hasta her görüşmede "tecavüze uğrayan insanların durumlarının ne olduğu", "böyle bir olayın çok mu kötü olduğu" gibi çeşitli sorular ve konuları spontan olarak gündeme getirdi, terapistlerin bu konulardaki tavrını öğrenmeye çalıştı. Bu konuların hastada yoğun bir duygulanım ve ilgi uyandırdığı gözlemlendi. Giderek anlattıklarının gizli kalması konusunda sık sık güvence ister oldu. Konuşulanların özellikle annesine söylenmemesini istiyordu. Bir yandan da annesinin iki kat altta olduğunu bilmesine karşın görüşme odasında konuşulanları dinlemesinden korkuyordu.

14. haftadaki görüşmede üçe inen kişiliklerin hepsinin Çisem'e katılması istendi. Artık Hale ve Çisem olarak iki kişilik vardı. Diğerleri Çisem'e katılmıştı ve sesleri duyulmuyordu. Bu aşamaya kadar anne evde bir hayli değişikliğin olduğunu, Hale'nin ağlamalarının, baş ağrılarının, saçma konuşmalarının kaybolduğunu, daha uyumlu olduğunu belirtti. Okulda da öğretmeni Hale'nin daha iyi olduğunu aileye iletmişti.

15. Haftada Hale, Çisem hakkında daha önce anlatmadığı bazı şeyleri dile getirmeye başladı. Çisem'in erkeklere meraklı bir kişi olduğunu, açık giyinmekten hoşlandığına, erkeklere bacaklarını gösterdiğini anlattı. Hale böyle davranışları sevmeyen birisiydi ve yaptıklarından ötürü Çisem'e kızıyordu. Fakat yine de birbirlerini çok sevdiğini söylüyordu. Buraya kadar olan süreçte tedavide daha çok Hale aktif olmuş, Çisem kendisini yeteri kadar ortaya koyamamıştı.

Giderek Çisem de sürece katılmaya başladı. Artık görüşmelerde kısa sürelerle çıkıyor, denetimle ele alıyor, basit ve yüzeysel bir şekilde günlük sorunlardan, Hale ile ilişkilerinden ve kendisinin Hale'den farklı olan yönlerinden söz ediyordu. Hale onun anlattıklarının bir çoğunu hatırlamıyor, ne konuşulduğunu terapistlerine soruyordu. İlerleyen görüşmelerle daha önce anlatılan bazı şeylerin Çisem tarafından daha farklı anlatıldığı görülüyordu. Örneğin Hale babasına kızdığına onun sigaralarını çalıp sakladığını söylüyordu, ama bu alınan sigaraların Çisem ve Hale tarafından içildiği daha sonra Çisem tarafından belirtiliyordu.

16. görüşmede Hale çok ürkek bir şekilde, Erhan ile aralarında bazı ayıp şeylerin olduğunu anlattı. Erhan'ı çok sevdiğini, ona aşık olduğunu, bir yandan da ondan nefret ettiğini ve korktuğunu belirtiyordu. Erhan adında biri gerçekten var olduğu gibi persegütör alter kişiliklerden birinin adı da Erhan'dı (saldırganla özdeşleşme) ve Hale aslında bu alterden nefret ettiği söylüyordu. Erhan ile bir kaç kez elele tutuşmuşlar ve bir kez de Erhan Hale'yi dudaklarından öpmüş, bacaklarını tutmuş ve bazı cinsel davranışlarda bulunmuştu. Hale bundan çok utanmış, bir yandan da buna kendisinin neden olduğunu düşünmüştü. Bunu anlattıktan hemen sonra terapistlerin olayla ilgili yorumlarını ve kendisi ile ilgili düşüncelerini öğrenmeye çalıştı. Böyle bir olayı duymuş olsa annesinin ne kadar kızacağını, kendisini döveceğini ve hiç affetmeyeceğini anlattı.

17. görüşmede Hale hiç kimseye anlatılmaması için tekrar söz aldıktan sonra üç kişinin Çisem'e gazetedeği gibi yaptığını söyledi. Bir gece oturdukları ilçenin tren istasyonunda üç kişi Çisem'i kaçırıp tecavüz etmişlerdi. 18. görüşmede ise bekar olan ve evlerini altındaki dairede tek başına yaşayan amcasının ve Erhan'ın da Çisem'e tacizlerde bulunduğunu anlattı. Amcasının Çisem'e tacizde bulunduğunu Hale biliyor ve hatta görüyor, bu davranışların kendisine yapılmadığını belirtiyordu. Görüşmelerden birinde uzun bir şekilde amca tacizini anlattıktan sonra bunu ailesinden kimsenin bilmediğini, böyle bir şeyi anne ve babasına söyleyemeyeceğini belirtti. Erhan da sık sık tacizlerde bulunuyor, Çisem Erhan'ı "Hale'nin Manitası" olması yoluyla tanıyor, Hale ile bir sevgili gibi geziyor ama Çisem'e tecavüz ediyordu. Bundan sonraki görüşmelerde bu olaylardan söz edilirken tecavüze uğrama olayını sadece Çisem'in üzerine aldığı dikkati çekiyor, yanlışlıkla soru Hale'ye yöneltildiğinde ya yanıt vermiyor ya da "bunu

Çisem'e sorun" şeklinde uyarıyordu. Çisem cinsellikle ilgili hemen her ayrıntıyı biliyordu. "Ben kız değilim, karı oldum" ya da "alnuma kara çaldılar" diyordu. Açıklaması istendiğinde el hareketleriyle ya da çizdiği resimlerle "karı olmak ile kız olmak" arasındaki farkı anlatıyor, bununla ne kastettiğini bildiğini ifade etmeğe çalışıyordu. Yine tecavüz kelimesi ile de zor kullanılarak yapılan, canını acıtan tam bir cinsel birleşme kastediliyordu.

Ortaya çok somut bir tecavüz olayı koyuyor, fakat bunun nasıl olduğu, kimin tarafından yapıldığı ya da kaç kez olduğu konusunda yeterli ve kesin bilgi alınamıyor, tam tersine bu noktada anlatılanların çevresel nitelikli, abartılı, gerçek ile hayalin karışımı halinde olduğu ve bazı mantık dışılıklar içerdiği görülüyordu. Sözelimi tacizin sürekli devam ettiğini, hatta tedavi süresince de devam ettiğini belirtiyordu. Fakat anneden devam eden bir tacize ilişkin bir veri elde edilemiyor, aksine hastanın yakın bir zaman için söylediği bazı şeylerin doğru olmadığı anlaşılıyordu.

Hastanın kendisini taciz ettiklerini belirttiği amca, diğer üç adam ve Erhan hakkında çelişkili bilgiler veriyordu. Örneğin belirtilen üç adam sürekli içki içen, çok korkunç ve çirkin yüzlü, üstleri kirli, kötü ve sürekli küçük kızları kaçırıp tecavüz eden insanlardı. Hale tedavi için geldiğinde onlar da İstanbul'a geliyor ve sürekli hastayı izliyorlardı. İlk kez dile getirilmesine karşın uzun süreden beri adamların böyle davranışlarının olduğunu söylüyordu. Bazen bu insanlar Çisem'i ilçenin dışındaki bir taş ocağına götürüyorlar ve bir kaç kez tecavüz ediyorlardı. Bunlar, geceleri Hale uyurken oluyor, dolayısıyla kimseye haber vermeden kolaylıkla Çisem'i kaçırabiliyorlardı. Annesi, babası ya da başka herhangi bir kimsenin bundan haberi yoktu. Bir kaç kez telefonla "155 polis imdat"ı aradığını ama polislerin inanmadığını belirtiyordu. Bir keresinde geceleyin Çisem tecavüze uğrarken Hale'den yardım istemiş ve Hale hızla evden çıkıp taş ocağına gelmiş, adamları dövmüş ve Çisem'i kurtarmıştı. Amcası ise bazen üç kötü adamla, bazen Erhan ile bazen de tek başına bu davranışları yapıyordu.

Yoğun olarak bu konunun konuşulduğu 5 haftalık bir süreden sonra terapistlerin ortaya çıkan içeriği sorgulama, somutlaştırma ve gerçekle yüzleşirme çabaları sürerken, bu kez Hale aslında anlattığı bir çok şeyin kafasında olduğunu, tecavüz edenlerin bunları yalnızca kendi düşüncesinde yaptığını, gerçek hayatta bunların ol-

madığını söyledi. Amcası ve diğer adamlar Hale'nin kafasında (düşüncesinde) Çisem'i izleyip kaçıyorlar ve tecavüz ediyorlardı. Fakat Erhan'ın yaptığının gerçek olduğunu belirtti. Hafta sonu bir gün kurs almak için Çisem ile birlikte okula gitmişler, bir kez okul tuvaletinde kimsenin olmadığı bir anda Erhan Çisem'e tecavüz etmişti. Erhan bunu kimseye anlatmaması konusunda uyarmış, korkutmuş ve bir kaç kez daha aynı şeyleri yapmayı denemişti. Hale'nin anlattığı, elleri ve kolları bağlı bir şekilde kendine gelme, daha öncesinde olan bitenleri hatırlamama olayı bunlardan biriydi. Hale önceden de Erhan'ı tanıyordu, fakat bu olaydan sonra Erhan'a kendi anlatımı ile "aşık olmuş", "vurulmuş" ve "bağlanmış". Bu olaydan sonra bir süre Hale'nin sık sık yıkanma isteği olmuştu. Bunu cinsel davranışlardan sonra yıkanmanın gerekli olduğunu bildiği için yapıyordu. Anne de bir süre çocuğun bazen günde bir kaç kez olacak şekilde yıkanma isteği olduğunu farketmiş, ama bir anlam verememişti.

Böylece beş hafta boyunca hasta sürekli çeşitli tacizler anlatmış, daha sonra bunların bir kısmının gerçekliğini reddetmiş, gerçek olan tek cinsel tacizin Erhan'ın yaptığı olduğunu belirtmiştir. Öte yandan öykü dikkatle incelendiğinde disosiyatif bozukluğun daha önce de var olduğu ve Çisem'in Erhan'ın tacizinden önce de bulunduğu anlaşılmaktadır. Travmatik anıların depolandığı alter kişilik olduğu anlaşılan Çisem'in Hale'nin anlattığının çok ötesinde en başından beri belirgin olarak cinsellikle ilgili olduğu ortaya çıkmaktadır. Cinsellikle ilgili bilgi ve deneyim açısından Çisem Hale'nin "henüz çocuk" olduğunu söylüyor, bu yönüyle de Hale'den farklı olduğunu belirtiyordu. Disosiyatif kimlik bozukluğunda Çisem özelliğinde bir alterin gelişebilmesi için uzun süreli ve ağır cinsel travmalar gereklidir. Buradaki gibi noktasal bir tek travmanın hastanın tüm yakınmalarının etyolojik temelini oluşturması beklenmemektedir.

30 görüşme sonrasında 12 alter kişilik biri ev sahibi olmak üzere iki kişilik haline gelmiştir. Kişilik sayısının azalması ile Schneider'yen belirtiler azalmış ve devam edenlerin de şekli değişmiştir. Bu yaşantılar yalnızca şu anda var olan iki kişilik arasında devam etmektedir. Diğer kişiliklere ilişkin sesler ve pasif etkilenme yaşantıları tümüyle kaybolmuştur. Hasta artık bazı sorulara yanıt verirken "Hale miyim? yoksa Çisem mi? bilemiyorum" şeklinde yaklaşan son füzyonu haber veren anlatımlar da kullanmıştır. Buna karşın bu aşamada tedavinin ailenin ye-

terli bulmasıyla kesintiye uğraması travmatik yaşantıları konu alan daha ileri bir psikoterapötik çalışmaya ve sonucunda tam entegrasyonu olanaksız kılmıştır.

Tedaviyi bıraktıktan sonra bir kontrol görüşmesi yapılan hastanın durumunun değişmediği anlaşılmakta, başvuru yakınmalarının ortadan kalktığı aile ve öğretmen tarafından belirtilmektedir. Ancak iki alter kişiliğin varlığını devam ettirdikleri, fakat birbirine karşı daha empatik davrandıkları, çatışma noktalarının ve disosiyatif bariyerlerin azaldığı, birbirine yakınlaştıkları ve destekleyici davrandıkları gözlenmiştir. Bir yıl sonraki görüşmede ise annenin kızıyla ilgili tek yakınması "erkek arkadaşlara aşırı meraklı olma, belirgin bir şekilde cinsel açıdan çarpıcı ve aşırı açık giyinmeye çalışma, yaşından beklenmeyecek ölçüde makyaj yapma, cinsel davranışlar, çok belirgin cinsel içerikli konuşmalarının olması, cinsellik hakkında alışılmışın dışında bir bilgisinin olması" gibi yaşından beklenmeyecek bir cinsel gelişim göstermesidir. Anne bu durum nedeniyle yeniden tedaviye başlamayı düşündüğünü belirtmektedir.

## TARTIŞMA

### Tanı ve Tedaviyle İlgili Temel Özellikler

Burada sunulan vakanın başka ülkelerden yayınlanan çocuk vakalarla büyük bir benzerlik gösterdiği anlaşılmaktadır. Şimdiye kadar yayınlanan tüm çocuk ve adolesan vakaların incelenmesi sonucunda semptomların 6 grupta toplanabileceği ve bu gruplandırmanın klinik değerlendirme açısından yararlı olduğu belirtilmiştir (Putnam 1991). Amnezi, dalgınlıklar ve belirgin davranışsal değişiklikler gibi semptomlar *disosiyatif semptomlar* olarak adlandırılır. Özellikle derin dalgınlıklar (trans-like behavior) çocukluk çağı disosiyatif bozukluğunda hemen her zaman görülür, otohipnotik bir fenomendir ve absans tipi nöbet ile karıştırılabilir. Amnezileri nedeniyle bu çocuklar sıklıkla yalan söylemekle suçlanırlar. Sunulan hasta bu üç semptomu da belirgin olarak sergiliyordu. İkinci grup, *süreç semptomları* olarak adlandırılan, hayali arkadaşlar, işitsel varsanılar ve pasif etkilenme-yönetilme yaşantıları gibi semptomlardan oluşur. Bu semptomlar çocukluk çağı şizofrenisini, diğer psikotik durumları ya da temporal lop epilepsisini düşündürülebilir.

Davranış bozuklukları, yoğun agresyon, riskli ve kendine zarar verici davranışlar gibi daha çok



travmanın kronik etkilerine bağlı olarak gelişen semptomlar *davranışsal belirtiler* olarak sınıflandırılır. Örneğin yaşa uygun olmayan cinsel davranışlar şimdiye kadar yayınlanan olguların % 70'inde bildirilmiştir. Bunlar disosiyatif bozukluğa özgü olmayıp uzun süreli ve şiddetli cinsel travma kurbanı çocukların bir çoğunda görülürler. Yukarıda belirtildiği gibi annesi Hale'nin tedaviyi bıraktıktan sonra da yaşıyla uyumsuz bazı cinsel ilgi ve davranışlar sergilemeye devam ettiğini belirtmektedir. Bu durum Terr'in (1991) tip II posttravmatik bozukluk olarak adlandırdığı, kompleks travma sonrası stres bozukluğu da denilen ve kronik istismar olgularında görülen bir tabloyu düşündürmektedir. Tip II travma bozukluklarında taciz küçük yaşlarda başlamış, uzun sürmüş ve daha sıklıkla çocuğun yakınlarından birisi tarafından yapılmıştır. Bu gibi ağır travma bozukluklarında yoğun yadsıma, bastırma, disosiyasyon, kendi kendine anestezi, otopnoz, saldıran ile özdeşleşme ve kendine yönelen saldırganlık gibi savunma ve başa çıkma düzenekleri ağırlıklı olarak kullanılır. Bu savunmalar sonuçta ağır ruhsal sorunlara, kişilik gelişiminde bozukluklara, bilişsel gelişimde aksaklıklara ve dolayısıyla kişilik sorunları ve bozukluklarına yol açar. Bu açıdan kronik disosiyatif bozukluklar ve özellikle DKB, Tip II posttravmatik bozukluklar içerisinde yer alır (Terr 1991). Cinsel travmayla başa çıkma çabaları cinsel uyanıklığa, kışkırtıcı davranışlara ve açık cinsel davranışlara yol açar. Çisem adındaki alter kişilik bunun somut bir örneğini oluşturmaktadır. Hastanın cinsel travmaya uğrayan ve bu travma ile başetmek zorunda kalan yönü Çisem tarafından, çocukluğunu yaşamaya devam eden yönü de "henüz çocuk" (Çisem'in aktarımı) olan Hale tarafından sergilenmiştir.

Depresyon ve öfke patlamaları gibi *affektif semptomlar* da çocukluk çağı disosiyatif bozukluğunda sık olarak bulunur. Çeşitli uyku bozuklukları, hipervijilans, zorlantılı düşünceler, travmaya ilişkin görüntü ve anıların zorla zihni kaplaması ve travmayı hatırlatan şeylerden ve ortamlardan kaçınma gibi semptomlar da *travma sonrası stres bozukluğu belirtileri* grubunu oluşturur. Tüm bu semptomların bir kısmı doğrudan disosiyatif sürecin bir sonucu, diğerleri ise kronik disosiyasyona ikincil ya da ruhsal travmanın etkilerine bağlı olarak gelişir.

Çocukluk çağı disosiyatif bozukluklarının tedavisinde, birbirinden tam anlamıyla ayrı olmakla birlikte her biri tedavinin değişik bir ev-

resinin temel bir özelliği olan tedavi girişimlerine gerek duyulmaktadır. Bunlar 6 başlık altında toplanmıştır (Hornstein 1991). İlk olarak çocuğun travmatik ortamdaki uzaklaştırılması ve yeniden travmatize edilmesinin önlenmesi gerekir. Bu tam anlamıyla yerine getirilmeden tedaviye başlanılmamalıdır. İkincisi terapötik işbirliğinin ve güven ilişkisinin kurulmasıdır. Güven ilişkisi hastanın kendisini ifade etmesi ve özellikle alter kişiliklerin terapistle ilişki kurmaları için bir zorunluluktur. Aksi durumda ancak yüzeysel bir ilişki kurulur ve hastanın disosiyatif zihinsel yapısının tam olarak tanınması hiç bir zaman mümkün olmaz. Üçüncü aşamada tüm benlik işlevlerinin desteklenmesi ve yıkıcı, kendine ve çevreye zarar verici davranışların engellenmesi gerekir. Bu amaçla hastanın yatışı da gerekli olabilir. Dördüncü evre artık sistematik olarak alter kişiliklerle buluşulan evredir. Bu evrede alter özellikleri tam kavranmaya çalışılır. Alter kişilikler arasındaki disosiyatif savunmalar azaltılır ve başetme stratejileri güçlendirilir. Alterlerin birbirini tanımaya ve izlemesine çalışılır. Aradaki çatışma noktaları azaltılır ve birbirlerine yaklaştırılırlar. Bu evrede travmatik anılar ortaya çıkar. Abreaksiyon yaptırılır. Bu nedenle kısa süreli kriz durumları yaşanabilir. Bundan sonraki evrede alterlerin entegrasyonu sağlanır. Son evre entegrasyon sonrası tedavi ve izlemeden oluşur.

Sunduğumuz hastada, DKB psikoterapisine ilişkin yayınlarda taktik entegrasyonist yaklaşım olarak bilinen kısa psikoterapi tekniği benimsenerek tedaviye devam edildi. Hızlı füzyonlarla entegrasyon amaçlandı. Haftada bir kez, bir saatlik görüşmeler yapıldı.

## Ayırıcı Tanı

Bu vakada ayırıcı tanı açısından hayali çocukluk arkadaşlığı, temporal lobe epilepsisi ve çocukluk çağı şizofrenisi akla gelmektedir.

Hayali çocukluk arkadaşlığı seyrek olmayarak rastlandığı bilinen ve bu konuyu inceleyen az sayıda yazıda ruhsal gelişimin en azından bir aşaması için fizyolojik ve normatif olduğu kabul edilen bir fenomendir (Nagera 1969). Öte yandan hayali arkadaşlığın da travma ile ilişkisi üzerinde durulmuştur (Baum 1978). Özellikle travmatik yaşantıların yinelemesi durumunda hayali arkadaşlık DKB ve diğer disosiyatif bozukluk türlerinin bir öncülü olabilmektedir (Putnam 1989). Oluşumu, gelişimi ve klinik görünümünü bir çok ortaklıklar içermesine karşın hayali arkadaşlığın DKB ile karışması olanaklı

değildir. Çünkü DKB'de tanımı gereği birbirinden ayrı ve farklı kişilik durumları ya da kimlikler, farklı zamanlarda kontrolü alırlar (full-control), bu duruma psikojen amneziler eşlik eder. Oysa hayali arkadaşlıkta çocuk, hayali arkadaşının kimliğine bürünmez, yani hayali arkadaş kontrolü alamaz. Bizim vakamızda kişilikler belirgin bir şekilde kontrolü almaktaydılar. Özellikle "Çisem" bir çok kez uzun süre ile kontrolü almıştı.

Klinik görünümdeki bir çok ortak belirti nedeniyle, disosiyatif bozukluğu bulunan çocukların seyrek olmayarak epilepsi tanısı aldıkları bildirilmiştir (Hornstein ve Tyson 1991). Burada sunulan vakaya iki kez EEG yapılmış ve sonuçlar normal bulunmuş, klinik nörolojik muayenede de normal bulgular elde edilmiş ve belirtilerin nörolojik kaynaklı olmadığı kanısına varılmıştır.

Bu vaka Schneider tarafından birinci derece şizofreni belirtileri olarak nitelenmiş olan fenomenleri göstermesi nedeniyle ilk bakışta bir çocukluk çağı psikozen ve hatta şizofrenisini akla getirmekle birlikte hastada şizofreninin otizm, afektivitede niteliksel bozukluk, düşünce akışı bozukluğu gibi (Bleuler'in dört A'sından üçü) temel bulguları taşımamaktadır. Düşünce içeriğindeki sanrı benzeri öğeler (özellikle pasif etkilendirme düşünceleri) alter aktiviteleriyle açıklanabilir nitelikte olup nöroleptik ilaç verilmeksizin, toplam 29 görüşmelik kısa psikoterapi sırasında değiştirilebilmişlerdir. Aslında Schneider'yen fenomenler günümüzde disosiyatif kimlik bozukluğunun tipik belirtileri arasında sayılmakta ve bu hastalarda şizofrenide görüldüğünden daha sık olduğu bildirilmektedir (Kluft 1987b).

## Psikopatogenez

Travma deyimi ile olağan savunma düzenekleri ve başatma yolları ile üstesinden gelinemeyen ve bu nedenle çaresizliğe yol açan ağır yaşam deneyimleri anlaşılmaktadır. Travmatik deneyimlerin bilişsel gelişim üzerinde önemli etkilerinin olduğu ve bu etkilerin özellikle Piaget'nin pre-operasyonel dönem olarak adlandırdığı evrede ve belleğin yapılanması üzerinde yoğunlaştığı bildirilmektedir (Fish-Murray ve ark. 1987). Travmatik deneyimin yol açtığı ve patolojik oluşumlara neden olan ruhsal tepkilerden başlıcası disosiyasyondur (Spiegel 1991). Freud, Breuer ile birlikte Histeri Üzerine Çalışmalar'ı (1885/1974) yayınladıktan kısa bir süre sonra ani bir dönüş gerçekleştirerek travmanın psikopatolojideki rolüne önem veren yaklaşımını terk etmiş, buna koşut olarak psikanalizin ruhsal

aygıt modelinde o yıllarda merkezi önem taşıyan disosiyasyon, yerini represyona bırakmıştır. Günümüzde ise, represyona dayalı ruhsal aygıt modelinin travmatik deneyimlerin etkilerini açıklamaya yeterli olmadığı, daha çok uzun süren çatışmalara ve arzuların engellenmesine dayalı oluşumları açıklamaya uygun olduğu savunulmaktadır (Spiegel 1991).

Bastırma düzeneği birbiriyle çelişen kimi duyguları bir arada barındırabilirken ve bu duygulara erişmek oldukça güç iken, disosiyasyon düzeneği birbiriyle uzlaşmayan karşıt eğilimleri ayrı bölmelere yerleştirmekte, fakat bunlar kolayca yer değiştirebilmekte, birbirlerinin yerine geçebilmektedirler. DKB'nun etyopatogenez için şöyle bir model önerilmiştir (Kluft 1985): Hasta, acı ve korku verici taciz yaşantılarından uzaklaşmak için disosiyasyonu savunma düzeneği olarak kullanan, fakat daha sonraları bu savunmanın ağır ruhsal bedelini ödemek zorunda kalan şanssız bir çocuktur. Çocuk kendi benlik bütünlüğünü travmadan korumak için "bu bana yapılmıyor" diyerek o tacizin, kendisinden ayrı (disosiyete ettiği) bir parçasına yapıldığını düşünür ve bu savunma amnezi ile pekiştirilir. Bu ilk disosiyatif yaşantı ağır vakalarda farklı bir kişiliğin çekirdeğini oluşturur. DKB vakalarında taciz genellikle, erken yaşlarda, yineleyici biçimde ve birinci dereceden yakınlar tarafından yapılmaktadır. Bu nedenle DKB'nun, saldırgan aile bireylerinin yineleyen tacizlerine karşı oluşan bir travma sonrası stres bozukluğu olarak kavramlaştırılması olanaklıdır.

Kluft'a göre DKB hastası travma dolayısıyla ya da biyolojik olarak disosiyete olma kapasitesine sahiptir. Bu kişilerin disosiyatif olmayan uyum sağlama kapasiteleri travmatik olaylarla başa çıkmaya yetmediğinde savunma amacıyla disosiyasyon mekanizması harekete geçer ve bu kişilerde doğal olarak bulunan hayali arkadaşlar, normatif ego durumları, "saklı gözlemci (hidden-observer)" yapıları, durum ve duyguduruma bağlı fenomenler, libidinal fazlarla ilgili değişiklikler, introjeksiyon /identifikasyon /internalizasyon süreçlerinin intrapsişik düzenlenmesindeki zorluklar, başarısız savunma mekanizmaları, ayrılma- bireyleşme sürecinde problemler (özellikle yeniden yaşama dönemine ilişkin sorunlar), bütünlüğü olan (cohesive) kendilik ve nesne tasarımlarının oluşturulmasında başarısızlıklar alter kişilik gelişimine katkıda bulunur. Yakın çevresinin çocuğu travmatize olmaktan koruyamaması ve travmayı metabilize etmesini ve yeni oluşan bölünmenin ter-

kedilmesini sağlayacak olumlu ve besleyici (nurturing) ilişkiler sağlayamaması bölünmüşlüğü güçlendirir ve kalıcı kılar. DKB kötüye kullanılma dışındaki travmalarla da oluşabilir. Bunlar, sevilen birinin ölümü, kazalar, savaşlar, şiddetli ağrı, kronik hastalıklar, ölümden dönme yaşantıları, göç ve kültür değişikliği ve kaotik aile ortamlarıdır (Kluft 1987a).

DKB'nin hemen 20. yüzyıl başında psikiyatrinin ana çizgisi dışına düşmesi ve uzun süre gözlerden uzak kalmasına koşut olarak psikanaliz içerisinde de bu bozukluğu açıklamaya yönelik kuramsal yaklaşımlar kısıtlı kalmıştır. Bu hastalarda çoklu özdeşimler ve özellikle saldırganla özdeşleşme olduğu üzerinde durulmuş (Fenichel 1945/1970), ancak bu çoklu özdeşimlerin neden kaynaştırılmadığı açıklanamamıştır. Psikanaliz literatüründe, hastalığın şiddeti bakımından amnezi ve fügen olan hastalar nörotik ve psikotik durumlar arasında bir yerde düşünülmüşlerdir (Loewenstein 1991). Az sayıda psikanalitik vaka sunumunda değişik bilinç durumlarının hipnoid durumların ve disosiyasyonun diğer türlerinin çocukluk çağı tacizlerine karşı bir savunma olabileceği üzerinde durulmuştur (Loewenstein 1991). Dış tehlike ve travmaya ek olarak, hastaların sıklıkla başedilmeyecek şiddette korku ve yoğun enestöz, cinsel, suisidal ya da saldırgan eğilimler gibi şiddetli duygu ve dürtü savaşım içerisinde buldukları da belirtilmiştir. Böylece bu hastaların, kaçış ya da savaşmanın (fight or flight) imkansız olduğu ya da ruhsal bakımdan disosiye edilmeden kabulü mümkün olmayan güçlü ruhsal çatışmalar yaşadıkları öne sürülmüştür (Loewenstein 1991). Ruhsal travma üzerinde duran az sayıda psikanalite karşın disosiyasyonla ilgili çağdaş psikanalitik yorumların çoğu, açıkça ya da örtülü bir şekilde Fairbairn'in amnezi ve fügen altında "şizoid" sürecin bulunduğu görüşünü kabul etmektedirler. Fairbairn şizofrenide olduğu gibi amnezi ve fügen altında da ego yarılmasının (splitting) yattığını söyleyerek bu iki bozukluğun temel özelliğinin aynı olduğunu öne sürmüştür (Loewenstein 1991). Bu ve benzeri görüşlerin günümüzün psikanalitik kuramları üzerindeki etkisiyle disosiyasyon ve "splitting" genellikle aynı gibi değerlendirilmiştir. Buna ek olarak psikanalitik yazıların çoğu, çocukluk çağı tacizlerine ve erişkinlikteki şiddetli psikolojik travmalara psikopatoloji oluşumunda fazla önem vermemişlerdir (van der Kolk 1986, Kluft 1988, Spiegel 1988, Loewenstein 1990). Disosiyasyonu açıklamaya çalışan bir çok psikanalitik yorum yalnızca nesne ilişkileri ya da "splitting" modeli üzerine kurulmuştur ve am-

nezi, fügen gibi travma sonrası ya da disosiyatif belirtileri olan hastaları doğruca "borderline" ya da şizofrenik yelpazeye yerleştirmişlerdir (Loewenstein 1991). "Borderline" hastalardan farklı olarak DKB hastalarında nesne tasarımlarından çok kendilik tasarımlarının bölünmüş olduğuna da dikkat çekilmiştir (Marmer 1991). "İyilerin" ve "kötülerin" hangi noktadan sonra malign bir "splitting"e dönüştükleri ve psikopatolojinin "borderline" düzeye ulaştığı (Marmer ve Fink 1994) bugün de yanıtı henüz bilinmeyen bir sorudur. Öte yandan Kernberg DKB'nun belli bir kişilik organizasyonu ile ilgili olmadığını, nörotik, sınırda ya da psikotik karakter yapısında bulunabileceği üzerinde de durmuştur (Fink 1991).

Çocukluk çağındaki travmalarını Piaget tarafından sistemleştirilen ve ortaya konulan bilişsel gelişimin operasyon öncesi (preoperational) fazında fiksasyona neden olduğu ve gelişen psikopatolojinin merkezinde bu bilişsel aksaklığın bulunduğu belirtilmektedir (Fish-Murray ve ark. 1987). Bu evredeki normal bir çocuk kendisinin iki farklı yönünü farklı iki insan gibi algılar. Davranışları nedeniyle suçlandığında bunu şiddetle reddeder ve bunları yapanın kendisi değil "diğer kötü çocuk" olduğunu iddia eder. Kendisi dışındaki insanlar için de böyle düşünür. Kendisini azarlayan ya da döven "kötü baba" ile kendisine oyuncak alan ve sevindiren "iyi baba" farklı iki insandır. Çünkü bu fazda "korunma" ve "geri dönüşüm" işlemleri henüz kazanılmamıştır ve düşünce bütünüyle benmerkezdendir. Farklı ve üst üste gelen özelliklerle oluşan bütün ve bir tek "kendilik" ya da "kendilik bilgisi" ancak bu evreden sonra gelen operasyon fazında kazanılır. Travma nedeniyle oluşan aksaklık bilişsel alanların tümünde görülmez. Diğer bilişsel alanlar normal hızda ve Piaget'in ortaya koyduğu evreler boyunca ilerlerken, hastanın kendini ve diğer insanları anlaması ile ilgili bilişsel alanda operasyon öncesi düşünce sistemi devam eder. Bu yanlış bir şekilde "splitting" olarak yorumlanır. Halbuki "korunma" ve "geri dönüşüm" işlemlerinin geçerliliğini kaybetmesi nedeniyle operasyon öncesi evrenin düşünce yapısı aktif haldedir ve istismara maruz kalan "kurban" çocuk ile istismara uğramayan, böyle kötü bir olayı yaşamayan çocuk birbirinden ayrılmıştır. Benzer bir şekilde istismar eden ana baba ile bakım veren, destekleyen ana baba da birbirinden ayrılır. İşlevsel olamayan akomodasyon artık çocuğun gerçek ve çevreye uyumunu sağlayamamakta, dolayısıyla çocuk dış gerçeklikten ve travmatik çevreden uzaklaş-

makta ve enerjisinin bir "iç dünya" oluşturmaya harcamaktadır.

Burada sunduğumuz vakanın travmatik yaşantıları gözden geçirildiğinde kardeş rekabetini şiddetli yaşadığı dikkati çekmekte, katı ve cezalandırıcı bir çevrede büyüdüğü öğrenilmektedir. Alınabilen öyküye göre gerek klinik belirtiler gerekse belirgin olarak travmatik sayılabilecek yaşantıların okul çağı ile birlikte hız kazandığı anlaşılmaktadır. Çok sevdiği amcasının ölümü, ilkokul birinci sınıfta solaklığı ve görme bozukluğundan kaynaklandığı anlaşılan başarısızlığının aile tarafından ele alınış biçimi (fiziksel taciz ve ihmal) travmatik nitelik taşımaktadır.

Çisem Hale'nin amcasının, yabancı bir kaç adamın ve Erhan adında Hale'den on yaş büyük bir delikanlının cinsel tacizde bulunduğu yönünde öykü vermektedir. Ev sahibi kişilik bu olayları bildiğini, ama kendisinin değil Çisem'in başından geçtiğini söylemektedir. İlerleyen görüşmelerde Erhan'ın tacizlerinin gerçek olduğu belirtilmiş, ancak amca tacizi çok ayrıntılı biçimde anlatılmış olduğu halde sonraki görüşmelerde gerçek olmadığı belirtilerek, Hale tarafından "bunlar sadece benim kafamda oldu" biçiminde açıklama getirilmiştir. Çisem başlangıçta bu taciz olaylarını gerçekten abartılı biçimde anlatmakta idi (geceleyin evinden alınarak taş ocağına götürülme, orada tecavüz edilme, Hale'nin Çisem'i tecavüzden kurtarması, aralarında amcasının da bulunduğu üç kişinin sırayla tecavüz etmesi gibi). Ancak ilerleyen görüşmelerde bu öykülerdeki abartılı öğeler kaybolmuş, fakat Erhan'ın bir kez vajinal penetrasyonu içeren cinsel tacizi gerçek bir olay niteliğinde anlatılmaya devam etmiştir. Amca ve diğer adamların tacizi konusunda kesin kanıya varılamamıştır. Fakat hastanın Erhan'la tanışması ve tecavüze uğramasından önce de bir disosiyatif bozukluğu olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca hastanın kendisinden oldukça büyük yaşta bir kişi ile yaşından beklenmeyecek bir biçimde duygusal ve cinsel bir yakınlığa girmesi daha önce uygunsuz bir cinsel uyarılma yaşadığı ve tacize uğradığı olasılığını gündeme getirmektedir (Coons ve Milstein 1984, Kluft 1990, Herman 1992). Amca ve üç adamı konu alan öykü bazı gerçeğe uymayan öğeler içerirse de bu olasılığı güçlendirmektedir. Çocuk vakalarda yaşa uygun bilişsel düzeye bağlı olarak travmatik yaşantıların bellekte dinleyenleri kuşkuya düşürecek denli transformasyonlara uğraması, ya da tümüyle unutulması beklendiği bir olgudur (van der Kolk 1987, Williams LM- 1995, Terr 1991).

Alter kişiliklerin bir sistem oluşturdukları gözlenmektedir. Çisem yardımcı nitelik taşıırken Canan, Erhan, Emrah ve Büyük Patron agresif olan kimileri hastanın kendisine dönen öfkesini barındırmaktadır. Fatma ve Coşkun ise intihar eğilimini kendi içlerinde kompartımanlaştırmıştır. Tüm bu alter kişilikler genel olarak hastanın kendini cezalandırma eğilimini yansıtmaktadır. Erhan kişiliğinin saldırganla özdeşleşme yoluyla oluştuğu açıkça görülmektedir (van der Kolk'e göre Ferenczi 1946). DKB hastalarında istismarcı, kurban tarafından içselleştirilmiştir, çatışma içsel olarak sürdürülür. Kendilik duygusu ("sense of self") ve istenç bozulmuştur. Hasta duygu, davranış ve düşüncelerini kendi iradesinin bir sonucu olarak yaşayamamaktadır. Bu ise Schneider belirtilerinin kaynağını oluşturmaktadır.

DKB vakalarında tanıyı dikkate alan psikoterapi ile görece hızlı ve doyurucu sonuçlar elde edilebilmesi bu hastaların "borderline" yelpazesi içerisinde düşünülmesinin ve yalnızca psikanalitik model ile açıklanmaya çalışılmasının yeterli bir yaklaşım olmadığını düşündürmektedir. Travmatik kökenli bu bozuklukta, bizim vakamızda da görüldüğü üzere, tedavi bir "borderline" hastaninkinden farklı, çok daha hızlı ve kendine özgü yollardan ilerlemektedir. Bir bakıma bu bozukluğun oluşma düzeneğinin tersine izleyerek ilerleyen bu tedavi yolunun travmatik yaşantıların psikobiyolojik etkilerinin aydınlatılması ve hipnotik düzeneklerin incelenmesi ile birlikte psikoterapi alanına gelecekte yeni bilgiler kazandırması olasıdır.

### Psikoterapi Tekniği

DKB psikoterapisinin ilkelerini bu yazıda ele almak olanaksızdır. Bu tür psikoterapiyi en iyi özetleyen deyim yorumdan çok ilişkiye dayalı bir "uzun süren kısa psikoterapi" olabilir. Çünkü bu tür tedavi özellikle erişkin hastada kısa psikoterapi olarak adlandırılmayacak kadar uzun sürmekte, fakat terapist hep bir kısa psikoterapide olduğu denli aktif olmak zorunda kalmaktadır. Amaç disosiyatif zihin yapısını gidermek ve bu yolun yeniden kullanılmasını önleyecek başatme yollarının öğrenilmesini sağlamaktır. Tedavide ilişki kurma ve hastaya kendini tam olarak ifade etme olanağını vermek temeldir. Bu ortamı sağlayamayan terapistin psikoterapi yapması bir yana, DKB hastalarında tanıya ulaşması bile güç olabilir. Buna karşın bir kez ilişki kurulduğunda ve hasta alter kişilikleri ile kendisini ifade etmeye başladığında artık tera-

pist son derecede uyanık, hızlı ve aktif olmak durumundadır. Alter kişiliklerle doğrudan ilişki kurulmaksızın ise etkin bir tedavi olası görünmemektedir. İşte bu nokta konuya uzak olan terapistlerin alışkın olmadıkları bir durumdur. Bu uygulamaları yapabilmek için ise temel koşul tanıyı kabul etmektir. DKB kategorisinin geçerliği konusunda kuşkusuz olan terapistin bu tedaviyi üstlenmesi kontrendikedir. Yürütülen tedavi genel olarak dinamik psikoterapi ilkelerine dayanır; ancak yer yer bu tanı grubuna özgü çok sayıda teknik, kognitif psikoterapiye özgü girişimler ve hipnoz kullanım alanı bulabilir. Çocuklarda DKB terapisiyle ilişkili sınırlı sayıda literatür hipnoz, oyun terapisi ve bireysel terapinin etkili olduğunu belirtmektedir. Yetişkinlerden farklı olarak terapistten daha öncelikli olarak devam etmekte olan travmanın durdurulması, çocuğun korunmaya alınması ve bu şekilde gelişimsel devamlılığın sağlanması zorunludur. Bu zorunluluğun yerine getirilemediği durumlarda disosiyatif savunmaları azaltmaya çalışmak hastaya zarar verir. (Hornstein 1991)

Alter kişiliklerin hepsine eşit uzaklıkta durulur. Varlıkları kabul edilir, ancak onlara özelliklerine koşut olarak farklı yaklaşımlar sergilenmez. Örneğin çocuk alterle çocukça ilişki kurmak, persekütör ya da suisidal altere olumsuz tepki vermek, yardımcı altere dostça davranmak gibi yaklaşımlar antiterapötiktir. Gelişkin bir alter kişilik ile az sayıda ögeden oluşmuş olan bir fragmana eşit önem verilir. Tüm bu ilkelere uyulması terapisti bir geçiş nesnesi (Winnicott) haline getirir. Bu değişken dünyada terapist değişmez bir nirengi noktasıdır. Ancak terapistin hastaya alter kişilikleri yok edeceği ya da onları birleştireceği mesajını vermemesi, bunu tedavinin tek amacı gibi göstermemesi gerekir. Bu ancak hasta hazır olduğunda ve istediğinde olacaktır.

Kişiliklerin birleşmeye doğru ilerlemesine genel olarak entegrasyon adı verilir. İki ya da daha fazla kişiliğin birleşmesi işlemi ise füzyon adını alır. Entegrasyon füzyonlardan önce başlar, füzyonlarla sürer. Füzyon birbirine karşı empati geliştiren ve birbiriyle özdeşim kuran kişilikler arasında kendiliğinden olabilir, ya da çoğunlukla terapistin aktif girişimini gerektirir. Aktif girişimi gerektiren füzyonlar da aslında birleşmeye çok yaklaşmış alterler arasında yapılır, bu son girişimdir. Ancak tedavide ne zaman yapılacağı stratejik önem taşır. Erken davranılmamalı ve geç kalınmamalıdır. Füzyon sonrasında olu-

şan kişilik kendisini oluşturan öğelerin özelliklerini taşır. Bu durum hastanın ilişki kurma, duygulanma ve düşünme biçiminde kendisini gösterir. Bu vakada füzyonlar terapistin aktif girişimleri ile yapılmıştır. Füzyon gerçekleştirilirken hastanın zihninde bu sürece koşut imgeler oluşturulması ve birleştirme işleminin bu imgeler kullanılarak uygun bir rituelle yapılması tercih edilir. Füzyon hipnoz altında da yapılabilir. Füzyon sonrasında hasta önceki alter kişiliklere yeniden "switch" olamaz, onlara artık erişemez. Ancak füzyon tedavinin tek ve en önemli amacı gibi görülmemelidir.

## Sonuç ve Öneriler

Hastanın içinde bulunduğu disosiyatif yapının ürkütücü belirtilere yol açtığı ve uyumunu bozduğu görülmektedir. Özellikle çocukluk çağında başlayan böyle bir psikopatolojik tablonun gelişim sürecini ne denli olumsuz etkileyeceği açıktır. Öte yandan böyle bir hastanın DKB'ni dikkate almayan bir değerlendirmeye atipik psikotik bozukluk ya da çocukluk çağı şizofrenisi olarak nitelenmesi ve tedavide nöroleptik ilaçlar kullanılması olasılığı vardır. Oysa bu vakalarda nöroleptik ilaçlara gerek olmadığı, büyük olasılıkla yarardan çok zarar getireceği, tanıyı ve kullanılan savunma düzeneğini dikkate alan kısa psikoterapi ile olumlu sonuç alınabileceği kanısındayız. DKB tanısını dikkate alan yaklaşım klinisyenin bu hastada "switch" fenomenini farketmesini ve alter kişiliklerin tam denetimi alabildiğini görmesini sağlamıştır. Bu vakanın öyküsünün ve tedavi sürecinin genellikle önyargı ile yaklaşılana bu konuya klinisyenlerin dikkatlerini çekmek açısından yararlı olduğunu düşünmekteyiz.

## KAYNAKLAR

- Bernstein EM, Putnam FW (1986) Development, reliability and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 47: 285-293
- Baum EA (1987) Imaginary companions of two children. *J Am Acad Child Psychiatry*. 26: 324-330.
- Coons PM, Milstein V (1984) Rape and posttraumatic stress in multiple personality. *Psychol Rep* 55: 839-845.
- Ellenberger H: *The Discovery of the Unconscious*. Basic Books, New York 1970.
- Fagan J, McMahon PS (1984): Incipient multiple personality in children. *J Nerv Ment Dis* 172: 26-36.
- Fenichel O (1945/1970) *Nevrozların Psikoanalitik Teorisi*. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yayını, İzmir.

- Fink D (1991) The comorbidity of multiple personality disorder and DSM - III- R axis II disorders. *Psychiatr Clin North Am* 14: 547-566.
- Fish-Murray CC, Koby EV, van der Kolk BA (1987) Evolving ideas: the effect of abuse on children's thought. *Psychological Trauma içinde*, BA van der Kolk (ed.) American Psychiatric Press, Washington D.C., s: 89-111.
- Freud A (1946/1982) *Ego ve Savunma Mekanizmaları*. Özgür Yayınevi, İstanbul.
- Freud S, Breuer J (1895/1974) *Studien über Hysterie*. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt.
- Herman J (1992) *Trauma and Recovery*. Basic Books, New York.
- Hornstein LN, Tyson S (1991) Inpatient treatment of children with multiple personality/dissociative disorders and their families. *Psychiatr Clin North Am* 14: 631-648.
- Kluft RP (1985a) Childhood multiple personality disorder: predictors, clinical findings, and treatment results. *Childhood Antecedents of Multiple Personality içinde*, R Kluft (ed.) American Psychiatric Press, Washington D.C., s: 198-238.
- Kluft RP (1985b) Hypnotherapy of childhood multiple personality disorder. *Am J Clin Hypnosis* 27: 4. 201-210.
- Kluft RP (1987a) Multiple personality disorder: an update. *Hosp Community Psychiatry* 38: 363-373.
- Kluft RP (1987b) First rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *Am J Psychiatry* 144: 293-298.
- Kluft RP (1988) The dissociative disorders. *Textbook of Psychiatry içinde*, JA Talbot, RE Hales, SC Yudofsky (ed.) American Psychiatric Press, Washington, s: 557-584.
- Kluft RP (1990). *Incest- Related Syndroms of Adult Psychopathology*. American Psychiatric Press, Washington DC.
- Kluft RP (1991) Multiple personality disorder. *Review of Psychiatry içinde*, A Tasman, SM Goldfinger (ed.) American Psychiatric Press, Washington DC, s: 161-188.
- Loewenstein RJ (1990) Somatoform disorders in victims of incest and child abuse. *Incest Related Disorders of Adult Psychopathology içinde*, RP Kluft (ed.) American Psychiatric Press, Washington, D.C., s: 75-111.
- Loewenstein RJ (1991) Psychogenic amnesia and psychogenic fugue: A comprehensive review. *Annual Review of Psychiatry # 10 içinde*, A Tasman, SM Goldfinger (ed.) American Psychiatric Press, Washington, s: 189-222.
- Marmer SS (1991) Multiple personality disorder. A psychoanalytic perspective. *Multiple Personality Disorder içinde*, RJ Loewenstein (ed.) *Psychiatr Clin North Am* 14:677-693.
- Marmer SS, Fink D (1994) Rethinking the comparison of borderline personality disorder and multiple personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 17: 743-772.
- McMahon PP, Fagan J (1993) Play therapy with children with multiple personality disorder. *Clinical Perspectives on Multiple Personality Disorder içinde*, RP Kluft ve CG Fine (ed.) American Psychiatric Press, Washington DC, s:253-276.
- Merskey H (1992) The manufacture of personalities: the production of multiple personality disorder. *Brit J Psychiatry* 160: 327-340.
- Miral S, Alkın T, Sonsuz C ve ark. (1996) Bir disosiyatif amnezi olgusu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 3 (1): 33-36.
- Nagera H (1969) The imaginary companion. The psychoanalytic study of the child içinde. R Eissler, A Freud (ed). International universities press, Newyork. Vol 24, s: 165-196.
- Putnam FW (1985) Dissociation as a response to extreme trauma. *Childhood Antecedents of Multiple Personality içinde*, RP Kluft (ed.) American Psychiatric Press, Washington D.C., s: 66-97.
- Putnam FW (1989) *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. The Guilford Press, New York.
- Putnam FW (1991) Dissociative disorders in children and adolescents *Psychiatr Clin North Am* 14: 519-531.
- Ross CA (1991) Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psych Clin North Am* 14: 503-517.
- Simpson MA (1995) Gulliver's travels, or the importance of being multiple. *Dissociative Identity Disorder: Theoretical and Treatment Controversies içinde* LM Cohen, JN Berzoff ve MR Elin (ed.) New Jersey, Jason Aronson Inc.
- Spiegel D (1988) Dissociation and hypnosis in posttraumatic stress disorder. *J Traumatic Stress*, 1: 17-33.
- Spiegel D (1991) *Dissociation and Trauma*. American Psychiatric Press *Review of Psychiatry* Vol. 10, içinde A Tasman, SM Goldfinger (ed.) American Psychiatric Press, Washington DC, s: 261-275.
- Şar V., Yargıç Lİ ve Tutkun H (1995a) Türkiye'de çoğul kişilik bozukluğu konusunda deneyim ve görüşler: Bir anket ve düşündürdükleri. *Nöropsikiyatri Arşivi* 32: 76-83.
- Şar V, Yargıç Lİ, Tutkun H (1995b): Response to: Critical Issues: Is Dissociation "Just an American Problem?" / *International Concerns-Part II*. *Newsletter of the International Society for the Study of Dissociation* 13: 1-3.
- Terr LC. (1991) Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 148: 10-20.
- Tutkun H, Şar V, Yargıç Lİ ve ark. (1995) Yatarak tedavi görmekte olan psikiyatri hastalarında disosiyatif belirti ve kronik kompleks disosiyatif bozukluk sıklığı. 31. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, s: 71.

Tutkun H., Yargıç L.İ. ve Şar V. (1994) Adölesans döneminde bir çoğul kişilik bozukluğu vakası. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 2: 261-266.

Tutkun H. Yargıç L.İ. Şar V (1995) Dissociative identity disorder: a clinical investigation of 20 cases in Turkey. *Dissociation* 8: 1-7.

Yargıç L.İ., Tutkun H., Şar V (1994) Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve erişkinde disosiyatif belirtiler. *Psikiyatri Psikofarmakoloji Psikoloji Dergisi* 2: 338-347.

Yargıç L.İ., Tutkun H., Şar V., Zoroğlu S. (1995): Comparison of dissociative identity disorder between adolescents and adults. *Proceedings of the 5th Spring Conference of the International Society for the Study of Dissociation* içinde, O. van der Hart, S. Boon, N. Draijer (ed.) ISSD- Amsterdam.

van der Kolk B (1986): Amnesia, Dissociation, and return of the repressed. *Psychological Trauma* içinde. van der Kolk BA (ed) American Psychiatric Press. Washigton DC. s: 173-191.

van der Kolk B, Nerson N, Hostetter A (1994): The history of trauma in psychiatry. *Psyc Cl North Am*. 17 (3): 583-600.

Vincent M, Piçkering MR (1988) Multiple personality disorder in childhood. *Can J Psychiatry* 33: 524-529.

Williams LM (1994): Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* 62: 1167-1176.

Zoroğlu S, Yargıç İ, Tutkun H., Şar V (1995) Adölesan yaşta 17 disosiyatif kimlik bozukluğu olgusunun sosyodemografik, klinik özellikleri ve travmatik yaşantı yüküleri. 5. Ulusal Çocuk ve Eren Psikiyatrisi Kongresi. Ankara.

Zoroğlu S, Tutkun H, Yargıç Lİ ve ark (baskıda) Dissociative identity disorder in childhood: five Turkish cases. *Dissociation*.

# KİMLİK: NESNE İLİŞKİLERİNİN ÜÇÜNCÜ VE EN ÜST DÜZEYİ \*

İ. Ferhan Dereboy\*\*

## ÖZET

Kimlik kavramı bir ruhsal yapıyı değil; bir nesne ilişkilerini içselleştirme biçimini anlatır. Kavramın anlaşılmasındaki en büyük güçlük ego kimliğinin kendisinin bir ruhsal yapı olarak düşünülmesinden kaynaklanmaktadır. Bu yazıda, nesne ilişkilerin üç düzeyli olan içe atım, özdeşim ve ego kimliğinin tartışılması amaçlanmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Kimlik, nesne ilişkileri

## SUMMARY: IDENTITY: THE THIRD AND THE LAST LEVEL OF OBJECT RELATIONS

The concept of identity addresses a particular mode of internalization of object-relations, but not a psychic structure. The major difficulty in comprehending the concept arises from the notion that ego identity is a psychic structure itself. The present article attempts to review the three levels of object-relations: introjection, identification, and ego identity.

**Key words:** Identity, object - relations

## KİMLİĞİN BİREYSEL PSİKOLOJİ DIŞI BİR KAVRAM OLDUĞU YANILSAMASI

Kimlik kavramının çeşitli bağlamlarda kullanılabilmesi (grup kimliği, irksal kimlik, ulusal kimlik vb.) ve bu bağlamların büyük ölçüde sosyal bilimlerin alanına girmesi, ego kimliği kavramının da sosyal bilimlerin konusunu oluşturduğu yanılısamasını doğurmuş görünmektedir. Sözgelimi Kohut'un (1971), kimliğin bireysel psikolojiyle ilintili bir kavram olmadığı yönündeki düşüncesi bunun bir yansıması olarak görülebilir. Sözü edilen yanılısamanın yaygınlık kazanmasının bir diğer nedeni, Erikson'un kendisinin de ego kimliğini psikososyal bir kavram olarak nitelemesi ve kavramın bireysel psikolojinin alanı dışında kaldığı düşüncesine açıkça karşı çıkmamasıdır. Bu çalışmanın temel savlarından biri, ego kimliğinin öncelikle bireysel psikolojinin alanına giren bir kavram olduğudur. İki nedenle: Birincisi, bu kavram ve ondan türeyen kimlik bunalımı, kimlik bocalaması gibi kavramlar özellikle gençlerin psikolojisini anlamamız için anahtar işlevi görmektedir; ikincisi, nesne ilişkilerinin gelişim sürecine ilişkin klasik psikanalitik açıklamalar ego kimliği kavramı ve onun getirdiği anlayış olmaksızın yarım ve eksik kalmaktadır.

Buradan yola çıkarak, bu çalışmanın bir diğer temel savı şöyle belirtilebilir: Ego kimliğini bireysel psikolojinin önemli bir kavramı olarak yerli yerine oturtabilmenin yolu, kavramı nesne ilişkileri bağlamında ele almak ve tanımlamaktan geçmektedir. Çünkü ego kimliği her şeyden önce nesne ilişkilerinin gelişim sürecinin üçüncü ve en üst aşamasını anlatmak için kullanılan bir kavramdır.

## EGO KİMLİĞİ VE NESNE İLİŞKİLERİNİN GELİŞİM BASAMAKLARI

Erikson (1964), bireyin başka insanlarla kurduğu ilişkilerin beyninde nasıl canlandığının "nesne ilişkileri" başlığı altında incelenmesini yadırgatıcı bulduğunu belirtir. Kısmen bu yüzden, kısmen de Ego Psikolojisi Okulu'nun bir temsilcisi olduğu için, kendi kuramını ve kimlik kavramını Nesne İlişkileri Okulu'nun kavramlarıyla ilişkilendirmekten olabildiğince kaçınmıştır. Bunun bir yansıması olarak, içe-atım (introjection), özdeşim (identification) ve kimlik oluşumunu (identity formation), "egonun başkalarıyla giderek olgunlaşan ilişkiler içinde büyümesinin basamakları" olarak tanımlamıştır (Erikson 1968). Kuramcının kimlik üzerine yazdığı yüzlerce sayfa içinde, egonun büyüme basamaklarını tartıştığı bir kaç sayfanın önemi genellikle gözden kaçırılmış gibidir. Bu durum, sözü edilen üç basamak arasındaki farklılıkların yeterince açık ve ayrıntılı biçimde tartışılmamasına ve konunun bir daha ele alınmamasına bağlanabilir. Yine de bu bölümde geçen "özdeşimlerin yararlılığının bittiği yerde kimlik oluşumu başlar" (Erikson 1968, s. 159) sözü kuramcının belki de en sık alıntı yapılan cümlesi olagelmıştır. Daha da önemlisi, Erikson'un egonun büyüme basamakları konusunda yazdıkları Kernberg'e esin kaynağı olmuş ve bu konuyu oldukça sistematik biçimde tartışmasını sağlamıştır. Kernberg (1966), Nesne İlişkileri Okulu'na yakınlığının da etkisiyle, içe-atım, özdeşim ve ego kimliğini nesne ilişkilerinin içselleştirilmesinin (Internalization of object-relationships) gelişim basamakları olarak tanımlamış ve bu basamaklara topluca "özdeşim sistemleri" (identification systems) adını vermiştir.

\* V. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi kapsamında gerçekleştirilen "Çeşitli Yönleriyle Kimlik" panelinde sunulmuştur.

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



Burada önemli ve yeni olan düşünce, ego kimliğinin, nesne ilişkilerinin içselleştirilmesinin ya da egonun başkalarıyla giderek olgunlaşan ilişkiler içinde büyümesinin son basamağı olarak tanımlanmasıdır. Çünkü böylesi bir bakış, kişilik oluşumuna ilişkin belirleyici gelişmelerin yaşamın ilk yıllarında yaşandığı biçimindeki geleneksel psikanalitik anlayıştan kopma anlamına gelmektedir. Gerçekte hem Ego Psikolojisi hem de Nesne İlişkileri okulları bu geleneksel anlayışı paylaşmış ve sürdürmüşlerdir. Sözelimi Klein (1948) nesne ilişkilerindeki gelişmeyi yalnızca yaşamın ilk yıllarındaki değişimlerle sınırlı tutmuştur. Hartmann ve arkadaşları (1946), 5-6 yaş civarında süperegonun gelişmesiyle birlikte üçlü ruhsal yapının oluşmuş olduğunu, yani kişilik oluşumunun büyük ölçüde tamamlandığını öne sürmüşlerdir. Buradan, psişik yapının gelişiminin büyük ölçüde okul öncesi dönemde tamamlandığı, daha sonraki dönemlerde önemli ya da belirleyici nitelikte gelişmeler olmadığı, sadece oluşmuş yapının üzerinde kimi rötuşların yapıldığı anlaşılmaktadır. Sözü edilen anlayışı günümüzün Öz Psikolojisi (Self Psychology) okulunun da paylaştığı ve psişik yapının gelişimi açısından belirleyici basamakları çocukluk yıllarında öz-nesneleriyle (self-objects) kurulan ilişkilerle sınırlı tuttuğu söylenebilir (Kohut 1977, Lee ve Martin 1991).

Çeşitli psikanalitik okullarının paylaştığı bu yaklaşım bizi şu önermeleri kabule götürmektedir. Kişilik yapısı temel olarak okul öncesi dönemde tamamlanır. Bu yaklaşım ilköğretim dönemindeki bir çocukla bir erişkinin ruhsal yaşantıları arasında temelde bir farklılık olmadığını düşündürmektedir. Bunun geçerli bir düşünce olmadığı açıktır. Çünkü ne çocuklar erişkin insanlar gibi yaşayabilirler, ne de erişkinler çocuklar gibi.

Öyleyse bir çocuğun yetişkin bir insan olması sürecindeki belirleyici adımların yaşamın ilk yıllarıyla sınırlı kalmadığını, çocukluk dönemi kadar ergenlik ve gençlik yıllarında da kişilik gelişimi açısından belirleyici adımların atıldığını kabul etmek zorundayız. İşte ego kimliği kavramı, kişilik oluşumunun erişkinlik öncesi yılların tümüne yayıldığı düşüncesini getirmesi bakımından geleneksel anlayışa karşıt bir anlayışı temsil eder. Bu yönüyle devrimci bir kavram olduğu bile söylenebilir.

Aşağıda nesne ilişkilerinin gelişim basamakları kısaca tartışılacak ve bir basamaktan diğerine ilerleyişin ne anlama geldiği temel çizgileriyle açıklanmaya çalışılacaktır. Bu açıklamaların an-

laşılabilirliği açısından, imge (image) ve tasarım (representation) terimlerinin birbirinin yerine geçer biçimde değil, farklı anlamlarda kullanıldığının baştan belirtilmesi gerekli görünmektedir. Imge terimi bir yaşantı ya da etkileşimin zihinde uyandırdığı izlenimleri anlatırken; tasarım terimi zihinde biriken imgelerin bir araya getirilip eklenmesiyle oluşturulan ruhsal yapıları anlatmak için kullanılmıştır (Volkan 1992).

## **NESNE İLİŞKİLERİNİN İLK DÜZEYİ: İÇE-ATIM**

Yaşamın ilk aylarında bebek, kendisiyle karşındaki insanı, özellikle de annesini ayrı varlıklar olarak algılayamaz. Başka deyişle, bebek kendisini annesinin bir parçası ya da annesini kendisinin bir parçası olarak yaşar. Mahler'in (1975) sembiyotik evre olarak tanımladığı bu dönemde, anneyle bir etkileşim anında çocuğun zihninde uyanan izlenim, kendinin ve annesinin ayrı ayrı imgeleri (öz ve nesne imgeleri) değil; kendi-anne bütününe imgesidir. Bu imgelerin süreç içinde birleştirilmesiyle "sembiyotik birim" (symbiotic unit) tasarımı oluşturulur.

Mahler'e göre beşinci aydan başlayarak sembiyotik birim çözülmeye yüz tutar. Yani anneyle etkileşimlerin bebeğin beyinde öz imgesi (self-image) ve anne imgesi biçiminde kodlanması gündeme gelir. Böylece sembiyotik birimin tasarımı içinde yavaş yavaş öz tasarımı (self-representation) ve nesne tasarımı (object-representation) belirlemeye başlar. Bu anneden ayrılma ve aynı zamanda bireyleşme süreci, ancak üç yaşına doğru öz ve nesne tasarımları arasındaki sınırların belirginleşmesi noktasına varabilmektedir. Yine de bu tam bir ayrışma değildir ve ayrılma-bireyleşme sürecinin daha tama yakın bir noktaya varabilmesi için ergenlik ve gençlik dönemini beklemek gerekir.

Yaşamın ilk dönemlerindeki nesne ilişkilerini tartışırken göz önünde tutulması gereken bir diğer nokta bölme (splitting) düzeneğidir. Kernberg (1966), belleğin biriken etkileşim izlenimlerini düzenleme yönündeki işleyişinin bir ürünü olarak bölme düzeneğinin dördüncü ayda çalışmaya başladığını ve sekizinci aya doğru zirvesine ulaştığını düşünür. Bununla anlatılmak istenen, olumlu ve olumsuz etkileşimlerin zihinde uyandırdığı izlenimlerin birbirinden ayrılması ve iki ayrı kümede toplanmasıdır. Bu açıdan sembiyotik birimin iyi ve kötü olarak ikiye bölünmüş biçimde çözülme

sürecine girdiği söylenebilir (Volkan 1992). Öyleyse, süreç içinde bir yanda iyi öte yanda kötü sembiyotik birimlerden, iyi ve kötü öz ve nesne tasarımları ayrışmağa başlar.

Kernberg'e göre (1966) bölme düzeneği bir yaşına doğru etkinliğini büyük ölçüde yitirmektedir. Ancak bu konu tartışmalı görünüyor. Mahler ve arkadaşları (1975) doğrudan doğruya küçük çocuklar üzerinde yaptıkları gözlemlere dayanarak, iyi ve kötü öz ve nesne tasarımlarının kaynaştırılmasına 18. aydan sonra başladığını belirtmektedirler. Bu sürecin bir ürünü olarak bölük nesnelere bütün nesnelere geçişin belli oranda gerçekleşmesi, yani nesne sürekliliğinin (object constancy) belirginleşmesi ancak üç yaşına doğru söz konusu olabilmektedir. Öte yandan Volkan (1992), iyi ve kötü yanlarda öz tasarımının nesne tasarımlarından ayrıştırılmasının üç yaşına doğru büyük ölçüde gerçekleştiği, ancak bu dönemde bölme düzeneğinin etkinliğinin sürdüğü görüşündedir. Volkan'a göre, iyi ve kötü tasarımların kaynaştırılması büyük ölçüde ödipal dönemde söz konusu olabilmektedir.

Bu söylenenlerin ışığında, yaşamın ilk yıllardaki yani oral ve anal evrelerdeki nesne ilişkilerinin niteleyici özellikleri şöyle sıralanabilir: (1) Öz tasarımıyla nesne tasarımları arasındaki sınırlar belirginleşmemiştir. (2) Gerek öz tasarımı gerekse nesne tasarımları iyi ve kötü olarak bölünmüş durumdadır. Öyleyse oral ve anal evrelerdeki nesne ilişkilerinin genel olarak sembiyotik dönemin izlerini taşıdığı söylenebilir. Bunun bir yansıması olarak, bir etkileşimden çıkarılan öz ve nesne imgelerinin yeterince ayrıştırılmadığı zamanlarda, her ikisi de öz tasarımının parçası olarak tanınabilmektedir. İşte içe-atım terimi, bir nesne imgesinin ya da bütün bir nesne tasarımının öz tasarımının içine atılması ve özün bir parçası olarak tanınmasını anlatır.

Sembiyotik nitelikteki nesne ilişkilerine özgü bir şey olan içe-atımları Jacobson (1964) ilkel, narsistik ya da psikotik özdeşim olarak adlandırır. Benzer biçimde Kohut'un (1971) öznesnesi kavramı da özün bir parçası olarak tanınan nesneyi, yani içe-atımı anlatır. Kullanılan terimler arasında farklılık olsa da, temelde aynı içselleştirme tarzından söz edildiği açıktır.

## NESNE İLİŞKİLERİNİN İKİNCİ DÜZEYİ: ÖZDEŞİMLER

Nesne ilişkilerinin ikinci düzeyini ilk düzeyden ayıran özelliklerden biri, öz ve nesne tasarımlarının tümüyle olmasa bile belirgin biçimde ayrışmışlığıdır. Yaşamın ilk yılının sonlarından başlayarak bu ayrışma ilerlediği ölçüde, nesne ilişkilerinin ikinci düzeyine geçiş sürecine de girilmiş olur. Bu iki düzeyi birbirinden ayırt etmenin gerekliliğini ilk kez Jacobson (1954) vurgulamış ve ilkel özdeşimler yani içe-atımlarla gerçek ego özdeşimlerini karıştırdığı için Freud'u eleştirmiştir. Jacobson (1964), ilk gerçek özdeşimlerin bir yaşından sonra gözlenmekle birlikte, ancak iki-iki buçuk yaşından sonra ön plana geçebileceğini düşünür. Başka deyişle anal dönem, nesne ilişkilerinin ilk düzeyinin egemen olduğu, ancak yavaş yavaş ikinci düzeyin filizlendiği bir geçiş dönemidir.

Özdeşimleri içe-atımlardan ayıran ikinci nitelik, ilişkilerdeki toplumsal rol ögesinin farkedilmeğe başlanmasıdır (Kernberg 1966, Erikson 1968). Bir yaşından sonra çocuklar etkileşim içinde oldukları insanın üstlendiği rolü ayırt edebilmeğe başlarlar. Bununla bağlantılı olarak, zihinlerinde yalnızca o nesnenin imgesi değil, nesnenin rolünün de imgesi oluşur. Öyleyse özdeşim, öz ve nesne imgelerinin eşliğinde toplumsal rol imgelerinin de içselleştirilmesi ve dolayısıyla tanınması sürecidir.

Özdeşimlerin bir diğer ayırt edici niteliği olarak ülküleştirme (idealization) düzeneğinin etkinleşmesi gösterilebilir. Çocuğun ne zaman gerek kendisini gerek başkalarını oldukları gibi değil de abartılı ve düşsel özellikler yükleyerek, yani ülküleştirerek içselleştirmeye başladığı konusu tartışmalı görünüyor. Benzer biçimde, ülküleştirme düzeneğinin gelişmesinin neye bağlanabileceği konusu da tartışmalıdır. Klein (1948), bölme düzeneğinin etkinliğini yitirmesiyle birlikte paranoid konumdan çökkün konuma geçen çocuğun, çökkünlük yaşantısından kaçınmak için ülküsel öz ve nesne tasarımlarının yine aynı sıralarda ortaya çıkması gerektiğini öne sürer. Konuya bir başka açıdan yaklaşırsak, ülküleştirmeyi temel olarak çocuğun kendisine ya da başkalarına gerçekte üstlenmedikleri rolleri yüklemesi ve bu roller içinde düşlemesi olarak görebiliriz. Bu da düş gücüyle olabilecek bir şeydir.

Böylesi bir düşünme yeteneği bir buçuk yaşından sonra ortaya çıktığına göre (Basch 1988), gerçek anlamda ülküleştiriminin daha önce söz konusu olamayacağını da kabul etmemiz gerekir.

Aslında çocuklar düş güçlerini kullanarak kurdukları her oyunda, bir anlamda ülküsel öz ve nesne imgeleri yaratmış olurlar. Burada ülküsel öz ve nesne imgeleri arasında temelde bir farklılık olmadığını belirtmek gerekir. Sözelimi çocuk kendisini üstün güçleri olan bir kahraman rolünde düşlediğinde, bir rol imgesini ülküsel öz imgesine (idealized self-image) dönüştürmektedir; babasını aynı rolde düşlediğinde ise bu kez aynı rol imgesini ülküsel nesne imgesine (idealized object-image) dönüştürmektedir. Dahası bu ülküsel imgeler çocuğun zihninde gerçekçi öz ve nesne imgelerinden kesin sınırlarla ayrılmazlar. Bu nedenle ülküsel öz imgeleri tıpkı gerçekçi öz imgeleri gibi öz tasarımının bir parçası olarak tanınırken, ülküsel nesne imgeleri de nesne tasarımlarının bir parçası olarak tanınırlar. Böylece çocuk, gerçek yaşamda ya da masallarda, çizgi filmlerde tanıştığı nesnelere gerçeğe yakın ya da uzak rollerini, güçlerini ve özelliklerini kendisinin bir parçası olarak tanır. Bu süreç öz tasarımının az çok ülküselleşmesini getirir. Aynı şey kuşkusuz nesne tasarımları için de söz konusu olur. Başka deyişle çocuğun dünyasında düşünme gerçek içiçe geçer.

Ne zaman düşünme gerçek arasındaki sınırın çizildiği ve gerçeği değerlendirme yetisinin kurulduğu konusu da tartışmalı görünüyor. Gerek Jacobson (1964) gerekse Kernberg (1966), gerçekçi öz ve nesne tasarımlarıyla (realistic self-and object-representations) ülküsel öz ve nesne tasarımları (idealized self-and object-representations) arasındaki sınırın iki yaşına doğru çizildiğini öne sürerler. Dahası, bu sınırın çizilmiş olmasını nesne ilişkilerinin birinci ve ikinci düzeyi arasındaki önemli bir ayrım olarak görürler. Buna karşılık Erikson (1968), ödipal dönem özdeşimlerinin düşsel ya da ülküsel yapı olduğunu vurgularken daha değişik bir yaklaşım sergiler. Okul öncesi dönemdeki çocuklarda gerçekçi olanla ülküsel olanın henüz yeterince ayrıştırılmadığını gösteren çalışmalar (Harter 1988), Erikson'un görüşlerini destekler niteliktedir. Daha da önemlisi, ödipal dönem çocukları bir başkasının kılıfına girip onun gibi davrandıklarında gerçekten o kişi olabileceklerine, yani kimlik değiştirebileceklerine inanmaktadırlar (Harter 1988). Oyleyse bu dönemde ne gerçekçi tasarımlarla ülküsel tasarımlar arasındaki, ne de öz tasarımlarıyla nesne tasarımları arasındaki

kesin sınırlardan söz edilebilir. Dolayısıyla, gerçeği değerlendirme yetisinin ödipal dönemde tam anlamıyla kurulmuş olduğu söylenemez.

Toparlamak gerekirse, yaşamın ikinci ve üçüncü yılları nesne ilişkilerinin ilk düzeyinden ikinci düzeyine geçiş dönemi olarak görülebilir. Anal döneme karşılık gelen bu yıllarda ilk özdeşimler görülmeye başlamış olsa bile, içe-atım düzeneği ön plandadır. Özdeşimlerin belirleyici nesne ilişkisi biçimi olması ödipal dönemde gerçekleşir. Nesne ilişkilerinin bu ikinci düzeyinin temel nitelikleri şöyle sıralanabilir: (1) Öz ve nesne tasarımları genel çizgileriyle birbirinden ayrılmış, yani sembiyotik nesne ilişkileri büyük ölçüde geride bırakılmıştır; ancak henüz tam ve kesin bir ayrışmadan söz edilemez. (2) Bölme düzeneği etkisini belli ölçüde yitirmiş olmakla birlikte, tümüyle silinmemiştir. (3) Öz tasarımının içinde gerçekçi öz imgelerinin yanı sıra ülküsel öz imgeleri de yer almaktadır. Benzer durum nesne tasarımları için de söz konusudur. Yani gerek öz gerekse nesne tasarımları gerçekçi olmayıp az çok ülküsel nitelik taşımaktadır.

Okul döneminin başlangıcıyla birlikte ödipal döneme özgü bu özelliklerde kimi önemli değişiklikler yaşanmaktadır. Bu yüzden okul dönemi özdeşimlerinin ödipal özdeşimlerden belli farklılıklar içerdiğini belirtmek gerekir. Sözü edilen değişikliklerden birincisi, ödipal dönemin sonlarına doğru toplumsal kıyaslama yetisinin gelişmesine bağlı olarak, kendini ister istemez daha gerçekçi biçimde değerlendirmeye doğru yönelmedir (Harter 1988). Başka deyişle, çocuk kendisinde bulunduğunu sandığı kimi yetenek ya da özelliklerin düş ürünü olduğunun farkına vardığı ölçüde ayakları suya ermeğe başlar. Bu gelişme, gerçekçi öz imgelerinin ülküsel öz imgelerinden ayrıştırılması ve öz tasarımındaki ülküsel öz imgelerinin yerini giderek daha gerçekçi öz imgelerinin alması anlamına gelir. Böylelikle öz tasarımı yavaş yavaş ülküsel yanından arınmaya yüz tutar.

Bununla birlikte, çocuklar kendilerini çeşitli rollerde düşünmeyi ve düşlerini oyunlara dökmeyi sürdürürler. Yani durmaksızın yeni ülküsel öz imgeleri üretirler. Ancak bu ülküsel imgeler ödipal dönemde olduğu gibi öz tasarımının içine alınmazlar. Gelen önceki dönemlerden kalan gerekse okul döneminde üretilen ülküsel öz imgelerinin bir araya getirilmesiyle egoda ülküsel öz tasarımı oluşmaya ve gerçekçi öz tasarımından ayrışmaya başlar. Aslında dar anlamıyla özdeşim terimi, ülküsel öz imgelerini yani özün

oynadığı ya da oynayabileceği düşünlenen rol imgelerini anlatır. Eğer terimi bu anlamda kullanırsak, egoda ödipal dönem ve okul dönemi özdeşimlerinin bir ruhsal yapı olarak örgütlenmesiyle ülküsel öz tasarımının oluşmaya yüz tuttuğunu söyleyebiliriz. Benzer biçimde nesne tasarımları da giderek ülküsel yanlarından arınırlar, yani gerçekçi ve ülküsel nesne tasarımları arasında da tam olmayan bir ayrışma söz konusu olur. Buna karşılık, ülküsel öz ve nesne tasarımları arasında kesin bir sınır olduğu söylenemez. Çünkü bir rol imgesi aynı zamanda ya da farklı zamanlarda hem özün hem de bir nesnenin rolü olarak düşünülebilir. Öyleyse ülküsel öz ve nesne tasarımlarının birlikte ego ülküsünü (ego ideal) oluşturduğunu düşünmek yanlış olmaz (Kernberg 1975).

Okul dönemi özdeşimlerini ödipal özdeşimlerden ayıran bir diğer yan, bu dönemde giderek daha az düşsel ve daha gerçek rol imgeleriyle özdeşim yapılmasıdır. Daha açık bir deyişle çocuk, kendini bir masal kahramanı olarak düşlemeyi yavaş yavaş bırakarak, belirli bir işteki yeteneğiyle sivrilen ve toplumsal otorite tarafından onaylanan biri olarak düşlemeye yönelir. Yine de bu gelişme, masalın ve masal kahramanlarının çekiciliğinin tümüyle kaybolması anlamına gelmez.

Sonuç olarak, ergenlik dönemine yaklaşan çocuklarda nesne ilişkileri şu nitelikleri kazanmış olur: (1) Gerçekçi öz ve nesne tasarımları ülküsel öz ve nesne tasarımlarından belli ölçüde ayrılmıştır; ancak henüz kesin bir sınırdan söz edilemez. (2) Öz ve nesne tasarımları arasındaki ayrışma büyük ölçüde tamamlanmıştır. (3) Bölme düzeneği etkinliğini genel olarak yitirmiş olmakla birlikte, bu tam bir silinme değildir. (4) Ülküsel öz tasarımı bağdaşmaz nitelikte rol imgelerini, yani çelişen özdeşimleri barındırdığı için henüz tutarlı bir ruhsal yapı niteliği kazanmamıştır.

### **NESNE İLİŞKİLERİNİN ÜÇÜNCÜ VE EN GELİŞMİŞ DÜZEYİ: EGO KİMLİĞİ**

Ergenlik dönemi yaşantılarıyla birlikte ruhsal yapıların yukarıda anılan özellikleri giderek bir sorun niteliği kazanmaya yüz tutar. Gerek öz ve nesne tasarımlarındaki gerekse ego ülküsündeki dağınıklık ve bunların giderilmesine yönelik ruhsal süreçler, nesne ilişkilerinin ikinci düzeyinden üçüncü düzeyine ilerlemenin sancılara neden olur. Her ergen bu sancuları-şu ya da

bu düzeyde yaşadığına göre, ergenlik çağıının kimlik bunalımı dönemi olarak tanımlanmasında anlaşılacak bir yan yoktur.

Gerçekçi öz tasarımının ergenlikte giderek daha dağınık bir nitelik kazanmasının altında bölme (splitting) düzeneğinin bu dönemde yoğun biçimde kullanılması yatmaktadır (Westen 1990). Buna koşut bir gelişme bilişsel düzeyde de yaşanır ve yeni gelişmeye başlayan soyutlama yetisine egemen olunamaması nedeniyle aşırı genellemelere kayma eğilimi belirginleşir (Harter 1988). Daha açık bir deyişle, kendilerini giderek daha soyut kavramlarla tanımlamaya yönelik gençler, aşırı genelleme eğilimi nedeniyle kendilerini nitelerken kolaylıkla karşıt uçlara kayabilirler. Sözgelimi kendini bir an katlanılmaz biri görmek (kötü öz imgesi), başka bir an herkesçe aranan biri olarak değerlendirmek (iyi öz imgesi), birbiriyle çelişen öz imgelerinin öz tasarımında yer almasını getirir. Burada, sanki bilinç dışında işleyen bölme düzeneğiyle, bilinc düzeyinde işleyen aşırı genelleme eğilimi birbirleriyle uyumakta ve birbirlerini desteklemektedir. Sonuç olarak öz imgelerinin yeniden aklar ve kararlar biçimine bürünmesi öz tasarımına ister istemez dağınık bir nitelik kazandırır.

Öz tasarımındaki dağınıklığın bir diğer nedeni, gençlerin çeşitli ortamlarda girdikleri değişik toplumsal roller arasında bir tutarsızlık algılamalarıdır. Sözgelimi evde başka, arkadaşlarıyla birlikteyken başka biçimlerde davrandığını algılayan gençler, hangi roldeyken gerçekten kendileri olabildikleri sorusuyla uğraşabilmektedirler. Böylece bir anlamda öz tasarımındaki kimi öz imgelerinin sahteliği sorunu gündeme gelmekte, bu da öz tasarımının bütünlüğünü zedelediği için kimlik duygusunu sarsmaktadır.

Öyleyse gençlik çağı boyunca öz tasarımındaki dağınıklığın kimi kez hafif kimi kez de yoğun bir gerginliğe yol açtığı ve bu soruna çözüm arandığı söylenebilir. Özellikle çocukluk evrelerinden gelen olumsuz duygular eşliğindeki öz imgelerinin yoğun olması durumunda ve /ya da gençlik döneminde kurulan ilişkilerden genellikle olumsuz öz imgelerinin çıkarılması durumunda bu gerginlik katlanılmaz bir boyuta ulaşabilir. Çünkü olumsuz öz imgelerinin olumlulardan baskın olması genel olarak öz tasarımına olumsuz bir nitelik kazandırır. Bu da, öz tasarımıyla ego ülküsü arasında kapanmaz bir uçurumun olduğu algısına ve dolayısıyla çökünlük yaşantılarına yol açabilir. Bununla birlikte gençlerin çoğunda öz tasarımı genel olarak olumlu bir nitelik gösterir. Bu gençlerde süreç

içinde bölme düzeneği etkinliğini yitirdikçe, soyutlama yetisine egemen olunup aşırı genellemelerden kaçınıldıkça ve değişik ortamlarda az çok değişik davranışlar göstermenin doğallığı anlaşılıkça (Harter 1988), öz tasarımı giderek daha tutarlı bir ruhsal yapı özelliği kazanır. Olumlu ve olumsuz öz imgelerinin birbiriyle kaynaştırılması anlamına gelen bu gelişme, gencin kendisini hatalarıyla sevelerıyla olduğu gibi kabul edebilmesini getirir.

Ergenlikteki bir diğer sancılı yaşantı da, ego ölküsünün dağınlığından kaynaklanır. Bunun kökeninde ise, özdeşimlerin çelişen ve sindirilmemiş (nonmetabolized) (Kernberg 1966) niteliği yatar. Her şeyden önce farklı özdeşim katmanları arasında bir bağdaşmazlık söz konusudur. Ödipal özdeşimlerin konusu büyük ölçüde masalsı ve ölküsel rol imgeleriyken, latent dönem özdeşimlerinin konusu daha çok otoritenin onayladığı ve belli oranda ölküleştirildiği rol imgeleridir. Üçüncü katmanı oluşturan ergenlik dönemi özdeşimleriye, gencin arkadaş grubunda onaylanan ve ölküsel bir yan kazanan rol imgeleridir. İşte bu üç katman arasındaki uyumsuzluk, ölküsel özün dağınlığının önemli bir nedeni olarak görünmektedir. Daha da ötesi, ergenlik dönemi özdeşimlerinin bile çok zaman kendi içinde çelişen bir yanı olabileceği açıktır. Gençler aynı anda çok değişik toplumsal rollere öykünebilir ve bir süre için provasını bile yapabilirler. Ama bu ömür boyu yapılabilecek bir şey değildir. Her genç bir erişkin olarak yaşama atılmadan önce, nasıl bir erişkinlik rolünün kendisine ve özelemlerine uygun olduğunu en azından genel çizgilerinde belirlemiş olmak durumundadır. Bu ise, özdeşimlerin seçici biçimde harmanlanması anlamına gelir. Yani süreç içinde kimi özdeşimler ego ölküsünün dışına atılırken, kimileri içinde alkonur ve bir anlamda sindirilir. Dolayısıyla ego ölküsü giderek daha kaynaşmış ve tutarlı bir ruhsal yapı niteliği kazanır.

Öyleyse ergenlik ve gençlik yıllarında yaşanan kimlik oluşumu sürecinin iki yüzü olduğunu söylemek doğru olur: Bir yanda öz tasarımının diğer yanda ego ölküsünün dağınlıktan kurtarılacak kaynaşmış birer ruhsal yapı niteliğine bürünmesi. Bu süreç tam anlamıyla gençlik çağının sonlarına doğru tamamlanabildiğine göre, gençlik dönemindeki kimlik oluşumunu nesne ilişkilerinin ikinci düzeyinden üçüncü düzeyine geçiş evresi olarak düşünmek uygun olur. Bu tanıma göre erişkinlik yıllarının başlangıcında ulaşılan üçüncü düzey, yani ego kimliğinin nitelleyici özellikleri şöyle sıralanabilir: (1) Nesne tasarımlarından kesin sınırlarla ayrılmış ve kay-

naşmış bir öz tasarımı. Bunun getirdiği bir içsel tutarlılık ve süreklilik duygusu. (2) Kaynaşmış nesne tasarımları ve bunların verdiği ilişkilerin sürekliliği duygusu. (3) Tutarlılık gösteren ruhsal yapı olarak ölküsel öz ve nesne tasarımları, yani ego ölküsü. Bundan kaynaklanan bir içsel kılavuz edinmiş olma duygusu.

Kuşkusuz ego kimliği düzeyinde de özdeşimler sürer, yani kimi nesnelere rolleri özün rolü olarak arzulanır ya da düşünür ve böylece ölküsel öz imgesi niteliği kazanır. Ancak artık bunlar doğrudan doğruya ölküsel öz tasarımının içine atılmazlar. Öncelikle nesnelere tam ya da tama yakın düzeyde soyutlanırlar ve seçilerek ego ölküsünün içinde sindirilirler. Gençlik yıllarında filizlenen ve erişkinlik dönemine doğru giderek ön plana geçen bu yeni ruhsal işlevi anlatmak için, özdeşim terimi yerine Kohut'un (1971, 1978)"öğütterek içselleştirme" (transmuting internalization) terimini kullanmak belki de daha doğru olacaktır.

## **PSİKANALİZ, BİLİŞSEL PSİKOLOJİ VE GELİŞİM PSİKOLOJİSİ**

Açık olan bir şey varsa, kendimize ve nasıl biri olmak istediğimize ilişkin tasarımlar yalnızca bilinçdışımızda değil bilincimizde de vardır. Bilinçdışındaki öz tasarımının bilinçli düzeydeki karşılığını, bilişsel psikolojinin terimlerini kullanırsak öz kavramı (self-concept) olarak adlandırabiliriz (Harter 1988). Öz tasarımı ve öz kavramının ayrı ruhsal yapılar olmayıp bir bakıma organik bir bütünlük içinde oldukları öne sürülebilir. Bu organik bütünlüğü tanımlamak için en uygun terim "öz" (self) gibi görünüyor. Benzer biçimde, bilinçdışındaki ölküsel öz tasarımı ve bilinçteki ölküsel öz kavramının da organik bir ilişki içinde oldukları ve birlikte "ölküsel öz"ü (ideal self) oluşturdukları söylenebilir. Bu tanımlamaya göre, bir kimsenin nasıl biri olmak istediğini konuşurken ego ölküsünden değil ölküsel özünden söz ediyoruz demektir (Erikson 1968).

Eğer öz, ölküsel öz gibi ruhsal yapıların bilinç alanının içinde ve dışında kalan bölümleri arasında bir karşılıklılık varsa, bu bölümlerin gelişim çizgileri arasında da bir uygunluk olması gerektiğini kabul etmeliyiz. O zaman kişilik gelişimine ilişkin psikanalitik kuramların, bilişsel psikoloji ve gelişim psikolojisinin bulgularıyla uyuma göstermesini beklemekte haksız sayılmayız. Yani bir psikanalitik kuram, bu dallarda

yapılan çalışmaların bulguları tarafından tamamlanmış ve desteklendiği oranda geçerlidir.

Bu açıdan, ergenlik ve gençlik çağının kimlik bunalımı dönemi olduğu yolundaki psikanalitik görüşün geçerlilik payı oldukça yüksek görünmektedir. Son dönemlerde bilişsel psikoloji alanında yapılan çalışmalar (Haret 1988), ergenlik ve gençlik çağında kimlik bunalımı yaşandığını desteklemekle kalmayıp, bunalımın kökenlerine ilişkin anlayışımızı genişletmiştir. Benzer biçimde kişilik gelişimi açısından sadece yaşamın ilk yıllarının değil, ergenlik döneminin de belirleyici önem taşıdığı yolundaki anlayış gelişim psikolojisi alanındaki çalışmalar tarafından desteklenmektedir. Sözgelimi çocukların bölme düzenliğini yoğun biçimde kullandıkları dönem, psikanalitik kuramcıların öne sürdükleri gibi yaşamın ilk yılları değil ergenliğin başlangıcı olarak belirtilmektedir (Westen 1990). Psikanalizin yerleşmiş bazı yaklaşımlarıyla gelişimsel psikolojinin bulguları arasındaki uyumsuzlıklardan yola çıkan Westen (1990), psikanalitik nesne ilişkileri kuramında köklü değişiklikler yapılması gerektiğini öne sürmektedir.

Kimlik kavramının getirdiği en temel yenilik, nesne ilişkilerinin gelişimi açısından ergenlik ve gençlik çağının can alıcı önemini vurgulamaktır. Bunu önemli bir kuramsal aşama olarak nitelemek olanaklı ise de, son nokta olarak görmemek gerekir. Eğer kişiliğin gelişimine ilişkin daha geçerli ve bütünlüklü bir kavrayışa varmak istiyorsak, psikanalitik alandaki bu kavramsal anlayışı bilişsel psikoloji ve gelişim psikolojisinin yeni bulgu ve kavramlarıyla harmanlamak zorunda olduğumuzu kabul etmeliyiz. Bu yöndeki eğilimin güçlenmesi, belki de nesne ilişkilerinin gelişim basamaklarına ilişkin bu yazıda özetlenen görüşlerin önemli bir bölümünde ilerde değişiklik yapılmasını gerektirecektir. Eğer değişimin yönüne ilişkin bir öngörude bulunmak gerekirse, kişilik gelişiminin sağlıklı ya da sağlıklı olmayan yöne yönelmesi açısından ergenlik çağının taşıdığı düşünülen önemin daha da artacağı söylenebilir.

## KAYNAKLAR

- Basch MF (1988) *Understanding Psychotherapy - The Science Behind the Art. Basic Books.*
- Erikson EH (1964) *Insight and Responsibility. W.W. Norton. New York.*
- Erikson EH (1968) *Identity: Youth and Crisis. W.W. New York.*
- Harter S (1988) *Developmental and dynamic changes in the nature of self concept-implications for child psychotherapy. Cognitive Development and Child Psychotherapy içinde. s. 119 - 160. Plenum Press. New York.*
- Hartmann H. Kris E. Loewenstein RM (1946) *Comments on the formation of psychic structure. Psychoanal Study Child 2: 11-38.*
- Jacobson E (1954) *The self and the object world. Psychoanal Study Child 9: 75- 127.*
- Jacobson E (1964) *The Self And The Object World. International Universities Press. New York.*
- Kernberg O (1966) *Structural derivatives of object relationships. Psychoanal 47: 236- 253.*
- Kernberg O (1975) *Borderline Conditions and Pathological Narcissism. Jason Aronson. New Jersey.*
- Klein M (1948) *Contributions to Psycho-analysis. Hogarth Press. London.*
- Kohut H (1971) *The Analysis of the Self. International Universities Press. Connecticut.*
- Kohut H (1977) *The Restoration of the Self. International Universities Press. Connecticut.*
- Kohut H. Wolf ES (1978) *The disorders of the self and their treatment: an outline. Int Psychoanal 59: 413 - 425.*
- Lee RR. Martin JC (1991) *Psychotherapy After Kohut: A Textbook of Self Psychology. The Analytic Press. Hillsdale.*
- Mahler MS. Pine F. Bergman A (1975) *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Separation. Basic Books. New York.*
- Volkan VD (19..2) *Psikanaliz Yazıları. Çevirenler A. Çevik . B. Ceyhan. Hekimler Yayıncılık Birliği. Ankara.*
- Westen D (1990) *Towards a revised theory of borderline object relations: contributions of empirical research. Int. Psychoanal. 71: 661 - 693.*

# GÖRÜŞLER

## VIDEO KULLANIMI VE UYGULAMALARI ÜZERİNE GÖRÜŞLER

Video görsel ve sözel verileri kayıt eden ve aktaran bir araç olduğundan izleyenlere çalışmanın tümünü, sanki o ortamda bulunuyorlarmışçasına izleme olanağı sunar. Bu özelliği eğitim ve araştırmadaki önemini arttırmaktadır.

Bilimsel amaçlı video kayıtlarında, eğer bir bireye yönelik bir kayıt söz konusu ise, çekim öncesi o kişinin izninin alınması dikkat edilmesi gereken en birincil koşuldur.

Önceki yıllarda ve günümüzde yaygın olarak kullanılan ses kayıtlarında, aygıtın seslerin tümüne ulaşabilecek bir konumunun olması ve bu özelliğinin kayıt boyunca korunmuş olması yeterlidir. Tanımlanan özellikler sağlandığında ses kayıt aygıtı hiçbir seçicilik göstermeksizin ortamdaki tüm sesleri alacaktır. Bu kayıt boyunca bazı seslerin kayıt dışı tutulması olanak dışıdır. Böylece yöntemsel olarak nesnellik korunmuş, bilimsel çalışmanın olmazsa olmaz koşuluna uyulmuş olunur.

Görsel verilerin kayıt edilmesi, sözel olanlara göre bazı farklı özellikler taşımak zorundadır. İnsanın görme alanına eş biçimde, görsel kayıt aygıtlarının da tanımlanabilen, belirli görme alanları vardır. Bu özellik ses kayıtları ile görüntü kayıtları arasındaki en önemli farkı oluşturmaktadır.

Görüntü kaydedilirken kabaca iki yöntem kullanılabilir: Alıcının (kameranın) elle (manuel) kullanılması ve alıcının sabit olması. Birinci yöntem olan alıcının elle, bir kişi tarafından kayıtların her aşamasında yönetilmesi sonucu olarak ortaya çıkan kayıtların özelliklerini tanımlamak ve yöntem açısından başlıca şu eleştirileri getirmek olasıdır.

- Alıcı kendi başına çalışmadığı, yönetildiği için, kullanıcının gördüğünü kayıt edecektir.

- Kayıt edilen verilerin tümü kayıt edenin bilinç dışı yapısından etkileneneği için hiçbir zaman nesnel özellik taşımayacaktır.

- Kayıt edilen verilerin tümü nesnel özellik taşımayacağı için aygıtı kullananın sansürünü taşıyacaktır.

- Aygıtı kullanan kişinin kayıt ortamında bulunması nedeniyle, ortamdaki bu kişi kayıt ortamını bozacaktır: Söz konusu kayıta üçüncü kişinin varlığı kayıt edilmek istenen etkileşimi etkileyecektir, görüşmeye katılan kişilerin aygıtı kullanan ile kuracağı ilişki sonucunda ortamda yeni etkileşimler ortaya çıkacaktır ve böylece hedef dışına çıkmış olunacaktır.

- Aygıtı kullanan kişinin varlığından etkilenen görüşmeci ve/ya da hastanın kendiğilinden (spontan) davranmayı bırakması, rol yapmaya kadar gidebilecek tutum değişiklikleri içine girmesine neden olacaktır.

- Abartılı bazı durumlarda söz konusu kayıtların sanatsal kayıtlara varan özellikler içermesi ortaya çıkabilir.

Tanımlanmaya çalışılan özelliklere yenilerini eklemek her zaman söz konusu olabileceğinden önerileri çoğaltmak olasıdır ancak bu yazıda temel bazı noktalar vurgulanmaya çalışılmıştır.

Bu eleştiriler ve eklenebilecek diğerlerinden korunmak için görsel verilerin kayıt edilmesinde alıcının sabit olması gerekir. Çok özel bir durum dışında aygıtın kayıt ortamının tümünü göreceği biçimde ayarlanmış olması uygun olur, böylece kayıt sırasında gerçekleşen her türlü etkileşim izlenecektir. Abartılı bir biçimde söylemek gerekirse alıcının görüş alanı 360° olmalıdır. Böylece kayıt yapılan ortamın tüme yakını izleyenlere aktarılmış olur. Aygıtın varlığı kayıtları yapan kişi(ler) tarafından izlenemeyecek özellikler taşınmalıdır; bunlar çalışma sırasında çıkarılabileceği sesler başta olmak üzere objektifinin boyutlarına kadar tüm fizik özelliklerini kapsamalıdır. Aygıtın çalışması görüşme ortamı dışından yönetilmelidir, böylece kayıt yapanın kayda etkisi en aza indirilmiş olur. Yeniden vurgulanmak gerekirse kaydı yönlendirenin bir kişi olmaması gerekir, aygıtın kendisi kayıt yapmalıdır. Böylece bilimsel, nesnellik özelliklerini taşıyan bir kayıt gerçekleştirilebilir.

*Uzm. Dr. A. Zafer Atasoy*

## YENİ YAYINLARDAN ÖZETLER

### **Hastanede Yatan Davranım Bozukluğu Tanılı Agresif Çocuklarda Lityum Tedavisi: Çift Kör Plasebo Kontrollü Bir Çalışma.**

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

Bu çalışmada davranım bozukluğu tanısı alan agresif çocuklarda lityumun etkinliği ve güvenirliliği araştırılmıştır. Çalışma, davranım bozukluğu tanısı ile birlikte ciddi, dirençli agresyon ve öfke patlamaları olan ve hastanede yatan çocuklarda yapılmıştır. Çift kör, plasebo kontrollü bir çalışmadır. Çalışmanın başlangıcında çocukların tümüne iki hafta plasebo uygulanmıştır. Sonraki altı hafta boyunca seçkisiz olarak çocukların bir kısmına lityum, bir kısmına plasebo uygulanmıştır. Çalışmada uygulanan ölçekler Klinik Global İzlenim Ölçeği, Çocukların Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği, Conners'in Öğretmen Ölçeği, Ana baba Öğretmen Ölçeği ve Duygudurum Profildir.

Çalışmaya 50 çocuk alınmıştır ve yaş ortalamaları 9.4'tür. Lityumun ortalama günlük dozu 1248 mgr. dir. Ortalama serum düzeyi 1.12 mEq/l. dir.

Çalışmada lityumun etkinliği plaseboya göre üstün bulunmuştur. Lityumun, davranım bozukluğu ile birlikte ciddi agresivitesi olan çocukların bir kısmında etkin bir tedavi sağladığı gösterilmiştir.

**Dr. İsmail Yavaş**

### **Depresif Ergenlerde Birlikte Alkol ve Madde Kötü Kullanımı Bulunmasının Öncül Belirleyicileri**

Cheryl AK, Neere G ve ark. (1996) *Predictors of comorbid alcohol and substance abuse in depressed adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35 (6): 743-751.*

Bu çalışmada alkol ya da madde kötü kullanımı olan depresif ergenlerin bunları kullanmayan

depresif ergenlerden klinik ve demografik özellikler bağlamında farklı olup olmadığı, ayrıca bu komorbiditenin öncül belirleyicilerinin cinsiyete göre farkedip etmediği araştırılmıştır.

Çalışmaya 65'i kız, 38'i erkek 113 ergen katılmış, tanı için kapsamlı değerlendirmeler sonrasında depresyonlarının şiddetleri, intihar düşünceleri ve davranışları ve sosyal uyumları ölçülmüştür.

Sonuçta kızlardaki belirleyiciler; depresif dönemin uzunluğu, davranım sorunlarının ve psikososyal bozulmanın fazlalığı ve erkeklerle ilişkinin daha fazla olması iken erkeklerdeki belirleyiciler; davranım bozukluğu, daha büyük yaşta olma ve okul sorunları olarak saptanmıştır.

Depresif ergenlerde yukarıdaki klinik belirtiler varolduğunda, klinisyenlerin alkol ya da madde kötü kullanımı açısından ayrıntılı değerlendirme yapmaları uygun olur.

**Dr. Nesrin Koçal**

### **Major Depresif Bozukluğun Çocukluk Çağı ve Yaşamın İlerleyen Yıllarındaki Görünümü ve Gidişi**

Kovacs M (1996) *Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35 (6): 705-715.*

Bu yazıda major depresif bozukluk tanısının çocukluk çağı, ergenlik ve yaşamın sonraki yıllarında aynı psikopatolojiyi gösterip göstermediği irdelenmiştir. Major depresyonun epizod sayısının, belirtilerinin, diğer psikiyatrik bozukluklarla olan komorbiditesinin, klinik düzelleme, yineleme ve bipolar bozukluğa dönüşümlerin yaşa bağlı olarak değişip değişmediği üzerinde durulmuştur.

Kliniklerde major depresif bozukluk tanısı ile ayaktan ya da yatarak izlenmiş 6-80 yaş arası hastalarla yapılmış yayınlar bu ölçütler göz önüne alınarak incelenmiştir. Erişkin ve yaşlılarla karşılaştırıldığında, depresif çocuk ve ergenlerin hemen hepsinin ilk atakta oldukları, belirtilerin gelişimsel olarak fazlaca değişiklik göstermediği, psikiyatrik komorbidite oranları-



nın benzer olduğu, ilk ataktan sonra düzelmenin daha hızlı olduğu, yineleme oranlarının benzer olduğu fakat bipolar bozukluğa dönüşüm riskinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak çocuk ve ergenlerin major depresif bozukluğu pek çok yönden erişkin ve yaşlılarına benzemektedir. Buna karşın her ne kadar yineleme oranları benzerse de gençlerde unipolar bozukluğun bipolar bozukluğa dönüşüm riskinin belirgin olarak daha fazla olması nedeniyle erken başlayan depresyonların dikkatle ele alınması ve izlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

**Dr. Elvan Karacan**

### **Genç Kızlarda İntihar: 13 - 22 Yaş Grubundaki İntiharların Özellikleri ve Erkeklerdeki İntiharlar ile Karşılaştırılması**

*Marttunen MJ, Henrikson MM, Aro HM ve ark. (1995). Suicide among female adolescents: Characteristics and comparison with males in the age group 13 to 22 years. J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry, 34 (10): 1297 - 1307.*

Bu çalışma yaşları 13 ile 22 arasında değişen intihar etmiş genç kızlarda psikopatolojik ve psikososyal etkenleri değerlendirmek ve bu intiharları genç erkek intiharları ile karşılaştırmak amacı ile yapılmıştır.

1987 - 1988 yılları arasında Finlandiya'da gerçekleşen 1397 intihar olgusu arasından 13 - 22 yaş grubunda olan 19 kız ve 97 erkek çalışmaya alınmıştır.

Bilgiler toplanırken anne baba, akraba ve klinisyenler ile yapılan görüşmelerin yanında sosyal hizmet kurumları ve polis kayıtlarından yararlanılmıştır. Psikiyatrik tanıları DSM III - R tanı ölçütlerine göre iki ayrı psikiyatrist tarafından bağımsız olarak konulmuş, anlaşmazlık durumunda üçüncü bir psikiyatrist ile konsültasyona gidilmiştir.

Araştırmanın sonuçlarına göre kızların üçte biri öğrenci, üçte biri çalışmaktadır. İntihar öncesi % 73'ü çevresindekilere intihar düşüncesini haber vermişlerdir. Kendileri ile ilgili yeterli bilgi olan tüm kızlara en az bir psikiyatrik tanı konulmuştur. Bu genç kızların % 47'si hastanede yatarak izlenmişlerdir. Erkeklerde psikiyatrik tedavi görme oranı ise % 21'dir.

Erkekler ile karşılaştırıldığında kızların daha sık olarak major depresyon tanısı aldıkları, önceki intihar girişim sayılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Borderline kişilik bozukluğu tanısı alan tüm kızlarda aynı zamanda ya duygulanım bozukluğu ya da alkol kötüye kulla-

nımı olduğu gözlenmiştir. Kızların çoğu öldükleri yıl içinde psikiyatrik izlemde olup, intihar ettikleri hafta içinde yoğun psikososyal sorunlar ile karşılaşmışlardır.

Kızlarda alkol kötüye kullanımı % 21 ile erkeklerle yakın oranda saptanmıştır.

Sonuç olarak intihar etmiş genç kızlarda erkeklerle göre daha ağır psikopatoloji olduğu ve kız intiharlarında madde kötüye kullanımının önemli bir etken olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle yazarlara göre, madde kötüye kullanım bozukluğu olan gençler ile çalışan klinisyenlerin erkek hastalardaki intihar yönelimine dikkat ettikleri kadar kız hastalarda da dikkat etmeleri gerekmektedir. Yine gençlerde ağır duygulanım bozukluklarının erken tanı ve tedavisi intiharların önlenmesi yönünden önem taşımaktadır.

**İnt. Dr. Timuçin Yıldırım**

### **Madde Kullanım Bozukluğu Olan Gençlerde Psikiyatrik Komorbidite**

*Carlos MG, Daniel FB, Martha LW ve ark. (1995). Psychiatric comorbidity in adolescent inpatients with substance use disorders. J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry, 34 (8): 1085-1091.*

Bu araştırma yazısında DSM III - R tanı ölçütlerine göre madde kullanım bozukluğu olan gençlerde psikiyatrik komorbidite değerlendirilmiştir. Bu amaçla değişik psikiyatrik sorunlar nedeni ile hastanede yatarak tedavi gören 138 genç çalışmaya alınmıştır. Bu 138 hastanın 69'u kontrol grubu, 69'u ise herhangi bir madde kullanım bozukluğu olan hastalardır. Her iki grup yaş, cinsiyet, etnik özellik, sosyoekonomik düzey yönünden karşılaştırılmış ve fark bulunmamıştır.

Araştırma sonuçları değerlendirildiğinde madde kullanım bozukluğu olan gençlerde yıkıcı davranım bozukluğu birlikteliği kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Davranım bozukluğu birlikteliği yüksek oranda bulunurken karşı çıkma bozukluğu daha az sıklıkla belirlenmiştir. Yine anksiyete bozukluğu tanısı madde kullanım bozukluğu olan gençlerde daha az konulmuştur. Eksen II tanı ölçütlerine göre ise B grubu kişilik bozuklukları ve borderline kişilik bozukluklarının madde kullanım bozukluğunda daha sık gözlemlendiği bulunmuştur.

Yazarlara göre madde kullanım bozukluğu ile diğer psikiyatrik hastalıklar sıklıkla birlikte bulunmakta ve sonuçlar daha önce yapılan araştırma sonuçları ile uyum göstermektedir.

**İnt. Dr. Selin Aytac**

# KİTAP TANITIMI

## PSİKİYATRİDE İLAÇ TEDAVİSİ

Prof. Dr. Sunar Birsöz, Prof. Dr. Atilla Turgay  
Medikomat Basım Yayın Şti., Ankara 1995.  
470 sayfa.

Biri erişkin diğeri çocuk psikiyatristi olan iki yazarın birikimlerinin ürünü olan bu kitap üç bölümden oluşmakta. İlk bölümde psikofarmakolojik tedavilerin tarihsel gelişimi, uygulamadaki genel ilkeler aktarıldıktan sonra çeşitli kuramlardaki tedavi yaklaşımlarının çok boyutlu ve sistemik bir çerçevede biraraya getirilip uygulanmasını hedefleyen bütüncü tedavi yaklaşımı açıklanmaktadır. Prof. Dr. Atilla Turgay tarafından çerçevesi çizilen bu kuramsal yaklaşım davranışsal, bilişsel ve psikodinamik tedavi yaklaşımlarının ilaç tedavileriyle bütüncüleştirilerek uygulanmasının yanısıra kuram, klinik uygulama, araştırma ve eğitim - öğretim arasında da bütüncüleşmeyi amaçladığından oldukça önemli işlevsel katkılar getirmektedir. Bu bölümde ayrıca çeşitli psikiyatrik bozukluklarda kullanılan ilaçlar ve bunların uygulanmalarına yönelik bilgiler yer almaktadır.

Çocuk ve Gençlerde Klinik Psikofarmakoloji' başlığı taşıyan ikinci bölümde çocuk ve gençlerde psikofarmakoloji uygulamalarının özellikleri, ilkeleri, erişkinlerdeki uygulamalardan farklılıkları ortaya konmakta ve bu alanda görülen çeşitli psikiyatrik bozukluklardaki ilaç tedavileri son yenilikler de aktararak verilmektedir. Bu bölüm nedeniyle kitap, çocuk ve gençlik psikiyatrisi alanında Türkçe yazılmış ilk psikofarmakoloji kitabı olma özelliği de taşımaktadır.

Üçüncü bölüm özellik gösteren nöropsikiyatrik bozukluklardaki ilaç tedavilerine ayrılmıştır. Burada uyarıcı ilaçların erişkin psikiyatrik bozukluklarındaki kullanımı, yaşlılıkta psikotrop ilaç kullanımı gibi konuların yanısıra epilepsi ve antiepileptik tedaviler, yeme bozukluklarında ve borderline bozukluklarda ilaç tedavileri, psikoaktif madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı gibi çocuk ve gençlik psikiyatrisi alanını ilgilendiren konular da yer almaktadır.

Zengin içeriği, düzgün ve akıcı dili, getirdiği yeni kuramsal yaklaşım ve psikofarmakoloji alanında aktarılan son gelişmelerle bu kitap çocuk ve gençlik psikiyatrisi alanında da önemli bir başvuru kitabı olma özelliği taşımaktadır.

**Doç. Dr. Füsün Çuhadaroğlu**

## 5. Anadolu Psikiyatri Günleri (6 - 8 Haziran 1996)

'5. Anadolu Psikiyatri Günleri' Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı tarafından 6 - 8 Haziran 1996 tarihleri arasında İzmir'de düzenlenmiştir.

Toplantının ilk günü Prof. Dr. Vamık Volkan tarafından verilen konferans ile kimliğin bireysel, kültürel ve ulusal boyutları psikanalitik bir bakış açısıyla tartışılmıştır. Volkan, içselleştirme ve dışsallaştırma düzeneklerinin ulusal kimliğin oluşumundaki rolünden söz etmiş, 'seçilmiş travmaların' o etnik grup tarafından içselleştirilmesi ve diğer kuşaklara aktarılması yoluyla etnik kimliğin belirlendiğini aktarmıştır. Kimlik kavramı ile ilgili tartışmalar, 'Türkiye'de Kimlik Sorunu' başlıklı panel ve Prof. Dr. Cengiz Güleç'in 'özbenlik' (self) kavramını transkültürel açıdan değerlendirdiği bir konferans ile devam etmiştir.

'Türkiye'de Posttravmatik Stres Bozukluğu' başlıklı panelde Dr. Metin Başoğlu, işkence sonrası ortaya çıkan posttravmatik stres bozukluğu konusunda yaptıkları bir çalışmanın sonuçlarını aktarmıştır. Bu çalışmada, işkence yapılacağı konusunda hazırlıklı olduğu varsayılan siyasi sanıklardan oluşan grupta, adi suçlar nedeniyle sorgulanan gruba göre posttravmatik stres bozukluğuna daha az rastlanmıştır. Bu bulgudan yola çıkarak stresörün 'beklenmedik' olma özelliğinin, olayın şiddetine göre etyolojik açıdan daha belirleyici olduğu tartışılmıştır.

Aynı toplantıda Prof. Dr. Atilla Turgay'ın tedavide bütünleyici yaklaşımları aktardığı ve Doç. Dr. Celal Odağ'ın borderline hastaların terapisi sırasında karşılaşılan güçlükleri tartıştığı konferanslar verilmiş, ayrıca psikofarmakolojinin güncel sorunlarının, psikiyatride sınıflandırma güçlüklerinin ve Türkiye'de psikiyatrinin son 40 yılının tartışıldığı paneller yapılmıştır. Toplantı sırasında 44 poster bildiri sunulmuş ve daha özgül konuların irdelendiği 'uzmanla buluşma saatleri' düzenlenmiştir.

**Dr. Berna Pehlivan Türk**  
**Dr. Fatih Ünal**

## 1. Gelişimsel Nöropsikiyatri Sempozyumu

Gelişimsel Nöropsikiyatri Sempozyumları'nın birincisi 18 Haziran 1996 tarihinde İstanbul'da gerçekleştirildi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Gelişimsel Nöropsikiyatri Araştırma Birimi ve Şişli Rehberlik ve Araştırma Merkezi Özel Eğitime Muhtaç Çocuklara Yardım Derneği'nin birlikte düzenledikleri bu bilimsel oturumda, Yale Üniversitesi Child Study Center'dan Donald J. Cohen ve James F. Leckman konuşmacı olarak yer aldılar. Dinleyici olarak katılanların klinisyen, psikolog, pedagog, sosyal hizmet uzmanı, eğitimci, öğretmen gibi konuyla ilgili birçok disiplinin temsilcisi bulunmalarının yanı sıra gelişimsel nöropsikiyatrik sorunları olan çocukların ailelerinin katılımının da yüksek oranda olması toplantının önemli bir yanıydı.

Dr. Yankı Yazgan'ın yaptığı açılış konuşmasında, çocukluk çağlarında başlayan ve gelişim sürecinde belirtileriyle ortaya çıkan Otizm, Tourette Bozukluğu, Kronik Motor ve Vokal Tikler ve Obsesif Kompulsif Bozukluk, "Nöropsikiyatri ve Gelişimsel Patoloji" ana başlığı altında değerlendirildi.

Özellikle otizm, gelişimsel bozukluklar ve Tourette Sendromu'nda biyolojik ve psikanalitik bakış açılarını birleştiren yaklaşımıyla tanınan, Donald J. Cohen sempozyumda, "Gelişimsel bozukluklarda neredeyiz, nereye gidiyoruz? ne yapabiliriz?" başlığı altında özellikle otizm alanındaki son çalışmalara ve otizme yönelik bütüncül yaklaşımda uygulanabilecek yöntemlere değindi. Konuşmasının "Soru-Cevap" bölümünde, anne ve babaların soruları özellikle desteklendi ve farklı alanlardan dinleyicilerin katılımıyla tartışmalı ve doyurucu bir etkileşim yaşandı.

Sempozyumun diğer konuşmacısı Yale Üniversitesi Child Study Center'ın araştırma bölümü direktörü Prof. Dr. James F. Leckman, tikler ve obsesyonların gelişim süreci içinde ortaya çıkışlarını açıklamaya yönelik bir model ile, nörobiyolojik, genetik ve psikolojik çevresel faktörlerin, tanımlanan hastalıklar üzerindeki etkileşimini aktardı.

Toplantının sonunda gerçekleştirilen uzmanlarla soru-cevaplı açık tartışmada, çocuklukta başlayan, gelişim sürecini etkileyen ve gelişim sürecinden etkilenecek seyri değişebilen beyin-davranış ilişkisinin, çeşitli disiplinler tarafından bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilebileceği, her ülkede olduğu gibi "sorun sahiplerinin" (yani anne babalar ve hastaların) gerçekçi ve kalıcı çözümler için uğraş verdiği konuşuldu.

Bu sempozyumun düzenlenmesinde sorun sahipleri ile onların danışmanları ve en yakın destekçileri olan klinisyen ve akademisyenlerin işbirliği belirleyiciydi. Katılımcıların sempozyum sonrasında verdikleri geri bildirimler ve ortak katkılar, Gelişimsel Nöropsikiyatri Araştırma Birimi'nin ilerideki çalışmalarını destekleyici ve yönlendirici oldu. Gelecek sempozyumlarda, normal gelişim sürecinin biyolojik ve çevresel belirleyicilerinin irdelenmesi, dikkat, dürtü kontrolü gibi temel işlevlerin gelişimi ve bozulmasıyla ortaya çıkan sorunların tartışılması planlandı.

*Dr. Ayşe Rodopman Arman*

### **Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Adolesan Komisyonu Toplantısı**

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği bünyesinde gençlere yönelik çalışmaları yürütmek üzere kurulan adolesan komisyonunun ilk toplantısı 6 Temmuz 1996 tarihinde Ankara'da yapıldı. Doç. Dr. Füsün Çuhadaroğlu başkanlığında yapılan toplantıya Uzm. Dr. Aykut Özden, Uzm. Dr. Talat Parman, Uzm. Psk. Neslihan Rugancı ve Uzm. Dr. Selahattin Şenol katıldılar. Komisyonun amaçları belirlendikten sonra ileriye yönelik yapılacak çalışmalar planlandı ve bazı kararlar alındı. Öncelikle adolesan ruh sağlığı alanında yapılmakta olanlara (çalışma, hizmet vb.) ilişkin bir durum saptaması yapmak ve gereksinimleri belirlemek amacıyla çalışma grupları toplanması planlandı. Diğer kararlardan bazıları düzenli bir şekilde toplantılar yapılması (olgu, seminer, vb.), araştırmalar planlanması, çeşitli kurumlarla ortak toplantılar düzenlenmesi (sempozyum gibi) şeklinde belirlendi. Bu bağlamla ilk olarak 6 Aralık 1996 tarihinde İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Adolesans Bilim Dalı'nda yapılacak 'Adolesan Döneminde Yeme ve Beslenme Bozuklukları' sempozyumunun desteklenmesi kararlaştırıldı. Düzenli toplantı-

ların tarihleri belirlendikten sonra ilgilenen kişilerin katılabilmesi için duyurular yapılması planlandı.

*Dr. Aykut Özden  
Dr. Füsün Çuhadaroğlu*

### **X. Dünya Psikiyatri Kongresi**

X. Dünya Psikiyatri Kongresi 23-28 Ağustos 1996 tarihleri arasında Madrid (İspanya)'da yapıldı. Yaklaşık 12.000 katılımcının kayıtlı olduğu kongre, bir çok bina ve salondan oluşmuş muhteşem bir kongre alanında gerçekleşti. Erişkin Psikiyatrisi ile ilgili konuların yanı sıra, çocuk ve ergenlerle ilgili sempozyumlar, paneller, video gösterileri, sözel ve poster bildiriler kongrenin içeriğini oluşturmuştu.

Çocukluk çağı psikopatolojilerinin erişkin çağıdaki görünümü, çocuk psikiyatrisinde sınıflama, çocukluk başlangıçlı şizofreniler, otizm, ilaç tedavisi gibi konu başlıklarının yanı sıra dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve mental retardasyon konularının yoğun olarak işlendiği izlendi.

Çocuk ve ergenle ilgili bölümlerde, dünyanın değişik ve bu konudaki çalışmaları pek bilinmeyen ülkelerinden gelen katılımlar dikkat çekiciydi. Buna karşın hem erişkin hem de çocuk ve ergenle ilgili oturumlarda, sözel ve poster bildiri sunumları dışında Türk katılımcı olmayışı üzüntü vericiydi.

1999 yılında Hamburg (Almanya)'da yapılacak olan XI. Dünya Psikiyatri Kongresi'nde sempozyum ve panellerde Türk konuşmacıları görmek dileği ile...

*Dr. Z. Bengi Baysal*

## TOPLANTI - KONGRE

25 - 28 Eylül 1996 "XXXII. Ulusal Psikiyatri Kongresi" Ankara

Başvuru: Doç. Dr. Aytekin Özşahin, GATA Psikiyatri ABD Kongre Sekreterliği, 06018 Etlik  
Tel: 0(312) 321 36 87 Fax: 0(312) 323 32 98

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

Başvuru: 5. AOCCN Sekreterliği Hacettepe Üniv. Pediatrik 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

4 Kasım 1996 "Otizmde Yenilikler Paneli"

Başvuru: Doç. Dr. Melda Akçakın Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı 06100 Cebeci - Ankara  
Tel: 0(312) 319 21 60 Fax: 0(312) 362 08 09

24 - 27 Kasım 1996 "The Third International Conference on Health and Culture in Adolescence" Jerusalem, Israel

Başvuru: Dan Knassim Ltd. POB 1931, Ramat can 52118, Israel  
Tel: 972 - 3 - 613 33 40 Fax: 972 - 3 - 613 33 41

1 - 4 Aralık 1996 "Children War and Persecution" Maputo, Mozambique POB 3212 Maputoi Rua de Nachingwean 507 R/C

Tel: 258 1 490617 Fax: 258 1 490617/490001  
E - mail: Congress @ IPM. UEM. MZ

6 Aralık 1996 'Adolesans Günleri: Adolesan Döneminde Yeme ve Beslenme Bozuklukları'

Başvuru: Prof. Dr. Aysel Ekşi. Uzm. Dr. Talat Parman İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü - ÇAPA  
Tel: 212 - 525 25 15 Fax: 212 - 63 13997

27 - 28 Şubat 1997 "Çocuk ve Ergenlerde Psikoterapiler Sempozyumu" Ankara.

Başvuru: Ankara Üniv. Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı 06100 Cebeci - Ankara  
Tel - Fax: 0(312) 322 08 09

15 - 17 Nisan 1997 "Third London International Conference on Eating Disorders, Eating Disorders 97" London UK,

Başvuru: Conference Manager, Eating Disorders 97 Mark Allen International Conferences Ltd Croxted Memws 286 - A288 Croxted Road Londron SE24 9BY, UK  
Tel: (44 ) 181-671-7521 Fax: (44) 181-671-7327

23 - 26 Nisan 1997 "Regional Symposium of World Psychiatric Association: From Research to Practice" Geneva, Switzerland

Başvuru: Departement Universitaire de Psychiatrie Reu du 31 Decembre 47 1207 Geneva, Switzerland  
Tel: (41) 22 718 46 77 Fax: (41) 22 718 46 99

15 - 18 Mayıs 1997 "7. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi" Belek, Antalya

Başvuru: Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ABD PK - 67 Samanpazarı 06242 Ankara  
Tel: 0(312) 488 71 15 Fax: 0(312) 310 00 12  
E - mail: huchild@dominet. in. com. tr

16 - 19 Haziran 1997 "Regional Symposium of World Psychiatric Association, Violence in Psychiatric Patients and Community of Mediterranean Area: Interpretation and Treatment" Rome, Italy

Başvuru: Prof. Carlo L. Cazzulo, ARS via Tamagno. 51 - 20124 Milan Italy  
Fax: 39 - 2 - 29 40 29 22

22 - 27 Haziran 1997 "6<sup>th</sup> World Congress of Biological Psychiatry" Nice France

Başvuru: MCM - Meeting Conventions Management Ltd. 6<sup>th</sup>. World Congress of Biological Psychiatry Via Fenestra 1 - Sagno - Switzerland  
Tel: 491 646 05 67 Fax: 491 6463322

6 - 11 Temmuz 1997 "6<sup>th</sup> Congress of World Association for Infant Psychiatry and Allied Dicipines" Lanti, Finland

Başvuru: Pirkko Lanti, Finnish Association for Mental Health, Lauttrasaarentie 28 - 30 00200 Helsinki Finland  
Tel: 358 0 670 560 Fax: 358 0 692 4065

2 - 8 Ağustos 1997 "14<sup>th</sup> International Congress of The International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions" Stockholm, Sweden

Başvuru: Stockholm Convention Bureau, IACAPAP 1998 Box 6911 S - 102 39

## 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 yalnız 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, McCormack 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.