

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

CİLT : 3 SAYI : 3

1996



ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

CİLT:3 SAYI:3, 1996

Yılda 3 Sayı çıkar

YAYIN KURULU

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Adına

Sahibi ve Sorumlu Müdürü

Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu

Yayın Yönetmeni

Prof. Dr. Bahar Gökler

Yrd. Yayın Yönetmeni

Doç. Dr. Füsun Çuhadaroğlu

Uzm. Dr. Bengi Baysal	Uzm. Dr. Aykut Özden
Prof. Dr. Saynur Canat	Dr. Berna Pehlivan Türk
Dr. Hakan Erman	Yrd. Doç. Dr. Birsen Sonuvar
Dr. Özlem Erman	Doç. Dr. Şahnur Şener
Psk. Doç. Dr. Ferhunde Öktem	Uzm. Dr. Fatih Ünal
Doç. Dr. Belma Öy	Yrd. Doç. Dr. İsmail Yavaş

DANIŞMA KURULU

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

KAPAK RESMİ

AYŞE NUR ATASOY (TÜRKİYE)

BASKIYA HAZIRLIK VE BASKI

AYRINTI BASIM YAYIM MATBAACILIK HİZMETLERİ SAN. TİC. 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

İ Ç İ N D E K İ L E R

Önyazı.....	128
B. Gökler	
Kronik Hastalıklı Çocuğu Olan Ailelerin Yaşadıkları Güçlükler.....	130
H. Çavuşoğlu	
Bir Devlet Hastanesinde Çocuk Ruh Sağlığı Hizmetine Ulaşım Yolları	139
B.G. Rezaki, B. Öy	
Epilepsiye İkincil Psikojenik Nöbet : İki Olgu Sunumu	144
E. Karacan, S. şenol, ř. şener	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisinde Yeni Bir Yaklaşım : Guanfasin.....	150
R.S. Diler, A. Akci	
Çocuk ve Ergenlerde Disosiyatif Bozuklukların Gelişimi ve Tanısı	155
ř. Küçükkömürcü	
Deliriyum : Bir Gözden Geçirme	161
B.G. Rezaki	
Görüşler.....	170
F. Öktem	
Yeni Yayınlardan Özetler.....	172
Kitap Tanıtımı.....	175
Haberler / Toplantı – Kongre	176

TÜRKİYE SINIR VE RUH SAĞLIĞI DERNEĞİ

Prof. Dr. MUALLA ÖZTÜRK ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ÖDÜLÜ 1998

1. 1990 'dan beri her yıl çocuk ruh sağlığı alanında en başarılı çalışmaya verilmekte olan "Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Ödülü 1998" için aşağıdaki koşullar belirlenmiştir.
2. 1998 ödülü olarak 40.000.000. TL. ve ödül belgesi verilecektir.
3. Çalışma :
 - a. Yayınlanmamış ya da 1995 başından sonra yayınlanmış özgün bir araştırma ya da kuramsal 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 ayrı bir kapak yazısı ile birlikte verilmelidir.
 - c. Çalışma 6 kopya olarak en geç 31 Aralık 1997 tarihine kadar aşağıda bildirilen adrese postalanmış ya da elden verilmiş olmalıdır.
 - d. Çalışmalar, aşağıda belirlenen seçici kurul tarafından değerlendirilecek ve ödül 1998 Şubat ayında her yıl Ankara'da Prof. Dr. Mualla Öztürk anısına düzenlenmekte olan Çocuk Ruh Sağlığı Sempozyumu'nda verilecektir.

Seçici Kuru!

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

Başvuru Adresi

Türkiye Sınır ve Ruh Sağlığı Derneği
Büklüm Sokak 89 / 3
Kavaklıdere, 06700 ANKARA

ÖNYAZI

BİLİMİN İŞLEVİ

Bilimin işlevi aklın ışığında, doğruları ve gerçekleri bulmaya çalışmak ve bu doğruları insanoğlunun yararına yönelik kullanılmak üzere işlemektir. Yaşadığımız evreni tanımak, dünya ile evren arasındaki bağlantıları araştırmak, dünya üzerindeki tüm canlıların niteliklerini, onların yaşamsal özelliklerini incelemek, evrimsel gelişim ilkeleri doğrultusunda yaşamsal gereksinimleri saptamak, olumlu yönde geliştirmek ve tüm nesnel bulguları üzerinde yaşanan bu gezegendeki süreç adına anlamlandırmak ve çözümlenektir.

Bilim evrenseldir; bilimin toprağı, bilimin ülkesi yoktur. Evrensel bilimsel doğrular, dünya üzerindeki tüm bilim adamları tarafından üretilir, bir ortak imcede dokunarak birleştirilir ve yine dünya adına kullanılır.

Ancak, bilimin her ülke için özgün bir kaynağı vardır. Dünya üzerinde ne kadar yaşam alanı varsa, orada o kadar atlanmaması, ele alınması gereken bilimsel veri bulunmaktadır.

Bir bilim adamının birincil işlevi, kendi yaşam alanındaki, kendi ülkesindeki yaşamsal olguları incelemek, kendi ülkesini teknolojsi, coğrafyası, tarihi, jeolojik konumu, üzerinde varolan canlıların yapısı, evrimsel süreçleri, ekonomisi, sosyo - kültürel dokusu ile iyi ve doğru tanımadır. Doğru tanımalıdır, iyi bilmelidir ki, kendi ülkesine ilişkin saptadığı bilimsel verileri, diğer bilimsel verilerle birleştirerek, evrensel bilimin ortak doğrularının belirlendiği imeceye gerçek katkısı olabilsin.

Örneğin, Türkiye'deki bir bilim adamı nasıl ki, Türkiye'den Avusturalya'nın bitki örtüsüne ilişkin veriler saptayamaz ise, İngiltere'deki bir bilim adamı da, Türk toplumunun yaşadığı psikososyal süreçlere ilişkin bulguları, İngiliz toplumunu inceleyerek elde edemez.

Bu nedenle bir bilim adamı, öncelikli olarak kendi ülkesini iyi tanımalı, kendi toplumsal kaynaklarını doğru araştırmalıdır ki kendi ülkesinde uyguladığı bilim işlevsel olabilsin.

Bir bilimsel uygulama ya da araştırmanın evrensel bilime açılabilmesi, evrensel bilim içinde bir yer edinebilmesi, ancak köken alabileceği özgün veri kaynaklarının bulunması ve bu kaynakların gözardı edilmemesinin, yadsınmaksızın, özenle ve titizlikle korunarak evrensel bilimin sonsuz ırmağına doğru taşınması ile olanaklıdır.

Bu açılardan bakıldığında yakın zamanda üniversitelerimize bilim adamı yetiştirme ya da bilim adamının, bilimsel çalışmaların niteliğini değerlendirme amacıyla getirilen "puanlama sistemi"nin pek çok yanlışlıklar içerdiği görülmektedir.

Bugün ülkemizde "Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları" ve "Psikiyatri" uzmanlık alanlarındaki özgün araştırma ve uygulamaları, derleme çalışmalarını içeren kapsamlı, nitelikli dergiler yayınlanmaktadır. Bu dergiler psikiyatri ve çocuk ve ergen psikiyatrisi bilim dallarının ülkemizdeki konumunu ve gelişimini örneklemekte; bu bilim dallarının ulusal kaynaklarının, uluslararası bilimsel veriler ve araştırma bulgularıyla karşılaştırıp değerlendirilmesine ortam hazırlamakta ve bu bilim dallarına ilişkin uluslararası düzeyde açılımcı ve bütüncül bir kavrayış, bir yöneliş getirmektedirler. Bu dergiler anadilimiz olan Türkçe'de yazılmış olan dergilerdir. Ulusal düzeyde yaygın ve nitelikli bir bilimsel eğitim ve etkileşim işlevini uzunca bir süredir yürütmektedirler.

Üniversitelerde uygulamaya geçirilen son bilimsel değerlendirme ölçütleri ve puanlama sistemi yönünden ele alındıkların da SCI (Science Citation Index) kapsamına girmediklerinden, bu dergilerin ve bu dergilerde yer alan çalışmaların, ülkemizdeki bilimsel üretkenlik ve etkileşimin gelişimine yönelik işlevleri göz ardı edilmekte, bilimsel geçerlilikleri çok düşük bulunmaktadır.

Bu sistem ülkemizde bilimsel etkinlikler ve bilim adamı yetiştirilmesinde niteliğin yükseltilmesi adına bazı puanlamalar ve derecelendirmeler getirirken, bilimin ülke koşullarından soyutlanarak değerlendirilmesi ve bilim adamlarımızın kendi ülkelerine, kendi ülkelerindeki bilimsel çalışma ortamına ve yaşamsal gerçeklere yabancılaşmaları yönünde ciddi olumsuz sonuçlar doğurabilme riskini de birlikte taşımaktadır.

Oysaki, bilim, yaşama ilişkin verileri, yine yaşama dönük olarak işlemektir.

Bilimin belki de en temel işlevi, yaşamın içinden çekip çıkardığı, ayrıştırdığı, sınıflandırdığı verileri, saptadığı doğruları yine yaşam adına, yaşamın niteliğini olumlu yönde geliştirmek adına, kullanılır kılmaktır. Gerçekleri gün ışığına çıkarmak, bulgular arasında bağlantılar kurmak, tek tek verileri birleştirerek, ayrıntılardan bütüncül ve açık, anlaşılır doğrulara varmaktır.

Kütüphanelerde, dokunulmaz raflarda saklı duran dosyalar, toplantılar ve tartışmalar da kaybolup giden soyut uçucu sözcükler, anlaşılmaz denklemler, elle tutulmaz, gözle görülmez, ulaşılmaz kuram" lar ya da görkemli törenlerle sunulan ancak işlevi belirsiz bir "fahri doktorluk" cüppesi de değildir bilim. Bilinmezi bilinir kılma; yanlış, yanlışlığı, doğruya, gerçeğe dönüştürme yolunda durmadan, dinlenmeden verilen çabalaradır.

Zaman zaman toplumların, onları çekip saran, baskılayan toplu yanılgılar, bağınazlıklar, çapraşık, karmaşık, insanlığı ulaştığı evrimsel düzeyden çok gerilere götürebilecek gerilemeler yaşadığı süreçler olabilir. Bu toplumsal çıkmaz dönemlerinde, düşüncelerin, davranışların yozlaştığı, toplumun tümüyle edilgin, bireylerin olan bitenlere kayıtsız bir durum aldığı görülebilir. Yaşam süreci içinde, doğadaki devrimin kaydedilemez, toplumun uykuda, bireylerin tepkisiz olduğu durumlar bulunabilir hatta bazı dönemlerde, göreceli bir biçimde bazı doğrular görmezlikten gelinebilir. İşte bilimin ve bilim adamının gerçek işlevi yine burada devreye girer : Toplumdaki tüm insanlar bir aymazlık uykusunda, gerçekler giderek silikleşiyor gibi olsa da, bilim adamı gözlerini açık tutmalıdır, gözlemelidir, dinlemelidir, duymalıdır, araştırmalıdır.

Bilimin işlevi budur : Koşulsuz olarak değişmez doğruları belirlemek üzere yaşamı izlemek ve araştırmak. Ancak odalara, laboratuvarlara, atölyelere kapanarak, uzaktan izlemek değil, yaşamı en iç dokusuna hücrelerine, kadar inerek, en yakınından, duyarlılıkla izlemek.

Bilimin yansız olması, bilimsel tarafsızlık ve ön yargısızlık yaşama uzak kalma, uzaktan bakma demek değildir. Nesnellik yaşama dönük bir geniş kavrayış kazanmak demektir. Saplanıp kalmamak, gözardı etmemek, yadsımamak, tek bir yöne odaklaşıp, bütünü gözden kaçırmamak demektir. Gerçeği çok boyutlu bir kavrayışla araştırmak ve değerlendirmektir.

Örneğin günümüzde, ülkemizde, Manisa'da 14-25 yaş arasındaki gençler, yalnızca düşüncelerinden ve bu düşüncelerini belirten afişleri duvara asmaktan dolayı yakalanıp tutuklanmışlar, işkence görmüşlerdir. Yine aynı gençler yıllar boyu hapis cezaları ile yargılanmaktadırlar.

İşte tam bu noktada "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi" biliminin ve bu alanda çalışan biz bilim adamlarının işlevi ne olmalıdır : *"Bütün bu olup bitenler karşısında tarafsız kalarak, post travmatik stres bozukluğuna yol açan durumların Eksen I ya da Eksen IV 'te mi daha doğru kodlanacağı üzerinde uzun araştırmalar yapmak, ergenlik döneminin genel özelliklerine ilişkin ayrıntılı, kuramsal bilgi birikimine kaynak oluşturan bir arşiv oluşturmak, ergenlikte kimlik arayışı, benlik saygısı, kendilik kavramının oluşumu, ergenlikte beden imgesi ve beden bütünlüğünü araştıran zengin bir veri tabanı oluşturmak ve ölçekler geliştirmek mi?"*

Yoksa *"yaşanılmakta olan bu durum, bu gerçeklik karşısında bir görüş bildirmek mi"; 14-25 yaş arası gençlerin bir kimlik arayışı evresinde olduklarını, bu dönem içinde kendilerine en uygun değerleri, amaçları, kişilik özelliklerini ve dünya görüşünü araştırırken, çeşitli düşünsel ve davranışsal arayışlardan geçerek bu kimliğe varabileceklerini belirtmek; bunun için de, "onlara özdeşim kurabilecekleri sağlıklı modeller sağlamamı, kendilerini sınavıp geliştirebilecekleri özgür ortamlar sunmamı, genç bedenlerine, evrenin en ilkel baskı yöntemi olan işkencenin acımasız ellerinin uzanmasına izin vermeksizin, bedenlerinin doğal gelişimine hız katan etkinliklere onları yönlentmenin, kendilerine saygı duymaları ve bedensel ve ruhsal bir bütünlük içinde dengeli bir erişkinliğe doğru geçerken, onları zor kullanarak, tutsak kılarak değil eğiterek onlara destek olmanın koşulsuz gerekliliğini vurgulamak mı?"*

"Böylesi baskı yöntemleri sonucu gençlerde oluşturulan travmaların, örselenmelerin, umutsuzlukların hiçbir bilimsel Eksen'e sığdırılmayacağını, yadsınamaz bir gerçeklik olarak görmek ve göstermek mi?"

Bilim, doğru noktada, bilimsel birikimlerden çıkan sonuçların tartışmaya geçirilmesine ivme kazandırarak, doğru sonuçların belirlenmesi amacıyla, yanılgılar ve yanlış uygulamalar karşısında doğrudan yana taraf olmak durumundadır.

Gerçek bilim varsayımların, yaşam içinde kanıtlanması ile oluşur. Değerlendirme sistemlerinde puan al-sın, almasın yaşamı araştıran, yaşamı geliştiren, yaşamı anlamaya yönelik olarak yaşamla birleştirilen ve-riler işlevsel bilimsel verilerdir. Bilim yaşamın ve canlıların yararına kullanıldığında işlevseldir.

Dergimiz, bu yazı aracılığıyla bu konudaki görüşlerin bildirilmesi ve tartışılmasına yönelik bir ortam ya-ratmayı amaçlamaktadır.

Bu nedenle, bilimin yaşamla birleştirilmesine ilişkin düşüncelerinizi ve önerilerinizi içeren editöre mektup ya da görüş yazılarınız bizleri sevindirecektir.

Prof. Dr. Bahar Gökler

KRONİK HASTALIKLI ÇOCUĞU OLAN AİLELERİN YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLER*

Hicran Çavuşoğlu *

ÖZET :

Bu çalışmada, kronik böbrek yetmezliği, diabetli ve epilepsili çocuğu olan ailelerin, çocuğun hastalığına ilişkin yaşadıkları güçlükler ve hastalığın, aile yaşamı üzerindeki etkilerinin tanımlanması amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini, Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Pediatrik Nefroloji, Endokrinoloji, Nöroloji ve Hemodiyaliz Ünitelerine başvuran 6-18 yaş grubundaki çocukların aileleri oluşturmuştur. 6 ay süreyle her üç poliklinikte ve Hemodiyaliz ünitesinde görüşülebilen 100 aile incelemeye alınmıştır. Araştırmada kronik hastalıklı çocuğu olan ailelerin yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla anket formu kullanılmıştır. Veriler görüşme tekniği ile toplanmış ve açık uçlu sorulara verilen yanıtlar, görüşme sırasında araştırmacı tarafından kaydedilmiştir.

Ailelerin, çocuğun bakımında maddi ve psikolojik yönden yardım gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir. Ayrıca ailelerin çoğunun, çocuğun bakımında bunaltı yaşadıkları ve onlara hastalıkla başetmede destek olacak kişilerin bulunmadığı görülmüştür. Bunlara ek olarak, çocuğun hastalığı nedeniyle ailenin iş ve sosyal yaşamının ve aile üyelerinin birbirleriyle olan ilişkilerinin etkilendiği saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler : Kronik hastalığı olan çocuk, ailenin başetme yöntemleri

SUMMARY : THE PROBLEMS OF PARENTS WITH CHRONICALLY ILL CHILDREN

The purpose of this study is to determine the problems of the families who have children with chronic renal failure, diabetes mellitus and epilepsy and the effects of the illness on family life. The parents who have children with chronic illnesses in the age group of 6-18 and who have applied to the Pediatric Nephrology, Endocrinology and Neurology Outpatient Clinics and Hemodialysis Units of Hacettepe University Children's Hospital constitute the universe of the study. One hundred families, who visit the three outpatient clinics and Hemodialysis unit during a period of 6 months were evaluated. Data was collected through interviews and the responses to the open-ended questions which were recorded by the researcher.

According to the results of the study, it is observed that families need psychological and financial support for the treatment of their children. It is also determined that most of the parents feel anxiety while taking care of the child and they are unable to find someone to support them in coping with the illness. In addition, the results show that the professional and social life of the family and the relations between the family members are affected by the illness of the child.

Key words : Chronically ill children, family coping style

GİRİŞ

Günümüzde gelişen teknoloji ve tıbbi tedavideki ilerlemeler kronik hastalıklı çocukların yaşam sürelerinin uzamasına neden olmuştur. Bu çocukların bakımının sorumluluğu büyük ölçüde anne babalara düşmektedir (Clements ve ark. 1990, Cluff 1985, Larkin 1987, Philips 1990).

Çocuklarda kronik hastalıkların insidansının 16 yaşın altındaki popülasyonda % 5-10 arasında olduğu düşünülmektedir. Bu çocuklar ve aileleri, çocuğun gelişim düzeyine, hastalığına ve ailenin duygusal ve ekonomik kaynaklarına göre ele alınması gereken çeşitli sorunlarla karşılaşır (Futcher 1988, Mott ve ark. 1990, Tamlyn ve Arklie 1986, Yoos 1987).

Kronik hastalığın sosyal, duygusal fiziksel ve maddi stresleri yalnızca hastalığı olan kişiyi de-

ğil, tüm aile üyelerini etkiler. Maddi güçlükler, çocuğun sürekli bakımının güçlüğü, sosyal izolasyon, evlilik ilişkilerinde gerginlik ve anne/babaların çocuklarına ayırdıkları zamanın azalması, kronik hastalıklı çocuğu olan aileler üzerindeki temel stresler olarak tanımlanmıştır. (Betz ve ark. 1990, Clubb 1991, Futcher 1988, Leventhal 1984, Trahd 1986, Yavaş ve ark. 1994).

Yapılan çalışmalarda, kronik hastalıklı çocuğu olan ailelerin çocuk için çok fazla zaman ve enerji harcadıktan sonra onu kaybetmekten ve ilerde çocuğa neler olacağından korktukları belirlenmiştir. Ayrıca ailelerin, çocuğun hastalığının tekrarlaması ve iyileşmemesi nedeniyle sağlığından endişe duydukları ve yeni tedavi yöntemlerinin, onların sürekli ilgi alanlarını oluşturduğu saptanmıştır (Kodadek 1985, Strauss 1985).

* Doç. Dr., Hacettepe Univ. Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara.

Kronik hastalıkların, aile üyeleri üzerinde şiddetli gerilime neden olduğu ve onların birbirlerine ve ilgi duydukları aktivitelere daha az zaman ayırmalarına yol açtığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda, hasta çocuğun sürekli bakım gereksinimi nedeniyle anne/babaların mesleki uğraşlarının ve aile dışındaki sosyal aktivitelerinin azaldığı gösterilmiştir. (Foster ve ark. 1989, Futcher 1988).

Diğer taraftan sağlıklı çocukların, hasta çocuğa gösterilen hoşgörü ve tutarsız disiplin uygulamaları nedeniyle hasta kardeşlerini kışkırdıkları ve ona karşı düşmanlık duydukları saptanmıştır (Foster ve ark. 1989, Futcher 1988, Stuijbergen 1987).

Kronik hastalıklı çocuğu olan ailelerin, bu sorunla başetmelerini etkileyen etmenler arasında; ailenin ekonomik durumu, hastalığın aile ilişkilerine nasıl yansıdığı ve uygun destek sistemlerinin varlığı (örn; eşler arasındaki ilişkilerin niteliği, ulaşabilecekleri akraba ve komşuların olması) üzerinde durulmaktadır. Bunların yanı sıra, çocuğun yetersizliğinin tipi ve hastalığın aile yaşamının tüm yönleri üzerindeki olası etkileri, ailenin çocuğun kronik hastalığı ile başetme sürecini etkilemektedir. (Gallo 1990, Holaday 1984, Smith ve ark. 1987, Çavuşoğlu 1994, Sabbeth ve Leventhal 1984).

Kronik hastalığın yarattığı endişeler ve stres, aile içi ilişkilerde gerilime neden olmaktadır. Bu nedenle hastalığın, aile üyelerinin birbirleriyle olan ilişkilerine ve aile yaşamına etkisinin değerlendirilmesi önemlidir.

Bu çalışmada, kronik böbrek yetmezliği, diabetli ve epilepsili çocuğu olan ailelerin, çocuğun hastalığına ilişkin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi ve hastalığın aile yaşamı üzerindeki etkilerinin tanımlanması amaçlanmıştır. Çocuğun hastalığı nedeniyle yaşanan güçlükler, anne ve babaya göre farklılıklar gösterebilirse de, bu çalışmada yalnızca hastalık gruplarına göre yaşanan güçlüklerle bakılmıştır.

YÖNTEM

Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Pediyatrik Nefroloji, Endokrin ve Nöroloji Polikliniklerine ve Hemodializ Ünitesine kronik böbrek yetmezliği, diabet ve epilepsi tanılılarıyla başvuran 6-18 yaş grubundaki çocukların aileleri araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Poliklinik kayıtları incelendiğinde her üç polikliniğe gelen hastalıkların hastalık tiplerine göre düzenli olarak kaydedilmediği saptanmıştır.

Araştırmanın evrenini kronik böbrek yetmezliği, epilepsi ve diabetli çocuğu olan kaç ailenin oluştuğu belirlenemediği için 6 ay süreyle her üç poliklinikte ve Hemodializ ünitesinde görüşülebilen hasta aileleri incelemeye alınmıştır. Bu süre içinde Nefroloji Polikliniğinden 10, Hemodializ ünitesinden 15, Endokrin polikliniğinden 35 ve Nöroloji polikliniğinden de 40 olmak üzere toplam 100 aile ile görüşülebilmıştır.

Kronik hastalıklı çocukların ailelerinin yaşadıkları güçlükleri etkileyeceği düşünülerek incelemeye alınacak ailelerin çocukları için belirlene ölçütler; a) çocuğa en az 1 yıl önce tanı konulmuş olması ve b) çocuğun 6-18 yaş grubunda olması olarak belirlenmiştir.

Bu ölçütlere uyan ve tedavi ya da kontrol amacıyla polikliniklere ve hemodializ ünitesine gelen 6-18 yaş grubundaki kronik böbrek yetmezliği, diabet ve epilepsili çocukların aileleri incelemeye alınmıştır.

Araştırmada kronik hastalıklı çocuğu olan ailelerin yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla konuya ilişkin literatürden ve araştırma sonuçlarından yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Anket formunda ailelere ve çocuğa ilişkin genel tanıtıcı bilgiler, ailenin çocuğun hastalığı nedeniyle yaşadıkları güçlükler ve başetme yöntemlerine ilişkin açık uçlu sorular bulunmaktadır. Anket formu toplam 20 soru içermektedir.

Araştırmanın verileri 1 Nisan - 30 Eylül 1991 tarihleri arasında toplam 6 ayda toplanmıştır. Veriler görüşme tekniği ile toplanmış ve açık uçlu sorulara verilen yanıtlar görüşme sırasında araştırmacı tarafından kaydedilmiştir. Görüşmelerin %57.0'si baba ve % 43.0'ü anne ile yapılmıştır. Görüşme ortalama 45 dakikada tamamlanmıştır.

Bu çalışmada her üç hastalık tipine özgü elde edilen verilen kendi içlerinde ve üç hastalık tipi arasında karşılaştırmalı olarak yüzdeler hesapları, çok gözlü düzende ki - kare ve Fisher testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırma kapsamına giren çocukların toplam % 43.0'ünün kız ve % 57.0'sinin erkek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, bu çocukların toplam % 48.0'inin 6-12 yaş ve % 52.0'sinin 13-18 yaş grubunda olduğu saptanmıştır.

Ailelerin toplam % 77.0'sinin çekirdek ve % 23.0'ünün geniş aile tipinde olduğu belirlenmiştir.

tir. Her üç hastalık grubunda da çekirdek aile tipi çoğunluktadır. Bunların yanı sıra, ailelerin toplam % 38.0'inin Ankara içi ve % 62.0'sinin ise Ankara dışındaki illerden geldikleri saptanmıştır. Her üç hastalık grubunda da Ankara dışından gelen ailelerin çoğunlukta olduğu belirlenmiştir.

Bu aileler, sağlık sosyal güvenceleri yönünden incelendiğinde % 81.0 gibi büyük çoğunluğunun sağlık sosyal güvencesinin olduğu ve % 19.0'unun ise sağlık giderlerini kendilerinin karşıladığı ya da çeşitli yardım fonlarından yararlanmaya çalıştıkları saptanmıştır. Hastalık gruplarına göre bakıldığında, sağlık sosyal güvencesi olmayanların kronik böbrek yetmezliği (%28.0) ve diyabet grubunda (%22.8) daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına giren ailelere, çocuğun bakımında yaşadıkları güçlükler sorulduğunda, alınan yanıtların hastalık gruplarına dağılı-

bunda % 47.1'inin, diyabet ve epilepsi gruplarında ise % 68.4'ünün Ankara dışından geldikleri belirlenmiştir. Maddi güçlüklerden söz eden ailelerin yerleşim yerine göre bir fark gösterip göstermediğine bakıldığında, istatistiksel olarak fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Kronik hastalıklı çocuğu olan anne/babalara bu durumdaki ailelerin ne tür yardıma gereksinimleri olduğu sorulduğunda, alınan yanıtların hastalık gruplarına dağılımı Tablo 2'de görülmektedir. Çocuğunda kronik böbrek yetmezliği olan aileler, hastalığa ve bakıma ilişkin bilgi gereksinimini diğer iki gruba göre daha düşük oranda ifade etmişlerdir.

Maddi yönden yardım gereksiniminin kronik böbrek yetmezliği grubunda daha yüksek oranda (%41.8) belirtildiği görülmektedir. Psikolojik yönden yardım gereksiniminden söz eden ailelerin ise epilepsi grubunda daha fazla (%44.4) olduğu saptanmıştır.

Tablo 1: Ailelerin, Çocuğun Bakımında Yaşadıkları Güçlüklerin Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı

Ailelerin, Çocuğun Bakımından Yaşadıkları Güçlükler	KRONİK HASTALIK GRUPLARI							
	KBY		Diyabet		Epilepsi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Maddi Güçlükler	17	31.0	19	34.5	19	34.5	55	100.0
Herhangi bir güçlüğüme olmadığı	7	18.4	14	36.9	17	44.7	38	100.0
Çocuğun sürekli bakımının güçlüğü	7	36.8	6	31.6	6	31.6	19	100.0
TOPLAM*	31	27.7	39	34.8	42	37.5	112	100.0

$$\chi^2 = 2.900 \quad SD = 4 \quad p > 0.05$$

* Deneklerden birden fazla yanıt alınmıştır. Bu nedenle yanıt sayısı toplam denek sayısından fazladır.

mı Tablo 1'de verilmektedir. Görüldüğü gibi ailelerin, çocuğun bakımında yaşadıkları güçlüklerin başında maddi güçlükler (toplam %55.0) gelmektedir. Ayrıca, ailelerin toplam %38.0'i herhangi bir güçlük yaşamadıklarını ve % 19.0'u da çocuğun sürekli bakımının güç olduğunu ifade etmişlerdir. Ailelerin, çocuğun bakımında yaşadıkları güçlüklerin hastalık gruplarına göre bir fark gösterip göstermediğine bakıldığında istatistiksel olarak fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Çocuğun bakımında maddi güçlükleri olduğunu belirten ailelerin yerleşim yerlerine dağılımı incelendiğinde, kronik böbrek yetmezliği gru-

Ailelerin belirttikleri bu gereksinimlerin hastalık gruplarına göre bir fark gösterip göstermediğine bakıldığında, gruplararası fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2=16.537$, $sd=4$, $p<0.05$). Maddi yönden yardım gereksiniminden söz eden grup işlem dışı bırakılarak analize devam edildiğinde, diğer gruplar arası fark önemsiz olduğu görülmüştür ($\chi^2=0.458$, $sd=2$, $p>0.05$).

Bunların yanı sıra ailelere, çocuğun hastalığı ile başetmede yardım eden/destek olan kişilerin bulunma durumu incelenmiş ve onların toplam %83.0 gibi büyük çoğunluğuna destek olacak kişilerin bulunmadığı belirlenmiştir. Bu dağılı-

Tablo 2 : Kronik Hastalıklı Çocuğu Olan Ailelerin Belirttikleri Yardım Gereksinimlerinin Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı

Ailelerin, Belirttikleri Yardım Gereksinimleri	KRONİK HASTALIK GRUPLARI							
	KBY		Diabet		Epilepsi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çocuğun hastalığı ve bakımı konusunda yeterli bilgi verilmesi	7	10.9	28	43.8	29	45.3	64	100.0
Madđi yönden yardım edilmesi	23	41.8	18	32.7	14	25.5	55	100.0
Psikolojik yönden yardım edilmesi	3	16.7	7	38.9	8	44.4	18	100.0
TOPLAM*	33	24.1	53	38.7	51	37.2	137	100.0

* Deneklerden birden fazla yanıt alınmıştır.

ma hastalık gruplarına göre bakıldığında, kronik böbrek yetmezliği grubunda ailelerin %80.0'ine, diabet grubunda %85.7'sine ve epilepsi grubunda da %82.5'ne destek olacak kişilerin bulunmadığı saptanmıştır.

Bunlara ek olarak ailelere, hastalığın çocuğu nasıl etkilediği sorulmuş ve alınan yanıtların hastalık gruplarına dağılımı incelenmiştir (Tablo 3). Epilepsi grubunda çocuğun akranları ile yeterli iletişim kuramaması sorunu diğer iki gruba göre daha yüksek oranda (47.6) bulunmuştur. Benzer şekilde, tedavi ve kontroller için çocuğun okula ara verme durumu da epilepsi grubunda diğer iki gruba göre daha yüksektir (%45.2).

Ayrıca çocuğun fiziksel büyümesinin akranlarına göre geri kalması sorunu, kronik böbrek yetmezliği grubunda en yüksek oranda (%66.7) belirtilmiştir. Öte yandan, çocuğun akranları gibi her istediğini yiyemediğini belirten ailelerin ise %24.0'nün kronik böbrek yetmezliği ve %76.0'sının diabet grubunda olduğu saptanmıştır. Her iki hastalığa özgü diyet uygulamaları ile ilişkili olan bu sorun diabet grubunda olduğu saptanmıştır. Her iki hastalığa özgü diyet uygulamaları ile ilişkili olan bu sorun diabet grubunda daha yüksek oranda vurgulanmıştır.

Tablo 3 : Ailelerin Hastalığın Çocuğu Etkileme Biçimine İlişkin Görüşlerinin Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı

Ailelerin Hastalığın Çocuğa Etkileme Biçimine İlişkin Görüşleri	KRONİK HASTALIK GRUPLARI							
	KBY		Diabet		Epilepsi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Akranları ile yeterli iletişim kuramaması	15	18.3	28	34.1	39	47.6	82	100.0
Tedavi ve kontroller nedeniyle sık sık okula ara vermesi	8	19.1	15	35.7	19	45.2	42	100.0
Fiziksel büyümenin akranlarına göre geri kalması	22	66.7	8	24.2	3	9.1	33	100.0
Akranları gibi her istediğini yiyebilmesi	6	24.0	19	76.0	0	0.0	25	100.0
TOPLAM*	33	24.1	53	38.7	51	37.2	137	100.0

* Deneklerden birden fazla yanıt alınmıştır.

Tablo 4 : Ailelerin, Çocuğun Hastalığına Bağlı olarak Gelecekte Karşılaşabileceklerini Düşündükleri Sorunların Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı

Ailelerin Gelecekte Karşılaşabileceklerini Düşündükleri Sorunlar	KRONİK HASTALIK GRUPLARI							
	KBY		Diabet		Epilepsi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastalığı ilerleyebilir, iyileşmeyebilir	20	57.1	0	0.0	15	42.9	35	100.0
Hastalığa bağlı komplikasyonlar gelişebilir	0	0.0	19	65.5	10	34.5	29	100.0
Hastalığı evlenmesine, çocuk sahibi olmasına engel olabilir	0	0.0	12	50.0	12	50.0	24	100.0
Hastalığı okulunu bitirmesine ve meslek sahibi olmasına engel olabilir	0	0.0	5	23.8	16	76.2	21	100.0
İlerde neler olacağını bilmiyorum	5	50.0	2	20.0	3	30.0	10	100.0
TOPLAM*	25	21.0	38	31.9	56	47.1	119	100.0

* Deneklerden birden fazla yanıt alınmıştır.

Ailelerin hastalığın çocuğu etkileme biçimine ilişkin görüşlerinin hastalık gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında, gruplar arası fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. ($\chi^2=53.883$, $sd=6$ $p<0.05$). Fiziksel büyümesi akranlarına göre geri kaldı diyen grup işlem dışı bırakılarak analize devam edilmiş ve diğer gruplar arasındaki farkların da önemli olduğu görülmüştü ($\chi^2=20.612$ $sd=4$ $p<0.05$). Üçüncü aşamada da akranları gibi her istediğini yiyememe grubu çıkarılarak analiz tekrarlanmış ve diğer gruplar arası farkın önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına giren ailelerin, çocuğun hastalığına bağlı olarak gelecekte karşılaşabileceklerini düşündükleri sorunlar tablo 4'de yer almaktadır. Hastalığı ilerleyebilir, iyileşmeyebilir diyen ailelerin kronik böbrek yetmezliği grubunda daha fazla (%57.1) olduğu belirlenmiştir.

Diğer taraftan, diabet grubundaki ailelerin %65.5'i, epilepsi grubunda ise %34.5'i hastalığa bağlı komplikasyonların gelişebileceğini belirtmişlerdir. Kronik böbrek yetmezliği grubunda ise hastalığa bağlı komplikasyonlardan söz edilmemiştir. Diabet grubundaki aileler hastalığa

bağlı olarak göz ve böbrek sorunlarının gelişebileceğini, epilepsi grubundaki aileler ise çocuğun zeka düzeyinin etkilenebileceğini belirtmişlerdir.

Öte yandan, hastalığın çocuğun ilerde evlenmesine engel olabileceğini düşünen ailelerin diabet ve epilepsi gruplarında %50.0 oranında olduğu saptanmıştır. Kronik böbrek yetmezliği grubunda ise çocuğun evlenmesine ilişkin sorunların düşünülmediği görülmektedir. Ayrıca epilepsi ve diabet grubundaki ailelerin hastalığın, çocuğun okulu bitirmesine ve meslek sahibi olmasına engel olabileceğini düşündükleri belirlenmiştir.

Bu bulguların yanı sıra, ailelerin toplam % 62.0 gibi büyük çoğunluğunun çocuğun bakımında bunaltı yaşadıkları ve kendilerini yalnız hissettikleri saptanmıştır. Ailelerin, çocuğun bakımında bunaltı yaşama ve kendilerini yalnız hissetme nedenleri sırasıyla bakım güçlüklerini ve maddi güçlükleri içermektedir (Tablo 5). Maddi güçlükler, kronik böbrek yetmezliği grubunda daha fazla oranda belirtilmiştir. Çocuğun bakım güçlüğü ise epilepsi grubunda, diğer iki gruba daha yüksek oranda vurgulanmıştır.

Tablo 5 : Ailelerin, Çocuğun Bakımında Bunaltı Yaşama ve Kendilerini Yalnız Hissetme Nedenlerinin Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı

Ailelerin Çocuğun Bakımından Bunaltı Yaşama Nedenleri	KRONİK HASTALIK GRUPLARI							
	KBY		Diabet		Epilepsi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Maddi güçlükler	12	70.6	5	29.4	0	0.09	17	100.0
Çocuğun bakım güçlükleri	6	13.3	15	33.3	24	53.4	45	100.0
TOPLAM*	31	27.7	39	34.8	42	37.5	112	100.0

* Deneklerden birden fazla yanıt alınmıştır.

Tablo 6: Çocuğun Anne / Babaların İş Yaşantısını Etkileme Durumunun Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı

Çocuğun Hastalığının Anne / Babaların İş Yaşantısını Etkileme Durumu	KRONİK HASTALIK GRUPLARI							
	KBY		Diabet		Epilepsi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Etkiledi	15	27.8	17	31.5	22	40.7	54	100.0
Etkilemedi	10	21.8	18	39.1	18	39.1	46	100.0
TOPLAM*	25	25.0	35	35.0	40	40.0	100	100.0

* Deneklerden birden fazla yanıt alınmıştır.

Ailelerin bunaltı yaşama nedenlerinin hastalık gruplarına göre bir farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında, istatistiksel olarak fark önemli bulunmuştur ($\chi^2=23.058$ Sd=2, $p<0.05$). Kronik böbrek yetmezliği grubu atılarak analize devam edilmiş ve diğer iki grup arası farkın da önemli olduğu görülmüştür ($\chi^2=22.4$ Sd=1 $p<0.05$).

Bunlara ek olarak, ailelerin bunaltı yaşadıklarında kullandıkları başatme yöntemlerinin aile tiplerine göre dağılımına bakılmıştır. Başatme yöntemi olarak sorununu birisiyle paylaştığını belirten ailelerin toplamı %33.3'nün çekirdek ve %72.7'sinin geniş aile tipinde olduğu belirtilmiştir. Öte yandan, bunaltı yaşadığında ağladığını belirten ailelerin toplamı %48.4'nün çekirdek, %9.5'nin geniş aile tipinde olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, geniş aile tipinde sorunların paylaşılmasının daha fazla ve çaresizlik nedeniyle ağlama davranışının ise daha az olduğunu göstermektedir.

Diğer taraftan anne/babalara, çocuğun hastalığının iş yaşantılarını etkileme durumu sorulduğunda, onların toplam %54.0'ü iş yaşantılarının etkilendiğini belirtmişlerdir (Tablo 6). Bu anne/babalar, hastalığın yarattığı stres nedeniyle iş

ortamında huzursuz olduklarını ve kontroller için sık sık izin alınmasının güç olduğunu aktarmışlardır. Çocuğun hastalığının, anne/babaların iş yaşantılarını etkileme durumunun, hastalık gruplarına göre bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Bunların yanı sıra, ailelerin toplam %53.0'ü çocuğun hastalığı nedeniyle sosyal yaşamlarının etkilendiğini belirtmişlerdir. Bu ailelerin %28.3'nün kronik böbrek yetmezliği, %30.2'sinin diabet ve %41.5'nin de epilepsi grubunda olduğu belirlenmiştir. Çocuğun hastalığının, ailelerin sosyal yaşamını etkileme durumunun, hastalık gruplarına göre bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Hastalığın, ailenin sosyal yaşamını etkileme nedenlerine bakıldığında ise kronik böbrek yetmezliği grubundaki ailelerin % 46.7'si çocuğun özel diyeti ve %53.3'ü de sürekli bakım ve gözetim gereksinimi nedeniyle sosyal yaşantılarının kısıtlandığını belirtmişlerdir (Tablo 7).

Ayrıca, diabet ve epilepsi gruplarında ailelerin % 100'ü sırasıyla çocuğun diyeti, sürekli bakım ve gözetim gereksinimi nedeniyle sosyal yaşantılarının etkilendiğini belirtmişlerdir. Bunlara ek olarak epilepsi grubundaki ailelerin çocuğun

Tablo 7: Çocuğun Hastalığının, Ailenin Sosyal Yaşamını Etkileme Nedenlerinin Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı

Çocuğun Hastalığının Ailenin Sosyal Yaşamını Etkileme Nedenleri	KRONİK HASTALIK GRUPLARI							
	KBY		Diabet		Epilepsi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çocuğun özel diyetinin olması	7	46.7	16	100.0	0	0.0	23	43.4
Çocuğun sürekli bakım ve gözetim gereksiniminin olması	8	53.3	0	0.0	22	100.0	30	56.6
TOPLAM*	15	100.0	16	100.0	22	100.0	53	100.0

* Deneklerden birden fazla yanıt alınmıştır.

başkalarının yanında nöbet geçirmesinden rahatsız oldukları ve bu nedenle sosyal ilişkilerinin kısıtlandığı saptanmıştır.

Çocuğun hastalığının, ailenin sosyal yaşamını etkileme nedenlerinin hastalık gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında istatistiksel olarak fark önemli bulunmuştur. ($\chi^2=37.802$ sd=2 $p<0.05$). İkinci aşamada diyabet grubu atılarak diğer iki gruba Fisher testi uygulanmış ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Bu sonuçlara dayanarak, diyabetli çocuğu olan ailelerin, çocuğun özel diyeti nedeniyle sosyal yaşantılarının kronik böbrek yetmezliği grubuna göre daha fazla etkilendiği söylenebilir.

Diğer taraftan ailelerin, çocuğun hastalığını çevrelerindeki kişilere söyleme durumları da incelenmiştir. Ailelerin toplam %85.0'i çocuğun hastalığını çevrelerindeki kişilere söylediklerini belirtmişlerdir. Çocuğun hastalığını çevrelerindeki kişilere söylemediğini belirten ailelerin ise kronik böbrek yetmezliği grubunda %12.0, diyabet grubunda %14.3 ve epilepsi grubunda %17.5 oranında olduğu bulunmuştur. Ailelerin, çocuğun hastalığını çevrelerindeki kişilere söyleme durumunun, hastalık gruplarına göre bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Bunların yanı sıra anne/babaların, çocuğun hastalığı nedeniyle aile üyeleri (örn: diğer çocuklar) ile olan ilişkilerinin etkilenme durumu incelenmiştir. Çocuğun hastalığının, aile üyeleri ile olan ilişkileri etkilediğini belirten ailelerin %38.7'sinin kronik böbrek yetmezliği, % 25.8'nin diyabet ve %35.5'nin de epilepsi grubunda olduğu saptanmıştır. Aile üyeleri ile olan ilişkilerin etkilenme durumunun, hastalık gruplarına göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Aileler, çocuğun bakımında maddi güçlükler ve sürekli bakımın güçlüğünden söz etmişlerdir (Tablo 1). Maddi güçlüklerden söz eden ailelerin çoğunun (%72.7) sağlık sosyal güvencesinin olduğu öğrenilmiştir. Bu sonuca göre kronik hasalıklı çocuğu olan ailelerin yaşadıkları maddi güçlüklerin, sağlık sosyal güvencelerinin olmasına bakmaksızın önemli olduğu görülmektedir. Konuya ilişkin literatürde de kronik hastalıklı çocuğu olan ailelerin, çocuğun tedavi harcamaları (örn: diyeti, ilaçları, çocuğun hastaneye götürülüp getirilmesi) nedeniyle önemli

ölçüde maddi güçlükler yaşadıkları vurgulanmaktadır (Clements ve ark. 1990, Stuijbergen 1987, Woods 1989, Yavaş ve ark.1994).

Kronik böbrek yetmezliği grubunda maddi yönden yardım gereksinimi daha yüksek oranda belirtilmiştir (Tablo 2). Bu sonucun, kronik böbrek yetmezliği olan çocuğun yaşamını hemodializ ya da periton dializine bağlı olarak sürdürmesi nedeniyle tedavi giderlerinin, diğer iki gruba göre daha yüksek olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Öte yandan ailelerin %83.0 gibi büyük çoğunluğu, çocuğun hastalığı ile başetmede kendilerine destek olacak kişilerin bulunmadığını belirtmişlerdir. Çocuğun hastalığı ile başetmede anne-babalara destek olacak kişilerin bulunma durumunun, hastalık gruplarına ve aile tiplerine göre bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Her üç hastalık grubunda da hastalıkla başetmede destekleyici kişilerin bulunmadığını belirten ailelerin, etkili profesyonel desteğe gereksinimleri vardır. Konuya ilişkin literatürde de kronik hastalıklı çocuğu olan aileler için etkili destek kaynaklarının bulunmasının, hastalıkla başetmedeki önemi vurgulanmaktadır (Johnson 1982, Philips 1990, Rawlins ve Horner 1988, Rollins 1987).

Ailelerin, hastalığın çocuğu etkileme biçimine ilişkin görüşleri incelendiğinde, iletişim sorunlarının epilepsi grubunda daha yüksek oranda vurgulandığı görülmektedir (Tablo 3). Her üç hastalık grubunda yer alan çocukların, hastalığa bağlı olarak kendilerini akranlarından farklı hissetmeleri nedeniyle sosyal ilişkilerden uzaklaştıkları düşünülmektedir. Ancak bu durum, epilepsili çocuklar için daha yüksek oranda belirtilmiştir. Bu gruptaki aileler, çocuklarının kendilerinden küçüklerle daha iyi anlaştıklarını aktarmışlardır.

Kronik böbrek yetmezliğinde uygulanan özel diyet kısıtlaması nedeniyle gelişen büyüme geriliğinin, diğer iki gruptan farklı olarak önemli olduğu görülmektedir. Ayrıca, çocuğun akranları gibi her istediğini yiyememesi, diyabet grubunda kronik böbrek yetmezliğine göre daha önemli bulunmuştur. Bu bulgular doğrultusunda çocuğun hastalıktan etkilenme biçiminin, hastalıklara özgü farklılıklar gösterdiği söylenebilir.

Konuya ilişkin yapılan farklı çalışmalarda da kronik hastalıklı çocuklarda hastalıkları nede-

niyle okula ara verme, akranlarından farklı olduğu için rahatsızlık duyma (örn; akranları gibi her istediğini yiyememe) ve akranları ile yeterli iletişim kuramama gibi sorunların görüldüğü belirlenmiştir (Larkin 1987, Yoss 1987, Smith ve ark 1987).

Tablo 4'de yer alan bulgular incelendiğinde, diabet grubunda hastalığın ilerlemesi ve iyileşmemesine ilişkin sorunların aktarılmadığı görülmektedir. Buna bağlı olarak, bu gruptaki ailelerin hastalığın yaşam boyu süreceğini öğrenmiş ya da kabullenmiş oldukları düşünülmektedir.

Hastalığın, çocuğun okulu bitirmesine ve meslek sahibi olmasına engel olabileceğini düşünen ailelerin epilepsi grubunda daha yüksek oranda (%76.2) olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu ailelerin, çocuğun hastalığının ilerlemesine ilişkin endişelerini yansıtmaktadır.

Bunlara ek olarak, ilerde neler olacağını bilmiyorum diyen ailelerin ise çocuğun hastalığına bağlı olarak gelecekte karşılaşılabilecekleri sorunları konuşmaya hazır olmadıkları düşünülmektedir. Çocuğun evlenmesi ve okulunu bitirmesine ilişkin sorunların, kronik böbrek yetmezliği grubundaki aileler tarafından hiç aktarılmaması dikkat çekicidir. Bu bulgu, kronik böbrek yetmezliği grubundaki ailelerin, çocuğun iyileşmemesine ilişkin endişelerinin yüksek olmasına bağlı olarak açıklanabilir.

Konuya ilişkin literatürde de kronik hastalıklı çocuğu olan ailelerin, hastalığın ilerlemesinden korktukları ve çocuğun geleceğine yönelik endişelerinin olduğu belirtilmektedir (Leventhal 1984, Strauss ve Munton 1985, Stein 1989).

Bunların yanı sıra, çocuğun bakımında bunaltı yaşadıklarını belirten ailelerin çoğunun, geniş aile tipinde sorunlarını paylaştıkları belirlenmiştir. Çekirdek aile tipinde ise çaresizlik nedeniyle ağlama davranışının daha yaygın olduğu saptanmıştır. Bu anne/babaların etkili profesyonel yardıma/desteğe gereksinimlerinin olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca ailelerin yaklaşık yarısının, çocuğun hastalığı nedeniyle iş yaşantılarının ve sosyal yaşantılarının etkilendiği görülmektedir. Konuya ilişkin yapılan diğer çalışmalarda da kronik hastalıklı çocuğu olan ailelerin hastalığın yarattığı stres nedeniyle çalışma aktivitelerinin etkilendiği (azaldığı) ve sosyal yaşantılarının kısıtlandığı belirtilmektedir (Futcher 1988, Leventhal 1984, Strauss ve Munton 1985, Stuijbergen 1987).

Ailelerin toplam % 15'inin çocuğun hastalığını çevrelerindeki kişilere söylemedikleri öğrenilmiştir. Bu aileler, çocuğun hastalığını yalnızca okuldaki öğretmenin bildiğini, arkadaşlarından farklı olmanın çocuğu üzüğünü ve hastalığının arkadaşlarına söylenmesini istemediğini belirtmişlerdir.

Konuya ilişkin literatürde de okul çağı ve adolesan dönemdeki çocukların akranlarından farklı olmak istemedikleri ve bu nedenle gözle görülmeyen hastalıklarını saklamaya çalıştıkları belirtilmektedir (Cluff 1985, Foster ve ark 1989, Pillitteri 1992).

Bunlara ek olarak anne/babaların toplam %31.0'inin çocuğun hastalığı nedeniyle aile üyeleri ile olan ilişkilerinin etkilendiği belirlenmiştir. Anne/babaların toplam %38.7'si çocuğun hastalığı nedeniyle akranlarından farklı olmasının, ailede üzüntü yarattığını ve %61.3'ü de sürekli hasta çocukla ilgilendikleri için diğer çocuklarına yeterince zaman ayıramadıklarını aktarmışlardır. Ayrıca bu anne/babalar, sağlıklı çocukların, hasta kardeşlerini kıskandıklarını ve aile içinde gerginliğin arttığını belirtmişlerdir.

Konuya ilişkin literatürde de çocuğun akranlarından farklı olmasının, ailenin keder yaşamasına neden olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda hasta çocuğun bakımı nedeniyle sağlıklı çocuklara yeterince zaman ayıramadığı için, onların ihmal edilme, küskünlük ve kıskançlık duyguları yaşadıkları vurgulanmaktadır (Foster ve ark 1989, Futcher 1988, Larkin 1987).

SONUÇ

Araştırmada elde edilen bulgulara göre, kronik hastalıklı çocuğu olan ailelerin, çocuklarının bakımını ve tedavisini sürdürme güçlüklerinin yanı sıra, aile fonksiyonlarını (örn; sosyal ve iş yaşantısını, aile üyeleriyle olan ilişkilerini) sürdürmede de güçlüklerinin olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, kronik hastalığın özelliklerinin, ailelerin karşılaştığı sorunları etkileyebileceği saptanmıştır.

Bu araştırmada, ailelerin belirttikleri güçlüklerin anne ve babaya göre gösterdiği farklılıklara bakılmamıştır. Konuya ilişkin yapılacak diğer çalışmalarda, ailelerin belirttikleri bu güçlüklerin, anne ve babaya göre gösterdiği farklılıkların da dikkate alınmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Betz ve ark. (1990) A survey of self-help groups in California for parents of children with chronic conditions. *Pediatric Nursing* 16 : 293-296.
- Çavuşoğlu H (1994) Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Cilt 1, Hürbilek Matbaacılık, Ankara.
- Clements ve ark. (1990) Critical times for families with a chronically ill child. *Pediatric Nursing* 16 : 157-161.
- Clubb RL (1991) Chronic sorrow; adaptation patterns of parents with chronically ill children. *Pediatric Nursing* 17 : 461-465.
- Cluff LE (1985) Chronic disability of infants and children: a foundation experience. *Journal of Chronic Diseases* 38 : 113-123.
- Foster ve ark. (1989) *Family Centered Nursing Care of Children*, WB Saunders Company, Harcourt Brace Jovanovich Inc., Philadelphia, London, Sydney.
- Futcher JA (1988) Chronic illness and family dynamics. *Pediatric Nursing* 14 : 381-385.
- Gallo AM (1990) Family management style in juvenile diabetes: a case illustration. *Journal of Pediatric Nursing* 15 : 23-32.
- Holaday B (1984) Challenges of rearing a chronically ill child caring and coping. *Nursing Clinics of North America* 19: 361-368.
- Johnson MP (1982) Support groups for parents of chronically ill children. *Pediatric Nursing* 8 : 160-163.
- Kodadek SM (1985) Working with the chronically ill. *Nurse Practitioner* 10 : 45-48.
- Lakin J (1987) Factors influencing one's ability to adapt to chronic illness. *Nursing Clinics of North America* 22: 535-542.
- Leventhal JM (1984) Psychosocial assessment of children with chronic physical disease. *Pediatric Clinics of North America* 31: 71-85.
- Mott S, James S (1990) *Nursing Care of Children and Families*, Second Edition, Cumming Publishing Company, Inc. New York, California, Sydney.
- Philips M (1990) Support groups for parents of chronically ill children. *Pediatric Nursing* 16 : 404-406.
- Pillitteri A (1992) *Maternal And Child Health Nursing*, JB Lippincott Company, Philadelphia, New York, London.
- Rawlins PS, Horner, MM (1988) Does membership in a support group alter needs of parents of chronically ill children? *Pediatric Nursing* 14 : 70-72.
- Rollins JA (1987) Self-help groups for parents. *Pediatric Nursing* 13 : 403-408.
- Sabbeth BF, Leventhal JM (1984) Marital adjustment to chronic childhood illness: a critique of the literature. *Pediatrics* 73 : 762-768.
- Smith MJ ve ark. (1987) *Child and Family: Concepts of Nursing Practice*, Second Edition, Mc Graw-Hill Book Company, New York, St. Louis, London, Sydney.
- Stein RE (1989) *Caring for Children With Chronic Illness—Issues and Strategies*, Springer Publishing Company Inc. New York.
- Strauss SS, Munton, M. (1985) Common concerns of parents with disabled children. *Pediatric Nursing* 11: 371-375.
- Stuljbergen AK (1987) The impact of chronic illness on families. *Family and Community Health* 9: 43-51.
- Tamlyn D, Arklie, MM (1986) A Theoretical framework for standart care plans a nursing approach for working with chronically ill children and their families. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 9 : 39-45.
- Trahd GE (1986) Siblings of chronically ill children: helping them cope. *Pediatric Nursing* 12 : 191-193.
- Woods ve ark. (1989) Supporting families during chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship* 21: 46-50.
- Yavaş İ, Söhmen G, Söhmen T (1994) Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocukların ana babalarının ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1 : 96-103.
- Yoons L (1987) Chronic childhood illnesses; developmental issues. *Pediatric Nursing* 13 : 25-28

BİR DEVLET HASTANESİNDE ÇOCUK RUH SAĞLIĞI HİZMETİNE ULAŞIM YOLLARI*

Bengü Gürsoy Rezaki **, Belma Öy ***

ÖZET :

Bir devlet çocuk hastanesi çocuk psikiyatrisi bölümüne başvuran hastaların ruh sağlığı hizmetine ulaşım yollarını ve bunu etkileyen koşulları saptamak amacıyla bir ay boyunca çocuk psikiyatrisinde ilk muayeneleri yapılan 78 hastanın allestiyile görüşülmüştür. Çalışmada ruhsal sorunu olan çocukların % 51'inin ilk kez çocuk hekimine başvurdukları, sorunun başlamasından ilk başvuruya kadar ortalama 59 hafta geçtiği, ilk başvurudan ortalama 1 hafta sonra çocuk psikiyatrisi bölümüne geldikleri, il içinden gelenlerin çocuk psikiyatrisine daha kolay ulaştıkları ortaya çıkmıştır.

Anahtar Sözcükler : Çocuk ruh sağlığı, ulaşım yolları

SUMMARY : PATHWAYS TO CHILD PSYCHIATRY IN A STATE HOSPITAL

Seventy eight patients, who had attended to a child psychiatric outpatient department of a state hospital for children were evaluated in order to determine the pathways they took to reach the mental services.

Fifty one percent of the patients who had a psychiatric problem contacted a pediatrician first. Before the first contact 50 weeks had passed after the problems started. The time passed to be seen in child psychiatric department after contacting any carer was one week. Patients from Ankara reached child psychiatric care more easily.

Key words : Child psychiatry, pathways to psychiatric care

GİRİŞ

Epidemiyolojik çalışmalarda çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların sık olduğu ve bunlardan yalnızca küçük bir kısmının ruh sağlığı hizmeti aldığı gösterilmiştir (Bernard ve Garralda 1995). Toplum taramalarında çocuklarda % 14-33 arasında ruhsal soruna rastlandığı bildirilmiştir (Gökler ve Öktem 1985, Brandenburg ve ark. 1990). Temel sağlık hizmetine başvuran çocukların beşte biri ile dörtte birinde ruhsal sorunların olduğu saptanmakla birlikte doğrudan ruhsal sorunlarla başvuranların % 2-5 oranında olduğu ileri sürülmüştür (Bernard ve Garralda 1995). Bu oranlar bize toplum taramalarında ruhsal sorunu olduğu saptanan çocukların hekime ulaşamıyor olduğunu düşündürmektedir.

Çocuk hekimleri tarafından görülen çocukların çok az bir kısmının çocuk psikiyatrisine sevk edildiği de bilinmektedir (Garralda ve Bailey 1986, Lewis 1991). Bizim hastanemizde bu oran % 4 olarak saptanmıştır (Öy ve ark. 1996). Bu sonuçlar ruhsal sorunların ilk başvuru yerlerinde tanınmasının önemini göstermektedir.

Değişik ülkelerde ruhsal sorunu olan erişkin hastaların ilk olarak kime başvurduğu, bir psikiyatriste hangi aşamalardan sonra ulaşabildiğini anlayabilmek üzere, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) desteği ile "Ruh sağlığına ulaşım yolları haritası" çıkarılmıştır. Gater ve arkadaşlarının (1991) yayınladıkları sonuçlara göre bu çalışmada 4 ana ulaşım yolu saptanmıştır :

- Avrupa ülkeleri ve Küba'da çoğunlukla ilk olarak pratisyen hekime başvurulmaktadır.
- Hindistan ve Pakistan'da en yaygın başvuru doğrudan ruh sağlığı hizmetine başvurudur.
- Kenya'da en çok ruh sağlığı dışındaki uzmana başvurulmaktadır.
- Endonezya'da ise ilk başvuruların % 54 'ü geleneksel tedavicilere olmaktadır. Geleneksel tedavicilere Endonezya dışında Pakistan, Hindistan ve Yemen'de de rastlanırken, diğer ülkelerde hiç rastlanmamıştır.

Ankara'da erişkin ve çocuklarda yapılan ulaşım yolları çalışmasında doğrudan psikiyatriste başvurunun çoğunlukta olduğu (% 53) saptanmış ve ulaşım yolları haritasının daha çok Hindistan ve Pakistan'inkine yakın olduğu belirlenmiştir (Kılıç ve ark. 1992). Kırpınar ve arkadaşlarının Erzurum'da erişkinlerde yaptıkları

* 6. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresinde Bildiri olarak sunulmuştur.

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

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

çalışmada ise ruhsal sorunu olan hastaların %43.2'sinin ilk olarak başka uzmanlara, %18.6'sının doğrudan ruh sağlığı birimlerine başvurduğu bulunmuştur (Kırpınar ve ark. 1994).

Kılıç ve arkadaşlarının (1992) çalışmasında Ankara'da çocuk ruh sağlığı hizmetine ulaşım yolları da araştırılmış, ancak bu çalışmanın çocuklarla ilgili bölümü sadece üniversite kliniklerinde uygulanmıştır.

Bizim bu çalışmada amacımız, ülkemizde devlet hastanesi bünyesinde hizmet veren tek çocuk ruh sağlığı birimi olan Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı Bölümü'ne başvuran hastaların ruh sağlığı hizmetine ulaşım yollarını ve bunu etkileyen koşulları saptamak ve varsa üniversite klinikleri ile arasındaki farkı belirlemektir.

ARAÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız, 11.10.1995 - 10.11.1995 tarihleri arasında Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümüne muayene için başvuran çocukların aileleriyle görüşülerek yapılmıştır. Son bir yıl içinde çocuk psikiyatrisine başvurmuş tüm hastalar çalışma kapsamına alınmıştır. Görüşmede Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan ve Kılıç ve arkadaşları tarafından (1992) Türkçeye çevrilen "Ruh sağlığı hizmetine ulaşım yolları - Görüşme formu", sosyodemografik bilgiler içeren ilk bölümüne anne ve babanın yaşı, eğitimi ve işinin sorgulandığı maddeler de eklenerek uygulanmıştır. Formun diğer bölümlerinde hastanın hangi yakınmalarla geldiği, bu yakınma ile daha önce kimlere başvurduğu, ne gibi tedavi ya da yardım aldığı sorulmaktadır. Tedaviciiler arasında pratisyen hekim, uzman doktor, hoca, psikiyatrist gibi örnekler formda belirtilmiştir. Görüşme formu muayene sırasında ya da muayeneden sonra birinci yazar tarafından doldurulmuştur. Formun uygulanması 5-10 dakika sürmektedir.

BULGULAR

Bir aylık araştırma süresince bölümümüze ilk muayene için başvuran ve son bir yıldır çocuk psikiyatrisine başvurmamış olan 78 hasta görülmüştür. Hastalar 1 ile 17 yaşları arasında olup, yaş ortalamaları 7.9'dur. Çocukların % 30.8'i kız, % 69.2'si erkektir. Çoğunluğu okul öncesi ve ilkokul çağındadır (Tablo 1).

Tablo 1: Hastaların Demografik Özellikleri

	Sayı	%
Cinsiyet		
Kız	24	30.8
Erkek	54	69.2
Eğitim		
Okul öncesi	29	37.2
Özel eğitim	5	6.4
İlkokul	28	35.9
Ortaokul	6	7.7
Okula gitmeyen	10	12.8

Yaş Ortalaması : 7.9

Ailelerin büyük çoğunluğu alt sosyoekonomik gruptan gelmektedir (Sosyoekonomik düzey, anne babanın eğitimi ve işi, ailenin yaşadığı yer gözönüne alınarak değerlendirilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2: Ailelerin Sosyoekonomik Durumu

Sosyoekonomik Düzey	Sayı	%
Üst	4	5.1
Orta	23	29.5
Alt	51	65.4

Annelerin çoğunluğu ilkokul, babaların çoğunluğu ise ortaokul ya da lise mezunudur. Okuma yazma bilmeyenlerin oranı annelerde % 14.1 iken; babalarda % 3.8'dir (Tablo 3).

Tablo 3: Anne Babanın Eğitim Düzeyleri

	Anne		Baba	
	s	%	s	%
Eğitimsiz	11	14.1	3	3.8
İlkokul mezunu	33	42.3	24	30.8
Ortaokul ve lise mez.	26	33.3	34	43.6
Yüksekokul mezunu	5	6.4	14	17.9
Bilinmeyen	3	3.8	3	3.8

Annelerin % 80.8'i ev hanımıdır. Babaların % 47.4'ü memur ya da işçi, % 38.5'i de serbest olarak çalışmaktadır. Babalarda işsizlik oranı % 7.7'dir (Tablo 4).

Tablo 4 : Anne Babanın Meslekleri

	Anne		Baba	
	s	%	s	%
Ev Hanımı	63	80.8		
Serbest			30	38.5
Memur	9	11.5	23	29.5
İşçi	2	2.6	14	17.9
Emekli	1	1.3	2	2.6
İşsiz			6	7.7
Bilinmeyen	3	3.8	3	3.8

Hastaların % 78'i Ankara içinden, % 22 'si ise Ankara dışından gelmektedir. Son bir yıldan önce herhangi bir nedenle çocuk ruh sağlığı hekimine başvuran çocukların oranı % 13 'dür.

Hastaların % 57.7'sinde ruh sağlığı hizmeti için başvuruyu öneren bir önceki tedavcidir (Tablo 5).

Tablo 5 : Çocuk Ruh Sağlığı Hizmetini Önerenler

Öneren	Sayı	%
Anne – baba	18	23.1
Önceki tedavi	45	57.7
Başka	15	19.2

Çocuklardaki ilk tedaviciye başvuru yakınmaları sıklık sırasına göre; gelişme geriliği – konuşamama, idrar kaçırma, hareketlilik – saldırganlıktır (Tablo 6). Hastaların % 51.3'ü bu sorunlarla ilk olarak çocuk hekimine başvururken, % 32.1 'i çocuk ruh sağlığı bölümüne, % 9'u ise hocaya başvurmuştur (Tablo 6).

Ankara içinden gelen hastalarda doğrudan çocuk psikiyatrisine başvurma oranı daha yüksektir ($\chi^2=6.83$, $p<0.01$). Anne-baba eğitimi, sosyoekonomik durum, cinsiyet ve yaş grupları ile doğrudan çocuk psikiyatrisine başvuru arasında ilişki bulunmamıştır.

Başvurma yakınması ile sosyoekonomik durum, cinsiyet, yaş grubu, önceden çocuk ruh sağlığı başvurusu olup olmaması arasında ilişki saptanmamıştır. İdrar kaçırma yakınması ile başvuran hastaların hepsi Ankara içinden, bayılma yakınması ile gelenlerin hepsi il dışından gelmektedir. Ancak sayı azlığı nedeniyle başvurma yakınması ile alan arasındaki fark istatistiksel olarak anlam kazanmamıştır.

İlk kez hocaya başvuran 7 hastanın 5'inde gelişme geriliği, konuşamama yakınması vardır. Doğrudan çocuk ruh sağlığına başvuran 25 hastadan 8'i hareketlilik – saldırganlık, 5'i durum bildirir rapor isteği, 4'ü idrar kaçırma, 3'ü okul korkusu, 2'si kekemelik, 2'si gelişme geriliği ve 1'i de okul başarısızlığı ile başvurmuştur.

Tablo 6 : Hastaların İlk Başvuru Yakınmaları İle İlk Başvurdukları Kurumlar

Başvuru yakınması	Çocuk hekimi	ÇRS*	Hoca	P.hekim**	Başka	Toplam (%)
Gelişme geriliği / konuşamama	10	2	5	1	–	18(23.1)
İdrar kaçırma	11	4	–	1	–	16(20.5)
Hareketlilik / saldırganlık	4	8	–	1	–	13(16.7)
Durum bildirir rapor isteği	3	5	–	–	–	8(10.3)
Kekemelik	1	2	1	–	–	4(5.1)
Okul korkusu	1	23	–	–	–	4(5.1)
Bayılma	2	–	–	–	1	3(3.8)
Bedensel belirtiler	3	–	–	–	–	3(3.8)
Okul başarısızlığı	2	1	–	–	–	3(3.8)
Tırnak yeme	1	–	–	–	–	1(1.3)

* Çocuk Ruh Sağlığı Hekimi

** Pratisyen Hekim

Ulaşım yollarının ilk basamağında, çocuk hekimlerinin % 80'i, pratisyen hekimlerin ise hepsi hastayı tedavi önermeden sevk etmişlerdir. Doğrudan çocuk psikiyatrisine başvuran 25 hastanın % 32'sine tutum önerileri, % 44'üne tutum önerileri ve ilaç, % 20'sine durum bildirir rapor verilmiştir.

Sorunun başlamasından ilk tedaviye başvurmaya kadar geçen süre ortalaması (ortanca) 59 haftadır. Bu süre ile cinsiyet, yaş grubu, alan, ilk başvuru yer arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

İlk tedaviye başvurduktan sonra çocukların çocuk ruh hekimine ulaşması (gecikme) 0 ile 516 hafta arasında olup, ortalama (ortanca) 1 hafta sürmektedir. İlk tedaviden sonraki gecikme ile cinsiyet, sosyoekonomik durum, yaş grubu ve önceden çocuk ruh sağlığına başvurmuş olma arasında ilişki saptanmamıştır. İlk tedavi çocuk hekimi olduğunda gecikme ortalama (ortanca) 1 haftayken, ilk tedavi hoca olunca bu gecikme 52 hafta olmaktadır. Ancak bu fark, sayı yetersizliği nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ankara içinden gelenlerde gecikme ortalama (ortanca) 1 hafta sürerken, Ankara dışından gelenlerde bu süre 8 haftadır, bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($U=355, p<0.05$). Gecikme ile başvuru yakınlıkları arasında da ilişki bulunmuştur. Gelişme geriliği - konuşamama yakınlığı ile gelenler diğer gruplara göre daha çok gecikmişlerdir ($\chi^2=20.33, p<0.01$).

TARTIŞMA

Çalışmada ruhsal sorunu olan çocukların ilk kez genellikle çocuk doktoruna gittikleri, sorunun başlamasından ilk başvuruya kadar ortalama (ortanca) 59 hafta geçtiği, ilk başvurudan ortalama (ortanca) 1 hafta sonra çocuk ruh sağlığı bölümüne geldikleri, il içinden gelenlerin çocuk psikiyatrisine daha kolay ulaştıkları ortaya çıkmıştır.

Daha önce Ankara'da üniversite kliniklerinde yapılan ulaşım yolları çalışmasının (Kılıç ve ark. 1992) çocuklarla ilgili bölümü ile bizim çalışmamızdaki hasta gruplarının sosyoekonomik düzey dışındaki cinsiyet, yaş grubu, il içi-il dışından gelme özellikleri birbirleriyle benzer görünmektedir. Kılıç ve arkadaşlarının (1992) çalışmasında çocukların % 61'i orta sosyoekonomik düzeyden gelirken, bizim grubumuzda ailelerin çoğu (%60) alt sosyoekonomik düzeyden gelmektedir. Çeşitli çalışmalarda ruhsal sorunların prevalansı yoksul ailelerin çocuklarında daha yüksek olarak bulunmakla birlikte (Goldberg ve ark. 1984, Starfield ve ark. 1980) Kılıç ve arkadaşlarının çalışmaları (1992) ile bizim çalışmamızdaki sosyoekonomik düzey farkı hastanemizin bir devlet hastanesi olması, Ankara'nın bir gecekondu mahallesinde hizmet vermesi ve yeşil kartlı hastalara da bakması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda erkek hastaların sayısı kızların iki katından fazladır. Genel populasyonda erkek çocuklarda daha çok ruhsal sorun olduğu bilinmektedir (Anderson ve ark. 1987). Çocuk ruh sağlığı bölümüne sevk edilen çocuklarla yapılan çalışmalarda da aynı sonuç gözlenmiştir (Garralda ve Bailey 1988).

Üniversite kliniklerinde çocuk hastaların % 64'ü doğrudan çocuk psikiyatrisine başvururken (Kılıç ve ark. 1992), bizde hastaların sadece % 32'si doğrudan gelmiş, % 51'i ise önce çocuk hekimine gitmiştir. Bu fark bizim çalışmamızdaki ailelerin alt sosyoekonomik düzeyden gelmesi ve daha eğitimsiz olmaları nedeniyle sorunların ruhsal olduğunu hemen farkedememeleri ya da hastanemizde bir çocuk ruh sağlığı biriminin bulunmasından habersiz olmaları ile ilgili olabilir.

İlk başvuruda üniversite kliniklerinde ilaç % 5 oranında önerilirken (Kılıç ve ark. 1992), bizim bölümümüzde bu oran % 44 olarak bulunmuştur. Bu fark klinisyenlerin ilaç tedavisi konusundaki yönelim farkı, ailelerin sosyokültürel farkları, farklı tedavi beklentileri ve iki çalışmanın arasında 4 yıl gibi bir sürenin olması ile açıklanabilir.

İlk tedaviye başvurduktan sonra çocuk ruh sağlığı hekimine ulaşma Kılıç ve arkadaşlarının çalışmasında (1992) ortalama 2.5 hafta sürerken bizde bu süre ortalama 1 haftadır. Kılıç ve arkadaşlarının araştırmasında (1992) gecikme ile başvuru yakınlığı arasında fark bulunmazken, bizde gelişme geriliği konuşamama yakınlığı ile başvuruların diğer başvuru yakınlıkları olan gruplara göre daha çok geciktiği bulunmuştur. Bu durum üniversite kliniklerine bu yakınlık ile gelenlerin az olması ya da bizim hastanemize başvuranların sosyoekonomik düzeylerinin daha düşük olması ile ilgili olabilir.

Bu çalışmada Kılıç ve arkadaşlarının çalışmasından (1992) farklı olarak Ankara dışından gelenlerin gecikme süreleri daha uzun bulunmuştur. İl dışından gelenler çocuk psikiyatrisine birkaç sağlık hizmeti basamağından sonra ulaşabilir. Ancak bu durumun üniversite klinikleri için de geçerli olması beklenir. Kılıç ve arkadaşlarının (1992) çalışması ile bu çalışma arasındaki fark bizim grubumuzda yoksul ailelerin çoğunlukta olması, Ankara dışından sevk edildiklerinde yol, yeme, yatma masraflarını karşılayacak paraları olmadığından bu parayı denkleştirene kadar beklemeleri ve sonra gelmeleri nedeniyle ortaya çıkmış olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada bir devlet hastanesinde çocuk psikiyatrisi bölümüne başvuran çocukların % 51'inin ruhsal yakınmalarla ilk olarak çocuk hekimine başvurduğu ortaya çıkmıştır. Bu çocuklar çeşitli basamaklardan sonra çocuk ruh sağlığı hizmetine ulaşmışlardır.

İlk başvuru yerinde ruhsal sorunların iyi tanınması ve iyi ele alınması sağaltım için ilk ve belki de en önemli adımdır. Çocuk hekiminin ruhsal sorunları tanınmasının ve hasta başka nedenle bile beden sağlığının yanısıra ruh sağlığı için de zaman ayırmasının ruhsal hastalıkların erken tedavisi için büyük önem taşıyacağı açıktır. Bu nedenle çocuk hekimleri ile çocuk ruh hekimleri arasındaki liyezoni çalışmaları artırılmalıdır.

Çocuk psikiyatrisi birimi olan illerde çocuk hekimlerince ruhsal sorun farkedildiğinde hastayı hemen sevk etmek tedavide vakit kaybını önlemektedir. Ancak çocuk psikiyatrisi birimi olmayan illerde, özellikle de merkezlere uzak illerde hasta sevk edildiğinde hastanın çocuk ruh sağlığı hizmetine ulaşması büyük illerdeki kadar kolay olmamaktadır. Böyle olunca, oradaki çocuk hekiminin, ruhsal sorunların tanınması ve ele alınması konusunda bilgili olması, hiç olmazsa hastaların bir kısmının sorunlarının bu oldukları yerde çözümlenmesini sağlayabilir. Bu da çocuk hekimlerini ruh sağlığı konusunda bilgilendirmek ve zaman zaman da bilgilerin tazelenmesini sağlamakla gerçekleşebilir.

Bir diğer önemli nokta da ailelerin ruh sağlığı konusunda bilgilendirilmeleridir. Çalışmamızda sayı azlığı nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, ilk tedaviçi çocuk hekimi olduğunda ortalama 1 hafta

olan çocuğun ruh sağlığı hizmetine ulaşmadaki gecikme süresi, ilk tedaviçi hoca olduğunda ortalama 52 haftaya çıkmaktadır. Bu nedenle ailelere çocukların bazı sorunlarının ruhsal kökenli olabileceği, bu konularda çocuk ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanabilecekleri anlatılmalıdır.

KAYNAKLAR

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

Bernard P ve Garralda E (1995) Child and adolescent mental health practice in primary care. *Current Opinion in Psychiatry*, 8:206-209.

Brandenburg NA, Friedman RM, Silver SE (1990) The epidemiology of childhood psychiatric disorders: Prevalence findings from recent studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29: 76-83.

Garralda ME, Bailey D (1986) Children with psychiatric disorders in primary care. *J Child Psychol Psychiatr*, 27: 611-624.

Garralda ME, Bailey D (1988) Child and family factors associated with referral to child psychiatrists. *British J Psychiatry*, 153: 81-89.

Gater R, Almedia e Sousa B, Barrientos G ve ark. (1991) The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychol Med*, 21:761-764.

Goldberg ID, Roghmann KJ, McInern TK ve ark. (1984) Mental health problems among children seen in pediatric practice: Prevalence and management. *Pediatrics*, 73: 278-293.

Gökler B, Öktem F (1985) Bir gecekondu ilkokulu öğrencilerinde ruhsal uyum taraması. *Toplum ve Hekim*, 36: 24-27.

Kılıç C, Rezaki M, Üstün B (1992) Ankara'da ruh sağlığı hizmetine ulaşım yolları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3(3):190-198.

Kırpınar İ, Çayköylü A, Kuloğlu M (1994) Erzurum'da ruh sağlığı hizmetine ulaşım yolları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5(3): 175-181.

Lewis M (1991) Introduction to hospital child and adolescent psychiatry consultation-liaison in pediatrics. *Child and Adolescent Psychiatry içinde*, M Lewis (ed). Williams and Wilkins, Batimore, s: 941-944.

Öy B, Rezaki B, Başoğlu N ve ark. (1996) Bir pediatri polikliniğine başvuran ilkokul çocuklarında ruhsal uyum taraması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 3(1): 15-21.

Starfield B, Gross E, Wood M ve ark. (1980) Psychosocial and psychosomatic diagnosis in primary care of children. *Pediatrics*, 66: 159-167.

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

EPİLEPSİYE İKİNCİL PSİKOJENİK NÖBET : İKİ OLGU SUNUMU*

Elvan Karacan**, Selahattin Şenol**, Şahnur Şener***

ÖZET :

Epileptik ve psikojenik nöbetler birbirlerine benzer özellikler göstermekte ve çoğu kez ayırıcı tanı ve tedavide güçlükler yaşanmaktadır. Her iki tanının aynı hastada bulunması da çok seyrek rastlanan bir durum değildir. Bu yazıda çocuk psikiyatrisi bölümüne başvurma nedeniyle başvuran ve aynı zamanda çocuk nörologisi bölümünde de epilepsi tanısı ile değerlendirilen 13 ve 17 yaşlarındaki iki kız olgunun belirti ve tedavileri yazın eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler : Psikojenik nöbet, epileptik nöbet, konversiyon.

SUMMARY : PSYCHOGENIC SEIZURE SECONDARY TO EPILEPSY: CASE REPORT

Epileptic and psychogenic seizures usually have similar symptoms and present particularly difficult problems in differential diagnosis and treatment. Coincidence of these two disorders in the same patient is not rare. In this case study, two female adolescent patients aged 13 and 17 who were referred to child psychiatry and consulted with pediatric neurology because of seizures were discussed in terms of symptomatology and treatment in the light of literatures.

Key words : Psychogenic seizure, epileptic seizure, conversion.

GİRİŞ

Nöroloji ve psikiyatrinin kurulduğu yıllardan beri epileptik ve histerik nöbetler yoğun bir ilgi konusu olmuş, böylece beden ve ruh hastalıkları arasında ayırım yapılmak istenmiştir. Konu ile ilgili yayınlar gözden geçirildiğinde aynı klinik durumları tanımlamak için histerik nöbet terimi dışında yalancı nöbet (pseudoseizures), konversiyon nöbetleri ve psikojenik nöbet gibi değişik terimlerin kullanıldığı görülmektedir. (Şenol ve Saygı 1993). Ancak hastaların büyük bir bölümünde nöbetlerin davranışsal mekanizması tam anlaşılmadığı için histerik nöbet terimi pek kullanılmamaktadır (King ve ark. 1982). Bu nöbetlerin de gerçek nöbetler olarak kabul edilmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır. Epileptik niteliğinin olmaması nedeniyle yalancı olarak adlandırılmasının uygun olmayacağı belirtilerek, pek çok yazıda psikojenik nöbet teriminin kullanımı yeğlenmiştir. (Krumholtz ve Niedermeyer 1983).

Psikojenik nöbetlerin epileptik nöbetlerden ayrılması çoğu kez kolay olmamaktadır. Bu iki nöbet tipi birbirine çok benzeyebileceği gibi içiçe geçmiş de olabilir. Erişkin epileptik hastalar arasında nöbetleri psikojenik olanların oranı %5-20, hem psikojenik hem de epileptik nöbeti

olanların oranı %20-30 olarak bildirilmektedir (Shen ve ark. 1990). Erişkinlerle yapılan çalışmalarda epilepsisi olanlarda psikojenik nöbet görülme sıklığının genel populasyondan fazla olması ve pek çok hastada organik beyin patolojisinin saptanması nedeniyle organisitenin psikojenik nöbete yatkınlık oluşturduğu düşünülmektedir (Ford 1985). Ayrıca bu davranışların öğrenilebileceği ve stres sırasında ortaya çıkabileceği, antiepileptik ilaç toksisitesine bağlı olabileceği de belirtilmektedir (Goodyer 1985). Tedavisinde güçlük çekilen dirençli epilepsi olgularında psikojenik nöbetlerden kuşkulamak gerektiği vurgulanmaktadır (Lesser ve ark. 1983).

Psikojenik nöbetlerin çocuklarda her yaşta hatta 4 yaş altında bile görülebileceği bildirilmiştir. Fakat genellikle ergenlik döneminde ve kızlarda daha sık olduğu söylenmektedir (Williams ve ark. 1978, Goodyer 1985). 8-18 yaş arası çocuk ergenlerde yapılan bir çalışmada psikojenik nöbetlerin başlangıç yaşı 14, tanı yaşı 14,5 ve kız/erkek oranı 2/1 olarak verilmiştir. Erişkinlerle karşılaştırıldığında çocuk ve ergenlerde prognoz daha iyi olduğu, %73'ünün 1 yıl, %81'inin 3 yıl sonunda nöbetsiz oldukları bildirilmiştir (Wyllie ve ark. 1991).

Bireysel psikoterapi ve aile terapisi bu hastalarda çok faydalı olmaktadır. Çocuklarda görülen psikojenik nöbetlerde anksiyete ve stres reak-

* 6. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kongresinde bildiri olarak sunulmuştur.

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

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

siyonları önde gelen mekanizmalar iken erişkinde depresyon ve prognozu daha kötü olan kişilik bozuklukları yaygındır (Silver 1982, Goodyer 1985, Wyllie ve ark. 1991). Tanı öncesi atak sıklığı çocuklarda erişkinlere göre daha fazladır. Çoğunlukla haftada birden fazla nöbet olmaktadır. 10 yaş altında psikojenik nöbetlerin nadir olduğu bildirilmiştir. Epileptik olmayan paroksizmal davranışlar sırasında EEG'leri normal çıkan daha küçük çocuklarda manyerizm, parasomniya, hiperventilasyon atakları, katılma nöbetleri, senkop ya da hareket bozuklukları saptanmıştır (Wyllie ve ark. 1990). Psikojenik nöbetleri epileptik nöbetlerden ayıran klinik özellikler oldukça sınırlıdır. Yazında tanıya yardımcı olabilecek bazı klinik farklılıklar bildirilmiştir: Psikojenik nöbet ani ya da yavaş başlangıçlı olabilir ve genellikle epileptik nöbetlerden daha uzun sürer. Bilinç değişiklikleri olabilir fakat ağrılı uyaranlara bir ölçüde yanı verilebilir. idrar ve gaita kaçırma, dili ısırma ve yaralanma genelde olmaz. Aniden sonlanabilir ve post ictal konfüzyon görülmez. Hemen her zaman duygu yüklü bir stres buna neden olur ve sıklıkla başkalarının bulunduğu ortamlarda ortaya çıkar. Hastaların çoğunda motor fenomen tanıyı epileptik aktiviteden uzaklaştırır. Titremeler, hiperekstansiyon yayı, koordine hareketler, bacakları gelişigüzel sallama ve çeşitli mimikler epizodun psikojenik nöbet olduğunu doğrular niteliktedir. (Lewis 1979, Gulick ve ark. 1982, Mulder 1990, Öztürk 1994). Hastalar çoğunlukla nöbetlerin ruhsal yaşantılarıyla olan ilişkisinin farkında değildirler (Ramani ve ark. 1980). Konversiyon bozukluğunda görülen bu nöbetlerden hasta ikincil kazanç sağlayabilirse de simülasyon ve yapay bozukluktan farklı olarak semptomlar çıkar sağlamak için amaçlı olarak çıkartılmadığını ya da böyle bir semptom varmış gibi davranmadığını belirlemek de zor olabilir (Köroğlu 1990). Epilepsisi olan çocuklar hasta davranışı geliştirmeye yatkındırlar. Gerçek hastalığı benimseme ve taklit etme çocukluk çağı konversiyonunda sık görülür (Goodyer 1985). Psikojenik nöbetlerin tanısında laboratuvar yöntemleri son yirmi yıl içinde daha çok değer kazanmıştır. Serum prolaktin seviyesinin epileptik nöbetten sonra attığı fakat psikojenik nöbetlerde değişmediği gösterilmiştir (Yerby ve ark. 1987). Nöbetler sırasında tümüyle normal olan EEG class psikojenik nöbet tanısını desteklerken anormal EEG bulguları psikojenik nöbet

tanısını dışlatamaz. Konvansiyonel EEG, video EEG telemetri ve ambulatuvar EEG moriterizasyon kayıtları ayırıcı tanıyı kolaylaştırmaktadır (Aminoff ve ark. 1988, Nousiainen ve ark 1989, Meierkord ve ark 1991).

Bu yazıda çocuk nörolojisi ve çocuk psikiyatrisi tarafından değerlendirilmeye alınan, epileptik ve psikojenik nöbetlerin birlikte bulunduğu düşünülen iki olgunun sunumu yapılacaktır.

1. OLGU

A, 17 yaşında, kız, ilkokul mezunu, bekar, ailesiyle birlikte Ankara'da oturmaktadır. Bayılma, sık sık ağlama ve bağırma isteği, boğazı sıkılıyor ve içi yanıyor gibi hissetme, sinirlilik, el ve ayaklarında keçelenme yakınmaları olan A, 13 yaşında başlayan tonik-klonik epileptik nöbetleri nedeniyle başka bir hastanenin nöroloji bölümünde epilepsi tanısı ile izlenmekteydi. Üç yıldır antiepileptik ilaç tedavisinde ve nöbetleri kontrol altındayken son bir yılda yukarıda belirtilen yakınmaları başlamıştır. Bir yıl öncesine dek nöbetleri tüm vücudunun kasılması şeklinde oluyor, bir dakika kadar sürüyor. Bu süre içinde olup biteni hatırlamıyor ve sonrasında bitkinlik ve uygu hali oluyordu. Bir kez dilini ısırması, idrar ve gaita kaçırması olmamıştı. Ayda bir sıklıkla görülen bu nöbetler nöroloji bölümünün başladığı ilaç tedavisi ile kontrol altına alınmıştı. Son bir yıldır ise ilaç kullanımına devam etmesine karşın bayılmaları artmıştı. Kendinden geçme ve sağ bacağında atmalar oluyordu. Bu bayılmaları sırasında çevrede söylenenleri işitebiliyor fakat yanıt veremiyordu. Bunlar iki-üç ayda bir oluyor ve önceki bayılmalarından daha uzun sürüyordu. Dilini ısırması, idrar ve gaita kaçırması, yaralanması olmuyordu. Birşeylere sıkılıp sinirlendiğinde, üzülduğünde kendinden geçiyordu. Son bayılması bir hafta önce işten çıkartıldıktan sonra olmuştu. Eskiye göre neşesi az, gergin ve endişeliydi.

Olgu dört çocuklu çekirdek bir ailenin ikinci çocuğu. Yirmi yaşında bir ablası, on beş ve on üç yaşlarında iki erkek kardeşi vardı. Anne kırk bir yaşında, ilkokul mezunu, ev hanımı; baba kırk altı yaşında lise mezunu, teknisyen olarak çalışıyor. Ailede belirgin bir stres etkeni, kaza, tıbbi hastalık, psikiyatrik belirti ya da bozukluk öyküsü saptanmadı.

A, anne ve babanın istediği bir bebek olarak zamanında, normal yolla doğmuştu. Psikomotor gelişimi normaldi.

Uyku düzeni normaldi. Kardeşleriyle aynı odada ayrı yatakta yatıyordu. Kardeş ilişkilerinde pek sorun yaşanmıyordu. Anne koruyucu, telaşlı ve çocuklarına yakın olmaya çalışan birisi olarak tanımlandı. A anneye babadan daha yakındı ve çoğu sıkıntısını anneye açabiliyordu. Anne çocukların yüzü hep gülsün, neşeli olsunlar isterdi. Baba ile de ilişkilerinde sorunları yoktu fakat babadan çekinmekteydi. A ilkokulda pek başarılı bir öğrenci olmadığı, ders çalışmayı sevmediği için ailenin de yönlendirmeyle okumaya devam etmemiştir. On altı yaşında iken önce bir kuaförde sonra da bir konfeksiyoncudaki işe girmişti. Bir yıl önce bayram tatili sırasında gençlik parkında arkadaşlarıyla gezerken bir askerle tanışıp arkadaş olmuşlardı. Zaman zaman onunla gezmek için işe gitmiyor, annesine yalan söylüyordu. Hastanın cümle tamamlama testindeki şu cümlesi, "Ben hep bir subay arkadaşım olsun isterdim, oldu. Onunla çok günlerimiz oldu fakat benden yararlanmak istedi ve onunla kavga ettik. Onu hala seviyorum. Aramızda bir veda konuşması olmadan askere döndü; ayrıldık mı hâla arkadaş mıyız bilmiyorum", yaşadığı karmaşık duygulanımı anlatıyordu. Bu dönemde bayılmalarının yeniden başladığı öğrenildi. En son bayılma da işinden çıkartıldıktan bir hafta sonra olmuştu. Hasta iş kaybına bağlı olarak ailesine maddi destek veremediği için üzüntülü olduğunu aktarıyordu.

Ruhsal durum muayenesi:

A, esmer, kısa boylu, şişman bir gençti, yaşından büyük göstermekteydi. Kilo fazlalığı ve yüzündeki kıllanma nedeniyle aynı zamanda endokrinoloji bölümü tarafından da tetkikleri sürmekteydi.

Göz iletişimi kuruyordu. Bilici açık, koopere ve yönelimleri tamdı. Görüşmede rahattı, sözel anlatımı güçlüydü, konuşması amaca varıyordu. Nöbet dönemleri ile ilgili bellek bozukluğu ve arasıra dalgınlıkları vardı. İlk nöbeti 13 yaşında dayken algı bozukluğu ile başlamıştı. Bazen, özellikle geceleri olan isminin çağırılması ya da bir gürültü duyma şeklinde işitsel algı bozuklukları oluyordu. Düşünce yapısı, akışı ve içeriği normal olarak değerlendirildi. İş kaybına bağlı üzüntüsü vardı. Duygulanımında belirgin oynamalar izlenmedi. Zaman zaman durgun ve dalgın görünüyordu. Karşı cins ile ilişkisine ve

geleceğine yönelik kaygıları vardı. Arada öfke ve kızgınlık dönemleri yaşıyordu fakat fiziksel tepkisi yoktu. Benlik saygısı azalmış olarak değerlendirildi.

Tedavi:

A, bayılma yakınmasıyla acil serviste görüldükten sonra konsültasyon istemi ile çocuk psikiyatrisi tarafından değerlendirildi. Daha önce başka bir hastanenin nöroloji bölümü tarafından başlanan bir antiepileptik ilacı kullandığı öğrenildi. Kontrol EEG'si normal olarak değerlendirildi. Hastanın son bir yıl içindeki nöbetlerinin yaşam olayları ile ilişkili olduğu ve başlangıçtaki nöbetlerinden klinik olarak da farklılıklar gösterdiği düşünüldü. A'nın bu durumu epilepsiye ikincil psikojenik nöbet olarak değerlendirilerek bireysel psikoterapiye alındı. Aynı zamanda epilepsi nedeniyle nöroloji bölümünün izlemine devam etmesi önerildi. Süreç içinde nöbetleri giderek azalan hasta son dört aydır nöbetsiz olarak izlenmektedir.

2. OLGU

F, 13 yaşında, kız, orta okul birinci sınıf öğrencisi, ailesiyle birlikte Malatya'da yaşamaktadır. İlk kez bir yıl önce vücudunun sağ tarafında başlayan kasılmalar, boynunu karşı tarafa çevirme, gözlerini yukarı dikme ve göz kapaklarında titreme şeklinde nöbet geçirmişti. Bu sırada bilinç kaybı, ağzından köpük gelme, idrar ve gaita kaçırması olmamıştı. 1 dakika kadar sürmüş, 8 ay sonra bir kez daha aynı şekilde kasılması olmuştu. Daha sonra iki üç günde bir kez, 10-15 saniye süren dalmaları başlamıştı. Bir iş yaparken gözlerini bir noktaya dikip dalyor, dışardan gelen sesleri duyuyor fakat yanıt veremiyordu. Bu dalgınlıkları çok önemsenmemişti. Bu sırada okul ve çevre değişikliği olmuştu. Özellikle ilk bir aylık dönemde yeni arkadaşları ile uyum sağlayamamıştı. Ders başarısı azalmış, hırçınlaşmıştı. Hastaneye başvurmalarından bir hafta önce, daha önceki nöbetlerine benzer şekilde günde sekiz-dokuz kez nöbet geçiriyor, bu nöbetlerin olacağını önceden hissedebiliyordu. Bazen eli ile gözlerini kapatarak nöbetin oluşmasını engelleyebiliyordu. Bunun dışında ayda iki kez olan yine sağ tarafında kasılma ile başlayan daha şiddetli nöbetleri oluyordu. Bu nöbetler daha çok uykuda geliyordu. Yalnızca birinde idrar kaçırması olan nöbetlerin sonrasında baş dönmesi oluyordu. Bir gün içinde on üç kez nöbet geçirinince Malatya'da üç gün süreyle hastanede yatırılmıştı. Yapılan beyin tomo-

grafisinde (BT) sulkuslar silik, hafif yaygın ödem; EEG trasesinde sağ temporal bölgede paroksizmal aktivite artışı saptanmıştı. Kontrol tomografisinde sol parietal lobda şüpheli kavernöz oluşum gözlenmişti. Valproik asit başlamıştı. Nöbetlerin kontrol altına alınamaması nedeniyle fenobarbital ve deksametazon eklenmişti. İleriye tetkik ve tedavi için hastanemize sevk edilmişti.

Hasta bu yakınmalarla pediatri servisine yatırılarak, absans nöbet, konversiyon bozukluğu, kompleks parsiyel epilepsi ön tanıları ile çocuk nörolojisi tarafından izleme alındı. On iki gün gözlemlenerek nöbet tipi belirlenmeye çalışıldı. Daha önce yapılan BT sonuçlarının şüpheli olması nedeniyle muhtasılı genleşme görüntülemesi (MG) yapıldı. MG sonucu ve nöbet sonrası prolaktin düzeyi normal olarak değerlendirildi. Serviste yattığı süre içinde günde üç-dört kez sağ tarafında kasılma ve boynunu karşı tarafa çevirme şeklinde 10-30 saniye süren nöbetleri devam etti. F'nin serviste gözlenen bu nöbetlerinde bilinç kaybının olmaması, daha çok yatak içinde yuvarlanma, sağ tarafına dönme, eliyle gözlerini kapatma davranışları nedeniyle servis doktoru tarafından psikojenik nöbet düşünülerek antiepileptik ilacının kesilmesine karar verildi. Bu dönemde çocuk psikiyatrisi tarafından izlenen hastanın ilaç kesilme döneminde de yukarıda belirtilen tipteki nöbetleri ve ayrıca konsültan hekimin ilgisini çekmek amacıyla yaptığı taklit nöbetleri dikkat çekiciydi. Bu nöbetlerinden birinde yanına yaklaşan terapisti gülerken karşılaması ilginçti. F, yaşları 9-13 arasında değişen beş hasta ile aynı odada kalıyordu. Odadaki diğer çocuklarla görüşüldüğünde üç ayrı nöbet tanımlandılar. Hemşire gözlemleri de bu bilgileri destekliyordu. Birincisi arkadaşlarının isteği ile doktorları kandırmak için yaptığı nöbet; diğer ikisi ise söylenenlere yanıt vermediği nöbetler olarak tanımlandı. Bu iki nöbetten bir tanesi uzun sürüyor fakat daha hafif geçiyordu. Diğer nöbet ise seyrek oluyor, şiddetli geçiyor ve sonrasında şaşkınlık ve uyku hali tanımlanıyordu.

F, üç çocuklu çekirdek bir ailenin ilk çocuğuydu. Dört ve iki yaşlarında iki kız kardeşi vardır. Anne otuz dört yaşında, orta okul mezunu, ev hanımı; baba otuz dokuz yaşında, orta okul mezunu, memur olarak çalışıyordu. F istenen bir bebektir. Doğumu ve psikomotor gelişimi normal olmuştur. Hâlen kardeşleri ile birlikte aynı

odada, kendi yatağında uyuyordu. Anne çocuklarına karşı oldukça ilgili, heyecanlı ve hareketli, baba ise daha sakin bir kişi olarak tanıtıldı. F, kendisini her ikisine de yakın hissetmekte ancak kardeşlerini kıskanmaktaydı. Zaman zaman fazlaca ilgi beklemekte ve hırçınlaşmaktaydı. Yaşına uygun kavraması ve araştırıcılık özellikleri olan neşeli bir çocuktur. O kul başarısı bu yıl biraz azalmıştı.

Ruhsal durum muayenesi :

F, gelişimi yaşına uygun, hareketli, neşeli bir kız çocuğuydu. Giyimi ve kendine bakımı yerindeydi. İlgi çekmeyi seviyordu. Konuşma ve iletişim şekli yaşından beklenenden daha zengin. Yakınmalarını, özellikle nöbetlerini anlatırken genelde bu neşeli hali değişmiyor, serviste tümüyle sağlıklı bir çocuk izlenimi veriyordu. Görüşmeye istekliydi. Hastanede olmaktan memnundu. Bilinci açık ve yönelimleri tamdı. Konuşması hızlıydı, amaca varıyordu. Dikkati ve konsantrasyonu saptanmadı. Düşünce yapısı ve içeriği normaldi. Anne ve babasının sevgisini kaybetme korkusu vardı. Duygulanımı neşeliydi. Hastalığına karşı kayıtsızdı. Psikojenik ve epileptik bayılmaların yanısıra taklit amaçlı bayılma davranışları vardı.

Tedavi:

F, bireysel psikoterapiye alındı. İlk başlangıçta gündüz ve gece gelen nöbetler bizi olgunun nöbetlerinin tamamen psikojenik olduğu düşüncesinden uzaklaştırdı. Ailede, teyze kızlarında da epileptik nöbet öyküsünün bulunması ve anormal BT sonuçları nedeniyle epilepsi olması olasılığı akılda tutuldu. Psikiyatrik fiziksel semptomlu yapay bozukluk ve epileptik bozukluk yönünden de izlemi sürdürüldü. Onikinci gündeki görüşmede F serbest resim çizmek istedi. Resim çizerken sağ kol ve bacağındaki şiddetli bir kasılma oldu. Kalem elinden düştü. Bilinç bulanıklığı oldu. Bu sırada yeniden sorulmak üzere kendisine söylenen "kitap, kalem" sözcüklerini sonraki dönemde hiç hatırlamadı. Hastaya aynı gün EEG video moniterizasyonu yapıldı. İlk gün geçirdiği nöbetlerde anormal bir deşarj saptanmadı. İkinci gece sabaha karşı gelen nöbetinde suplemler bölge nöbeti olarak yorumlanan EEG anomallığı saptandı. Hasta yeniden karbamazepin ile ilaç tedavisine alındı. Olgunun ayaktan izlemi sırasında nöbetlerinin giderek azaldığı dikkati çekti.

TARTIŞMA

Epileptik ve psikojenik nöbetleri birbirinden ayırmak çoğu zaman kolay olmamaktadır. Epileptik hastalar arasında psikojenik nöbeti olanların %10'nun üstünde olduğu düşünülmektedir. Bunun yanısıra %20-30'lara varan oranlarda epileptik ve psikojenik nöbetlerin birlikte bulunması tanı, ayırıcı tanı ve tedaviyi daha da güçleştirmektedir (Shen ve ark. 1990).

Bu yazıda epileptik nöbetlere psikojenik nöbetlerin eşlik ettiği iki olgu sunulmuştur. Birinci olguda bir yaşam olayı sonunda ilk nöbetlerden farklı özellikleri olan nöbetler ortaya çıkmıştır. İkinci olgu ise başlangıçta yaşanan tanı güçlükleri nedeniyle ele alınmıştır. Her iki olgu içinde epileptik nöbetlere psikojenik nöbetlerin eşlik ettiği düşünülerek çocuk psikiyatrisinden konsültasyon istenmiştir.

Çocuklarda her yaşta, hatta 4 yaş altında bile psikojenik nöbet olabileceği bildirilmektedir (Williams ve ark. 1978, Goodyer 1985). Fakat daha çok ergenlik döneminde görüldüğü, 10 yaş altına çok seyrek olduğu belirtilmektedir (Wyllie ve ark. 1990). 8-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada psikojenik nöbetin ortalama görülme yaşı 14 olarak verilmiştir. Bizim olgularımızdan birinde epileptik nöbetler 13, psikojenik nöbetler 17 yaşında, diğerinde epileptik ve psikojenik nöbetler hemen eş zamanlı olarak 13 yaşında başlamıştır. Psikojenik nöbetlerin kızlarda daha sık olduğu bildirilmektedir (Williams ve ark. 1978, Goodyer 1985, Wyllie ve ark. 1991). Olguların ikisinin de cinsiyetinin kız olması yazın bilgilerini desteklemektedir. Çoğu çekingen duyarlı, başkalarının (anne, baba, eş) istek ve komutlarına uyan, ağır yaşam koşullarına uzun süre "uysal uyum" yapabilen, duygu ve düşüncelerini dışı vuramayan, çocukluktan beri aile içinde özel yer ve sorumluluk yüklenmiş kişilerdir (Öztürk 1976).

Psikojenik ve epileptik nöbet ayırımında prolaktin düzeyi ve EEG tetkiklerinin yanında öykünün de yardımcı olduğu bilinmektedir. İkinci olgu, gerek ailesinde epileptik yüklülüğün olması, gerekse nöbetlerin öğrenilmesi ve taklit edilmesi yönünden önemli bulunmuştur (Goodyer 1985). Erişkin epilepsi hastalarında psikojenik nöbetlerin görülmesi ve pek çok hastada organik beyin patolojisinin saptanması nedeniyle organisitenin konversiyona yatkınlık oluşturduğu düşünülmektedir (Ford 1985). İkinci olguda daha önceki BT sonuçları şüpheli

bulunmuşsa da, yapılan MG tetkikinin normal olarak değerlendirilmesi bu şüpheyi gidermiştir.

Beyin zedelenmesi ya da epileptik nöbetleri olan çocuklarda psikiyatrik bozukluk görülme olasılığı normal çocuklardan beş katı fazla iken, fiziksel hastalığı olan çocuklardan üç katı daha fazladır. Özellikle fokal epilepsilerde görülen, ancak merkezi sinir sistemi hasarı olmayan davranış bozukluklarının (temporal lob epilepsisinde olduğu gibi) temelini zedelenmiş bölgeden daha çok yayılım gösteren kortikal bozukluktan aldığı ileri sürülmektedir. Wight adası çalışmalarında da özellikle kasılmalar ile belirli ve idiyopatik nedenli epilepsilerde psikiyatrik bozuklukların daha çok olduğu belirtilmektedir (Laufer ve Shetty 1979). Bu da bizim olguların gerek epilepsi türleri gerekse epilepsi dışında kasılmalarının olması ile uyumludur.

Çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğu ve psikojenik nöbetlerde anksiyete ve stres reaksiyonları önde gelen mekanizmalardır (Silver 1982, Goodyer 1985, Wyllie ve ark. 1991). Olguların her ikisinde de sıkıntı veren bir ya da daha fazla etken (işten çıkarılma ve erkek arkadaş sorununu, okul ve çevre değişmesi gibi.) ve anksiyete bulguları saptanmıştır. Olgulardaki psikojenik nöbetlerin oluşumunda anksiyetenin yanısıra ikincil kazanç güdülemesinin de etkili olacağını, özellikle ikinci olguda bu güdülemenin daha belirgin olduğunu düşünmekteyiz.

Erişkinlerle karşılaştırıldığında çocukluk döneminde görülen psikojenik nöbetlerin sıklığının fazla olduğu dikkati çekmektedir (Wyllie ve ark. 1991). Özellikle yaşı daha küçük olan ikinci olguda günde on üç kez tekrarlayabilen nöbetlerin olması yazın bilgisiyle uyumludur.

EEG video moniterizasyon kayıtları epileptik ve psikojenik nöbetlerin ayırımında önemlidir (Yerby ve ark. 1987, Aminoff ve ark. 1988, Meierkord ve ark. 1991). Çocuk nörolojisi bölümünde yapılan EEG video moniterizasyonu ile ikinci olgunun gece nöbetleri epileptik, gündüz nöbetleri ise psikojenik olarak değerlendirilmiştir. Tedavisinde, nörologlar tarafından sürdürülen anti-epileptik tedavi devam ederken psikojenik nöbetler tarafımızdan davranışçı aile terapileri ile izlenmiştir.

Her iki hastanın kontrollerinde nöbet sıklığının azaldığı görülmüştür ki bu da çocuk ve ergenlerde prognozun yüz güldürücü olduğu ile ilgili yazın bilgilerini desteklemektedir (Wyllie ve ark. 1991).

SONUÇ

Nöbetin tipinin belirlenmesi, tanı koyma ve gerekli tedavileri uygulama açısından çok önemlidir. Bu noktada çocuk psikiyatrisi ve nöroloji bölümleri bazı zorluklar yaşamaktadırlar. Nörologlar epilepsi tanısını koymakta acele etmek istemezler. Çünkü bu tanı beraberinde uzun süren hassas bir ilaç tedavisini getirmekte, epileptik olarak bilinmek çocuk ve ailesini tedirgin etmektedir. Psikiyatristler ise nöbetlere psikojenik tanısı koyarken olası epileptik nöbet birlikteliğini atlamak istememektedirler. Bu yüzden nörologlar daha çok psikojenik, psikiyatristler ise epileptik nöbetler yönünde düşünme eğilimindedirler İkinci olguda aile yüküklüğü ve hastanın yaşının küçük olması nedeniyle epilepsi tanısı da hep akılda tutulmuş ve EEG moniterizasyonu da bunu desteklemiştir. Çocuk ve ergenlerde nöroloji ve psikiyatri bölümlerinin işbirliği, bu tanılardan birisi konulduğunda, diğer tanının da buna eşlik edebileceği olasılığının gözardı edilmemesi, hastalığın tedavi ve prognozu yönünden önemlidir.

KAYNAKLAR

- Amlinoff MJ, Goodin DS, Berg BO ve ark. (1988) Ambulatory EEG recordings in epileptic and nonepileptic children. *Neurology* 38:558-562.
- Ford CV (1985) Conversion disorders: an overview. *Psychosomatics* 26: 371-383.
- Goodyer IM (1985) Epileptic and pseudoepileptic seizures in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Psychiatry* 24: 3-9
- Gulick TA, Spincks IP, King DW (1982) Pseudoseizures: Ictal phenomena. *Neurology* 32:24-30.
- King DW, Gallagher BB, Murvin AJ ve ark. (1982) Pseudoseizures: Diagnostic evaluation. *Neurology* 32: 18-23.
- Köroğlu E. (1995) Psikiyatri 3. Somatoform Bozukluklar. *Hekimler Yayın Birliği*, Ankara, 106-115.
- Krumholtz A, Niedermeyer E (1983) Psychogenic seizures: A clinical study with follow-up data. *Neurology* 33:498-502.
- Laufer MW, Shetty T (1979) Acute and chronic brain syndromes. *Basic Handbook of Child Psychiatry* içinde, JD Noshpitz (ed). Vol II. Basic Books, Inc., Publishers New York, 387-389.

Lesser RP, Lueders H, Dinner DS (1983) Evidence for epilepsy is rare in patients with psychogenic seizures. *Neurology* 33:502-504.

Lewis M (1979) Differential diagnosis. *Basic Handbook of Child Psychiatry* içinde, JD Noshpitz (ed). Vol II Basic Books, Inc., Publishers New York, 155.

Meicrkord H, Will B, Fish D ve ark. (1991) The clinical features and prognosis of pseudoseizures diagnosed using video-EEG telemetry. *Neurology* 41:1643-1646.

Mulder OG (1990) Management of pseudo-epileptic seizures. *Comprehensive Epileptology* içinde, M Dam, L Gram (eds). Raven press, New York, 495-504.

Nousiainen U, Mervaala E, Ylinen A ve ark. (1989) The importance of the electrocardiogram in ambulatory electroencephalographic recordings. *Arch Neurol* 46:1171-1174.

Öztürk M (1976) Histeri belirtileri gösteren çocukların aile içindeki yeri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 19: (ek 2).

Öztürk MO (1994) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 5. Baskı, *Hekimler Yayın Birliği*, Ankara. 293-319.

Ramani SV, Quesney LF, Olson D ve ark. (1980) Diagnosis of hysterical seizures in epileptic patients. *Am J Psychiatry* 137 (6): 705-709.

Shen W, Bowman ES, Markland ON (1990) Presenting the diagnosis of pseudoseizure. *Neurology* 40: 756-759.

Silver LB (1992) Case Report: Conversion disorders with pseudoseizures in adolescence: a stress reaction to unrecognized and untreated learning disabilities. *J Am Acad Child Psychiatry* 21: 508-512.

Şenol S, Saygı S (1993) Bir frontal lob epilepsisi olgusu. *Türk Psikiyatri Dergisi* 4: (2) 130-133.

Yerby MS, Belle GV, Friel PN ve ark. (1987) Serum prolactin in the diagnosis of epilepsy: Sensitivity, specificity, and predictive value. *Neurology* 37: 1224-1226.

Williams A, Spiegel H, Mostofsky D (1978) Neurogenic and hysterical seizures in children and adolescents: Differential diagnostic and therapeutic considerations. *Am J Psychiatry* 135: 82-86.

Wyllie E, Friedman D, Rothner AD ve ark. (1990) Psychogenic seizures in children and adolescents: Outcome after diagnosis by ictal video and electroencephalographic recording. *Pediatrics* 85: 480-484.

Wyllie E, Friedman D, Lüders H ve ark. (1991) Outcome of psychogenic seizures in children and adolescents compared with adults. *Neurology* 41:742-744.

DİKKAT EKSİKLİĞİ HIPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE YENİ BİR YAKLAŞIM: GUANFASİN

Rasim Somer Diler *, Ayşe Avcı**

ÖZET :

Psikostimulanlar dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tedavisinde kullanılan önemli araçlardır, ancak bazı sınırlamaları vardır. α -2 noradrenerjik agonist olan klonidinin DEHB olan aşırı aktif, karşıt olma ve agresyon gösteren hastalarda etkin olduğu bildirilmiştir. Guanfasin α -2 noradrenerjik bir agonisttir ve klonidine göre çok önemli üstünlükleri vardır. Guanfasin klonidine göre daha seçici olarak reseptörlere bağlanır ve daha uzun yarı ömrü vardır; daha az sedatif ve hipotansiftir. Bu yazıda Guanfasinin biliş ve aktivite üzerindeki etkileri gözden geçirilmiştir. Çok hafif bir sedasyon yapmasına karşın, davranış üzerindeki sakinleştirici ve engellenme eşiğini yükseltici etkisiyle guanfasin; en çok aşırı uyarılmış, huzursuz ve hiperaktif çocuklarda etkili gibi görünmektedir. **Anahtar Sözcükler :** Çocuk, psikofarmakoloji, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu.

SUMMARY : A NEW APPROACH IN THE TREATMENT OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: GUANFACINE

The psychostimulants are used in the treatment of ADHD, but have some limitations. Clonidine which is an α -2 noradrenergic agonist has been reported to be effective in the treatment of highly active, oppositional and aggressive patients with ADHD. Guanfacine is an α -2 noradrenergic agonist and has several significant advantages over clonidine. Guanfacine has a more selective reseptor-binding profile, has a longer excretion half life and is less sedating and less hypotensive than clonidine. In this paper the effect of guanfacine in cognition and activity is reviewed. The behavioral effects of calming and improved frustration tolerance with guanfacine-occurring at the expense of the slight sedation-appear most beneficial in highly aroused, irritable, hyperactive children. **Key words :** Child, Psychopharmacology, attention deficit hyperactivity disorder.

GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), temel özellik olarak kalıcı ve sürekli dikkatsizlik örüntüsünün ve/ya da benzer gelişim düzeylerindeki bireylere göre daha şiddetli hiperaktivite-impulsivitenin olduğu bir bozukluktur. Yedi yaşından önce başlayan belirtilerle çevreyle iletişimde ve etkileşimde bozulmaya yol açmaktadır (APA 1993). DEHB öğrenme bozuklukları ile birlikte çok sık görülürken, davranım bozukluğu ile % 30-50 ve Tourette bozukluğu ile %21-54 oranında binişiklik gösterir. DEHB olan çocuklarda hafif zeka geriliği normalden 3-4 kat sık görülür. Depresyon, anksiyete, irritabilite, madde bağımlılığı ve antisosyal davranışların görülme sıklığının da arttığı gösterilmiştir. (Hunt ve ark. 1995, Turgay 1994, Wilens ve Biederman 1993). Amerika'da ergenlik öncesi % 3 oranında görülürken (aktaran Hunt ark. 1995), ülkemizde yapılan çalışmalarda Çocuk Psikiyatrisi'ne yapılan başvurularda,

HÜTF'de 1979'da % 0.8, 1983'te % 1.16 oranında (Öktem 1983), AÜTF'de ise 1991 yılında % 5.5 oranında DEHB belirlenmiştir (Avcı 1992). Erkek çocuklarda daha sık görülmektedir (Aysev-Soykan 1991). Yaşamda düzensizliğin ve öğrenme becerilerinde azalmanın süreklilik göstermesi ile olguların yaklaşık yarısında sorunlar ergenlik ve erişkinlikte de sürmektedir (Hunt ve ark. 1995).

SAĞALTIM

Metilfenidat (MPH) gibi psikostimulanlar DEHB tedavisinde kullanılan en önemli araçlardır, ancak bazı önemli yan etkileri ve sınırlamaları vardır (Hunt ve ark. 1995). Psikostimulanlar epilepsi sıklığını arttırmaktadır, hipertiroidi ve hipertansiyonun bulunduğu durumlarda ise kullanılamamaktadır. Çocukların % 1 ile % 4'ü yan etkilerin şiddeti nedeniyle ilacı bırakmaktadırlar. Uyku bozuklukları, iştah azalması, kilo kaybı, baş ağrısı, öfkelenme ve ağlamalar bilinen psikostimulan yan etkilerindedir (Schatzberg ve Cole 1988, Turgay 1994). Psikostimulan-

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

** Doç. Dr., Çukurova Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psik.,atri-si Bilim Dalı, Adana.

ların büyüme hormonunu baskıladığı bilinirken, kullanımındaki düzenlemelerle çocuğun ana-babanın boyuna göre hesaplanan büyüme hızına ulaşmasını engellemediği düşünülmektedir (Greenhill 1993). Çok az sayıdaki yayınlarda tiklerin psikostimulan tedavi ile düzeldiği ya da kötüleşmediği bildirilirken, psikostimulanların genelde var olan tikleri arttıracığı ya da tik oluşumuna neden olacağı düşünülmektedir. (Greenhill 1993, Turgay 1994, Wilens ve Biederman 1993). Psikostimulanlar dikkati arttırmada etkili ilaç olmalarına karşın, çok yüksek derecedeki aktivite ve agresyonu azaltmada daha az etkin olmaktadır (Hunt ve ark. 1995, Schatzberg ve Cole 1988). Sonuçta tüm olumlu klinik etkilerine karşın psikostimulan tedaviye uyum da oldukça düşük düzeyde olmaktadır (Hunt ve ark. 1995).

Trisiklik antidepresanlardan (TCA) imipramin ve desipramin DEHB tedavisinde psikostimulan ilaçlardan sonra en sık kullanılan ilaçlardır (Taylor 1994). Olumlu etkiler bir kaç günde görülebilir ve antidepresan olarak etki oldukları dozdanda çok daha düşük dozlarda olumlu etki gösterebilirler (Taylor 1994, Turgay 1994). DEHB'da TCA'ler psikostimulanlara göre daha az etkindirler. Hiperaktiviteyi azaltabilirler, fakat dikkat üzerinde etkileri o kadar iyi değildir (Turgay 1994). TCA ile bilişsel testlerde düzelme olmuştur, ayrıca çocuklar için psikostimulanlardan daha fazla riskli oldukları düşünülmektedir (Greenhill 1993). Psikostimulan kullanımında kilo ve boy artışında azalma gibi yan etkiler olduğunda ya da depresyon, anksiyete, panik ya da entürezis gibi ek ruhsal belirtilerin varlığında tedavide TCA'lar öncelikle düşünülmemelidir (Biederman ve ark. 1989, Plizska 1989, Turgay 1994).

Antipsikotikler ise DEHB tedavisinde diğer ilaçlar denendikten sonra başvurulacak ilaç olarak görülmektedir (Göksan ve Söhmen 1991, Turgay 1994). Hiperaktiviteyi azaltırken, dikkat üzerinde etkileri yoktur (Greenhill 1990, Yüksel ve Köroğlu 1991).

α -2 AGONİSTLER

Bir çok çalışmada bozukluğun erken yaşta başladığı DEHB olgularında, saldırganlık ve davranış bozuklukları da tabloya eklenmişse, bir α -2 adrenerjik agonist olan klonidinle oldukça iyi yanıtlar alındığı gösterilmiştir (Turgay 1994). Hafif zeka geriliği olanların psikostimulan teda-

viye daha az yanıt verdikleri ve yan etkilere daha duyarlı oldukları belirlenmiştir. (Wilens ve Biederman 1993). DEHB olan ve zihinsel özürü, duygusal küntlük gösteren çocuklarda klonidinin tercih edilebileceği bildirilmiştir (Greenhill 1993). Reseptör düzeyinde zıt etkileri olmasından dolayı trisiklik antidepresan ilaçlarla birlikte kullanılması önerilmez (Yüksel ve Söhmen 1991). MPH ile klonidin birlikte verildiğinde ise yine, aktivite, agresyon ve zıtlama ile birlikte tüm yan etkilerde de azalma olmaktadır (Hunt ve ark. 1995). Birlikte kullanıldığında MPH % 40 daha az dozda verilebilmektedir. MPH dikkati artırarak, klonidin ise engellenme eşliğini yükselterek ve aşırı uyarılmayı azaltarak olumlu etkilerini göstermektedirler. Tourette bozukluğu olan hastaların % 75'inde klonidinin etkindir ve DEHB ile binşiklik olduğunda klonidi seçilecek en iyi ilaç gibi durmaktadır (Göksan ve Söhmen 1991, Greenhill 1990, Turgay 1994). Son yayınlarda post travmatik stres bozukluğundaki kullanımı bildirilmektedir (Harmen ve Riggs 1996). MPH ile ilk bir yıldan sonra tolerans geliştiği düşünülürken, klonidin ile tolerans gelişmemekte ve uzun süreli tedavilerde dozu arttırmak gerekmemektedir, ancak olumlu etkilerin görülmesi için üç hafta kadar ya da daha uzun bir süre geçebilmektedir (Cohen ve ark. 1993). Klonidinin en önemli istenmeyen yan etkisi sedasyonu iken, ağz kuruluğu, sersemlik, sıvı retansiyonu, ilacın ani kesilmesi ile hipertansif kriz gelişebilmektedir. % 5 oranında depresyon görülmektedir. Sedatif ve hipotansif yan etkisi ile göreceli kısa yarı ömrü (2.5 saat) klonidinin yararlılığı ve kullanımını sınırlamaktadır (Jacob 1992, Turgay 1994, Hunt ve ark. 1995).

GUANFASİN

Yine bir α noradrenerjik agonist olan guanfasin, son 20 yıldır ABD'de hipotansif ilaç olarak kullanılmaktadır. Aynı grupta yer alan, etki ve yan etkilerinin oldukça benzerlik gösterdiği klonidine göre, çok önemli olumlu özellikleri vardır: Erişkinde 18 saat gibi uzun bir eliminasyon yarı ömrü, sedatif ve hipotansif etkisinin daha az olması, ilaç kesilmesine bağlı rebound hipertansiyonun daha seyrek görülmesi bu özellikler arasındadır (Ballidin ve ark. 1993, Hunt ve ark. 1995, Kayaalp 1990).

Klonidine göre daha seçici reseptör bağlanma profili vardır ve klonidinden farklı olarak α -1 ya da imidazolin reseptörlerine bağlanmaz (Insa ve ark. 1987, Hunt ve ark. 1995). α -2 adre-

noreseptörlere klonidine göre daha seçici olarak bağlanır (Balldin ve ark. 1993, Eriksson ve ark. 1988, Wilckens ve ark. 1992) Bazı yayınlarda guanfasinin saf bir agonist olmasına karşın, klonidinin hem agonist hem antogonist olduğu bildirilmektedir (Eriksson ve ark. 1988). Klonidin α_2a , α_2b , α_2c alt tip reseptörlere eşit olarak bağlanırken, guanfasin α_2a 'ya seçici olarak bağlanmaktadır (Hunt ve ark. 1995).

Maymunlarda yapılan çalışmalarda guanfasinle aktif bellek ve farklılığa dikkat etme işlevlerinde bilişsel gelişme belirlenmiştir (Arnsten ve Goldman-Rakic 1990, Hunt ve ark. 1995). Ayrıca yaşlı ve genç deney hayvanlarında su labirenti düzeneğinde performansı arttırdığı bildirilmiştir. Yaşlı maymunlarda guanfasinle yakın bellek fonksiyonunda artış olurken, bu etki klonidinle gösterilememiştir (Sirviö ve ark. 1991). Model olarak aktiviteleri artırılmış deney hayvanlarında klonidin ve guanfasinle hiperaktivitenin azaldığı gösterilmiş, bu etkinin α_2a reseptörü ile ilişkili olduğu tartışılmıştır (Wilckens ve ark. 1992). Bilişsel fonksiyonları artırıcı etki α_2b ve α_2c alt tipler ile ilgili olduğu bildirilmiştir (Hunt ve ark. 1995). α_2 noradrenerjik agonistleri özellikle prefrontal kortekse ilişkin bellek ve dikkati yansıtan fonksiyonlarda artış yapmaktadır. Bu şekilde klonidin ve guanfasin aktif bellek performansını arttırmakta ve dikkat dağınıklığını azaltmaktadır; ancak temporal bölge ile ilgili tanıma ve referans bellek yeteneklerini etkilemezler. Guanfasinin hayvan çalışmalarında belirlenen engellenme eşliğini yükseltici ve sakinleştirici etkisi; lokus seruleustaki nöronal aktiviteyi, sinyal-gürültü ayırımı yapabilmeyi düzeltmesiyle ve prefrontal korteksin dikkat ve davranışı uygun olarak düzenleme yeteneğini arttırmasıyla oluşmaktadır. Guanfasin uyarıcı işlenmesinde sinyal-gürültü oranını arttırabilir. Aynı zamanda dikkatin sürdürülmesini engelleyen uygunsuz uyarının ya da düşüncenin; aktif ve istemli olarak inhibisyonunu kolaylaştırır. Hayvanlardan alınan bu sonuçlar guanfasinin DEHB olan çocuklarda da benzer etkiler oluşturabileceğini düşündürmektedir (Hunt ve ark. 1995).

İnsanlar üzerinde yapılan çok merkezli bir çalışmada, yaşlılığa bağlı bellek fonksiyonlarındaki azalmada etkisi olmadığı ancak bunun kullanılan düşük dozla ilişkili olabileceği bildirilerek, guanfasinin orta derecede duygudurum artırıcı etkisinin görüldüğü eklenmiştir (McEneaney ve ark. 1991).

Guanfasin, klonidin gibi opioid yoksunluğunda da kullanılmakta, aşırı ve labil otonomik aktiviteyi dengeleyerek etkili olduğu düşünülmektedir (Insa ve ark. 1987, Kayaalp 1990). Klonidinle sistolik ve diyastolik kan basıncı azalırken, guanfasinle yalnız sistolik kan basıncı azalmaktadır (Balldin ve ark. 1993).

Guanfasin ve klonidinin büyüme hormonu salgılanmasını arttırdığı, α_2 adrenoreseptör duyarlılığı için klonidin/büyüme hormonu testi yerine guanfasin/büyüme hormonu testinin yapılabileceği bildirilmiştir (Balldin ve ark. 1993). Psikostimulanların büyüme hormonunu baskılamaları yanında bu bulgular önemli olarak değerlendirilebilir.

Guanfasinin klonidinden daha uzun ömürlü ve daha az sedatif-hipotansif olması (Balldin ve ark. 1993, Sirviö ve ark. 1991) nedeniyle DEHB'da bir seçenek olarak düşünülmüştür. (Hunt ve ark. 1995). DEHB tanısı alan 13 çocukta guanfasinle yapılan bir çalışmada (ortalama 3.2 mg/gün, 1 ay) Conner ölçeğine göre aileler çocukların davranışlarında ve fonksiyonlarında, ilaçsız döneme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düzelme bildirmişlerdir. Guanfasinin en önemli yararlı etkileri, aşırı uyanılma ve hiperaktif davranışlar ile inhibisyon ve seçici dikkat gibi bilişsel görünümeler üzerinedir. Guanfasin hiperaktiviteyi azaltmakta, engellenme eşliğini yükseltmekte ve duygulanımı düzenlemektedir. Farklılığa dikkat edebilmeyi ve istemli bilişsel etkinliklerdeki seçici süreçleri kolaylaştırıyor gibi görünmektedir. Çocuklarda uyuklama, sedasyon, baş dönmesi gibi yan etkiler guanfasin kullanan erişkinlere oranla çok daha az görülmüş ve belirtilerin çoğu geçici olmuştur. Çocuklar, ağız kuruluğu, kabızlık gibi α_2 adrenerjik agonistlerin kolinerjik transmisyonu engellemelelerinden de daha az etkilenmişlerdir (Hunt ve ark. 1995).

Çok hafif bir sedasyon yanında, davranış üzerindeki sakinleştirici ve engellenme eşliğini yükseltici etkisiyle guanfasin, en çok aşırı uyanılmış, huzursuz ve hiperaktif çocuklarda etkili gibi görünmektedir. DEHB'nun geniş spektrumunda, karşı gelme davranışının olduğu hastalar guanfasine olumlu yanıt verebilirler (Hunt ve ark. 1995, Cantwell 1996).

DEHB tik bozukluğu ile birlikte olduğunda psikostimulanların kullanımı tartışmalıdır (Greenhill 1993). Bu durumda etkin olduğu bilinen klonidin yerine, daha az hipotansif ve sedatif olan guanfasin kullanılabilir. 8-16 yaşları arasında, Tourette bozukluğu ve DEHB tanıları

almış 10 çocukla yapılan açık bir çalışmada, 4-20 hafta kadar günde 1.5 mg/kg guanfasin ile sağaltım uygulanmıştır. DEHB bulgularında belirgin azalmayla birlikte hem motor tiklerde hem de vokal tiklerde anlamlı azalmalar olduğu belirtilmiştir (Chappel ve ark. 1995). Tourette bozukluğu olan 6 yaşında bir çocukta guanfasin kullanımı ile ilgili bir yazıda, günde 0.5 mg olarak başlanan dozun 4 mg'a çıkarıldığı ve hareket bozukluğunun tümüyle kontrol altına alındığı bildirilmiştir.

Vokal tiklerin günde 2.5 mg gibi, daha düşük dozlarda kontrol altına alınabildiği; sağaltım boyunca yan etkilerin çok hafif ve geçici olduğu belirtilmiştir (Fras 1996). Son yayınlarda klonidin gibi guanfasinin de post travmatik stres bozukluğunda denenmekte olduğu aktarılmaktadır (Horigan 1996).

SONUÇ

Hiperaktivite, düşük engellenme eşiği ve yüksek ansiyete belirtileri ile birlikte olan DEHB'nda guanfasin, MPH ile karşılaştırıldığında, daha etkin bir seçenek gibi görünmektedir. DEHB olan hastalar, guanfasin MPH birlikte kullanımına, yalnız MPH kullanımına kıyasla daha iyi yanıt verebilirler. Tortu DEHB belirtileri olan erişkinlerde, tik ve Tourette bozukluğunda, post travmatik stres bozukluğunda guanfasinle yeni çalışmalar yapılmaktadır.

Türkiye'de psikostimulanlardan, yalnızca MPH Sağlık Bakanlığı denetiminde, Ankara'da tek merkezden elde edinilebilmektedir. Klonidin "Catapress" adıyla, guanfasin ise "Estulic" adıyla Türkiye'de daha önceleri bulunabilirken, bir kaç yıl önce piyasadan çekilmişlerdir. Bu bağlamda DEHB olgusu ile karşılaşan doktorun tedavi seçenekleri sınırlanmakta, bu durumdan en çok etkilenenler de farmakoterapiye çok iyi yanıt veren çocuklar olmaktadır.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1993) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Draft*, APA Press. Washington DC.
- Arnsten AFT, Goldman-Rakic PS (1990) Analysis of alpha-2 adrenergic agonist effects on the delayed non-match-to-sample performance of aged rhesus monkeys. *Neurobiology of Aging* 11: 583-590.
- Avcı A (1992) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniğine Başvuran Hastaların Belirli Dağılımı ve Sosyodemografik Özellikleri. Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi; AÜTF Psikiyatri ABD, Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Ankara.

Aysev-Soykan A (1991) Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ruhsal ve Organik Yönden Araştırılması. Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi; AÜTF Psikiyatri ABD, Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Ankara.

Balldin J, Berggren V, Eriksson E ve ark. (1993) Guanfacine as an alpha 2-agonist inducer of growth hormone secretion—a comparison with clonidine. *Psychoneuroendocrinology* 18: 45-55.

Biederman J (1987) Clonazepam in the treatment of prepubertal children with panic-like symptoms. *J Clin Psychiatry* 48: 38-41.

Cantwell PD (1996) Attention Deficit Disorder: A Review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 978-987.

Chappel PB, Riddle MA, Schaddil L ve ark. (1995) Guanfacine treatment of comorbid attention-deficit hyperactivity disorder and tourette's syndrome: preliminary clinical experience. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 1140-6.

Cohen DJ, Riddle MA, Leckman JF (1993) Tourette Sendromu ve ilgili bozuklukların Farmakoterapisi. *Pediyatrik Psikofarmakoloji içinde, D Schaffer (Ed.) Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, İstanbul, s: 141-156.*

Eriksson E, Balldin J, Lindsted G ve ark. (1988) Growth hormone responses to the alpha-2 adrenoceptor agonist guanfacine and to the growth hormone releasing hormone in depressed patients and controls. *Psychiatry Research* 26: 59-67.

Fras I (1996) Guanfacine for Tourette's disorder—A Letter. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 3-4.

Gökcan K, Söhmen MT (1991) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tedavisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2: 205-210.

Greenhill LL (1993) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Farmakolojik Tedavisi. *Pediyatrik Psikofarmakoloji içinde, D Shaffer (Ed.) Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, İstanbul, s: 1-34.*

Greenhill LL (1990) Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Children. *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents içinde, BD Garfinkel (Ed.) W.B. Saunders Company, USA, s: 149-170.*

Harmon JR, Riggs PD (1996) Clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 1247-1249.

Hunt Rd, Arnsten AFT, Asbel MD (1995) An open trial of guanfacine in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 50-54.

Horigan PJ (1996) Guanfacine for PTSD Nightmares. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 975-976.

Jacob LS (1992) Otonom Sinir Sistemi Farmakolojisi. *NMS Farmakoloji, 1. Baskı, S Koşay (Ed.) Saray Tıp Kitabevleri, İzmir s: 117.*

İrşan PAS, Villar JB, Theohar C ve ark. (1987) Treatment of heroin withdrawal with guanfacine: an open clinical investigation. *Can J Psychiatry* 32: 679-682.

Kayaalp SO (1990) Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. 2. Cilt, 5. Baskı, Toraman ve Ulucan Matbaası, Ankara s: 1104-1105.

McEntee WS, Crook TH, Jenkyn LR ve ark. (1991) Treatment of age-associated memory impairment with guanfacine. *Psychopharmacology Bulletin* 27 : 41-46.

Öktem F (1983) Çocuklarda Beyin Hasarının Varlığı ve Yerinin Noropsikolojik Testlerle Araştırılması. Doktora Tezi; HÜSBF, Ankara.

Pliszka S (1989) Effect of anxiety on cognition, behaviour and stimulant response in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 54 : 52-63.

Schatzberg AF, Cole JO (1988) Pratik Klinik Psikofarmakoloji. R Saygılı (çeviri ed.) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları-no 32, İzmir.

Sirviö J, Riekkinen P, Vajanto I ve ark. (1991) The Effects of Guanfacine, α -2 agonist, on the performance of young and aged rats in spatial navigation task. *Behavioral and Neurol Biology* 56 : 101-107.

Taylor E (1994) Physical Treatments. *Child and Adolescent Psychiatry-third ed. M Rutter (Ed.) Blackwell Science Ltd. USA, s: 880-899.*

Turgay A (1994) Çocuk ve Gençlerde Dikkat Azlığı ve Hiperaktivite Bozukluğunun İlaç Tedavisinde Son Yenilikler. *Psikiyatride ilaç Tedavisi içinde, Medikomat BSY, Ankara, s: 289-315.*

Wilckens T, Schweiger U, Pürke KM (1992) Activation of adrenoceptors suppresses excessive wheel running in the semistarvation induced hyperactive rat. *Pharmacology Biochemistry and Behaviour* 43 : 733-738.

Wilens TE, Biederman J (1993) Stimulanlar. *Pediyatrik Psikofarmakoloji içinde, D Shaffer (Ed.) Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, İstanbul, s: 247-287.*

Yüksel N, Köroğlu E (1991) Klinik Uygulamalı Psikofarmakoloji. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

ÇOCUK VE ERGENLERDE DİSOSİYATİF BOZUKLUKLARIN GELİŞİMİ VE TANISI

Şadiye Küçükkömürcü*

ÖZET :

Çocukluk çağı disosiyatif bozuklukları 19. yüzyıl tıbbi yayınlarında açıkça tanımlanmış, ancak 20 yüzyılda uzunca bir süre psikiyatri nosolojisinde ortadan kaybolmuştur. Son yıllarda çocuk ve ergenlerde disosiyatif bozukluklar yeniden ilgi çekmeye başlamıştır. Fakat çocuk ve ergen disosiyatif bozukluklarında belirtilerin çeşitliliği ve karmaşıklığı ayırıcı tanıyı güçleştirmektedir. Bu derlemede çocuk ve ergenlerde disosiyatif bozukluğun gelişimi ve tanısı gözden geçirilerek, ayırıcı tanıda yararlanılması amaçlanmıştır. **Anahtar Sözcükler :** Disosiyatif bozukluk, çocuk, ergen, gelişim, tanı.

SUMMARY : DISSOCIATIVE DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Dissociative disorders in children and adolescents had been defined significantly in the medical literature of the 19th century, but on the 20th century it disappeared from the psychiatric nosology for a long time. On the last decade, child and adolescent dissociative disorders have started to attract the attention again, but the variety and complexity of symptoms of dissociative disorders in childhood and adolescence makes differential diagnosis difficult. In this article the development and diagnosis of dissociative disorders in children and adolescents are reviewed to help the differential diagnosis. **Key words :** Dissociative disorder, children, adolescent, development, diagnosis.

GİRİŞ

Disosiyasyon başedilmesi güç ruhsal ve / ya da fiziksel travmaya karşı bir savunma mekanizması olarak kabul edilir (Horstein 1991, Putnam 1991). Gelişimsel etkenler nedeniyle çocuklukta disosiyatif davranışın normal sınırlarda mı, yoksa patolojik mi olduğunu ayırtmak güçtür (Putnam 1991). Çocukluk ve ergenlik dönemi disosiyatif bozukluklarının tanınmasının ve kabulünün yetişkine göre daha güç olması nedeniyle çocuk psikiyatrisi topluluğu çoğul kişilik bozukluğunun varlığına şüphyle bakmıştır (Kluft 1984 a).

Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de gerek yetişkinlerde, gerekse çocuk ve ergenlerde disosiyatif bozukluklara ilgi artmıştır. Yargıç, Tutkun ve Şar (1994) disosiyatif yaşantılar ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır. Ayrıca ergende (Zoroğlu ve ark. 1995a) ve çocukta (Zoroğlu ve ark. 1995b) disosiyatif kimlik bozukluğu olgu sunumları yapılmıştır.

Bu derleme, Türkiye'de de çocuk ve ergen disosiyatif bozukluklarına artan ilgi ve tanı tartışmaları nedeniyle hastaların ayırıcı tanısında bu bozukluğun göz ardı edilmemesini sağlamayı

amaçlamaktadır. Bu amaçla çocuk ve ergenlerde disosiyatif bozukluk gelişimi ve tanısı gözden geçirilmiştir.

TARİHÇE

Çocukluk çağı disosiyatif bozuklukları 19. yüzyıl tıbbi yayınlarında açıkça tanımlanmıştır. Fakat, yetişkin benzerlerinde olduğu gibi çocukluk ve ergenlik dönemi disosiyatif bozuklukları da 20. yüzyıl uzunca bir süre psikiyatri nosolojisinde ortadan kaybolmuştur. Son 10 - 15 yılda yetişkin disosiyatif bozukluklarına ilginin artmasıyla birlikte çocuklarda ve ergenlerde disosiyatif bozukluklar da ilgi çekmeye başlamıştır (Putnam 1991). Kluft 'a (1984a) göre çocukta ilk çoğul kişilik olgusu 1840 'da Despine tarafından tanımlanmış ve tedavi edilmiştir. Yaklaşık 140 yıl boyunca Despine'nin olgusu çocuklukta tanı almış ve tedavi edilmiş tek çoğul kişilik olgusu olarak kalmıştır. Daha sonra 1979'da Kluft, 8 yaşında bir erkek çocukta ve 1982'de Weiss 10 yaşında bir kız çocukta çoğul kişilik olguları bildirmişlerdir (Lewis 1991).

EPİDEMİYOLOJİ

Tanı koymadaki güçlüklerle bağlı olarak disosiyatif bozukluğun görülme sıklığı 1/10000

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

olarak bildirilmektedir (Schafer 1986). Kız/ Erkek oranı da 2/1 ile 14/1 arasında değişiklik göstermektedir (Putnam ve ark. 1986, Stern 1984).

DİSOSİYATİF BOZUKLUĞUN GELİŞİMİ VE TANISI

Geriye dönük klinik araştırmalar, çocuklukta travma ile yetişkinlikte gelişen disosiyatif belirtiler arasında belirgin bir bağ olduğunu göstermektedir. Giderek artan sayıda klinisyen kötüye kullanılmış çocuklarda tanınamayan ya da yanlış tanınan disosiyatif belirtiler olabileceğini kabul etmektedir (Putnam 1993, Atlas ve Hiott 1994, Coons 1994a ve 1994b).

Çocuklarda disosiyatif bozukluğun gelişimiyle erken başlangıçlı ağır fiziksel, cinsel ve duygusal kötüye kullanım arasında nedensel bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Bildirilen olguların büyük çoğunluğunda erken ve devam etmekte olan fiziksel ve / ya da cinsel kötüye kullanım sözkonusudur. Ender olarak psikolojik etkili tek bir yaşantı bildirilmişse de sıklıkla çocukluğun erken dönemlerinde başlayan ve katlanarak devam eden garip, olağandışı davranışları içeren öyküler gözlenmektedir. Bu davranışlar olgu için fiziksel ve psikolojik olarak öylesine yaralayıcıdır ki başedebilmek için bilinç dışı olarak kendini bunlardan ayırır, disosiyasyon eder. Ancak böylece bu dayanılmaz durumla başedebilmektedir (Lewis 1991). Bu mekanizmada kabul edilemez çatışmaların çözümü, gerçeğin baskısından kaçınma, izolasyon, analjezi ve kendilik duygusundan uzaklaşma vardır (Putnam 1991).

Klinik deneyimler ve deneysel çalışmalara göre çocukların normalde yetişkinlerden daha çok disosiyatif davranış gösterdiği kabul edilmektedir.

Ayrıca çocuklardaki bu normal disosiyasyonun doğası ve derecesi bilişsel gelişim süresince öyle değişim göstermektedir ki, patolojik düzeyleri ayırdedecek basit ölçütler saptamak güçleşmektedir. Yetişkinlerin disosiyatif bozukluklarında kullanılan ölçütler özellikle küçük çocukların klinik tablolarını tanımlamakta yetersiz kalmaktadır (Putnam 1991).

Disosiyatif bozukluğun sıklıkla 20-30 yaşlarında, ender olarak yetişkinlikten önce tanınabildiği ancak olguların incelenmesinden anlaşıldığı üzere heimen her zaman çocuklukta başladığı

belirlenmektedir (Kluft 1984 a ve b, Putnam ve ark. 1986).

Çocuklukta başlayanlar genellikle yanlış tanı almaktadır. Yetişkinlerde bile psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkışı ile doğru tanı konması arasında 6.8 yıl bulunduğu bildirilmektedir (Putnam ve ark. 1986).

Gelişimin puberte öncesi ve puberte dönemleri çocuk ve ergen için zorlayıcı ve savaşım gerektiren bir çok sorun ve görev taşımaktadır. Cinsel ve fiziksel kötüye kullanım en çok bu dönemlerde görülmektedir. Bu tür travmatik deneyimlerin birikimi çocuğun psikolojik gelişimini bir çok yönden etkilemektedir. Gerek yetişkinlerde, gerek ergenlerde, çocuklukta cinsel ya da fiziksel kötüye kullanım öyküsü olan hastalarda disosiyatif belirtilerin oranı belirgin olarak daha yüksek bulunmaktadır (Putnam 1993, Stanford 1993, Kirby ve ark. 1993, Irvin 1994). Disosiyatif bozukluğu olan hastalarda çocuklukta cinsel kötüye kullanım öyküsü oranı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (Di Tomasso ve Routh 1993, Anderson ve ark. 1993).

Disosiyasyon gelişimiyle ilgili modellerde, çocuğun her stres ve travma karşısında disosiyatif duruma girdiği ve zamanla bunun daha hafif streslerde bile kullanılmış bir savunma mekanizmasına dönüştüğü ileri sürülmektedir. Bilinçteki disosiyasyon bellek ve kimlikte bozukluklarla kendini gösterir. Sık ve uzamış disosiyatif durumlar tek benlik gelişiminde, davranışsal durumların düzenlenmesi ve bellekte devamlılıkta aksaklıklara neden olmaktadır (Putnam 1991).

Bu psikolojik ve biyolojik etkilerin doğası ve derecesi çocuk büyüyüp duygusal ve bilişsel olarak olgunlaştıkça değişmektedir (Putnam 1991).

Çoğul kişilik bozukluğunun gelişmiş bir örneğinde disosiyatif bozukluğun tüm temel özellikleri izlenebilir. Kimlik bozukluğunun bir çok belirtisi (kimlik değişiklikleri, depersonalizasyon, psikojenik amnezi, füğ, kendine zarar verici davranışlar gibi), öğrenme, anımsama ve bilgilenme süreçlerinde sorunlar, davranışların düzenlenmesinde güçlükler (kişilik değiştirme, ani trans durumları, mizaç dalgalanmaları, panik atakları, geri dönüşler gibi) değişik kişilik durumlarının içsel psikolojik çatışmalarına bağlı işitsel sanrılar ve pasif etkilenme deneyimleri görülebilir (Putnam 1991).

NORMATİF DİSOSİYASYON

Çocuklukta geçici disosiyatif durumlar sık ve normatif bir olaydır ve genellikle ergenlikte azalarak yetişkinlikte çok düşük düzeylere iner (Putnam 1993).

Normatif disosiyasyon ile ilgili sistematik çalışmalar çocuk disosiyasyon ölçeklerinin normal ve disosiyasyon göstermeyen klinik durumlarda yaygın olarak kullanılmasıyla başlamıştır. Disosiyatif bozukluklar anılarla kimliğin birleştirilip bütünleştirilmesindeki güçlüklerle karakterizedir ve tipik olarak amnezi ve değişik kimliklerin gelişimi ya da yabancılaşmayla ortaya çıkar. Kendiliğinden ortaya çıkan disosiyatif durumların hipnoz ile uyarılabilmesi tanı ve tedavide hipnoza yatkınlığın rolünü düşündürmüştür. Disosiyatif bozukluk tanısı alan hastalarda klinik disosiyasyon ve hipnoza yatkınlık düzeylerinde artış gözlenmiştir (Kluft 1992, Putnam ve ark. 1995). Çocuklarda disosiyasyon hakkında bilgilerimiz çocukların hipnoza yatkınlıklarıyla ilgili çalışmalar ve çocukluğunda örselenmiş yetişkinlerin araştırılmasıyla elde edilmiştir. Hipnoza yatkınlık ve klinik disosiyasyon eş süreçler olmamakla birlikte bir çok yönden benzer noktaları vardır (Putnam 1991). Hipnotik kapasite ve telkine yatkınlıkla yaş arasında, önce yükselen, sonra azalanan bir ilişki saptanmıştır. Ancak bu azalma, ergenlik ortasından genç erişkinliğe kadar uzanmaktadır. Fakat, erken çocuklukta hipnoz kapasitesinin ani artışı gerçek mi yoksa, küçük çocuklarda psikometrik ölçümlerin güçlüğüne mi bağlı, bu sorgulanmaktadır (Putnam 1991).

Yetişkinler ve çocuklar hipnoz uygulaması sırasında bazı işlemlerde yetenek farklılıkları göstermektedir. Bu tür işleme özgü farklılıklar hipnoza, telkine ya da klinik disosiyasyona yatkınlıkta yaş etkilerinin farklı olabileceğini desteklemektedir. Ayrıca çocuklarda plasebo etkili ilaç tedavisine yüksek yanıtlar, çocukların disosiyasyon / hipnoz kapasitelerine bağlanmakta ve yaşla komplike, doğrusal olmayan bir ilişki göstermektedir (Putnam 1991).

Hipnoza yatkınlık ve disosiyatif bozuklukla ilgili genetik bir etki üzerinde durulmaktadır. Genetik katkıyla ilgili yeterli veri bulunmamakla birlikte, eldeki en belirgin veri; çoğul kişilik bozukluğu olan kişilerin çocuklarında, ciddi psikiyatrik bozuklukların sıklığındaki artıştır. Disosiyatif bozukluğun kuşaklar arası aktarımı,

travmatik davranışların yeni kuşaklara aktarımına da bağlı olabilir. (Kaufman ve Zigler 1987, Widom 1989). Bazı araştırmacılar "disosiyatif bozukluğu olan ana babalar kendi çocuklarını da kötüye kullanmaya eğilimli olduklarından, çocuklarda disosiyasyon riski artmaktadır" demektedirler (Putnam 1991).

İMGE ARKADAŞLIK VE FANTAZİ OYUN

Hayal kurma ve fantazinin çocukta, ergende ve hatta yetişkindeki normal gelişim süreci hakkında çok az bilgi vardır. İmge arkadaşlığın sık rastlanan bir gelişimsel olgu olduğunun kabul edilmesine karşın, hangi yaşta en sık görüldüğü ve işlevi tartışmalıdır. Hayal kurma yetisi : Fantazi gereksinimine yönelik gerçeği yeniden tanımlama, kendi kimliğini, düşsel rol ve kimliklerle değiştirme ve başkalarının kimliklerini tanımlama yeteneklerini içerir. Çocukların oyunlarında, gerçeğin değişkenliği ve akıcılığı belirgindir. Yaş ilerledikçe çocuklukta bu esneklik azalır da, belirli dereceye kadar fantazi dünyasına girebilme yetisi devam eder.

Çocuğun, zengin sanrı ve yanılsama yetisine bağlı olarak, bir kişiliği oyuncaklara, cansız cisimlere, geçiş nesnelere yansıtma özelliği olağanüstüdür. "İmge arkadaşlık", çocuktaki sanrısız yeteneklerin en ilginç örneklerinden biridir. Çocuklar imge arkadaşlarını, kendilerini etkileyebilecek bağımsız varlıklar olarak değerlendirebilirler. İmge arkadaşlığın çoğul kişilik bozukluğunun çekirdeğini oluşturduğu düşünülmektedir (Putnam 1991).

Bazı çocuklar ve ergenler, kitaplardan, filmlerden, video oyunlarından kaynaklanan ve büyümlü kuralları olan, gündüz rüyası tarzında fantastik bir dünya kurarlar. Bu aşırı özdeşim, gerçeği değerlendirmede bozukluk ya da aşırı çözülmeyle sonuçlanabilir. Böyle bir fantazi dünyasına kaçış, alta yatan stresin ve disosiyasyon savunmasının bir belirtisi olabilir.

Disosiyatif bozukluğa hem katkısı olan, hem de tanıyı zorlaştıran en önemli etken çocuktaki zaman kavramıdır. Çocukların zamanı kavramakta çektiikleri güçlük "kayıp zaman" ve diğer disosiyatif bellek bozukluklarını ayırtmayı zorlaştırmaktadır (Putnam. 1991).

Fantaziye eğilimli yetişkinlerde, hipnoza, telkine yatkınlık, yaratıcılık ve alkolizme yatkınlık düzeyleri belirgin olarak daha yüksek bulun-

muştur. Hipnoz, disosiyasyon ve fantazi / hayal yetileri arasında gelişimsel bir ilişki olduğu açıktır (Putnam 1991).

ÇOCUKTA VE ERGENDE DİSOSİYASYON KLİNİK TANISI

Görüldüğü gibi, çocuklar ve ergenlerde disosiyasyon tanısı bir çok etkenle karmaşıklaşmaktadır. Yetişkinde tanı temel olarak klinik görüşmeye dayanmaktadır. Çocukların ve ergenlerin kendi aktarımlarıyla gözlemcilerin aktarımları arasında sıklıkla belirgin farklılıklar görülmesi, çocuklarla görüşmenin tanısal geçerliliği konusunda şüphelere neden olmaktadır. Bu durumda ergenlerin çoğunda ve çocukların hepsinde gözlemcilerin aktarımları daha güvenilir olmaktadır.

DSM - IV tanı ölçütlerine göre disosiyatif bozukluklar :

- a) Disosiyatif amnezi
- b) Disosiyatif füğ
- c) Disosiyatif kimlik bozukluğu
- d) Depersonalizasyon bozukluğu
- e) Başka türlü adlandırılmayan disosiyatif bozukluk

olarak sınıflandırılmaktadır (APA 1994).

Çocuklarda ve yetişkinlerde disosiyasyon belirtileri şu şekilde sınıflanabilir :

- * Disosiyatif belirtiler (Amnezi, trans benzeri davranışlar, davranış dalgalanmaları)
- * Süreç belirtileri (imge arkadaşı, işitsel sınırlar ve pasif etkilenme)
- * Davranış belirtileri (Davranım sorunları, saldırganlık, riske girme, kendine zarar verici davranışlar)
- * Duygulanım belirtileri (Depresyon, patlayıcı öfke)
- * Posttravmatik belirtiler (Uyku bozukluğu, aşırı canlılık)

Bunların bazıları disosiyasyonun doğru:dan belirtisidir (Örn: Amnezi). Bazılarıysa kronik disosiyasyon ve travma belirtisidir (Örn: Depresyon ve aşırı canlılık).

Yetişkinlerde olduğu gibi çocuklar da disosiyasyonla ilgili bir dizi belirti ve davranış gösterir-

ler. Disosiyatif amnezi, çeşitli şaşırtıcı unutkanlıkları içerir.

Örneğin; öğretmenlerinin, arkadaşlarının adlarını, önemli olayları, sevdikleri etkinlikleri anımsamazlar. Belirgin patolojik yalancılık ve inkara sık rastlanır.

Ancak çocuktaki inkar davranışı, amneziyi olduğu kadar "ikincil kazancı" da düşündürmektedir.

Disosiyasyon görülen çocuklarda sık ve derin, trans benzeri durumlar tüm dünyada saptanmıştır. Boş, hülyalı ya da dalgın görünümlü çocuklarda dikkat sorunu olduğu şeklinde yanlış yorumlar yapılabilmektedir. Bu "kayıp zaman" da çocuk yaşadıklarını anımsamamaktadır. Bu çocuklar sıklıkla sınıfın gerisinde kalmaktadır ve konsantrasyon güçlükleri belirgindir.

Bütün yayınlarda davranışsal dalgalanma olduğu bildirilmiştir. Bu çocuklarda dalgalanan yetenekler, tercih yapamama, yetersiz bilgi, beceri vime bellekte yanlışlıklar gözlenir. Yazı karakterleri değişkenlikler göstermektedir. Çocuk disosiye olmadığı zaman da öğrendiklerini kullanamamaktadır. Performanstaki bu dengesizlik yanlış olarak karşıt gelme bozukluğu olarak yorumlanabilmektedir. Süreç belirtileri çeşitli etkilenme ve karışılma deneyimlerini içerir. Küfür ve emir tarzı işitsel sanrılar çok siktir. Ses içten geliyor gibidir, kütüye kullanan kişinin sesine benziyor gibidir. Disosiyatif işitsel sanrılar, nöroleptik tedaviye yanıt vermez.

Ciddi davranış sorunları çocukluk disosiyatif bozukluklarında siktir. Yayınlanan olguların yaklaşık üçte ikisinde erken cinsellik, karmaşa ve sapkınlıklar dikkati çekmektedir. Saldırganlık, patlayıcı öfke, kendine zarar verici davranışlar daha belirgindir. Duygulanım bozukluğu olarak en çok depresyon görülür.

Olguların yüzde 75'inde uyku bozuklukları görülür ve sıklıkla disosiyatif davranışlarla (uyurgezerlik, hipnagogik sanrılar) ve posttravmatik belirtilerin (travmatik kabuslar, gece ürküleri) karışımı şeklindedir. Ayrıca aşırı canlılık, tekrarlayan travmatik hayaller ve düşünceler, abartılmış ürkütücü yanıtlar örselenmiş çocuklarda sıkça rastlanmaktadır.

Çocukluk dönemi disosiyatif bozuklukları, diğer ciddi çocukluk dönemi psikiyatrik bozuklukları gibi sıklıkla; depresyon, anksiyete, somatizasyon bozukluğu, dikkat bozukluğu,

hiperaktivite, davranım bozukluğu ve post-travmatik stres bozukluğu belirtileriyle eş zamanlılık gösterir. Diğer ciddi psikopatolojilerle eş zamanlılık ergen ve yetişkin disosiyatif bozuklukları için de geçerlidir (Putnam ve ark. 1986, Coons ve ark. 1988, Ross ve ark. 1989, Dell ve ark. 1990).

Çocuk ve ergende, klinik görünüm benzer olarak tanımlanmakla birlikte yaşla, cinsiyetle ilgili bazı farklılıklar görülmektedir. Örneğin çocukta daha az sayıda kişilik değişimi olmaktadır, bunun da üç ya da dördü tanımlanabilmektedir (Vincent, Pickering, 1988). Dell ve Eisenhower (1990) kızlarda disosiyasyona daha çok eğilim gözlenmiş ve ergenlerde ortalama yüzde 24.1 oranında kişilik değişimi bildirmişlerdir. Ancak örneklemelerinde ergen grupta yaşla değişim sayısı arasında ilişki bulamamışlardır. Çocuklarla ergenlerin kişilik değişim sistemleri de farklılık göstermektedir. Büyük çocuklarda, yetişkin benzeri kişiliklere değişim olurken küçüklerde daha çok imge arkadaşına benzer değişim olmaktadır. Buna karşın Riley ve Mead üç yaşında tam gelişmiş kişilik değişimi gösteren

bir olgu bildirmişlerdir. Ancak tanı için yeterli ölçütler bulunmadığından daha ileri çalışmalar gerekmektedir (Aktaran Putnam 1991).

AYIRICI TANI

Çocuklarda disosiyatif belirtiler daha sık görülen diğer psikiyatrik bozuklukları taklit edebilir ya da düşündürülebilir. Bunlar şizofreni ya da diğer psikotik durumları, duygulanım bozukluklarını, ağır davranım bozukluklarını, öğrenme bozukluklarını, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunu, epileptik nöbetleri içerir. Tanı koymada klinik tabloda gözlenen dalgalanmalar klinisyen için uyarıcı olmalıdır (Lewis 1991).

Aşağıdaki tabloda tanı yarlılıklarına neden olan durumlar gözden geçirilmiştir.

SONUÇ

Çocuk ve ergenlerde disosiyatif davranışların normal sınırlarda mı, yoksa patolojik mi olduğunu ayırmadaki güçlüğün yanısıra, disosiyatif bozuklukları diğer psikiyatrik bozukluklardan

YANLIŞ TANI ALAN DİSOSİYATİF BELİRTİLER (Hornstein, Tyson 1991)

DİSOSİYATİF BELİRTİ	GÖZLENEN DAVRANIŞ	YANLIŞ TANI
Belirgin unutkanlık süreleri	Trans benzeri garip davranış, ani patlamalar, dikkat, konsantrasyon ve canlılık azalması	Absans / Psikomotor nöbet, DEHB, Davranım bozukluğu
Farklı kişilikler arasında dalgalanma	Saldırganlık, kaçma, okula gitmeme, beceri, akademik başarı ve performansta değişiklikler	Davranım bozukluğu, Gelişimsel öğrenme bozukluğu
Duygulanım bozuklukları	Farklı kişilikler farklı mizaçlar gösterebilir, Depresyon / İntihar ve aşırı canlılık ender değildir. Uyku bozuklukları, kabuslar sıkır.	Duygulanım bozukluğu
Düşünce sürecinde bozukluklar	Değişimler işitsel, görsel sanılar, pasif etkilenme olarak değerlendirilebilir. Hızlı değişimler düşünce akışında kesilmeye neden olabilir.	Psikotik bozukluk
Somatofom belirtiler	Baş ağrısı sıklıkla dalgalanmaları izler. Parestezi, somatik sanılar, konversiyonlar, garip hareketler olabilir.	Somatofom bozukluk. Tik bozukluğu.
Anksiyete PTSB	Disosiyatif çocuklarda yüksek düzeyde anksiyete ve posttravmatik stres bozukluğu belirtileri sıkır.	Primer Anksiyete bozukluğu.

ayırdetmenin zorluğu da tanıya yönelik daha çok çalışmayı zorunlu kılmaktadır. Daha geniş çalışmalarda sosyokültürel, psikolojik, biyolojik ve çevresel etkenlerin bozuklukla ilişkileri üzerinde durulmalıdır. Ayrıca çocuk ve ergenler için de yetişkinlerden farklı özgül tanı ölçütleri ve psikometrik ölçekler geliştirmek gerekmektedir.

Fiziksel ve cinsel kötüye kullanımı, evde ve dışarıda şiddet ve travma kaynaklarının hızla artışı bütün bu çalışmaları daha da önemli kılmaktadır.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* APA, Washington D.C.

Anderson G, Yassenik L, Ross CA (1993) *Dissociative experiences and disorders among women*. *Child Abuse Negl* 17 : 677-86.

Atlas JA, Hlott J (1994) *Dissociative experience in a group of adolescent with history of abuse*. *Percept Mot Skills* 78 : 121-2.

Coons PM, Bowman E, Milstein V (1989) *M.P.D. : A clinical investigation of 50 cases*. *J Nerv Ment Dis* 176 : 519-527.

Coons PM (1994a) *Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of MPD and dissociative disorders* *J Nerv Ment Dis* 182 : 461-4.

Coons PM (1994b) *Recall of abuse in childhood and three measures of dissociation*. *Child Abuse Negl* 18 : 885-7.

Dell PF, Eisnhower JW (1990) *Adolescent MPD*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 : 359-366.

Di Tomasso MJ, Routh DK (1993) *Recall of abuse in childhood and three measures of dissociation* : *Child Abuse Negl* 17 : 477-7.

Hornstein NL, Tyson S (1991) *Inpatient treatment of children with multiple personality/dissociative disorders and their families*. *Psychiatr Clin North Am* 14 : 631-648.

Hornstein NL, Putnam F W (1992) *clinical phenomology of child and adolescent dissociative disorders*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31 : 1077-1085.

Irvin HJ (1994) *Proneness to dissociation and traumatic childhood events* *J Nerv Ment Dis* 182 : 456-60.

Kaufman J, Zigler E (1987) *Do abused children become abusive parents ?* *Am J Orthopsychiatry* 57 : 186-192.

Kirby J S, Chu J A, Dill D L (1993) *Correlates of dissociative symptomatology in patients with physical and sexual abuse histories*. *Compr Psychiatry* 34 : 258-63.

Kluft RP (1984 a) *Multiple personality in childhood*. *Psychiatr Clin North Am* 7 : 121-134.

Kluft RP (1984 b) *Treatment of M.P.D. : A study of 33 cases*. *Psychiatr Clin North Am* 7 : 7-29.

Kluft RP (1992) *The use of hypnosis with dissociative disorders*. *Psychiatr Med* 10 : 31-46.

Lewis DO (1991) *Multiple Personality*. *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*, Melvin Lewis (ed) Baltimore p : 707-715.

Putnam FW, Gurhoff J J, Silberman E K ve ark. (1986) *The clinical pharmacology of MPD : 100 recent cases*. *J Clin Psychiatry* 47 : 285-293.

Putnam FW (1991) *Dissociative disorders in children and adolescents*. *Psychiatr Clin North Am* 14:519-531.

Putnam FW (1993) *Dissociative disorders in children* *Child Abuse Negl* 17 : 39-45.

Putnam FW, Helmers K ve ark. (1995) *Hypnotizability in sexually abused girls*. *Child Abuse Negl* 19 : 645-55.

Ross CA, Norton GR, Wozney K (1989) *MPD. An analysis of 236 cases*. *Can J Psychiatry* 34 : 413-418.

Ross CA, Miller SDJ, Bjornson I ve ark. (1990) *Structured interview data on 102 cases of MPD. from four centers*. *Am J Psychiatry* 147 : 596-601.

Schafer DW (1986) *Recognizing multiple personality patients*. *Am J Psychiatry* 40 : 500-511.

Stanford LL (1993) *Dissociation and MPD*. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 31 : 15-20.

Stern CR (1984) *The etiology of multiple personality disorder in childhood*. *Can J Psychiatry* 33 : 524-529.

Widom CS (1989) *Child abuse, neglect and adult behavior*. *Am J Orthopsychiatry* 59 : 355-367.

Yargıç Lİ, Tutkun H, Şar V (1994) *Dissosiyatif yaşantılar ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Nevşehir.

Zoroğlu S, Şar V, Yargıç Lİ (1995a) *Adölesan yaşta iki Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu Olgusu*, 5. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Ankara.

Zoroğlu S, Tutkun H, Yüzün Ü, Şar V (1995b) *Çocukluk çağı Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu Bir Olgu Sunumu* 5. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Ankara.

DELİRİYUM : BİR GÖZDEN GEÇİRME

Bengü Gürsoy Rezaki*

ÖZET :

Delirium, çeşitli nedenlerle ortaya çıkan ve genellikle geriye dönebilen bir sendromdur. Birçok nöropsikiyatrik belirtinin görülebildiği bu sendrom, genel hastanelerde en sık rastlanan psikiyatrik bozukluk olmakla birlikte, klinisyenler tarafından iyi tanınmamaktadır. Bu yazıda, çocuk ve ergenlerle ilgili çalışmaların kısıtlılığına karşın delirium değişik yönleriyle gözden geçirilmeye çalışılmış ve bu konuda çocuk hekimleri ile işbirliğinin önemi vurgulanmıştır.

Anahtar Sözcükler : Delirium, çocuk, ergen

SUMMARY : DELIRIUM : A REVIEW

Delirium is usually a reversible syndrome which may have a wide array of causes and is manifested by various neuropsychiatric clinical features. Although it is the most common psychiatric disorder in general hospitals, delirium is not well recognized by the clinicians. There are very few studies on delirium in children and adolescents. This paper reviews the different aspects of delirium and emphasizes the importance of cooperation with the pediatricians.

Key words : Delirium, child, adolescent

GİRİŞ VE AMAÇ

Delirium en sık görülen organik ruhsal bozukluktur (Lipowski 1990). Genel hastanelerde en sık görülen psikiyatrik bozukluk olduğu da bilinen deliriumun (Trzepaow 1985, Lipowski 1990) önemini Lipowski şu şekilde özetlemiştir (1992):

- Delirium tanınmaz ve nedenine yönelik tedavi yapılmazsa hasta kaybedilebilir.
- Deliriumdaki hasta özellikle ajite ise çevresine ve kendine zarar verebilir : İntravenöz kateterini, nazogastrik tüpünü çıkarıp tedavisini aksatabilir; ya da düşmeye bağlı kırık ya da subdural hematoma olabilir.
- Servis çalışmasını ve düzenini bozabilir.
- Bu durumdaki hasta yatağa bağlanıp zaptedilmeye çalışılırsa hareketsizliğe bağlı komplikasyonlar ortaya çıkabilir (derin ven trombozu, pulmoner emboli vb.)
- Delirium, hasta ve yakınları için son derecede sıkıntılı, zor, hoş olmayan bir deneyimdir.

Deliriumun önemi bilinmekle birlikte bu konuya ilgi çok fazla değildir. Bu konudaki yayınların az olmasının birkaç nedeni olabilir (Lipowski 1990). Birincisi, geri dönebilen ve kısa süreli bir durum olduğundan delirium konusunda çalışmak zordur. İkincisi, fiziksel bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıktığından, psikiyat-

ristler ancak kendilerinden konsültasyon istendiğinde deliriumdaki hastayı görme şansına sahiptirler. Ayrıca, saptanamamış olması da delirium konusunda ortak ölçütlerin yayınların azlığının bir diğer nedenidir.

Erişkinlerde çok kısıtlı olan deliriumla ilgili çalışmalar, çocuk ve ergen grubunda yok denecek kadar azdır. Bu durum, yukarıdaki nedenlere ek olarak çocuk hekimlerinin ve çocuk psikiyatristlerinin bu konu üzerinde yeterince durmamaları nedeniyle olabilir.

Bu yazının amacı yayınlardaki kısıtlılığa karşın delirium konusunu çeşitli yönleriyle gözden geçirerek, bu önemli konuya dikkat çekmek ve çocuk hekimleri ile işbirliğinin önemini vurgulamaktır.

Delirium, Latince'de "delirare" den köken almaktadır (Lipowski 1990). Bu sözcük yoldan ya da izden çıkma anlamını taşımaktadır. Deliriumun tıp yazınına 1. yüzyılda Celsus tarafından kazandırıldığı sanılmaktadır. Aslında deliriumun, tıp tarihinde ilk tanımlanan ruhsal hastalıklardan biri olduğu bilinmektedir. Hipokrat'ın şimdi delirium diye adlandırılan durumla ilgili çalışmaları olduğu saptanmıştır. 16. yüzyıldan beri de aşağı yukarı bizim bildiğimiz anlamı ile "delirium" sözcüğü kullanıla gelmektedir (Lipowski 1990).

Delirium, Dorland Tıp Sözlüğü'nde "yanılsama, varsanı, kısa sistematize olmayan sanılar, hareketlilik, fiziksel huzursuzluk ve amaçsızlık

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

ile belirlenen şekilde, tanımlanmaktadır (Dorland 1981). Deliriyum tek başına bir hastalık değil, başka hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan belirtiler grubudur (Öztürk 1994).

Günümüzde deliriyum, konfüzyon, bilinç bulanıklığı terimleri sıklıkla kullanılmasına karşın, dünyada ve ülkemizde bu terimlerin hangi klinik görünümleri tanımladıkları konusunda kaynaklarda deliriyumla eşanlamlı olarak kullanılan birçok terim vardır. Türkçede az çok eşanlamlı olarak kullanılan terimlerin başında "akut beyin sendromu", "metabolik ensefalopati", "akut beyin yetmezliği" gelmektedir.

Terimbilimdeki karışıklık hem yurt dışında, hem de yurt içinde bu konudaki araştırma ve yayınları kısıtlamış görünmektedir. Son 15 yılda tüm dünyada ortak tanı ölçütlerinin kullanılmaya başlamasıyla bu konudaki çalışmaların sayısı artmıştır (Lipowski 1990). Yine de çocuklarda deliriyumla ilgili çalışmaların sayısı yok denecek kadar azdır. İlk olarak Kanner bu duruma dikkat çekmiş, çocuklarda da sık görülmesine karşın deliriyuma ilginin çok az olduğunu belirtmiş, 16 aylık bir bebeğe de deliriyum tanısı koyulabileceğini ileri sürmüştür (Aktaran Lipowski 1990).

EPİDEMİYOLOJİ

Toplumda deliriyumun sıklığı ile ilgili kesin bir epidemiyolojik oran vermek olanaksızdır (Öztürk 1994). Epidemiyolojik çalışmaların prospektif ve uzunlamasına olması gerekirken, deliriyumla ilgili çoğu çalışma hastanelerde yatan hastalarda yapılmıştır (Nejo ve Pitt 1995). Bilinen tek dikkate değer toplum taraması Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan "Epidemiologic Catchment Area" programı içinde gerçekleştirilmiştir. Folstein ve arkadaşlarının 1991 yılında yayınladıkları araştırma sonuçlarına göre 18-64 yaşları arasındaki toplum kesiminde % 0.4 oranında deliriyuma rastlandığı ileri sürülmüştür (Aktaran Taylor ve Lewis 1993). Çocuklarda ise deliriyumun toplumdaki sıklığı ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Enfeksiyonların, travmaların, zehirlenmelerin sık olduğu bölgelerde ya da sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu toplum kesimlerinde daha sık görülmesi beklenir (Öztürk 1994).

Deliriyumun genel hastanelerde en sık görülen psikiyatrik bozukluk olduğu söylenmektedir (Lipowski 1990, Trzepacz ve ark. 1985). Cerrahi servislerinde yatan erişkin hastalarda % 10-15,

dahiliye servislerinde yatanlarda % 15-20 oranında deliriyum gözlenebilmektedir; cerrahi ve kalp yoğun bakım ünitelerinde ise % 30 oranında görülebileceği bildirilmiştir (Kaplan ve ark. 1994). Çocuk hastanelerindeki sıklığı ile ilgili kesin bir orana rastlanmamıştır.

Deliriyumu kolaylaştıran başlıca 6 etken vardır (Kaplan ve ark. 1994, Williams 1991, Wise ve Gray 1994):

- Yaş : Yaşlı ve çocuklarda risk artmaktadır.
- Postkardiotomi (çocuklarda bu riskin erişkinler kadar fazla olmadığı bildirilmektedir)
- Ağır yanık
- Önceden varolan beyin hasarı
- İlaç ve alkol bağımlılığı
- AIDS

Ayrıca diyabet, kanser, uyaran azlığı ya da fazlalığı, uykusuzluk, malnutriyon da deliriyum gelişmesini kolaylaştıran etkenler arasında sayılmaktadır (Kaplan ve ark. 1994). Daha önce deliriyuma giren bir hastanın, sonradan aynı koşullarda yeniden deliriyuma girme riski artmaktadır. Birden fazla tıbbi sorunu olan hastalarda deliriyum sıklığının yükseldiği gözlenmiştir (Trzepacz ve ark. 1985). Ameliyat sonrası gelişen deliriyum, postoperatif ağrı, uykusuzluk, alınan ilaçlar, elektrolit dengesizliği, enfeksiyon, ateş ve kan kaybı ile ilgili olabilir (Kaplan ve ark. 1994).

Son yıllarda deliriyum, hiperaktif, hipoaktif ve karışık olmak üzere üç alt gruba ayrılmaktadır (Lipowski 1990). Liptzin ve Levkof (1992) 125 deliriyum tanısı alan erişkin hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların % 52 'sinde karışık, % 19'unda hipoaktif, % 15 'inde hiperaktif tip deliriyum olduğunu saptamışlar, % 14'ünün ise herhangi bir gruba girmediğini ileri sürmüşlerdir.

PATOFİZYOLOJİ

Deliriyumun patofizyolojisi henüz tam olarak bilinmemekle birlikte çeşitli görüşler ortaya atılmıştır. Bu konu ile ilgili bilgiler ilk olarak 1940'lı yıllarda EEG araştırmaları ile sağlanmıştır (Wise ve Gray 1994, Lipowski 1990). Engel ve Romano'nun yaptığı bu çalışmalarda, bilinç değişiklikleri ile EEG'deki bozukluk arasında korelasyon bulunduğu EEG'deki değişikliklerin deliriyumun altında yatan hastalığın sürecin-

den bağımsız olduğu, deliriyum klinik olarak düzeldiğinde EEG'nin de düzeldiği bildirilmiştir (Aktaran Wise ve Gray 1994). Aynı araştırmacılar, deliriyum tanısı konan hastaların EEG'lerinde yavaşlama olduğunu da saptamışlardır. Gerçekten de hemen tüm deliriyum durumlarında EEG değişiklikleri olduğu bilinmektedir (Koponen ve ark. 1989d, Lipowski 1990). Ancak bazen hastanın normal zemin aktivitesinin hızlı olduğu durumlarda, EEG'de yavaşlama olsa da, çekilen EEG normal olarak rapor edilebilmektedir (Wise ve Gray 1994).

Deliriyumda serebral metabolizmada azalma olduğu konusundaki varsayımlar (Lipowski 1990) henüz kanıtlanamamıştır (Caine ve ark. 1995).

Son zamanlarda deliriyum patofizyolojisinde nörotransmitterlerle ilgili varsayımlar üzerinde durulmaktadır. Bazı çalışmalarda deliriyuma neden olan kimi etkenlerle beyinde, özellikle önbeyin ve ponsta asetilkolin aktivitesinin azaldığı ileri sürülmektedir (Caine ve ark. 1995). Ayrıca antikolinergik ilaçların toksisitesinde deliriyumun ortaya çıkmasının da bu varsayımı desteklediği söylenmektedir (Kaplan ve ark. 1994). Trzepacz ve arkadaşlarının (1992) oluşturdukları bir hayvan modelinde atropin enjeksiyonundan sonra farelerin davranışları ve EEG'leri incelenmiş; farelerin amaçlı hareketlerinin azaldığı, dikkatlerini yoğunlaştıramadıkları, daha önce çözdükleri labirenti çözmeye yöntemini hatırlayamadıkları ve daha huzursuz oldukları gözlenmiştir. Ayrıca yazarlar, atropin enjeksiyonunun etkisi geçtikten sonra, EEG daha çabuk düzelerken, kognitif yetilerdeki bozulmanın bir süre daha devam ettiğini bildirmişlerdir.

Diğer bir üzerinde durulan nörotransmitter GABA'dır. Basile ve arkadaşları (1991) karaciğer yetmezliğinde GABA erjik iletinin endojen benzodiazepin benzeri maddeler nedeniyle arttığı ve bunun deliriyum patogenezinde önemli rol oynadığını ileri sürmüşlerdir.

Noradrenerjik ve serotonerjik sistemlerin aktivitesinde azalmanın da deliriyum patogenezinde rol oynadığı ileri sürülmekle birlikte bu konuda henüz kesin kanıtlar yoktur (Caine ve ark. 1995).

Deliriyumun patofizyolojisinde bir de nöroanatomik varsayımlar geliştirilmiştir. Mori ve Yamadori (1987), sağ orta serebral arteri tıkayan

41 erişkin hastada, frontostriatal alandaki hasarlarda daha çok dikkatle ilgili bozukluk saptarken, orta temporal girusta hasar olanlarda "ajite deliriyum" gözlemiştir. Devinsky ve arkadaşlarının çalışmasında (1988), dominant hemisferde olanlara göre daha çok konfüzyon görüldüğü belirtilmiştir.

Başka bir çalışmada ise deliriyumun, prefrontal ve posterior parietal bölgelerdeki bağlantı alanlarındaki damarsal lezyonlarda daha sık görüldüğü söylenmektedir (Koponen 1989a). Aynı çalışmada ventrikül dilatasyonu ve kortikal atrofinin deliriyumdaki hastalarda kontrollere göre daha sık görüldüğü ve Silvian yarığının genişliği ile Kısa Mental Durum Muayenesi puanı arasında anlamlı bir korelasyon bulunduğu saptanmıştır.

Ayrıca, beyin omurilik sıvısında somatostatin ve beta-endorfin benzeri immunreaktiflerde azalma ile kognitif yetilerde gerileme arasında bir korelasyon bulunmuştur (Koponen 1989b, 1989c). Betaendorfinerjik nöronlardaki işlev bozukluğunun, bazı hasta gruplarında deliriyuma yatkınlığı arttırdığı ileri sürülmüştür (Koponen 1989b).

PET ve SPECT ile yapılan çalışmalar patogenezi açıklamaktan henüz uzaktırlar (Caine 1995).

Özetle, deliriyumun patofizyolojisi tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte çeşitli nörokimyasal ve nöroanatomik varsayımlar üzerinde durulmaktadır. Oluş nedenleri çok farklı olabilen deliriyumun patofizyolojisini tek bir yolla açıklamak, bu konudaki araştırmaların nitelik ve niceliği artsa bile olanaklı görünmemektedir.

OLUŞ NEDENLERİ

Beyni akut ve ağır biçimde tümüyle etkileyen ve bozan herhangi bir etkenle deliriyum ortaya çıkabilir (Öztürk 1994). En sık görülen nedenler arasında merkezi sinir sistemi hastalıkları, sistemik hastalıklar ve zehirlenmeler gelmektedir. Horvath ve arkadaşları (1989), çocuklarda deliriyumun daha çok enfeksiyon ve ateş, ilaç zehirlenmeleri, epilepsi ve travma nedeniyle ortaya çıktığını; gençlerde ise çoğunlukla zehirlenmeler, kafa travması, enfeksiyon ve ameliyat sonrası durumlarda görüldüğünü belirtmişlerdir.

Deliriyum tanısı konan erişkin hastaların üçte ikisi deliriyumun saptandığı, üçte birinde ise yapılan araştırmalarla ortaya çıkış nedeninin bulunamadığı bildirilmiştir (Sirois 1988).

Delirium nedenleri, Wise ve Gray (1994) tarafından kolay akılda kalacak şekilde hazırlanmış bir tabloda özetlenmiştir (Tablo 1). Bu tabloda baş harfleri "I WATCH DEATH" (Ölümü gözlem) olacak şekilde deliriuma yol açabilecek, sık görülen durumlardan sözedilmektedir. Oluş nedenleri gözden geçirilirken unutulmaması gereken bir nokta, tek başına delirium nedeni olmayacak bir duruma yine aynı şekilde tek başına delirium nedeni olmayacak durumlar eklendiğinde (örneğin, hafif anemi, hafif hipenatremi, hafif hiperkalseminin birlikte bulunması) delirium ortaya çıkabileceğidir (Caine 1995).

Tablo 1: Deliriumun Oluş Nedenleri*

Enfeksiyon (Infectious)	Ensefalit, menenjit, sifiliz
Çekilme (Withdrawal)	Alkol, barbituratlar, sedatif hipnotikler
Akut metabolik (Acute metabolic)	Asidoz, alkaloz, elektrolit dengesizliği, karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği
Travma (Trauma)	Sıcak çarpması, ameliyat sonrası, ağır yanık
SSS patolojisi (CNS pathology)	Abse, hemoraji, normal basınçlı hidrosefali, nöbetler, inme, tümör, vaskulit
Hipoksi (Hypoxia)	Anemi, CO zehirlenmesi, hipotansiyon, akciğer veya kalp yetmezliği
Eksiklikler (Deficiencies)	B12 vitamini, niasin, tiamin ve hipovitaminozlar
Endokrinopatiler (Endocrinopathies)	Hiper- veya hipoadrenokortizolizm, hiper- veya hipoglisemi
Akut damarsal (Acute vascular)	Hipertansif ensefalopati, şok
Toksin veya ilaçlar (Toxin or drugs)	İlaçlar
Ağır metaller (Heavy metals)	Kurşun, manganez, civa

* Wise ve Gray 1994 'den alınmıştır. Tablonun sol kısmındaki oluş nedenlerinin ilk harfler "I watch death (Ölümü gözlerim)" olacak şekilde düzenlenmiştir.

Deliriuma neden olabilen ilaçlardan bazıları Tablo 2'de verilmiştir. İlaçlar hem doza bağımlı olarak hem de idiyosenkratik olarak deliriuma yol açabilmektedir (Lipowski 1990).

Tablo 2: Deliriumun Neden Olabilecek İlaçlar*

Antibiyotikler	Antitüberküloz İlaçlar
Asiklovir	İzoniazid
Amfoterisin B	Rifampisin
Sephaleksim	
Klorokin	Analjezikler
	Opiatlar
Antikolinergikler	Salisilatlar
Antihistaminikler	Sentetik narkotikler
Atropin	
Skopolamin	Kardiyak İlaçlar
Trisiklik antidepresanlar	Betablokörler
	Digital
Antikonvulzanlar	Lidokain
Fenobarbital	Kinidin
Fenitoin	Prokainamid
Sodyum Valproat	
Anti - inflamatuvarlar	İlaç çekilmesi
Kortikosteroidler	Alkol
İbuprofen	Barbituratlar
İndometazin	Benzodiazepinler
Naproksen	
Antineoplastikler	Sedatif - hipnotik İlaçlar
5 - Flourourasil	Barbituratlar
	Benzodiazepinler
Antiparkinson İlaçlar	Sempatomimetikler
Amantadin	Ametamin
Karbidopa	
Levodopa	Diğer İlaçlar
	Aminofilin
	Klorpropamid
	Simetidin
	Lityum
	Metranidazol
	Propiltiourasil
	Teofilin
	Timolol oftalmik

* Wise ve Gray 1994 'den uyarlanmıştır.

KLİNİK ÖZELLİKLER

Deliriuma girmeden önce hastalar huzursuzluk, kaygı, ya da uykusuzluk gibi bazı belirtiler gösterebilirler (Kaplan ve ark. 1994). Bu belirtiler genellikle delirium ortaya çıktıktan sonra geriye dönüp yapılan değerlendirmelerde ortaya çıkar.

Deliriumun kliniğinde görülen başlıca özellikler şunlardır :

- * **Belirtilerde Dalgalanma** : Klinik belirtilerde dalgalanma ve çeşitlilik deliriyum için karakteristiktir (Wise ve Gray 1994). Hastanın bilişsel yetilerinde gün içinde kapanma ve açılmalar olabilir. Bu durum klinisyenler arasında tanu konusunda zorluklar yaratabilir.
- * **Dikkat Bozukluğu** : Dikkatteki değişiklikler deliriyumun en önemli belirtilerindendir. Hasta dikkatini belirli bir konu üzerinde odaklayamaz, odaklayabilse bile bunu sürdürmez ya da yeni bir konuya dikkatini kaydıramaz (APA 1994). Dikkati odaklama ve sürdürmedeki zorluk, hastalardaki bellek ve yönelimle ilgili kusurları da açıklamaktadır (Wise ve Gray 1994).
- * **Psikomotor Değişiklikler** : Deliriyumda, retiküler aktive edici sistem hipoaktif ya da hiperaktif olabilir (Wise ve Gray 1994). Eğer hipoaktifse, hastalar apatik, uykuya eğilimli ve konfü görünürler. Eğer retiküler aktive edici sistem hiperaktifse hastalar ajite olabilir ya da psikomotor hiperaktivite gösterebilirler. Bazı hastalar da bu iki durum arasında gidip gelebilirler (WHO 1994).
- * **Uyku - Uyanıklık Durumunda Değişiklikler** : Uyku uyanıklık döngüsü deliriyumda genellikle tersine dönmüştür, hasta gün boyu uyuklarken, tüm gece uyanık ve aktif olabilir (Taylor ve Lewis 1993). Uyku deprivasyonu konfüzyonu arttırabilir. Bazı hastalarda gece saatlerinde deliriyum belirtilerinin arttığı gözlemlenir (WHO 1994).
- * **Bellek Bozukluğu** : Deliriyumdaki bir hastada olayları belleğe kaydetme ciddi şekilde bozulmuştur (Wise ve Gray 1994). Anlık ve yakın bellekte bozukluk saptanır (WHO 1994). Bu durum dikkat ve algı bozuklukları ya da hipokampusun işlev bozukluğu ile ilgili olabilir (Wise ve Gray 1994). Deliriyum düzeldikten sonra bazı hastalar deliriyumda oldukları dönemle ilgili hiçbir şey hatırlamazken, bazılarının parça parça hatırladığı "bellek adacıkları" olabilir (Wise ve Gray 1994). Bellek bozukluğu daha çok anterograd olmakla birlikte, bazı şiddetli durumlarda retrograd da olabilir (Taylor ve Lewis 1993).
- * **Yönelim Bozukluğu** : Arada bazı berrak dönemler dışında hastanın zamana, yere ve daha az olarak da kişiye yönelimi bozulabilir (Wise ve Gray 1994). Bu durum deliriyum şiddeti ile birlikte dalgalanma gösterir.

* **Algı Bozuklukları** : Hastalarda yanulsama ve varsanı sık görülür. Deliriyumda görme varsanları diğerlerine göre daha sıktır (Taylor ve Lewis 1993).

* **Düşünce ve Konuşmada Bozukluk** : Deliriyumdaki hastada düşünce dağınıktır. Düşünce süreci bazen yavaşlamış, bazen de hızlanmış olabilir (Öztürk 1994). Deliriyumun şiddeti arttıkça konuşma da bozulur ve bağlantısız olabilir, hasta konudan konuya atlayabilir.

* **Yargılamada Bozukluk** : Hastanın yargılaması, gerçeği değerlendirmesi bozulabilir. Çevreyi ve olayları yanlış değerlendirir, kendi dürtülerinin çevreye uyup uymadığını yargılayamaz (Öztürk 1994).

* **Nörolojik Değişiklikler** : Deliriyumda görülebilecek bazı nörolojik değişiklikler şunlardır : disnomi, disgrafi, tremor (özellikle hareket sırasında), myoklonus, asteriksis, koordinasyon bozukluğu, üriner inkontinans, refleks ve kas tonüsünde simetrik değişiklikler (Wise ve Gray 1994).

* **Duygulanımda Değişiklikler** : Deliriyumdaki hastaların duygulanımında sıklıkla değişiklikler görülebilir ve bunlar değişik karakterde olabilir. Örneğin; kaygı, panik hali, korku, öfke, çökkünlük, apati, öfori (özellikle steroid kullanımına bağlı durumlarda) görülebilir (Wise ve Gray 1994). Lipowski hastanın deliriyumdaki durumunu kişilik özellikleri, altta yatan hastalığın doğası, düşünce içeriği, varsanılar ve çevre özelliklerinin belirlediğini ileri sürmüştür (Aktaran Wise ve Gray).

TANI

1980'lere kadar deliriyum konusunda dil ve ölçüt birliği sağlanamamışken, artık DSM ve ICD tanı ölçütleri ile bu birlik uluslararası anlamda kazanılmıştır (APA 1994, WHO 1993) (Tablo 3, Tablo 4). DSM - IV ve ICD - 10'da deliriyum, erişkin ve çocuklar için aynı grupta kodlanmaktadır. Bu durum, deliriyum kliniğinin her iki grupta benzer olduğunu düşündürmekle birlikte, Prugh ve arkadaşları (1980) çocuklarda klinik tablonun daha karmaşık olabileceğini bildirmişlerdir.

Tanı genellikle yatak başında konur. Deliriyumun klinik özellikleri akılda tutularak yapılan ayrıntılı bir fizik, nörolojik ve ruhsal muayene ile deliriyum tanılabilir. Bilişsel yetilerin muayenesi için birçok test geliştirilmiştir. En

Tablo 3 : DSM – IV'e göre deliriyum tanı ölçütleri.

- A. Dikkati belirli bir konu üzerinde odaklama, sürdürme ya da yeni bir konuya kaydırma yetisinde azalma ile giden bilinç bozukluğu (yani çevrede olup bitenin farkında olma düzeyinin azalması).
- B. Daha önceden var olan, yerleşik ya da gelişen demans ile açıklanamayan algı bozukluklarının ortaya çıkması ya da bilişsel değişiklik (bellek, yönelim, dil bozukluğu gibi) olması.
- C. Bu bozukluk kısa süre içinde gelişir (genellikle saatler ya da günler içinde) ve gün içinde dalgalanmalar gösterme eğilimi görülür.
- D. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde bu bozukluğun genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.

* (APA 1994).

Tablo 4 : ICD-10'da alkol veya başka psikoaktif maddelere bağlı olmayan deliriyumun tanı ölçütleri.

- A. Dikkat ve bilinçte bozulma; bilinçte sislenmeden koma ya kadar değişmeler; dikkati yöneltme, toplama, sürdürme yetisinde azalma.
- B. Yaygın bilişsel bozukluk; algı sapmaları, genellikle görsel yanılsama ve varsanılar, soyut anlama ve düşünmenin bozulması (sanılar bulunabilir, tipik olarak enkoherans vardır), anlık ve yakın bellekte bozulma (uzak bellek görece korunmuştur), zaman ve ağır olgularda yer ve kişi yönelimi bozukluğu vardır.
- C. Davranış bozuklukları; artmış ya da azalmış hareketlilik ve bu iki durum arasında kestirilemeyen gidis gelişler; tepki vermede gecikme, artmış ya da azalmış düşünce akışı, artmış irkilme tepkisi.
- D. Uyku – uyanıklık bozuklukları ; uykusuzluk ya da ağır durumlarda uykunun hiç olmaması, uyku düzeninin tersine dönmesi, gündüz uykululuk, gece belirtilerin ağırlaşması, rahatsız edici rüya ve karabasanlar (uyanınca varsanı olarak sürebilirler).
- E. Depresyon, bunaltı ya da korku, tedirginlik, öfori ya da şaşkınlık gibi duygusal bozukluklar.

* (WHO 1994).

yaygın kullanılan test olan "Kısa Mental Durum Muayenesi" (Folstein 1975) organiziteyi saptamak açısından ve hastanın kliniğini izlemek için

sından önemlidir. Ayrıca klinikte kullanılmak üzere çeşitli ölçekler de geliştirilmiştir (Trzepacz ve ark. 1988). Çocuklarda bilişsel yetilerin muayenesinde çocuğun yaşı ve gelişme düzeyi göz önüne alınmalıdır (Prugh ve ark. 1990). Yaş ve bilişsel gelişme düzeyindeki farklılıklar, çocuklarda deliriyum tanısını zorlaştırmaktadır.

Deliriyum tanısı ve özellikle de ayırıcı tanısı için EEG değerli bir tetkiktir (Lipowski 1990, Koponen ve ark 1989d). Prugh ve arkadaşları (1980) EEG'nin deliriyumdaki çocuklar için önemli vurgulamışlardır. Bununla birlikte EEG, klinik ve verilerle birlikte değerlendirilmelidir (Lipowski 1990).

Son zamanlarda deliriyum tanısı için SPECT'in yararlı olabileceğini ileri süren araştırmacılar da vardır (Doyle ve Warden 1996).

AYIRICI TANI

Deliriyum bazı ruhsal bozukluklarla karışabilir.

a. **Bunama** : Çocuklarda bunamaya az rastlanmakla birlikte, deliriyumdan ayırt edilmesi önemlidir. Deliriyum aniden başlarken, demansın başlangıcı sinsidir. Her ikisinde de bilişsel yetilerde bozulma olmakla birlikte, deliriyumda gün içinde dalgalanma belirgindir. Bunama ve deliriyumun bazı durumlarla birlikte bulunabileceği de unutulmamalıdır. Bunama sürecine eklenen anoksi, metabolik bozukluk, birlikte olan başka bir hastalık ya da arteriosklerotik bunamada yeni ilerlemeler olduğunda deliriyum gözlenebilir (Lishman 1987).

b. **Akut psikoz durumları (akut şizofrenik psikoz, akut mani, kısa psikoz)** : Bu durumdaki varsanı ve sanılar genellikle daha sabit ve düzenlidir (Taylor ve Lewis 1993). Bu hastalarda genellikle bilinç ve yönelimle ilgili değişiklik saptanmaz.

c. **Dissosiatif bozukluklar** : Organik bir nedenin olmayışı, öykü ve ruhsal gözlem ile ayırıcı tanısı yapılabilir. Çoğu hastada psikososyal bir tetikleyici olay saptanabilir (Taylor ve Lewis 1993).

d. **Depresyon** : Hipoaktif tip deliriyumda olan hastalar yanlışlıkla kooperasyon kurulamayan ya da çökkün hastalar olarak değerlendirilebilir (Kaplan ve ark. 1994). Depresyon tanısı ile verilen antidepresanlar ise yan etkileri nedeniyle beyin fonksiyonlarını iyice bozabilir. Öykü ve EEG yardımı ile ayırılabilir.

e. Ağır panik nöbeti : Nadiren deliriyuma benzer belirtiler olabilir (Czernik 1994). Bu hastalarda yönelim ve algı bozuklukları, organik bir neden olmayışı ile ayırtedilebilirler.

GİDİŞ VE SONLANIŞ

Deliriyumda gidişi ve sonlanması, ortaya çıkış nedeni belirler. Deliriyum belirtileri genellikle 4 hafta içinde ya da daha kısa süre içinde düzelir (WHO 1993). Ortaya çıkış nedeni tedavi edildiğinde deliriyum 3 ile 7 gün içinde düzeldiği ileri sürülmüştür (Kaplan ve ark. 1994).

Tıbbi nedenlerle ortaya çıkan deliriyumun, ameliyat sonrası ortaya çıkanlardan daha kısa sürdüğü saptanmıştır (Sirois 1988). Hastanın yaşı arttıkça ve birlikte bulunan fiziksel hastalık sayısı çoğaldıkça, prognozun kötüleştiği bildirilmiştir (Taylor ve Lewis 1993). Liptzin ve Levkoff (1992). Hiperaktif tip deliriyumu olan erişkin hastaların daha kolay tıbbi tedavi ve hemşirelik hizmeti aldığı, bu durumun deliriyumda kalma süresini kısıtladığını ileri sürmüşlerdir. Oysa diğer bir çalışmada, ajitasyonu olan hastalarda deliriyumun 4.68 gün sürerken, ajite olmayanlarda bu sürenin 3.74 gün olduğu saptanmıştır (Sirois 1988).

Klinik gözlemlerde çocukların büyük kısmının düzeldiği görülmektedir. Prugh ve arkadaşlarının çalışmasında (1980) deliriyumdaki çocuk ve ergen hastalarda deliriyum durumu düzeldikten sonra, bir süre kontrol grubuna kıyasla daha fazla olmak üzere regresyon belirtileri, hafif algısal motor değişiklikler, bazı silik nörolojik işaretler gözlemlenmiştir.

Bender, 1970'de yayınlanan bir yazısında, deliriyumda bir çocukta görülen panik ve varsanılarının sonradan şizofrenik bozukluğun izleyebileceğini bildirmiştir (Aktaran, Lipowski 1990). Prugh ve arkadaşları da (1980) yatkınlığı olanlarda deliriyumun psikotik ya da başka bir ruhsal bozukluğu tetikleyebileceğini ileri sürmüşlerdir. Yirmibeş erişkin yanık hastası ile yapılan bir çalışmada ise, 7 hastada deliriyum düzeldikten sonra depresyon ya da posttravmatik stres bozukluğu saptandığı ileri sürülmüştür (Blank ve Perry 1984).

Eğer deliriyumda hastaya tanı konamaz ya da nedeni bulunup tedavi edilemezse hastalar komaya girebilirler, kaybedilebilirler ya da kronik beyin sendromları görülebilir (Lipowski 1990).

TEDAVİ

1. Ortaya çıkış nedeni biliniyorsa, hemen zaman kaybetmeden buna yönelik tedavi başlatılmalıdır. Eğer neden saptanamamışsa, laboratuvar tetkiklerine devam edilmeli, rutin tetkikler sık tekrarlanmalı, hergün fizik muayene yapılarak ortaya çıkış nedenine ilişkin ipucu yakalanmaya çalışılmalıdır.

2. Deliriyum nedeni bilinsin ya da bilinmesin, yapılması gerekenler 4 başlık altında toplanabilir (Wise ve Gray 1994, Meagher 1996) :

A. Tıbbi Yaklaşım :

- Yakın izlem
- Hastanın hemşire istasyonuna yakın bir odaya alınması
- Odasında fazla uyaran olmaması (ses, ışık, kalabalık)
- Yaşam bulgularının sık izlenmesi
- Sıvı dengesinin iyi düzenlenmesi
- Çok gerekli olmayan ilaçların kesilmesi

B. Farmakolojik Yaklaşım :

Deliriyumda, bilinç düzeyini etkilemeden hastayı yatıştıran, varsanılarını azaltabilen, solunumu etkilemeyen, hipotansiyon yapmayan, parenteral formu olan haloperidol ilk seçilecek ve en güvenilir ilaçtır. 6 - 12 yaş çocuklarında hafif ajitasyonda 0.5 mg, orta ajitasyonda 1 mg, ağır ajitasyonda 2 mg verilmesi önerilir (Williams 1991). Daha büyük çocuklarda doz 10 mg'a kadar çıkılabilir. İlacın dozu ve süresini klinisyen hastanın durumuna göre ayarlamalıdır. Eğer ilaç parenteral yolla veriliyorsa 30 dakika ara ile, ağızdan veriliyorsa 1 saat arayla hasta sedatize olana kadar verilebilir. Konfüzyon geçtikten 3 ila 5 gün sonraya kadar ilaca devam etmek gereklidir. İlaç erken kesilirse tekrar deliriyum belirtileri ortaya çıkabilir. İlaç yavaş yavaş ve dozun çoğu geceye kaydırılarak kesilmelidir. Deliriyumda tedavinin önemli noktalarından biri, normal uyku düzeninin tekrar sağlanmasıdır.

C. Psikososyal Yaklaşım :

Psikososyal destek hem deliriyum sırasında hem de sonrasında gereklidir. Deliriyumda bir hastanın yanında ailesinden güvendiği, yakın olduğu birisinin kalması iyi olur. Böylelikle hasta kendine çevresine ve tedavisine verebileceği zamanı tanımlayabilir olur.

Ailenin şaşkınlığı ve paniği, durum anlatılarak yatıştırılmaya çalışılmalıdır.

Deliriyum düzeldikten sonra da hastanın yaşadığı zor ve hasta için anlaşılması güç deneyim hakkında onunla konuşarak, başından geçenleri anlaması konusunda ona yardımcı olunmalıdır.

D. Çevresel Yaklaşım :

Hemşireler ve hasta yakınları sık sık hastaya zamanı ve yeri hatırlatarak yönelimi konusunda yardımcı olmalıdır.

Odaya bir saat, takvim ve hastanın tanıdığı oyuncak gibi bazı eşyaları koymak faydalı olur.

Gece ışığın fazla olmaması, yanlısamları azaltabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Deliriyum hastanelerde en sık görülen psikiyatrik bozukluk olmasına (Trzepacz ve ark. 1985) karşın genellikle klinisyenler tarafından tanınamayan bir sendromdur (Caine 1995).

Erişkinlerle yapılan çalışmalarda hastanelerdeki psikiyatri konsültasyonlarından % 12.6 'sı (Si-rois 1988) ile % 17.3 'ünde (Trzepacz ve ark. 1985) deliriyum saptandığı bildirilmiştir. Bununla birlikte, hekimler tarafından deliriyum tanısı konarak konsültasyon istenenler yalnızca % 3'dür (Trzepacz 1985). Çocuklarla ilgili yayınların azlığı nedeniyle bu durumun çocuk hastanelerinde nasıl olduğu kesin olarak bilinmemektedir. Bölümümüzde yürütülmekte olan bir çalışmada, Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi'nde 10 aylık süre içinde psikiyatri konsültasyonu istenen 62 yatarak tedavi gören çocuktan 3'ünde deliriyum gözlenmiştir (% 4.9). Bunlardan hiçbirinde konsültasyon isteyen hekim tarafından konsültasyon öncesi deliriyum tanısı konmamıştır. Bu ön sonuçlar, Türkiye'de çocuk hekimlerinin deliriyum konusundaki bilgilerinin yeterli olmadığını düşündürmektedir.

Hastanelerde yatan hastalardan deliriyuma girenlerin diğerlerine göre daha uzun zaman hastanede kaldıkları saptanmıştır (Thomas ve ark. 1988). Ortaya çıkış nedeni tanınıp, zaman kaybedilmeksizin tedavi edilen hastaların taburcu edilmelerinin, deliriyumun tanınmadığı ya da tedavi edilemediği hastalara göre daha çabuk olabileceği düşünülebilir. Özellikle çocukluk çağında başlı başına bir travma olabile-n hastanede yatışın kısılması, ekonomik yararları yanı-

sıra çocukların ruh sağlıkları açısından da çok önemlidir.

Sonuç olarak, zamanında tanınması, nedeninin araştırılıp tedavi edilmesi ile kısa süre içinde düzelebilen deliriyumun çocuk hekimleri tarafından iyi bilinmesi gereklidir. Bunu da çocuk ve çocuk psikiyatrisi bölümleri arasında gerçekleştirecek konsültasyon-lyezon işbirliği sağlayabilir. Bu işbirliği içinde, şimdiye dek pek üzerinde durulmayan deliriyum ile ilgili araştırmaların yapılması da bu konudaki pek çok ekşiğimizi tamamlamakta yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association APA (1994) DSM-IV Tanı ölçütleri. Başvuru El Kitabı. Çeviren: E Köroğlu. Medikomat Basım Yayım Ltd, Ankara, s: 69.

Bastle AS, Hughes RD, Harrison PM ve ark. (1991) Elevated brain concentrations of 1, 4-Benzodiazepines in fulminant hepatic failure. *N Engl J Med* 325 : 473-478.

Blank K, Perry S (1984) Relationship of psychological process during delirium to outcome. *Am J Psychiatry* 141 : 843-847.

Boratav C (1994) Deliriyum, bilinç bulanıklığı ve konfüzyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 5 : 187-192.

Caine ED, Grossman H, Lyness JM (1995) Delirium, dementia, and amnesic and other cognitive disorders and mental disorders due to a general medical condition. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* 1. cilt, 6. baskı içinde. HI Kaplan, BJ Sadock (Ed). Williams & Wilkins, Baltimore, s: 729-732.

Devinsky O, Bear D, Volpe BT (1988) Confusional states following posterior cerebral artery infarction. *Arch Neurol* 45: 160-163.

Dorland's Illustrated Medical Dictionary (1981) 26. baskı, W. B. Saunders Company, Philadelphia.

Doyle M, Warden D (1996) Use of Spect to evaluate postcardiotomy delirium (mektup). *Am J Psychiatry* 153: 838-839.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975) "Minimal-state" A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiat Res* 15: 189-198.

Horvath TB, Siever LJ, Mohs RC ve ark. (1989) Organic Mental Syndroms and Disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 1. cilt, 5. baskı içinde. HI Kaplan, BJ Sadock: (Ed). s: 626.

Kaplan HI, Sadock BJ, Greb JA (1994) Delirium, Dementia, and Amnesic and Other Cognitive Disorders and Mental Disorders Due to a General Medical Condition. *Synopsis of Psychiatry*, 7. baskı içinde. Williams & Wilkins, Maryland, s : 338-344.

- Koponen H, Hurri L, Stenback U ve ark. (1989a) Computed tomography findings in delirium. *J Nerv Ment Dis* 177 :226-231.
- Koponen H, Stenback U, Mattila E ve ark. (1989b) CSF betaendorphin-like immunoreactivity in delirium. *Biol Psychiatry* 25: 938-944.
- Koponen H, Stenback U, Mattila E ve ark. (1989c) Cerebrospinal fluid somatostatin in delirium. *Psychol Med* 19: 605-609.
- Koponen H, Partanen J, Paakkönen A ve ark. (1989d) EEG spectral analysis in delirium. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 52: 980-985.
- Lipowski ZJ (1990) *Delirium: Acute Confusional States*. Oxford University Press, New York.
- Lipowski ZJ (1992) Update on delirium. *Psychiatr Clin North Am* 15 (2):335-346.
- Liptzin B, Levkoff SE (1992) An empirical study of delirium subtypes. *Br J Psychiatry* 161:843-845.
- Lishman WA (1987) *Organic Psychiatry*, 2. baskı. Blackwell Scientific Publications, İngiltere. s:128.
- Meagher DJ, O'Hanlon D, O'Mahony E ve ark. (1996) The use of environmental strategies and psychotropic medication in the management of delirium. *Br J Psychiatry* 168:512-515.
- Mori E, Yamadori A (1987) Acute confusional state and acute agitated delirium. *Arch Neurol* 44: 1139-1143.
- Nejo TA, Pitt BM (1995) Delirium in the elderly people. *Current Opinion in Psychiatry* 8: 246-251.
- Öztürk MO (1994) *Organik Ruhsal Bozukluklar, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 5. baskı içinde. Medikomat Basım Yayım Ltd, Ankara. s: 371-377.
- Prugh DG, Wagonfeld S, Metcalf D ve ark. (1980) A clinical study of delirium in children and adolescents. *Psychosom Med* 42 (supl): 177-195.
- Sirois F (1988) Delirium: 100 cases. *Can J Psychiatry* 33:375-378.
- Taylor D, Lewis S (1993) Delirium. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 56:742-751.
- Thomas RJ, Cameron DJ, Fahs MC (1988) A prospective study of delirium and prolonged hospital stay. *Arch Gen Psychiatry* 45:937-940.
- Trzepacz PT, Leavitt M, Clongoli K (1992) An animal model for delirium. *Psychosomatics* 33(4): 404-415.
- Trzepacz PT, Baker RW, Greenhouse J (1988) A symptom rating scale for delirium. *Psychiatry Res* 23: 89-97.
- Trzepacz PT, Teague GB, Lipowski ZJ (1985) Delirium and other organic mental disorders in a general hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 7: 101-106.
- Williams DT (1991) Neuropsychiatric signs, symptoms, and syndromes. *Child and Adolescent Psychiatry içinde*, M Lewis (ed), Williams & Wilkins, Maryland. s: 340-347.
- Wise MG, Gray KF (1994) Delirium, demans, and amnesic disorders. *American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry içinde*, RE Hales, FC Yudofski, JA Talbott (ed). American Psychiatric Inc., Washington D.C. s: 311-327.
- World Health Organization (WHO) (1993) *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması*. Çeviren: F Çuhadaroğlu ve ark., Medikomat Basım Yayım Ltd, Ankara. s: 52-54.

GÖRÜŞLER

SEKİZ YILLIK ZORUNLU EĞİTİM

On beşinci Milli Eğitim Şurasında çağdaş eğitim açısından çok önemli kararlar alınmış, umutlanılmıştı. Bu kararlardan belki de en önemlisi ilköğretimin 8 yıllık kesintisiz zorunlu eğitim olarak uygulanması ve sonuçta tek bir diploma uygulanması ve sonuçta tek bir diploma verilmesinin doğruluğunu yansıyordu. Buna ek olarak okul öncesi eğitimin önemi uygulanıyor, 2 yıllık okul öncesi eğitimin yakın gelecekte ilköğretim bünyesine alınarak yaygınlaştırılmasının gerekliliği vurgulanıyordu. Dokuzuncu sınıfın rehberlik ve yönelme basamağı olarak görüldüğü kararlarda 18 yaşına kadar 11 yıllık zorunlu eğitime geçilme beklentisi dile getiriliyordu.

Çocukluk çağının eğitimle doyurulup zenginleştirilmesinin gerekliliğini tartışmaya dahi gerek yoktur. Tartışılan tek nokta çocukluk çağının kaç yaşa kadar uzatılacağıdır.

Ülkemizin imzaladığı Çocuk Hakları Sözleşmesi 18 yaşın altını çocuk kabul etmektedir. Yine 1992 yılında onaylanan 59 sayılı Uluslararası Çalışma Örgütü -İLO- Sözleşmesi 15 yaşından küçüklerin iş yerinde çalıştırılmayacağını hükme bağlamaktadır. Görüldüğü gibi uymayı kabul ettiğimiz her iki sözleşmede de çocukların en az 15 yaşına kadar koşulsuz, kesintisiz eğitim hakkı kabul edilmiştir.

Gelişmiş ülkelerin hiçbirinde ilköğretim 5 yıl ile sınırlı kalmamaktadır. Buna koşut olarak gelişmiş ülke çocukları daha çok ve kaliteli eğitim olarak ruh ve beden sağlıklarına uygun programlarla yetiştirilmektedir.

Bu olanağı bulamayan, ya da bu koşulların yaratılmadığı çocuklar ise yarışmacı dahi olamayacakları bu kulvarı ezik, öfkeli kırgın ve umarsız bir şekilde izleyecektir.

Mantık, çocukları sağlıklı gelişime bilgi birikimine, çağdaşlığa götüreceği yolda hiçbir özveriden kaçınmamak gerektiğini göstermektedir. Ancak bu konunun halâ tartışılıyor olması, süregiden engellenme çabaları, çeşitli çıkar çatışmaları nedeniyle konunun saptırılabilmesi gözlenmektedir. Bu nedenle ruhsal açıdan ilköğretimin 8 yıla çıkartılmasının önemi bir kez daha kısaca gözden geçirilecektir.

5 yıllık ilkokulu bitiren çocukların büyük bir kısmı 11-12 yaşlarındadır. Bu dönem bilindiği gibi ruhsal gelişim basamakları açısından ergenlik döneminin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Bu yaşlarda çocuklarda yoğun hormonal değişiklikler olmakta, beden imgeleri değişmekte, sakarlaşmakta, ilgileri ve zihinsel yetileri çeşitlenmekte ve zenginleşmektedir. Bu denli hızlı ve yoğun değişiklikler yaşayan çocuklar fiziksel ve ruhsal örselenmelere çok açıktır. Bu dönem çocukların kendilerini ve yetilerini tanımaya başladığı bir çağdır. Kendini tanıyacak, başkalarına da tanıttacaktır. İşte bu dönemde çocuklara onların düşünce ufuklarını geliştirecek, yeteneklerini zorlamayacak bir eğitimin verilmesi şarttır. Daha henüz ilgi ve becerileri belirginleşmemiş, neyi yapabileceği neyi yapamayacağı anlaşılamamış bir çocuğu, eğitimden uzaklaştırmak ya da tek yönlü bir eğitim vermek koca bir çınar olabilecek fidanı bodur bir çalıya ya da yanlış budanıp kısırlaştırılan bir ağaca döndürmeye benzer. O serpilip filizlenecektir ki hangi dalının güçlü olduğu anlaşılacaktır. Bize düşen onu her yönüyle sağlıklı beslemek, gelişimi için gerekli tüm koşulları ona sunabilmektir.

Yapılan istatistikler 100 çocuktan sadece 65 inin orta öğretime devam ettiğini göstermektedir. Bu oranın büyük bir kısmını ise erkek öğrenciler oluşturmaktadır. Kız çocukların okula gönderilme oranı zorunlu ilkokul eğitiminin sonunda çok büyük bir düşüş göstermektedir. Orta öğretime devam eden kız çocuklarının önemli bir bölümü de meslek okullarına yönlendirilmektedir. Tek başına bu görünüm bile temel eğitimin en az 8 yıl olması için yeterli bir nedendir.

Bu dönem zihinsel gelişim basamakları açısından "soyut düşüncenin" geliştiği çok önemli bir evre olarak bilinir. Çocuk artık neden ve niçinleri anlamaya, niyet temelli yargılamalar yapmaya, sorgulamaya başlamıştır. Bu dönemde ne kadar çok çeşitli düşünce olanakları sunarsak bağınazlıktan o kadar uzaklaştırmış, köktenci, saldırgan ve kaba güce dayalı çözümlerden o kadar kurtarmış olabiliriz. Çocuk ancak soru sorabilme başarısını gösterdikten sonra yanıt arama becerisini sergileyebilecektir. Bu dönemde sorularının engellenmesi ya da kısır, sağlıksız yanıtlarla geçiştirilmesi bu özellikleri içeren bir geleceğin hazırlanması demektir.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 3(3) 1996

Ortaokul bağımsızlığa yavaş geçişin yaşandığı bir ortamdır. İlkokulda daha korumacı, neredeyse tek bir öğretmenle olan yaşantı burada farklı öğretmenler farklı yöntemler ve beklentilerle zenginleşecektir. İlkokulda çocukların yetenekleri öğretmenlerinin ilgi ve becerisiyle sınırlıdır. Ancak evde ilgilenilen ve önemsenen çocukların özelliklerinin ayırımına varılabilir. Oysa orta okuldaki bu çeşitlilik çocukların tanınmaları açısından daha geniş olanaklar sağlamaktadır. Bu nedenle her çocuğun bu aşamadan geçmesi tartışmasız bir koşuldur.

Çağımız bilgi çağıdır. Bu çağda fiziksel gücünü beyin gücüne dönüştüren kişiler ve toplumlarla öne geçmektedir. Meslekler daha özel konularda uzmanlaşmış elemanlara gereksinim duymaktadır. Bireyin toplum içinde yadırganmadan ezilmeden, üretken ve onurlu bir biçimde yaşamını sürdürebilmesi için artık daha uzun ve nitelikli bir eğitim şarttır. Buna ulaşabilmek ve ulaştırabilmek ise hepimizin yılmadan coşkuyla ve inançla başarmak zorunda olduğu bir ödevdir.

Psk. Doç. Dr. Ferhunde Öktem

DUYURU

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

Yayın Kurulu

YENİ YAYINLARDAN ÖZETLER

Şizofrenik Çocuk ve Ergenlerde Risperidon Kullanımı : Olgu Sunumu

Quintana H, Keshavan M (1995) Case Study: Risperidone in Children and adolescents with schizopherenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(10):1292-1296

Çocukluk çağı şizofrenisinin sık görülen bir sorun olmadığını ve nöroleptik tedavisi ile ilgili çalışmaların kısıtlı olduğunu belirten çalışmacılar, bu araştırmada 5-HT₂ ve D₂ reseptör blokörü olan risperidon'un etkinliğini değerlendirmişlerdir.

12-17 yaşları arasında 4 şizofreni olgusunda 4-5 mg/gün dozda risperidon kullanılmıştır. Olguların hepsi daha önce klasik nöroleptik tedavi almış ve yararlanmamış olgulardır. İlacın etkinliği ve yan etkileri çeşitli ölçekler ve klinik görüşmelerle değerlendirilmiştir.

Çalışmanın sonunda olguların hepsinde değişik derecelerde düzelme görüldüğü, ekstrapiramidal yan etki görülmemesi, hastalara kilo aldirmaması ve 4 olgudan 3'ünde negatif semptomlara etkili olması ilacın üstünlüğü olarak belirtilmiştir. Günlük 4-5 mg doz tedavide yeterli doz olarak değerlendirilmiştir. İlacın etkisinin ilk iki ayda belirgin olduğu, işlevlerde düzelmenin ise daha uzun zaman aldığı belirtildikten sonra, çalışmanın kısıtlılıkları ve daha fazla olgu ile kontrollü çalışmaların gerekliliği vurgulanmıştır.

Int. Dr. Özen Önen

Gençlerde Elektrokonvülsif Tedavi : Olgu Sunumu

Moise FN, Petrides G(1995). Case study : Electroconvulsive therapy in adolescents. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35 (3) : 312-317.

Gençlerde elektrokonvülsif tedavi (EKT) konusundaki bilgi ve deneyimlerimiz kısıtlıdır. Bu çalışmada 1983-1993 yılları arasında EKT yapılan 16-18 yaşları arasında 16 hastadan 13'ünün hasta dosyaları geriye dönük olarak gözden geçirilerek, EKT'in etkinliği ve endikasyonları araştırılmıştır.

Çalışmaya alınan olguların ikisi psikoz, dördü şizoreniform bozukluk ve şizofreni, ikisi katatoni, dördü bipolar bozukluk ve biri majör depresyon tanısı almışlardır. Bu 13 olgunun hepsi EKT öncesi en az iki ilaç ile tedavi görmüş ve yararlanmamışlardır.

EKT'den 10 genç yarar görürken, şizofreniform bozukluğu olan 2 genç ve bipolar bozukluğu olan 1 genç tedaviye yanıt vermemişlerdir. Bu üç hastadan ikisinde kişilik bozukluğu saptanmıştır. Kişilik bozukluğu olan gençlerin EKT'den yarar görmemeleri daha önce bu konuda yapılan çalışmalar ile uyum göstermektedir.

EKT'nin çocuk ve gençlerde en çok korkulan yan etkisi gelişmekte olan beyine zarar verme riskidir. Fakat şimdiye kadar böyle kalıcı bir yan etki gösterilememiştir. Bu çalışmada da 13 olgunun hiçbirinde bir yan etki saptanmamıştır.

Sonuç olarak yazarlar bu çalışmanın daha önce yapılan araştırma sonuçları ile uyum gösterdiğini, EKT'nin gençlerde etkin bir tedavi olduğunu, herhangi bir yan etkisinin gösterilemediğini ve ilaç tedavisine yanıt vermeyen gençlerde güvenli bir şekilde kullanılabileceğini ileri sürmektedirler.

Int. Dr. Murat Özalp

Çocukluk Dönemi Başlangıçlı Şizofreni : Premorbid Özellikler

Alaghband-Rad J, Mckenna K, Gordon CT ve ark. (1995). Childhood-onset schizophrenia : The severity of premorbid course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(10) : 1273-1283.

Bu araştırma yazısında DSM III-R tanı ölçütlerine göre 12 yaşından önce şizofreni tanısı almış 23 çocuğun premorbid özellikleri ile geç başlangıçlı şizofrenik hastaların premorbid özellikleri karşılaştırılmakta olup, şizofreninin nörogelişimsel bir hastalık olarak değerlendirilmesinin öneminden söz edilmekte, şizofrenide erken beyin gelişimi sırasında bir beyin hasarı olduğu öne sürülmekte ve çocukluk dönemi başlangıçlı şizofrenilerde oluşan bilişsel, davranışsal ve nö-

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 3(3) 1996

patolojik değişikliklerin bu hasara bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Bu amaçla yatarak tedavi gören, ilk psikotik belirtileri 12 yaş ve öncesinde başlayan, yaşları 10-19 ortalama 14.3 olan 15 erkek, 8 kız şizofrenik çocuk çalışmaya alınmıştır. Çocukların premorbid ve prodromal döneme ilişkin verileri daha önce yaptıkları hastane dosyalarından, testlerinden, aileleri ve kendileri ile yapılan görüşmelerden elde edilmiştir. Premorbid dönem ile ilgili olarak çocukların gelişim basamakları, zeka düzeyleri, sosyal gelişimleri, özel gelişim bozuklukları, yaygın gelişimsel bozuklukları ve davranış bozuklukları belirtileri değerlendirilmiştir.

Araştırma sonuçları bu konuda daha önce yapılan araştırma sonuçları ile uyum göstermiş ve hastalarda % 43 davranış bozukluğu, % 50 okul başarısızlığı, % 50 konuşma bozukluğu ve çoğu hastada da sınırdan ya da düşük zeka düzeyi saptanmıştır. Hastaların % 36 'sında en az bir yaygın gelişimsel bozukluk belirtisi, % 13 'ünde ise infantil otizm belirtilerinin hepsi bulunmuştur. Hastalığın kronik seyri ve şiddeti göz önüne alındığında çocukluk başlangıçlı şizofreninin erişkin yaş grubuna göre daha malign olabileceği ve daha çarpıcı bir premorbid döneme sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak erişkin şizofrenikler ile yapılan geriye dönük araştırmaların güvenilirliklerinin az olması bu çalışmanın sonuçlarını etkilemektedir.

Sonuç olarak yazarlar çocukluk döneminde başlayan şizofrenik bozuklukların etyolojisinde ağır bir santral sinir sistemi bozukluğu ya da beynin erken gelişim evresinde bir patoloji olup olmadığının, süre giden nörobiyolojik çalışmalarla araştırılmasını önermektedirler.

Int. Dr. Kayhan Uluç

Elektif Mutizm : 100 Olgunun Analizi

Steinhausen HC, Juzi C (1996). *Elective mutism : An analysis of 1000 cases. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35 (5) : 606 - 614.*

Bu çalışmada ICD-10 tanı ölçütlerine göre elektif mutizm tanısı alan 100 çocuk değerlendirilmiştir. Farklı bölgelerde bulunan iki kliniğe başvuran hastalar ve kliniğe getirilmeyen hastalar araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Elektif mutizm çocuk ruh sağlığı kliniklerine getirilen hastalar arasında nadir görülen bozukluklardandır. Araştırmanın sonuçlarına göre kızlarda görülme oranı erkeklerle göre daha yüksek bulunmuştur (E/K : 1/1.6).

Sosyoekonomik düzey yönünden karşılaştırıldığında düşük sosyoekonomik düzeyde hasta sayısı yüksek olmakla birlikte anlamlı bir fark bulunamamıştır. Öyküde erken gelişimsel risk etkenlerinin fazla olduğu görülmüştür. Prenatal dönemde hastaların üçte birinde en az bir risk etkeni olduğu, % 43 'ünde doğum sırasında ve % 18 'inde yenidoğan döneminde sorunlar yaşandığı, % 18 'inde motor gelişimde gecikme ve % 24 'ünde ise tuvalet eğitiminde gecikme olduğu saptanmıştır. Başlangıç yaşı erkeklerde 42.3 ay ve kızlarda 53.9 ay olmak üzere ortalama 49.5 ay olarak bulunmuştur. Belirtilerin tipik olarak okul öncesi dönemde başladığı, bebeklik çağından bu yana süregelen sözel iletişim bozukluğu olduğu ve göçmen çocuklarında daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Premorbid dönemde hastaların % 38'inde artikülasyon bozukluğu ve dille anlatım bozukluğu başta olmak üzere konuşma ve dil bozuklukları olduğu, yaklaşık dörtte üçünde ise ilişki sorunları ve ayrılık kaygısı gibi davranış bozuklukları bulunduğu saptanmıştır.

Elektif mutizm tanısı alan çocuklarda eşlik eden diğer belirtilere bakıldığında en yaygın görülen kişilik özelliğinin utangaçlık olduğu (% 85), üçte ikisinde anksiyete belirtileri, üçte birinde depresif belirtiler, üçte birinde karşı olma karşı gelme bozukluğu ve üçte birinde ise dışa atım bozuklukları olduğu bulunmuştur.

Bu hastaların tedavisinde en sık kullanılan tedavi yönteminin psikoterapi olduğu (% 42) ve herhangi bir tedavi yönteminin diğerine üstün olmadığı belirtilmektedir.

Int. Dr. M. Ozan Levent

Okul Öncesi Çocuklarda Psikiyatrik Bozuklukların Prevalans Oranları ve Eşlik Eden Durumlar

Lavigne JV, Gibbons RD, Christoffel KK ve ark. (1996). *Prevalance rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35 (2) : 204-213.*

Bu çalışma okul öncesi çocuklarda psikiyatrik bozuklukların oranını saptamak, sosyodemografik özelliklerin ve anne baba ile çocuk kişilik özelliklerinin sonuçlarla olan ilişkilerini ortaya çıkarmak amacı ile yapılmıştır.

İlk olarak pedyatrister başvuran 2 ve 5 yaş arası 3860 okul öncesi çocuk CBCL (Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği) ve demografik soru formu annelere verilerek taranmış, 90 persentil ve üzerindeki yüksek kabul edilip, düşük puan alan çocuklarla yaş, cinsiyet ve ırk faktörleri göz önüne alınarak eşleştirilip 510 kişi ikinci bir değerlendirmeye alınmıştır. Psikiyatrik tanılar DSM-III-R tanı ölçütleri gözönüne alınarak konulmuştur. Bir tanının yokluğu ya da olasılığı iki psikolog tarafından bağımsız olarak değerlendirilmiş, düzenli görüşmeler sonunda tanılarda birlikteliğe varılmış ve olası tanılar değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmanın sonuçları CBCL'den elde edilen verilere göre değerlendirildiğinde (90 ve 90 persentil üzerinde) davranış sorunları prevalansı % 8.3 bulunmuştur. DSM-III-R tanı ölçütleri kullanıldığında ise Eksen I psikiyatrik bozukluk tanı oranı % 21.4 (% 9.1 'ı ağır) olarak saptanmıştır. En sık konan tanılar karşı gelme - karşı olma bozukluğu (% 16.8), anne baba çocuk ilişki sorunları (% 4.6), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (% 2), kaçınma bozukluğu (% 0.7), aşırı kaygı duyma bozukluğu (% 3.7), basit fobi (% 0.6) ve ayrılma anksiyetesi (% 0.5) dir. Azınlık olma, erkek çocuk, büyük yaş, düşük sosyo ekonomik düzey, baba eksikliği, küçük aile boyutu gibi sosyodemografik özellikler CBCL'den elde edilen sonuçlarla anlamlı korelasyon göstermiştir, ancak aynı korelasyonlar DSM-III-R psikiyatrik tanıları için geçerli bulunmamıştır. Anne baba kişilik özellikleriyle çocuklardaki psikiyatrik bozukluk arasındaki ilişki genelde anlamlı bulunmamış, negatif yaşam olayları ve tanılar arasında da anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Çocukların kişilikleri göz önüne alındığında artmış aktivite düzeyi, çekingenlik,

inatçılık ve düşük zeka düzeyi özelliklerinin psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğu gözlenmiştir.

Sonuç olarak psikiyatrik bozukluk prevalans oranlarına bakıldığında daha büyük yaştaki çocuklar üzerinde yapılan çalışmalara uygun sonuçlar bulunmuştur.

Int. Dr. Evren Üstüner

Çocukluk Emosyonel Kötüye Kullanımı

Thompson AE, Kaplan CA (1996). Childhood emotional abuse. Britsh. Journal of Psychiatry, 168 : 143-148.

Çocukluk emosyonel kötüye kullanımının psikiyatri pratiğindeki önemi artmakla birlikte, halen bu kavramın tanımı ile ilgili bir fikir birliği yoktur. Bu kavram ilk kez 1970 'lerin başlarında sosyol bilimler yazınında tanımlanmıştır. Tanımların tümü hassas bir çocuğu etkileyen ve çocuğun emosyonel ve psikolojik işlevlerinde hasar oluşturan sürekli bir etkileşim örüntüsünde olan sağlıklı ebeveyn davranışlarından söz etmektedir. Yasal anlamda ise, emosyonel kötüye kullanım suç değildir. Emosyonel kötüye kullanımın ve sonuçlarının kuramsal modelleri, çocukluk çağı psikolojik gelişim kuramlarından geliştirilmiştir. Ailelerin de bazı özellikleri olduğu söylenmektedir.

Emosyonel kötüye kullanım psikolojik ve fiziksel gelişim bozuklukları ile, psikiyatrik bozukluklardan bazılarının duyarlılık gelişmesine ve bu açıdan sekillere neden olabilir.

Dr. Nurper Erberk-Özen

KİTAP TANITIMI

İntihar (Özkıyım) : Tanım – Kuram – Sağaltım

Doç. Dr. Celal Odağ, İzmir Psikiyatri Derneği, İzmir 1996. 150 Sayfa

İntihar olgusunu tanımlama, açıklamaya yönelik çeşitli kuramlar ve sağaltım çerçevesinde ayrıntılı bir biçimde ele alan bu kitap dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde özkıyımın tanımlanabilmesi için ne gibi özelliklere dikkat edilmesi gerektiği üzerinde durulmakta, dinamik, sosyal ve bireysel etkenler, kendilik gelişimi, aktarım karşı aktarım ve kalıtımsal nedenlere ilişkin örnekler verilerek tüm özkıyımlar için genel bir tanımlama yapılamayacağı vurgulanmaktadır.

İkinci bölümde intihar ve intihar girişimlerine yönelik genel bilgiler verilmektedir. Yazar bu bölümde özkıyım olgusunda umut ve umutsuzluğun rolüne ilişkin özgün düşünce ve deneyimlerini de açıklamakta ve özellikle bu noktanın terapide getireceği yararları işaret etmektedir.

Özkıyım kuramlarının incelendiği üçüncü bölüm konuya ilişkin kuramların çok boyutlu olarak ele alındığı ve yazarın kendi görüş ve eleştirilerini de katarak zenginleştirdiği bir gözden geçirme bölümüdür.

Dördüncü bölümde özkıyım girişimlerinin sağaltımına yer verilmiştir. Sağaltım ilkeleri, terapi alanında çalışanları etkileyebilecek etmenler, sağaltım dönemleri ve sağaltımda yapılan yanlışlar örnekler verilerek açıklanmaktadır.

Türkçe'de intihar konusunda yazılmış pek az kitaptan biri olma özelliğinin yanı sıra akıcı üslubu, içeriğinin zenginliği, aktarılanların bolca örneklendirilmiş olması ve yazarın getirdiği özgün bakış açısı ve tedavi önerileriyle zengin bir birikimin ürünü olduğu anlaşılan bu kitap konuyla ilgili çalışan klinisyenler için önemli bir kaynak kitabı olma özelliği de taşımaktadır.

Doç. Dr. Füsun Çuhadaroğlu

HABERLER

9. Avrupa Nöropsikofarmakoloji Topluluğu Kongresi

21 - 25 Eylül 1996 tarihleri arasında Hollanda - Amsterdam'da yapılan 9. Avrupa Nöropsikofarmakoloji Topluluğu Kongre'sinde hem konferans ve panellerde hem de bildiri sunumlarında çocuk ve ergenlerle ilgili konular yoğun olarak işlendi. Erişkin dönem bozukluklarının farmakolojik yöntemlerle tedavilerini ve etyolojilerini açıklamaya yönelik biyolojik çalışmaların yanı sıra, Dr. Swedo'nun (A.B.D) çocukluk dönemi obsesif kompulsif bozukluk ve Tourette Sendromu ile streptokok enfeksiyonları arasındaki ilişkiyi açıklamaya yönelik çalışmalarını aktardığı konferans yoğun ilgi çekti. Ayrıca Dr. Pauls'un (A.B.D) Tourette Sendromu ve obsesif kompulsif bozukluğun genetiği, Dr. Buitelaar'ın çocukluk dönemi obsesif kompulsif bozukluk ve Tourette Sendromu'nda beyin görüntüleme yöntemleri ve Dr. Van England'ın çocukluk dönemi şizofrenileri konularındaki konuşmaları kongrenin çocuk ve ergenlere ilişkin diğer konuları oldu. Bu kongreye Türkiye, dinleyicilerin yanı sıra dört bildiri sunumu ile katıldı.

Dr. Z. Bengi Baysal

Otizm Paneli

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin 50. Kurtuluş Yıldönümü etkinlikleri programında yer alan "Otizm Paneli" Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası Konferans Salonlarında 5 Kasım 1996 tarihinde düzenlendi.

Panel başkanı Prof. Dr. Efser Kerimoğlu'nun "ülkemizde otizm konusunda bulunduğumuz nokta, otistik çocukların tanı, sınıflama ve eğitimleri konusunda karşılaşılan güçlükler" hakkında yaptığı konuşmadan sonra, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı "Bebek Ruh Sağlığı" ünitesinden Uzm. Dr. İlgi Ertem, "0 - 3 yaş çocuklarda yaygın gelişimsel bozuklukların tanı ve sınıflamasında kullanılabilirlik, "Bebek ve Erken Çocukluk Ruhsal ve Gelişimsel Bozuklukları Tanı Sınıflaması (0-3 Diagnostic Clasification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood)" ve bu yaş grubunda tedavi konusunda dikkat edilecek konular hakkında görüş-

lerini aktardı. Ortadoğu Teknik Üniversitesi Psikoloji Bölümünden Psk. Dr. Sibel Kazak "Otizmde Zihin Teorisi" konusundaki konuşmasında, tamamladıkları ve yürütmekte oldukları çalışmalardan da örnekler vererek, otistik çocuklarda zihin teorisinin gelişiminde bozukluklar olduğuna yer verdi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim dalından Doç. Psk. Melda Akçakın konuşmasında "Otizmde yeni gelişmeler ve Ankara Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi ve Otistik Çocuklar Merkezi tarafından yürütülen, otizm alanındaki araştırma, eğitim ve tedavi çalışmalarını özetlendi.

Dr. Hakan Erman

I. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi

Ankara Üniversitesi 50. Yıl etkinlikleri kapsamında 6-8 Kasım 1996 tarihlerinde I. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi yapıldı. "Çocukluğun Tarihi", "Çocuk ve Gelişim" ve Çocuk Kültürü anabашlıklarını kapsayan kongre Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi (ÇOKAUM) tarafından gerçekleştirildi. Açılış bildirilerini Prof. Dr. Bozkurt Güvenç, Prof. Dr. Çiğdem Kağıtçıbaşı ve Prof. Dr. Metin And verdi. ÇOKAUM çeşitli fakültelerin ve bölümlerin katkısıyla çocukluğu disiplinler arası bir yaklaşımla araştırmayı hedeflemektedir. Bu amaçla, çeşitli disiplinlerden konuşmacıları biraraya getiren kongre, bu alandaki ilk çalışma olması açısından önem taşımaktadır.

Uzm. Psk. Süreyya Köker

Adolesans Günleri

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği ve İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Adolesans Bilim Dalı işbirliği ile düzenlenen Adolesans Günleri 6 Aralık 1996 tarihinde Çapa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Konferans Salonunda gerçekleştirildi. Her yıl yapılması planlanan bu etkinliğin ilkinde "Adolesans Döneminde Yeme ve Beslenme Bozuklukları" konusu ele alındı. Toplantı, pediatri ve psikiyatri alanında çalışan uzmanları İstanbul'da biraraya getirdi.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 3(3) 1996

Toplantının ilk bölümünde normal gelişim açısından ergenlik dönemindeki beslenme alışkanlıkları ve bazı yeme bozukluklarının medikal yönleri üzerinde duruldu. Daha sonraki oturumda özellikle anoreksiya nervoza ve bu hastalığa ilişkin nedensel etkenler çeşitli kuramlar açısından ele alındı. Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozanın klinik özelliklerinin ve tedavisinin aktarıldığı oturumda; bu gençlerin tedavi ile ilgili dirençleri, hastaneye yatış sırasında ve sonrasında yaşanan güçlükler, dinleyicilerin de yoğun katılımı ile tartışıldı. Toplantı hem bazı tedavi tekniklerinin hem de yeme bozukluklarının sonlanışının olgu sunumları ve izleme çalışmaları yardımıyla ele alındığı, dinleyicilerin de kendi hastaları ile ilgili deneyimlerini aktarma fırsatı bulabildikleri uzun bir oturumla sona erdi.

"Adolesans Döneminde Yeme ve Beslenme Bozuklukları" sempozyumu'nda konunun sınırları iyi çizildiği için, tartışmaların doyurucu düzeyde olduğu ve bir çalışma grubundaki kadar yoğun katılım içerdiği gözlemlendi. Yeme bozukluklarının multidisipliner olarak ele alınmasındaki amaç, karşılıklı bilgi alışverişinde bulunmanın yanı sıra bu bozukluklarda konsültasyon – liyazon işleyişini kolaylaştırmak ve ortak bir dil kullanımını sağlamaktır. Bu açıdan bakıldığında da bu etkinliğin söz konusu amaçlara ulaşmak için ilk adımı oluşturduğu söylenebilir.

*Prof. Dr. Saynur Canat
Dr. Fatih Ünal*

Kadının İnsan Hakları II. Proje

Toplantısı Yapıldı

Kadın Dayanışma Vakfı tarafından düzenlenen toplantı 14 – 15 Aralık 1996 tarihlerinde Ankara'da yapılmıştır. Projenin konusu "Orta ve Üst Sosyo – Ekonomik Düzeydeki Ailelerde Kadına Yönelik Şiddet" tir. Bu proje Avrupa Birliği Avrupa Komisyonu Türkiye Temsilciliği tarafından desteklenmiştir. İngiltere, Fransa, Hollanda, İsveç, İsviçre, Avusturya gibi Avrupa Birliği ülkelerinden gelen dinleyici ve konuşmacıların da katıldığı toplantı oldukça renkli konuşma ve tartışmalarla geçmiştir.

Toplantının ilk gününde açılış konuşmasını Başkan Oya Fişek ve Avrupa Toplulukları Avrupa Komisyonu Türkiye Temsilciliği Müsteşarı

J.V. Ketelsen yapmışlardır. Daha sonra Prof. Dr. Şahika Yüksel "Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet" konulu bir konferans vermiştir. Bunu Avukat İlknur Kalan' ın "Türkiye'de Aile İçi Şiddetin Yasal Boyutu" konulu konuşması izlemiştir.

Projenin adını aldığı konu olan "Orta ve Üst Sosyo – Ekonomik Düzeydeki Ailelerde Kadına Yönelik Şiddet" Prof. Dr. Serap Ayhan tarafından sunulmuştur. Bu çalışmanın sonuçları, Türkiye'de orta ve üst sosyo – ekonomik düzeydeki kadınlara yönelik aile içi şiddetin hiç te küçümsemeyecek düzeylerde olduğunu göstermiştir. Toplantılar sırasında gündeme gelen konulardan biri de kadına yönelik aile içi şiddetin tanımı olmuştur. Dinleyicilerin içten katıldıkları bu tanımlamada kadına yönelik aile içi şiddet "Kadın üzerinde güç ve üstünlük dayatıcı, onu aşağılayıcı ve kinicil bir konuma itici, yapmak istemediğini yapmaya ya da yapmak istediğini yapmamaya zorlayarak engelleyici, dolayısıyla kadının kendi benliği ve kimliğiyle taşıdığı ruhsal bütünlük ve benlik algısını parçalayıcı, vb. tüm davranışlar içinde olmak üzere; erkeğin eşiyile arasında bir egemenlik ilişkisini kurmaya / sürdürmeye yönelik gizli ve açık her türlü saldırı yoluyla, kadına ya da tehditi" olarak tanımlanmıştır. Projenin sunumundan sonra tartışma bölümünde aile içinde kadına şiddetin var olmasının diğer aile bireylerine de şiddetin uygulandığının bir göstergesi olabileceği üzerinde durulmuştur.

İkinci gün, yabancı konuşmacılar kendi ülke-lerindeki durumu anlatmışlar ve kendi ülkelerindeki duruma ilişkin aktarımlarıyla toplantıya boyut katmışlardır.

Toplantının sonunda akılda kalanlar şöyle özetlenebilir :

Kadına yönelik şiddet denilince yalnızca fiziksel şiddet değil, cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddet de anlaşılmalıdır.

Ülkemizde, orta ve üst sosyoekonomik düzeydeki kadınlar da küçümsemeyecek oranlarda aile içi şiddete karşı karşıya kalmaktadırlar.

Kadına aile içi şiddet uygulaması yalnızca ülkemize özgü değildir. Avrupa Topluluğu üyesi ülkelerde de çok ciddi bir sorundur. Hatta Hollanda'da kadın sığınma evlerinde boş yer olmadığı için başvurulara yardım edilememektedir. Diğer ülkelerde de durum benzerdir.

Ülkemizde bu alanda uğraş verenler ile Avrupa Topluluğu üyesi ülkelerde uğraş verenler arasında düşünce açısından belirgin bir fark bulunmamaktadır. Ancak sığınma evlerinin sayısı ve olanakları ülkemizde çok daha kısıtlıdır.

Toplantıda molalarda bile tartışmaların sürdüğü gözlenmiş; isteyenler standlarda konuyla ilgili bir çok kitabı elde etme olanağı bulmuşlardır. Çok yeterli bir biçimde anında çevirinin de yapıldığı toplantıda göze çarpan en önemli eksiklik, yetişkin ve çocuk psikiyatrisi alanında çalışan psikiyatrist, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının katılımının azlığı ve erkek konuşmacı ve dinleyicilerin hemen hemen hiç bulunmayışı olmuştur.

Dr. İsmail Yavaş

Adolesan Çalışma Grubu

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği bünyesinde oluşturulan Adolesan Komisyonunca organizasyonu yapılan Adolesan Çalışma Grubu toplantısı 11 Ocak 1997 tarihinde Ankara'da gerçekleştirildi. Aynı anda toplanan dört çalışma grubunda adolesanlara yönelik dört ayrı konu üzerinde çalışıldı: Klinik psikiyatri açısından adolesan sorunları, liyazon psikiyatrisi açısından adolesan sorunları, eğitimle ilişkili olarak adolesan sorunları, adolesansda sosyal sorunlar. Çalışma gruplarının raporlarının sonucunda oluşturulacak projeler bağlamında adolesan komisyonunca yürütülecek çalışmalar dernek bülteni ve dergi kanalıyla duyurulacaktır.

Doç. Dr. Füsun Çuhadaroğlu

TOPLANTI – KONGRE

23 Şubat 1997 "Zor Vakalarda Şema Odaklı Bilişsel Tedaviler" Ankara. Türk Psikologlar Derneği Bilimsel Etkinlikler Dizisi, Prof. Dr. Nesrin Şahin, Dr. Mustafa Ulusoy yönetiminde çalışma grubu. Ücret : 2.000.000 TL. katılım 25 kişi ile sınırlandırılmıştır. Posta Çeki : 105222, Banka : Yapı Kredi Bilkent Şb. 1000147-9
Başvuru : Türk Psikologlar Derneği İnkılap sok. No : 31/6 Kızılay 06650 Ankara
Tel : 0 (312) 425 67 65 Fax : 0 (312) 417 40 59

27-28 Şubat 1997 "Çocuk ve Ergen Psikoterapileri Sempozyumu" Ankara.
Başvuru : Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi ABD 06100 Cebeci Ankara
Tel : 0 (312) 319 21 60 / 6609 - 6630
Tel / Fax : 362 08 09

14-15 Mart 1997 "Geleneksel Falez Günleri, Çeşitli Boyutları ile Davranış Bozuklukları" Falez Otel Antalya. Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Psikiyatri ABD ve Türkiye Ruh Sağlığı Tedavi Vakfı
Başvuru : Ankara Ü. Tıp. Fak. Psikiyatri ABD PK 170 Dikimevi / ANKARA
Tel : 0(312) 362 70 71 - 319 21 60 / 6617 - 6622
Fax : 0 (312) 433 90 47

3-6 Nisan 1997 "Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Günleri, Psikiyatride Araştırma ve Tedavi Uygulamalarında Güncel Sorunlar" Prof. Dr. Muharrem Özsan anısına düzenlenmiştir. Favori Aqua Resort Kemer - Antalya. GÜTF Psikiyatri ABD (PAUD İşbirliği ile).
Organizasyon : Sınır Turizm ve Seyahat Acentası Ltd. Şti. Hoşdere Cad. No : 126/7 Çankaya.
Tel : 0 (312) 441 59 93 - 94 Fax : 0 (312) 438 96 88

15-17 Nisan 1997 "Third London International Conference on Eating Disorders, Eating Disorders 97" London UK
Başvuru : Eating Disorders 97 Mark Ailen International Conferences Ltd. Croxted Road London 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
Tel : (41) 22 718 46 77 Fax : (41) 22 718 46 99

15-18 Mayıs 1997 "Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi" Belek Antalya.
Düzenleyen : Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği
Organizasyon : Valor Turizm ve Seyahat Acentası Tel : 0 (312) 447 46 07 Fax : 0 (312) 447 46 10
Fethiye Sok. 7/11 G.O.P. ANKARA
Bilimsel Başvuru : PK 67 Samanpazarı 06242 Ankara
Tel : 0 (312) 488 71 15 Fax : 0 (312) 310 00 12

28-31 Mayıs 1997 "XXII. Uluslararası Grup Psikoterapileri Kongresi" Asklepion, Bergama, İzmir
Başvuru : Prof. Dr. Işıl Bulut Hacettepe Üniversitesi Tıp. Fak. Sosyal Hizmetler Y.O. 06290 Keçiören Ankara
Tel : 0 (312) 355 40 00 Fax : 0 (312) 355 57 71
Doç. Dr. Hakan Kumbasar Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Psikiyatri ABD 06100 Dikimevi Ankara
Tel : 0 (312) 319 21 60 / 6671
E-mail : kumbasar@dialup, ankara. edu. 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. Dr. Cario L. Cazzulo, ARS via Tamango. 51-20124 Milan italy Fax : 39-2-29 40 29 22

22-27 Haziran 1997 "6th World Congress of Biological Psychiatry" Nice, France
Başvuru : MCM Meeting Conventions of Biological Psychiatry via Fenestra 1-Sagno-Switzerland
Tel : 491 646 05 67 Fax : 491 646 33 22

Cocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 3(3) 1996

6-11 Temmuz 1997 "6th Congress of World Association for Infant Psychiatry and Allied Disciplines" 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 "14th International Congress of The International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions" Stockholm, Sweeden

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

1-4 Ekim 1997 "33. Ulusal Psikiyatri Kongresi" Dedeman Otel Antalya. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ve Psikiyatri Derneği.

Başvuru : INTERIUM Turizm Ltd. Şti. Birlik Sok. Akyıldız Sitesi No : 24/A D.17 1. Levent İstanbul Tel : 0 (212) 278 10 18 - 264 37 70 Fax : 0 (212) 280 39 61

16-19 Nisan 1997 "ECNP Regional Meeting" Lisbon, Portugal

Başvuru : Congrex Holland bu P.O. Box 302 1000 AH Amsterdam, Netherlands

Tel : 31 20 626 1372 Fax : 31 20 625 9574

E-mail : ecnp@congrex.nl

13-17 Eylül 1997 "10th ECNPPCongress" Vienna, Austria

Başvuru : Congrex Holland bu P.O. Box 302 1000 AH Amsterdam, Netherlands

Tel : 31 20 626 1372 Fax : 31 20 625 9574

E-mail : ecnp@Congrex.nl

16-21 Kasım 1997 "The Synthesis Between Psychopharmacology and Psychotherapy" Jerusalem, Israel

Başvuru : World Psychiatric Association Thematic Conference. The synthesis between psychopharmacology and psychotherapy. Jerusalem, Israel, November 16-21, 1997 P.O. Box 50006, Tel Aviv 61500, Israel