

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

CİLT:4 SAYI:2

1997



ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Cilt:4 Sayı:2, 1997 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	Uzm. Dr. Berna Pehlivan Türk
Uzm. Dr. Hakan Erman	Yrd. Doç. Dr. Birsen Sonuvar
Uzm. Dr. Özlem Erman	Prof. 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

FIRAT ATALAY (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 - (0-312) 310 35 45 / 1151

ISSN: 1301-3904

İ Ç İ N D E K İ L E R

Önyazı	63
Ş. Şener	
Üniversite Öğrencilerinde Aile Ortamındaki Stres Etkenleri ve Stresle Başa Çıkma Yolları	65
H. Aslan, S.B. Gürkan, O. Aslan, N. Alparslan, F. Cenkseven	
Yetiştirme Yurdunda Kalan Gençlerdeki Ruhsal Belirtiler	74
M. Çakışoğlu, Y. Aktaş	
Onbeş Trikotillomani Olgusunun Nedenler, Eşlik Eden Bozukluklar ve Tedavi Yönünden Değerlendirilmesi	84
S. Şenol, E. Karacan	
Malatya İlinde Enüretik Çocukların Demografik Özellikleri ve Ailesel Geçiş	92
M. Yıldız, C. Yakıncı, A.V. Boztepe, H. Ekmekçi	
Cinsel Kimlik Bozukluğu Tanısı Almış Çocuk ve Ergenlerde Sosyodemografik, Klinik ve Psikometrik Özellikler	97
S. Erermiş, M. Tamar, A. Denizoğlu, Ş. Aras, S. Musabali, C. Aydın	
Çocuk ve Ergenlerde, Konversiyon Bozukluğu: Gözden Geçirme	105
E.S. Ercan, B. Veznedaroğlu, C. Aydın	
Oyunun Terapötik Etkisi	113
A. Bayrak	
Görüşler	116
B. Gökler	
Yeni Yayınlardan Özetler	118
Tez Tanıtımı	121
Haberler / Toplantı – Kongre	123

TÜRKİYE SİNİR 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 ve Ruh Sağlığı Sempozyumu'nda verilecektir.

Seçici Kurul

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

Başvuru Adresi

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

ÖNYAZI

TÜRKİYE'DE ÇOCUK VE ERGENLERDE İLAÇ KULLANIMINDA KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Çocuk ve ergenlerde karşılaşılan ruhsal sorunların oluşumunda kişisel ve çevresel nedenlerin birlikte etkili olduğu bilinmektedir. Ele alınan ruhsal sorunun oluşumunda kişilik özellikleri ve çevresel nedenler etken ise o sorunun sağaltımında daha çok çeşitli psikoterapi ve çevresel iyileştirme yöntemleri kullanılmaktadır. Ancak sorunun oluşumunda genetik-nörolojik ya da tıp dilinde "organik" diye nitelendirilen nedenler saptandığında ya da düşünüldüğünde sağaltımda da biyolojik yöntemlerin kullanılması kaçınılmaz bir gereksinimdir.

Biyolojik yöntemlerin ilk sırasını ise ilaç kullanımı oluşturmaktadır. İlaçların bir tedavi yöntemi olarak kullanımı kimi zaman tek başına olurken kimi zaman da diğer yöntemlerle birlikte olmaktadır. Klinisyenlerin çoğu birlikte olan sağaltımları tercih etmektedirler. Çünkü böylece daha çabuk ve daha iyi sonuçlara varmaktadırlar. Tüm toplumlar kanımca genelde ilaç kullanımına diğer yöntemlerden daha çekinceli yaklaşmaktalar ki bu da doğal karşılanmalıdır. Çünkü ilaç ile sağaltım doğal olmayan bir yöntemdir. Ancak kimi zaman ve durumlarda bu girişimden kaçınılamayacağı açıktır. Kaldı ki hastalığın kişiye olumsuz etkileri ilacın istenmeyen etkilerinden daha çok ve daha zararlı ise bu girişim kendini zaten haklı çıkarmaktadır.

Çağımızın sonuna yaklaşırken tıptaki bilimsel ve teknik gelişmeler biz klinisyenleri ilaç kullanımı yönünde eski yıllara oranla çok daha rahatlatmaktadır. Çünkü bilimsel araştırmalar ruhsal sorunların biyolojik temelli nedenlerini gittikçe artan netlikte ortaya çıkarmakta, psikofarmakolojik çalışmalar ise ilaç türlerini ve etkinliğini arttırırken, istenmeyen yan etkileri azaltmaktadır. Öte yandan medya kanalıyla toplumun hastalıklar ve sağaltım yolları hakkındaki bilgilenmesi artmakta ve ilaç kullanımını yönündeki çekinimsizliği de dolayısıyla azaltmaktadır. Toplumun bu yöndeki kaygılarının salt medya yolu ile bilgilendirilmeleri sonucu azalabileceği sanı ve umudunu taşımak yanıltıcı ve yetersiz olabilir. Hasta ve yakınlarının bu konuda aydınlatılması, sorunların yanıt bulması, özellikle sorun ve ilaç tedavisi ile ilgili özel ve yeterli açıklamaların yapılması biz hekimlere düşmektedir. Bu da en etkin biçimde hasta hekim ilişkisi ve işbirliği süreci içinde yapılabilir.

Çocuk ve ergenlerin gelişim süreci içinde olmaları nedeniyle ailelerin ilaca kaygı ile yaklaşımları doğaldır. Yine ergenlerin yaşamlarının bu dönemlerinde kendi beden ve benlik görünümüne ne kadar titiz olduklarını da hatırlarsak düşünülen sorunun ve tedavinin kendilerine, ailelerine anlaşılır biçimde açıklanmasının önemi bir kez daha ortaya çıkmış olacaktır. Tüm bu nedenlerle gün geçtikçe çocuk ve ergenlerde ilaç kullanımının çeşitliliği, sıklığı ve süresi artmaktadır. Ancak biz klinisyenler bu konuda Türkiye genelinde bazı zorluklarla karşılaşmaktayız. Bu zorlukların ilk sırasını kullanacağımız ilacın Türkiye'de kullanıma sunulmamış olması oluşturmaktadır. İlaçların ruhsatlandırılması ve de ruhsatlı olmasına karşın piyasaya sunulmayan ilaçların yurt dışından getirilmesi işlemlerinin sağlık bakanlığının yetki ve sorumluluğu içinde olduğu bilinmektedir ve böyle olması da doğaldır. Ancak bakanlığın bürokratik nedenlerle hızlı gelişen ve ilerleyen bu konu ile aynı hızı yakalayamadığı da aşikardır. Böyle olunca da sağaltım için gerekli ilacı bulamayan hasta ile biz hekimler türlü zorluklar yaşamaktayız.

İşte bu bağlamda Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği bir süre önce psikofarmakoloji alanında gereksinim duyduğumuz ilaçların Türkiye'ye girişi ya da kullanımda olanların sunumunun çeşitlendirilmesi ve kolaylaştırılması ile ilgili sağlık bakanlığına bir başvuru yapmıştır. Bakanlığın çalışmaları henüz sonuçlanmamışken Türk Eczacılar Birliği'nin sevindirici bir girişiminin haberini almış bulunmaktayız. Bu haberde birliğin Türkiye'de ruhsatlı olup, kullanımda olmayan ilaçların yurt dışından getirilmesine yardımcı olacağı bildirilmektedir.

Biz, çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında hizmet veren hekimler bir an önce bizleri ve sağaltım gereksiniminde olan hastalarımızı rahatlatıcı gelişmelerin olmasını umutla beklemekteyiz. Bu bekleme sürecini olumlu yönde etkileyecek olan girişimlerin sürmesi gerektiği kanısındayım. Bu alanda salt dernek adına yapılan başvuru sonucunun beklenmemesinin; üniversite ve eğitim hastanelerinin de özel ya da tüzel olarak başvuruda bulunmalarının etkili ve yararlı olabileceğini düşünmekteyim.

Prof. Dr. Şahnur Şener

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE AİLE ORTAMINDAKİ STRES ETKENLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA YOLLARI

S.Halime Aslan*, Sema B. Gürkan** Oğuz Aslan***
Nazan Alparslan****, Fulya Cenkseven*****

ÖZET

Bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinin aile ortamında karşılaştıkları stres kaynaklarının ve başa çıkma tarzlarının bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini araştırmaktır. Çalışmaya 222 öğrenci katılmıştır. Çalışmada Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Gençlik Dönemindeki Aile Sorunlarını Değerlendirme Ölçekleri kullanılmıştır. Sonuçta yaşla, aile yapısıyla ve cinsiyetle ekonomik sorunlar arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Baba eğitimi yalnızca ekonomik sorunlar alt boyutu puanlarıyla ilişkilirken, anne eğitimi stres, sosyal etkinliklerle kısıtlılık ve ilişkilerde duyarsızlık-tutarsızlık puanlarıyla da ilişkilidir. Ailesiyle birlikte yaşayan öğrencilerin stres puanları daha düşük, ilişkilerde duyarsızlık-tutarsızlık ve ev ortamında düzensizlik puanları daha yüksektir. Sonuçlar ilgili kaynaklar ışığında tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Üniversite öğrencileri, aile ortamı, stres, stresle başa çıkma yolları.

SUMMARY: FAMILY ENVIRONMENT STRESSORS AND COPING STYLES AMONG UNIVERSITY STUDENTS

The aim of this study was to investigate the relationships of family environment stressors and coping styles with some sociodemographic variables among university students. The sample consisted of 222 students. Coping Styles and Family Problems of Young Adulthood Evaluation Scales were used. As a result, there was a relation between age, family type, gender and financial problems. The education levels of the fathers were associated with the scores of "financial problems" subscale, whereas the education levels of the mothers were associated with the scores of stress, "limited social activity" and "insensitivity-inconsistency in relations" subscales. The students who lived with their families had lower stress scores, but higher scores of "insensitivity-inconsistency" and "disorder in the house" subscales. Results were discussed along with relevant literature.

Key words: University students, family environment, stress, coping styles.

GİRİŞ

"Stres" organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilerek zorlanması ile ortaya çıkan durumdur (Lazarus ve ark. 1981). Bu tehlike ve tehditler sonucunda kişi kendini korumaya yönelik yöntemleri temelde "soruna" ya da "duygulara" yönelik olarak ikiye ayrılmaktadır. Sorun odaklı davranışlar durumu değiştirmeye yönelik etkin, mantıklı, serinkanlı ve bilinçli çabaları içerirken, duygulara yönelik yaklaşımlar

* Uzm. Dr., Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, İzmit

** Uzm. Psk., Çukurova Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, Adana.

*** Dr., Adana İl Sağlık Müdürlüğü, Adana.

**** Doç. Dr., Çukurova Üniv. Tıp Fak. Biyoistatistik ABD, Adana.

***** Psk., Çukurova Üniv. Eğitim Bilimleri Fak. PDR ABD, Adana.

uzaklaşma, kendini denetleme, sosyal destek arama ve kabullenme gibi yaklaşımları içermektedir (Folkman ve ark. 1986, Şahin ve Durak 1995).

Aile sosyal, kültürel ve ekonomik bütünlüğü olan bir sistemdir. Kişinin beden ve ruh sağlığı için gerekli bakım, ilgi ve sevgiyi bulabileceği en doğal ortam ailedir. Ana-baba tutumu, aile ortamı, aile içi uyum, ilişkiler gibi aileye ilişkin değişik özellikler kişinin kişilik yapısını, tutum ve davranışlarını biçimlendirmektedir (Karadayı 1994, Çopur 1996). Aile ortamında yaşanan çeşitli çatışma ve gerginlikler strese yol açmaktadır. Aile ortamından kaynaklanan streslerle gençlerdeki uyum sorunlarının ya da ruhsal bozuklukların yakından ilişkili olduğu bildirilmektedir

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 4(2) 1997

(Baykara 1989, Karadayı 1994). Aile ortamı ile gençlerdeki yalnızlık ve benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişki değişik çalışmalarda ortaya konmuştur. Aile içi uyum ve olumlu ilişkiler gençte kendine güven, iyimserlik, sosyal yetkinlik gibi olumlu özellikleri geliştirmektedir (Bell ve ark. 1985, Lamborn ve ark. 1991). Aile yapısının kişinin kullandığı stresle başa çıkma yöntemlerini etkilediği de bildirilmektedir. Bir çalışmada alkolik babası olan gençlerin daha çok stresle karşılaştığı ve bu streslerden daha çok etkilendikleri belirtilmiştir. Alkoliklerin çocukları aile ortamındaki bu stres kaynaklarıyla başa çıkarken sorunun çözümü yoluna daha az, çaresizliğe ve alın yazısına sığınma yollarına ise daha çok başvurmuşlardır (Tuğrul 1994).

Genç, ergenlikten çıkıp yetişkinliğe geçerken bu dönemin getirdiği değişik sorunları yaşamaktadır. Üniversite öğrencisi genç, gençlik dönemini önemli kılan ve sağlıklı yetişkinliğe ulaşabilmek için iyi bir biçimde aşılması gereken gençlik sorunlarını kaçınılmaz olarak yaşamaktadır. Bu sorunların yanı sıra kimi üniversite öğrencisi gençler aile ortamından kaynaklanan sorunları da yaşarken, kimileri aileden uzak kendi başına yaşamaya, ilk kez çevresinden ayrılma gibi sorunları yaşamaktadır (Akman 1995, Yurtbay 1996).

Bu çalışmada amaç üniversite öğrencilerinde, gençlik dönemindeki aile ortamından kaynaklanan sorunların, stres düzeylerinin ve stresle başa çıkma yollarının değişik sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini araştırmaktır.

YÖNTEM

Çalışmaya Çukurova Üniversitesi'nin değişik fakültelerinin ikinci ve üçüncü sınıflarında okuyan öğrencilerden 222'si seçkisiz örneklem yöntemi ile katılmıştır. Öğrencilere ölçekler dersane koşullarında, ders başlangıcında, çalışmanın amacı açıklanarak doldurtulmuş, gönüllü olmayanlar çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmada şu ölçekler kullanılmıştır:

1- Sosyodemografik Veri Toplama Formu: Öğrencinin yaşı, cinsiyeti, anne-baba eğitimi, aile

yapısı, kardeş sayısı, barınımı, üniversiteyi kaçınıcı girişte kazandığı, dönem kaybı olup olmadığı, şu anda okuduğu fakültenin kaçınıcı tercihi olduğu gibi sorular yer alan bu form öğrencilerin kendileri tarafından doldurulmuştur.

2- Gençlik Dönemindeki Aile Sorunlarını Değerlendirme Ölçeği (GDASDÖ): Gençlik döneminde içinde yaşanan aile ortamından kaynaklanan streslerin sayısını ve bu streslerden etkilenme derecesini ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle, ölçekte yer alan maddeler iki aşamada yanıtlanmaktadır. İlk aşamada kişilerden o maddede sözü edilen durumun kendi ailelerinde görülüp görülmediğine karar vermeleri ve "doğru" ya da "yanlış" seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmektedir. Böylece "doğru" seçeneğinin işaretlendiği maddelerden elde edilecek puanla stres sayısı belirlenmektedir. İkinci aşamada ise kişilerden yalnızca "doğru" seçeneğini işaretledikleri maddeler için bir değerlendirme daha yaparak o maddede sözü edilen durumun kendilerini ne denli etkilediğini dörtlü likert tipi bir ölçek üzerinde "hiç etkilemiyor", "biraz etkiliyor", "orta derecede etkiliyor" ve "çok etkiliyor" seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmektedir. Bu ikinci değerlendirmeden elde edilen puanlar kişinin mevcut sorunlardan ne denli etkilendiğini göstermektedir. Ölçek 69 maddeden oluşup, 8 alt boyutu vardır. Ölçek ve alt boyutlar için belli bir kesim puanı yoktur. Alt boyutlar:

1- Otoriter-baskıcı tutum (OBT): Anne-babanın kendi istek ve görüşlerini kabul ettirebilmek için yaptıkları baskı, gencin sözel ve fiziksel istismarı ve katı bir disiplin anlayışı ile ilgili maddeleri içerir.

2- İlişkilerde duyarsızlık-tutarsızlık (İDT): Gencin duygusal ihmali, aile-içi iletişimsizlik, aile kurallarında belirsizlik, tutarsızlık ve çok gevşek disiplin anlayışı ile ilgilidir.

3- Anne-baba ilişkilerinde uyumsuzluk (ABİU): Anne-baba arasındaki gerginlik, eşlerin sözel ve fiziksel istismarı ve evlilik dışı ilişkilerle ilgili maddelerdir.

4- Sosyal etkinliklerde kısıtlılık (SEK): Aile üyelerinin sosyal izolasyonunu gösteren sportif, satsal ve boş zaman etkinliklerinin ve gencin arkadaşlarıyla birlikte olmasının engellenmesi ile ilgili maddeleri kapsar.

5- Ev ortamında düzensizlik (EOD): Ev işleriyle ve düzeni ile ilgili olarak ortaya çıkan aksaklıkları içerir.

6- Ekonomik sorunlar (ES): Ailenin önemli ekonomik kısıtlılıkları ile ilgili maddelerden oluşmaktadır.

7- İlişkilerde sınırsızlık ve istismar (İSİ): Aile üyelerinin davranışlarındaki sınırsızlıklar, gencin cinsel istismarı ile ilgili maddelerden oluşur.

8- Sağlık ve sosyal sorunlar (SSS): Ailenin genel sağlık durumu ve çevreyle olan ilişkilerindeki olumsuz özelliklerle ilgili maddeleri içerir.

Ölçek Tuğrul (1996) tarafından geliştirilmiş, dört ayrı çalışmada 18-24 yaşları arasındaki gençlere uygulanmış, Cronbach alfa değerleri toplam puan açısından 0.93 ile 0.95 alt boyutların puanları açısından 0.45 ile 0.91 arasında bulunmuştur.

3- Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ): Folkman ve Lazarus'un (1980) Başa Çıkma Yolları Envanteri'nden hareketle oluşturulmuş, üniversite öğrencileri için kullanılmak üzere hazırlanmış daha kısa bir ölçektir. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte, alt boyutlar için ayrı ayrı puanlar hesaplanmaktadır. Belli bir kesim puanı yoktur. Ölçek 30 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar:

1- Kendine güvenli: Sorunun çözümü için kendine güvenme, planlı olma ve çözüm seçeneklerini değerlendirme ile ilgili maddeleri kapsar.

2- İyimser yaklaşım: Olaylara daha hoşgörölü ve iyimser bakma, sorunları daha gerçekçi ve sakin bir biçimde değerlendirme ile ilgilidir.

3- Çaresiz yaklaşım: Kendini çaresiz duyumsama, kendini suçlama ve mucize beklentilerini içerir.

4- Boyun eğici yaklaşım: Yazgısına boyun eğme kabullenme ile ilgili maddeleri kapsar.

5- Sosyal desteğe başvurma: Sorunları başkalarıyla paylaşma, çözüm için başkalarından yardım istemeyle ilgilidir.

Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi SPSS for Windows programında t-testi ve pearson korelasyon analizi ile yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan öğrenciler 18-24 yaşları arasında olup yaş ortalaması $20. \pm 2.0'$ dir. Öğrencilerin 104'ü (%46.8) erkek, 118'i (%53.2) kızdır. Sosyodemografik veriler tablo 1'de yer almaktadır. Öğrencilerden yalnızca bir kişi kendisinde ruhsal hastalık olduğunu ve bipolar bozukluk tanısı aldığını bildirmiştir. 19 kişi ise kendisinde bedensel bir hastalık olduğunu belirtmiştir. Bu hastalıklar 9 (%8.6) kişide ülser, 2 (%0.9) kişide migren, 2 (%0.9) kişide allerji, 2 (%0.9) kişide guatr, 1 (%0.5) kişide spastik kolon, 1 (%0.5) kişide polio sekeli, 1 (%0.5) kişide kronik böbrek hastalığı ve 1 (%0.5) kişide doğuştan kalça çıkığıdır.

Öğrencilerin ölçek puanlarının sınırları ve ortalamaları tablo 2'de verilmiştir.

SBTÖ'nin çaresiz yaklaşım alt boyutu aile stresi sayısı puanı ile orta derecede pozitif korelasyon göstermektedir ($r:0.19, p<0.01$). SBTÖ'nin diğer alt boyutları ile aile stresi sayısı puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Yaşla GDASDÖ'nin ekonomik sorunlar alt boyutu arasında güçlü pozitif korelasyon olduğu belirlenmiştir ($r: 0.42, p<0.001$). Yaşla diğer ölçek puanları arasında ilişki belirlenmemiştir.

Kız öğrencilerin SBTÖ'nde iyimser ve kendine güvenli yaklaşım puanları erkek öğrencilerden daha düşükken, çaresizlik puanları daha yüksektir. Erkek öğrencilerin ise GDASDÖ'nde ekonomik sorunlar alt boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Cinsiyetle diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo -1 : Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri

	n	%
Aile yapısı		
Çekirdek	194	87.4
Geniş	11	5.0
Baba ölmüş	11	5.0
Anne-baba boşanmış	4	1.8
Anne ölmüş	1	0.5
Anne ve baba ölmüş	1	0.5
Anne eğitimi		
İlkokul	143	64.4
Ortaokul-lise	50	22.5
Yüksek okul	29	13.1
Baba eğitimi		
İlkokul	96	43.3
Ortaokul-lise	59	26.6
Yüksek okul	67	30.2
Barınımı		
Yurt	80	36.0
Ailesiyle birlikte	101	45.5
Arkadaşlarıyla	32	14.4
Akraba yanında	9	4.1
Dönem Kaybı		
Var	33	14.9
Yok	189	85.1

Ana-baba evinde yaşayanların GDASDÖ'nin ilişkilerde duyarsızlık ve tutarsızlık puanları ve ev ortamında düzensizlik puanları daha yüksektir (Tablo 4). Diğer ölçek puanları ile barınım biçimi arasında anlamlı ilişki yoktur.

Aile yapısı çekirdek olan öğrencilerin GDASDÖ'nde ekonomik sorunlar alt boyutu puanları 2.8 ± 4.0 iken, geniş ya da parçalanmış aile yapısı olanlarda 6.2 ± 5.8 puandır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t: 4.0, p < 0.001, sd: 220$). Buna göre çekirdek ailelerde yaşayan gençler ekonomik sorunlar nedeniyle daha az strese girmektedirler. Aile yapısı ile diğer ölçek puanları anlamlı farklılık göstermemektedir.

Öğrencilerin kardeş sayısı 1-9 arasında, ortalama 4.0 ± 2.0 'dir. Kardeş sayısı ile yalnızca GDASDÖ'nin ekonomik sorunlar alt boyutu arasında orta derecede pozitif korelasyon vardır ($r: 0.23, p < 0.01$).

Anne eğitimi ile GDASDÖ'ndeki stres sayısı ve sosyal etkinliklerde kısıtlılık, ilişkilerde duyarsızlık-tutarsızlık ile ekonomik sorunlar alt boyutları ilişkili bulunurken (Tablo 5), baba eğitimiyle yalnızca ekonomik sorunlar alt boyutu ilişkili bulunmuştur.

Öğrencilerin üniversiteyi kaçınıcı girişte kazandığına bakıldığında, ölçek puanları ile ilişki bulunmamıştır. Dönem kaybı olan ve olmayan öğrencilerin ölçek puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

İlk tercihi olan fakültede okumakta olan gençlerin SBTÖ'nin boyun eğici yaklaşım alt boyutu puanları daha düşük, GDASDÖ'nin otoriter-baskıcı tutum ve ekonomik sorunlar alt boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Tercih sırasına göre diğer ölçek puanlarının anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür.

Tablo -2 : Ölçek puanlarının sınırları ve ortalamaları

ÖLÇEK	Min.	Max.	Ortalama
SBTÖ:			
Sosyal destek	2	12	6.6 ± 1.8
İyimser	0	15	8.8 ± 3.1
Çaresiz	0	24	10.4 ± 4.5
Boyun eğici	0	17	4.4 ± 3.0
Kendine güvenli	0	24	15.0 ± 4.0
GDOSDÖ:			
Aile stresi	0	61	10.7 ± 9.4
OBT	0	39	6.7 ± 7.8
İDT	0	31	6.3 ± 7.3
ABİTU	0	28	2.8 ± 5.0
SSS	0	17	2.6 ± 3.2
ES	0	19	3.3 ± 4.4
İSİ	0	20	1.1 ± 2.6
EOD	0	9	0.8 ± 1.7
SEK	0	28	2.6 ± 3.9

* SBTÖ : Stresle başa çıkma Tarzları Ölçeği

* GDASDÖ : Gençlik Dönemindeki Aile Sorunlarını Değerlendirme Ölçeği

SEK : Sosyal etkinliklerde kısıtlılık

OBT : Otoriter baskıcı tutum

İDT : İlişkilerde duyarsızlık tutarsızlık

ABİTU : Anne-baba ilişkilerinde uyumsuzluk

SSS : Sağlık ve sosyal sorunlar

İSİ : İlişkilerde Sınırsızlık ve istismar

EODE : Ev ortamında düzensizlik olarak kısaltılmıştır.

ES : Ekonomik sorunlar

Tablo -3 : Cinsiyete göre farklılık gösteren ölçek puanları

Ölçek	Kız (n: 118)	Erkek (n: 104)		
SBTÖ - İyimser	8.1 ± 3.1	9.7 ± 2.8	t: 4.0	p<0.001
SBTÖ - Çaresiz	11.3 ± 5.0	9.4 ± 3.7	t: 3.1	p<0.01
SBTÖ - Kendine güvenli	14.1 ± 4.4	15.9 ± 3.4	t: 3.5	p<0.001
GDASDÖ - Ekonomik sorunlar	2.6 ± 3.9	4.0 ± 4.8	t: 2.3	p<0.05

Tablo -4 : Barınımına göre farklılık gösteren ölçek puanları

Ölçek	Anne-baba ile n:101	Diğer n:121		
GDASDÖ - İDT	8.1 ± 8.6	4.9 ± 5.7	t: 3.4	p<0.001
GDASDÖ -EOD	1.0 ± 1.8	0.6 ± 1.5	t: 2.2	p<0.05

Tablo -5 : Anne eğitimine göre farklılık gösteren ölçek puanları

	Anne ilkokul çıkışlı n: 143	Ortaokul - lise ya da yüksek okul çıkışlı n: 79		
GDASDÖ Aile stresi	11.9 ± 9.4	8.4 ± 8.9	t: 2.7	p<0.01
GDASDÖ - ES	4.2 ± 4.8	1.5 ± 2.8	t: 4.7	p<0.001
GDASDÖ - SEK	3.0 ± 4.1	1.8 ± 3.3	t: 2.2	p<0.05
GDASDÖ - İDT	7.2 ± 7.4	4.8 ± 7.0	t: 2.3	p<0.05

Tablo -6 : İlk tercihi olan fakültede okuyanlarla okumayanların farklılık gösteren ölçek puanları

Ölçek	İlk tercih n: 86	Diğer n: 136		
SBTÖ - Boyun eğici	3.8 ± 3.2	4.7 ± 2.9	t: 2.1	p<0.05
GDASDÖ -OBT	8.2 ± 8.9	5.9 ± 7.0	t: 2.0	p<0.05
GDASDÖ - ES	4.1 ± 4.8	2.7 ± 4.0	t: 2.3	p<0.05

TARTIŞMA

Öncelikle çalışmanın sonuçları Tuğrul'un (1996) çalışması ile karşılaştırıldığında, bu çalışmadaki sorunsuz gençlerin GDASDÖ'nin toplam ve alt boyutları puanlarının çalışmamızda elde edilenlerle oldukça benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Üniversite öğrencilerinde aile stresi ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiye bakıldığında, aile stresi sayısı ile SBTÖ'nin çaresiz yaklaşım ölçeği puanları arasında pozitif korelasyon olduğu belirlenmiştir. Abramson ve arkadaşlarının (1978) "Öğrenilmiş çaresizlik kuramı"na göre birey sonucu kontrol etme yönünden kendisini başarısız duyumsarsa çaresizlik durumu ortaya çıkar. Bu kurama göre sabit ve kişisel etkene yapılan nedensel yüklemeler, gelecekteki olumsuz koşulların da kontrol edilemeyeceği beklentisini doğurur. Aile ortamı daha stresli olan öğrenciler, bu durumu "kontrol edilemez", "değiştirilemez" olarak değerlendirip, gelecekte stres yaratacak durumların da kontrolleri dışında gelişeceği inancıyla, çaresizliği öğreniyor olabilirler. Ya da bu öğrenciler stresli aile ortamında sorun çözme yollarını aileden öğrenemiyor, dolayısıyla soruna odaklı başa çıkma yolları yerine çaresizliğe sığınma yoluna başvuruyor olabilirler. Bu görüşler, alkolik babaların çocuklarıyla yapılan ve benzer sonuçlar elde edilen çalışmalarda da ileri sürülmüştür (Tuğrul 1994).

SBTÖ'ne bakıldığında kız öğrencilerin soruna odaklı yaklaşımları daha az kullandıkları, sıklıkla çaresiz yaklaşıma başvurdukları belirlenmiştir. Bu bulgu, kimi yurt dışı çalışmaların sonuçlarıyla tutarlılık gösterirken, yurt içi çalışmaların sonuçlarıyla çelişmektedir (Compas ve ark. 1988, Carver ve ark. 1989). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, stresle başa çıkmada boyun eğici ve çaresiz yaklaşımlarda cinsiyet farklılığına rastlanmadığı, Türk kızlarının Amerikalı hemcinsleriyle karşılaştırıldığında sorunun çözümü konusundaki kontrolü daha çok kendi ellerinde algıladıkları ve sorunlardan daha az kaçtıkları görülmüştür (Şahin ve Durak 1995, Şahin ve ark. 1993).

Anne-babayla birlikte yaşayan öğrencilerin GDASDÖ'nde ilişkilerde duyarsızlık-tutarsızlık ve ev ortamında düzensizlik puanları daha yüksek bulunmuştur. Akman'ın çalışmalarında (1995) yurttan kalan öğrencilerin daha sorunlu olduğu bildirilmektedir. Maşrabacı (1989) ve Yurtbay'ın (1995) çalışmalarında ise ailesiyle kalan öğrencilerle yurttan kalan öğrenciler arasında ruhsal belirtilerin farklılık göstermediği bulunmuştur. Anne-babayla birlikte yaşayan öğrencilerin ilişkilerde duyarsızlık-tutarsızlık ile ev ortamında düzensizlik puanlarının daha yüksek olması çelişki gibi görünmektedir. Ancak aileden ayrı yaşama, getirdiği stresin yanı sıra arkadaş ilişkilerinde birbirine destek olma, dayanışma, yardımlaşma ve aynı hedefe yönelme açısından olumlu yönde etki de yapabilmektedir (Maşrabacı 1989). Ayrıca ailesiyle kalanların aileden uzakta yaşayanlara göre, ev işleriyle ve düzeniyle ilgili ortaya çıkan aksaklıklardan, aile üyelerinin davranışlarındaki sınırsızlıklardan ve ailenin yaşantısındaki ani değişikliklerden daha çok etkilendikleri düşünülebilir.

Aile yapısı çekirdek olan öğrencilerin GDASDÖ'nin ekonomik sorunlar alt boyutu puanları daha düşüktür. Geniş ya da parçalanmış ailelerde ekonomik sorunların daha yoğun yaşanması beklenebilecek bir sonuçtur. Kardeş sayısı ile ekonomik sorunlar arasındaki pozitif korelasyon da bu bulguyu destekler niteliktedir.

Çalışmada yaşla da GDASDÖ'nde ekonomik sorunların arttığı belirlenmiştir. Genç ve ergenlerde ekonomik bağımsızlığın geç kazanulmasının stresi artırdığı bildirilmektedir (Maşrabacı 1989). Yaş büyümesine karşın ekonomik bağımsızlık kazanılmadıkça, genç kendisini aileye daha çok yük gibi duyumsayabilir.

Çalışmada baba eğitimi yalnızca GDASDÖ'nde ekonomik sorunlarla ilişkili bulunurken, anne eğitimi GDASDÖ'nde ekonomik sorunların yanı sıra aile stresi sayısı, sosyal etkinliklerde kısıtlılık ve ilişkilerde duyarsızlık-tutarsızlıkla da ilişkili bulunmuştur. Bu bulgu, annenin eğitim düzeyi yükseldikçe eşiyle ve / veya çocuğuyla kurduğu iletişimin niteliğinin de değişmesine bağlanabilir.

Çalışmalar her iki cinsiyetten de ergen ve gençlerin daha çok anneleriyle zaman geçirdiklerini ve daha olumlu iletişim kurduklarını bildirmektedir (Akman 1995). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da ergenler annelerini babalarından daha iletişimsel olarak algıladıklarını belirtmişlerdir (Köker ve ark. 1994). Daha yüksek eğitilmiş annenin, gencin akademik gelişmesinin yanı sıra sosyal gelişimi, boş zamanlarını değerlendirme ve bireysel gereksinimleri için daha çok olanaklar sağlayacağı düşünülebilir.

Üniversite sınavına girişte ilk tercihi olan bölümlerde okuyan öğrencilerin, daha sonraki tercihlerinde okuyanlara göre, stresle başa çıkmada boyun eğici yaklaşım daha az kullandıkları görülmüştür. Bu öğrenciler stresle başa çıkmada boyun eğici yaklaşımı daha az baş vurdukları için daha üst tercihlerini kazanmış olabilirler. Çalışmalar sorun odaklı başa çıkma düzeneklerinin durumu değiştirmeye yönelik etkin çabaları içerdiğini bildirmektedir (Şahin ve Durak 1995). Daha az istediği bölümde okuyan öğrencilerin ise, durumu değiştirilemez olarak değerlendirip, soruna odaklı yöntemler yerine, daha çok durumu kabullenme ve boyun eğme gibi yaklaşımlarda buldukları söylenebilir.

İlk tercihinde okuyan öğrencilerde GDAS-DÖ'nin otoriter-baskıcı tutum ve ekonomik sorunlar alt boyutları puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu öğrenciler anne-babalarının kendi istek ve görüşlerini kabul ettirebilmek için baskı uyguladıklarını, sözel ve fiziksel istismarda bulduklarını ve katı bir disiplin anlayışına sahip olduklarını düşünmektedirler. Bu bulgu, bu gençlerin ekonomik ve sosyal açıdan kendilerini daha özgür duyumsamak için üniversite giriş sınavına daha çok motive olmaları ile açıklanabilir. Üniversite giriş sınavında daha yüksek puanla yerleşilen bölümler, genellikle ileride daha çok gelir getirecek ve toplumsal statüsü daha yüksek mesleklerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonuçları üniversite öğrencilerinde aile ortamından kaynaklanan stresle soruna odaklı başa çıkma yöntemleri arasında ilişki olduğunu, aile ortamını daha stresli olarak değer-

lendiren öğrencilerin soruna odaklı başa çıkma yollarına daha az, çaresiz yaklaşıma daha çok başvurduklarını göstermektedir. Çalışmada kızların daha çok duygulara yönelik başa çıkma yöntemlerini kullandıkları bulunmuştur. Erkek öğrenciler ve geniş ya da parçalanmış ailede yaşayanlar aile ortamından kaynaklanan ekonomik sorunları daha çok duyumsamaktadır. Baba eğitimi yükseldikçe aile ortamından kaynaklanan ekonomik sorunlar azalırken, anne eğitimi yükseldikçe ekonomik sorunların yanı sıra sosyal etkinliklerde kısıtlılık ve ilişkilerde duyarsızlık ve tutarsızlık da azalmaktadır. Ailesiyle birlikte yaşayan öğrenciler aile ortamından kaynaklanan düzensizlik ve ilişkilerde duyarsızlık ve tutarsızlığı daha çok duyumsamaktadırlar. İlk tercihinde okuyanlar stresle başa çıkmada boyun eğici yaklaşıma daha az başvurmakta, ancak aile ortamındaki otoriter ve baskıcı tutumdan ve ekonomik sorunlardan daha çok etkilenmektedirler.

Bundan sonraki çalışmalarda riskli gruplar belirlenerek, aile ortamından kaynaklanan stres etkenleriyle değişik psikopatolojiler arasındaki ilişkiler ortaya konabilir ve sorunu öğrencilerde bu doğrultuda sağaltıma yönelik aşamalar kaydedilebilir.

KAYNAKLAR

- Abramson LY, Seligman ME, Teasdale J (1978) Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol* 87: 49-74.
- Akman Y (1995) Cinsiyetlerine, sınıflarına, yüksek öğrenimleri sırasında kaldıkları yerlere ve bazı aile özelliklerine göre üniversite öğrencilerinin uyumları. *3 P Dergisi* 3: 20-28.
- Baykara A (1989) Ana baba tutum özelliklerinin gencin uyumuna etkisi. *Üniversite Gençliğinde Uyum Sorunları Sempozyumu Bilimsel Çalışmaları*, Ankara: Meteksan, s: 30-33.
- Bell NJ, Avery AW, Jenkins D ve ark. (1985) Family relationship and social competence during late adolescence. *J Youth Adolesc* 14: 109-119.
- Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK (1989) Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 56: 267-283.

Compas BE, Malcarne VL, Fondacaro KM (1988) Coping with stressful events in older children and young adolescents. *J Consult Clin Psychol* 56: 405-411.

Çopur F (1996) Ana baba tutum algısının kız öğrencilerin kullandıkları stresle başa çıkma yollarına etkisi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Folkman S, Lazarus RS (1980) An analysis of coping in a middleaged community sample. *J Health Soc Behav* 21: 219-239.

Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C ve ark. (1986) The dynamics of a stressful encounter. *J Pers Soc Psychol* 50: 992-1003.

Karadayı F (1994) Üniversite gençlerinin algılanan anababa tutumları, anababayla ilişkileri ve bunların bazı kişilik özellikleri ile bağlantısı. *Türk Psikoloji Dergisi* 9: 15-26.

Köker S, Evrengöl A, Canat S (1994) Ergenlerin ana babaları ile iletişimlerini algılama düzeyleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1: 75-79.

Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L ve ark. (1991) Patterns of competence and adjustment among adoles-

cents from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. *Child Develop* 62: 1049-1065.

Lazarus RS, Coyne JC, Aldwin C (1981) Depression and coping in stressful episodes. *J Abnorm Psychol* 90: 439-447.

Maşrabacı TS (1989) Yutta kalan ve kalmayan üniversite öğrencilerinin ruh sağlığını etkileyen psikolojik faktörler. Üniversite Gençliğinde Uyum Sorunları Sempozyumu Bilimsel çalışmaları, Ankara: Meteksan, s: 177-185.

Şahin N, Şahin NH, Heppner PP (1993) Psychometric properties of the problem solving inventory in a group of Turkish university students. *Cogn Ther Res* 17: 379-396.

Şahin NH, Durak A (1995) Alkoliklerin çocuklarının aile ortamlarındaki stres kaynakları, etkileri ve stresle başa çıkma yolları. *Türk Psikoloji Dergisi* 9: 57-73.

Tuğrul C (1996) Gençlik Dönemindeki Aile Sorunlarını Değerlendirme Ölçeği: faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 11: 25-44.

Yurtbay T (1996) Ailesinden ayrı yaşayan üniversite öğrencilerinde stresle başa çıkma ve ruhsal belirtiler. *Nöropsikiyatri Arşivi* 33: 96-106.

YETİŞTİRME YURDUNDA KALAN GENÇLERDEKİ RUHSAL BELİRTİLER*

Murat Çakışoğlu*, Yaşare Aktaş**

ÖZET

Araştırma, yetiştirme yurdunda kalan ve ailesinin yanında yaşayan gençlerin ruhsal durumlarını incelemek amacıyla planlanmış olup, Aydın ve Denizli Yetiştirme Yurtlarında kalan 14-17 yaş grubundaki 122 genç ile ailesiyle birlikte yaşayan 122 genç olmak üzere 244 genç üzerinde yürütülmüştür.

Araştırmada gençlerin ruhsal durumlarının belirlenmesi amacıyla "SCL-90-R Ruhsal Belirti Tarama Envanteri" kullanılmıştır.

Yapılan analizler sonucunda, Global Belirti Endeksi (GSİ) ve Pozitif Belirti Endeksi (PSDI) genel endekslerinde yetiştirme yurdunda kalan gençlerin ortalamalarının ailesinin yanında yaşayan gençlerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Global Belirti Endeksi (GSİ) ve Pozitif Belirti Toplamı (PST) genel endekslerinde kızların ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu ve cinsiyetler arası farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Ayrıca Global Belirti Endeksi (GSİ) ve Pozitif Belirti Toplamı (PST) genel endekslerinde yaş grupları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve 14 yaş grubundaki gençlerin ortalamalarının diğer yaş gruplarındakilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: Ergenlik, ruhsal belirtiler, yetiştirme yurtları, kurum çocukları.

SUMMARY: ABSTRACT THE PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF THE ADOLESCENTS LIVING IN ORPHANAGES

This study was conducted to find out the psychological status of the youngsters living either with families or in orphanages.

Symptom Check List-Revised (SCL-90-R) was used to determine the psychological status of the adolescents. This research was carried out on 244 youngsters 14-17 year old, 122 of whom live in Aydın and Denizli orphanages and 122 of whom live with their families.

Average scores of Global Symptom Index (GSI) and Positive Symptom Distress Index (PSDI) general indexes were found to be significantly lower for the adolescents living with their families than the ones staying in orphanages.

Besides, the average value of Global Symptom Index (GSI) and positive symptom Total (PST) general index for the girls was higher than the boys and the difference between the sexes were statistically significant.

Moreover, the difference among the various age groups in Global Symptom Index (GSI) and Positive Symptom Total (PST) general indexes are statistically significant and the average values for the 14 year old group was found to be higher than the other age groups.

Key words: Adolescent, psychological symptom, orphanages, institutionalized children.

GİRİŞ

Günümüz toplum yapısında, ruh sağlığı giderek daha büyük önem kazanmaktadır. Ruhsal sorunlar, uyumsuzluklar, çağdaş yaşamın beraberinde getirdiği problemler insan yaşantısını büyük ölçüde etkilemektedir. İnsanların problemlerini er-

ken tanımlamak, gelecekte bu problemlerin büyümesini önleyecek başlıca koşuldur. Başlangıçta önemsiz gibi görülen ya da dikkate alınmayan pek çok belirti ve problem, ilerki yıllarda karşımıza daha büyük ruhsal uyum sorunları olarak çıkmaktadırlar (Erkmen 1989, Özgüven 1992).

Ruhsal sorunların ve uyum problemlerinin en yoğun olarak ortaya çıktığı dönem ergenlik, di-

* Psk., A.Ü.T.F. Ev Ekonomisi Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı, Ankara

** Dr., A.Ü.T.F. Ev Ekonomisi Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı, Ankara

ger deyişle gençlik dönemidir. Bu dönemde genç hem kendi bedeninde olan değişim ve gelişimlere; hem de toplumun ondan beklentilerine yanıt vermeye ve toplumsal rol ve kurallara uyum sağlamaya çalışmaktadır. Bu uyumun dengeli bir şekilde gerçekleşmesinde gencin içinde yaşadığı sosyal çevrenin de büyük önemi bulunmaktadır (Bulut 1995, Özoğlu 1985, Yörükoğlu 1990).

Çocuğun ilk sosyal çevresini oluşturan aile, onun sağlıklı bir birey olarak yetişmesinde büyük öneme sahiptir. Ancak bazen aile boşanma, ölüm, başarısız anne-baba ilişkileri gibi nedenlerle aile işlevlerini tam olarak yerine getiremeyebilir ve sosyal, fiziksel, ruhsal ve ahlaki yönden çocuğun sağlıklı bir şekilde yetişmesinde risk oluşturabilir (Armutçuoğlu 1994, Bulut 1995). Bu gibi durumlarda çocuğun eğitim ve bakım sorumluluğunu devlet üstlenir. Ancak devletin bakım ve sorumluluğu altındaki korunmaya muhtaç çocuklar, olanakların sınırlılığı ve yetersizlikler nedeniyle çocuğun ruhsal gelişiminin gözardı edilebildiği ve daha çok fiziksel gelişimiyle ilgilenildiği kurumlarda yaşamaktadırlar. Oysaki ergenlik döneminde özerklik ve bireyselleşme çabası içinde olan genç aynı zamanda da büyüklerinin destek ve ilgisine gereksinim duymaktadır. Fakat bu gibi kurumlarda uzman elemanların bulunmaması (psikolog, eğitim uzmanı, sosyal hizmet vb.) ya da eleman sayısının az, buna karşın çocuk sayısının oldukça fazla olması nedeniyle bu çocuklarla yeterince ilgilenilememekte ve çocuklar kendi sorunlarıyla başbaşa kalabilmektedirler (Aktaş 1990, Armutçuoğlu 1994).

Ayrıca, bu gençlerde dış çevre ile iletişimin sınırlı olması ve kendilerini yeterli olarak ifade edememeleri de bazı problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Hutchinson ve ark. (1992), tarafından yapılan bir çalışmada kurumlarda kalan gençlerde alkol ve uyuşturucu kullanma, suça yönelme ve intihar girişiminde bulunma eğilimlerinin daha fazla ol-

duğu ve kurum içinde yaşayan bu gençlerin sosyal çevreden daha fazla izole oldukları ve kendi aralarında gruplaştıkları gözlenmiştir.

Bu nedenle; bu çalışma yetiştirme yurtlarında yaşayan gençlerin psikopatolojik belirti düzeylerinin belirlenmesi ve yetiştirme yurtlarında yaşayan gençlere sağlanacak rehberlik, danışmanlık ve psikolojik hizmetlere ışık tutması amacıyla planlanmıştır.

ARAÇ VE YÖNTEM

Araştırma, yetiştirme yurdunda kalan gençlerin ruhsal durumlarının incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Aydın ve Denizli illerinde bulunan yetiştirme yurtlarında yaşayan gençler ile Aydın ilindeki alt sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerin çocukları oluşturmaktadır.

Kontrol grubundaki çocukların seçiminde, sosyo-ekonomik ve kültürel yapı yönünden kurum çocuklarına benzerlik gösteren alt-sosyo ekonomik ve kültürel düzeydeki ailelerin çocuklarının devam ettikleri okullar esas alınmış ve bu okullara devam eden çocuklar kontrol grubunu oluşturmuşlardır.

Bu amaçla araştırma Aydın ve Denizli yetiştirme yurtlarında kalan 14-17 yaş grubundaki toplam 122 genç ile aynı sayıda, aynı yaş ve cinsiyetten ailesi ile birlikte yaşayan 122 genç olmak üzere toplam 244 genç üzerinde yürütülmüştür.

Araştırmada, gençlerin ruhsal durumlarını belirlemek amacıyla "Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)" kullanılmış ve gençlerin kaldıkları kurumlara ve okullara gidilerek araştırıcı tarafından gençlere araştırmanın amacı anlatılmış ve ölçek tanıtılarak doldurmaları istenilmiştir.

Araçlar

Araştırmada, Degoratis ve arkadaşları (1974) tarafından geliştirilen ve kendi değerlendirme türündeki bir psikiyatrik tarama aracı olan "Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) kullanılmıştır.

Daha çok ayakta tedavi gören psikiyatrik hasta grupları üzerinde yapılan çeşitli geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında ölçeğin güvenilir bir ölçek olduğu ortaya konulmuştur (Degoretis ve Cleary 1977, Hoffman ve Ovarall 1978, Holcomb ve ark. 1983, Brophy ve ark. 1988). 90 maddeden oluşan ve psikiyatrik belirtileri içeren ölçeğin cevaplandırılması 5 dereceli likert tipi bir ölçek üzerinde yapılmaktadır.

Ölçek, Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Düşmanlık, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce, Psikotizm ve Yeme ve Uyku bozukluklarını içeren bir ek ölçek olmak üzere 9 alt ölçekten ve genel belirti düzeyini gösteren Global Belirti Endeksi (Global Severity Index-SCI), Pozitif Belirti Endeksi (Positive Symptom Distress Index-PSDI), Pozitif Belirti Toplamı (Positive Symptom Total-PST) olmak üzere 3 genel endeksten oluşmaktadır (Dağ 1991).

Ülkemizde ilk kez Gökler (1978) tarafından kullanılan ölçeğin Dağ (1991) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında; ölçeğin tümünün Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısının 0.97 olduğu ve tüm alt ölçeklerin birbirleri ile ve genel göstergelerle yüksek değerlerde ve anlamlı korelasyonlar gösterdikleri bulunmuş, ancak alt ölçeklerin klinik tanı amacıyla kullanılmaya-acağı belirlenmiştir.

Ayrıca, ülkemizde ve yurtdışında farklı örneklem grupları üzerinde yapılan bazı araştırmalarda da, gruplar arasında anlamlı farklılıklar elde edilmiştir.

(Birsoz 1980, Fidaner ve Fidaner 1983, Hale ve Cochran 1986, Hart ve ark. 1991, Hisli ve ark. 1984, Kelley 1990, Mills ve Andrianopoulos 1992, Swedo ve ark. 1991, Uçman 1990).

Ayrıca araştırmada gence ve ailesine ilişkin bazı bilgileri elde edebilmek amacı ile araştırmacılar tarafından hazırlanan "Genel Bilgi Formu" kullanılmıştır.

Verilerin analizi

Örnekleme alınan gençlerden elde edilen yanıtlar hesaplanarak, değerlendirmeleri "Çok Yönlü Varyans Analizi Yöntemi" kullanılarak yapılmıştır. Gruplar arası farklılıkların önemli çıktığı durumlarda, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla "Duncan Testi" uygulanmıştır (Düzgüneş ve ark. 1983).

BULGULAR

Araştırmada yetiştirme yurdunda kalan gençlerden elde edilen bilgiler değerlendirilmiş ve gençlerin ve ailelerinin özellikleri özetle aşağıda verilmiştir.

Örnekleme oluşturan gençlerin %48.36'sını kız, %51.64'ünü de erkekler oluşturmaktadır.

Gençlerin %23.77'si 14 yaş, %22.95'i 15 yaş, %27.87'si 16 yaş ve %25.41'i de 17 yaş grubundadır.

Yetiştirme yurdunda kalan gençlerin %49.48'inin 7-12 yaş arasında kuruma verildikleri ve %43.44'ünün anne veya babanın ölümü, %38.52'sinin de anne-babasının ayrılması nedeniyle kuruma verildikleri belirlenmiştir. Gençlerin %75.41'inin annesinin, %54.92'sinin babasının sağ olduğu ve %91.80'inin annesinin, %92.62'sinin de babasının öz olduğu görülmüştür. Ayrıca gençlerin %52.46'sının kurumda başka bir kardeşinin bulunduğu saptanmıştır.

Bu gençlerin %95.88'inin öğrenimlerine devam ettikleri ve %40.90'ının ortaokul, %50.82'sinin de lise öğrenimlerini sürdürdükleri bulunmuştur. Bu gençlerden yalnız %3.28'inin öğrenimlerine devam etmeyip herhangi bir iş dalında çalıştıkları belirlenmiştir.

Tablo -1 : Yetiştirme Yurdunda Kalan ve Ailesinin Yanında Yaşayan Gençlerin SCL-90-R Alt Ölçek ve Genel Endeks Puan Ortalamaları, Standart Hataları ve Varyans Analizi Sonuçları

Kalığı Yer	SOM		OBKO		KADU		DEP		ANK		DÜŞM		FOKA		PADÜ		PSİK		EKÖL		GSI		PST		PSDI			
	X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	
Yetiştirme Yurdunda Kalan	1.048±0.066		1.228±0.053		1.484±0.073		1.274±0.067		1.245±0.073		1.301±0.079		0.922±0.067		1.300±0.072		0.837±0.057		1.361±0.070		1.164±0.053		50.70±1.68		2.104±0.055			
Ailesinin Yanında Yaşayan	0.814±0.750		1.112±0.048		1.287±0.068		1.047±0.060		0.918±0.057		1.0154±0.065		0.468±0.039		1.180±0.061		0.626±0.060		1.130±0.062		0.961±0.045		48.23±1.66		1.710±0.036			
Varyans Analizi Sonuçları	F= 7.64*		F= 2.56		F= 9.90*		F= 6.21*		F= 12.16**		F= 2.04		F= 33.23***		F= 1.60		F= 6.46*		F= 6.04*		F= 10.01**		F= 1.09		F= 35.09***			

*p<0.05 ** p<0.01 ***p<0.001

SOM : Somatizasyon
 OBKO : Obsesif - Kompulsif
 KADU : Kişiler Arası Duyarlılık
 DEP : Depresyon
 ANK : Anksiyete
 DÜŞM : Düşmanlık
 FOKA : Fobik Aksiyete
 PADÜ : Paranoid Düşünce
 PSİK : Psikotizm
 EKÖL : Ek Ölçüm
 GSI : Global Belirli Endeksi
 PST : Pozitif Belirli Toplamı
 PSDI : Pozitif Belirli Endeksi

Tablo 1’de yetiştirme yurdunda kalan ve ailesi ile birlikte yaşayan gençlerin SCL-90-R alt ölçek ve genel endeks puan ortalamaları, standart hatalar ve varyans analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo incelendiğinde, somatizasyon, kişilerarası ilişkiler, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, psikotizm, yeme ve uyku bozuklukları alt ölçeklerinde yetiştirme yurdunda kalan ve ailesi ile birlikte yaşayan gençlerin puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve yetiştirme yurdunda kalan gençlerin ortalamalarının ailesi ile birlikte yaşayan gençlerin ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

GSI, PST ve PSDI genel endeks puan ortalamaları incelendiğinde, GSI ve PSDI endekslerinde, yetiştirme yurdunda kalan gençlerin puan ortalamalarının ailesi ile birlikte yaşayan gençlerin ortalamalarından daha yüksek olduğu ve farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu; PST puanları arasındaki farklılığın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Tablo 2 incelendiğinde, kişilerarası ilişkiler, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm puan ortalamaları arasında cinsiyetler arasındaki farklılık ile somatizasyon ve fobik anksiyete puan ortalamalarında gençlerin kaldıkları yer, cinsiyet etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Düşmanlık dışında bütün alt ölçeklerde kızların erkeklerden ve yetiştirme yurdunda kalan kız ve erkeklerin ailesi ile birlikte yaşayan kız ve erkeklerden daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır.

GSI, PST ve PSDI genel endeks puanları incelendiğinde; GSI ve PST genel endekslerinde cinsiyetler arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve her iki grupta da kızların ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

GSI, PST ve PSDI puan ortalamaları ile gençlerin kaldıkları yer cinsiyet etkileşiminin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Tablo 3’de yetiştirme yurdunda kalan ve ailesinin yanında yaşayan gençlerin yaşlarına göre SCL-90-R puan ortalamaları, standart hatalar, varyans analizi ve Duncan Testi sonuçları görülmektedir.

Tablo incelendiğinde, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, psikotizm ile yeme ve uyku bozuklukları alt ölçeklerinde yaş grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve 14 yaşındaki gençlerin ortalamalarının diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Genel endeks puanları incelendiğinde, GSI ve PST genel endekslerinde yaş grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve 14 yaş grubundaki gençlerin puanlarının diğer yaş gruplarının puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Araştırma yetiştirme yurdunda yaşayan 14-17 yaş grubu gençlerin ruhsal durumlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmada, SCL-90-R’nin alt ölçek puanları yalnızca gençlerdeki ruhsal belirtilerin dağılımı konusunda betimsel bilgiler elde edebilmek amacıyla kullanılmıştır. Yöntem bölümünde de belirtildiği gibi ölçeğin faktör yapısı ile ilgili yapılan çalışmalar alt ölçeklerden elde edilen sonuçların tanı amacıyla kullanmak için yeterli olmadığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle alt ölçek puanları bu bölümde tartışılmamıştır.

Tablo -2 :Yetiştirme Yurdunda Kalan ve Ailesinin Yanında Yaşayan Gençlerin Cinsiyetlerine Göre SCL-90-R Alt Ölçek ve Genel Endeks Puan Ortalamaları, Standart Hataları ve Varyans Analizi Sonuçları

Kaldığı Yer	Cinsiyet	SOM		OBKO		KADU		DEP		ANK		DÜŞM		FOKA		PADÜ		PSİK		EKÖL		GSI		PST		PSDI	
		X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	X	SX	X	X	SX	X	X	SX	X
Yetiştirme Yurdunda Kalan	Kız	1.006±0.083	1.320±0.062	1.590±0.094	1.464±0.079	1.347±0.087	1.197±0.099	1.228±0.099	1.412±0.084	0.901±0.072	1.475±0.086	1.285±0.063	55.051±2.021	2.076±0.057													
	Erkek	1.087±0.103	1.142±0.084	1.385±0.110	1.097±0.104	1.149±0.149	1.398±0.122	0.636±0.077	1.195±0.108	0.777±0.087	1.254±0.109	1.089±0.084	46.619±2.559	2.130±0.093													
Ailesinin Yanında Yaşayan	Kız	0.975±0.069	1.162±0.073	1.453±0.103	1.229±0.091	1.045±0.078	1.169±0.091	0.590±0.061	1.313±0.090	0.752±0.107	1.191±0.086	1.067±0.064	51.983±2.374	1.805±0.048													
	Erkek	0.663±0.071	1.055±0.064	1.131±0.085	0.706±0.074	0.800±0.080	1.140±0.094	0.354±0.047	1.055±0.080	0.507±0.056	1.073±0.090	0.861±0.062	44.714±2.259	1.162±0.051													
Yetiştirme Yurdu-Allenin Yanında Yaşayan	Kız	0.080±0.054	1.24±0.048	1.521±0.070	1.346±0.061	1.196±0.064	1.189±0.067	0.909±0.065	1.363±0.065	0.82±0.064	1.333±0.062	1.176±0.045	53.52±1.56	1.940±0.039													
	Erkek	0.875±0.065	1.103±0.053	1.258±0.070	0.987±0.064	0.974±0.069	1.269±0.078	0.485±0.047	1.125±0.067	0.842±0.053	1.163±0.070	0.975±0.053	45.67±1.70	1.876±0.058													
Varyans Analizi Sonuçları	Kaldığı Yer	7.81**	2.58	3.99*	6.58*	12.35**	2.04	38.11***	1.63	6.56*	6.08*	10.27**	1.113	35.40**													
	Cinsiyeli	1.89	3.63	7.07**	16.45***	5.71*	0.69	31.65***	6.35*	4.97*	3.25	8.33**	11.44**	0.95													
	K.Y* Cins	5.53*	0.32	0.35	0.01	0.07	1.24	5.89*	0.05	0.53	0.3	0.01	0.06	3.23													

*p<0.05 ** p<0.01 ***p<0.001

Tablo -3 : Yetiştirme Yurdunda Kalan ve Ailesinin Yanında Yaşayan Gençlerin Yaşlarına Göre SCL-90-R Alt Ölçek ve Genel Endeks Puan Ortalamaları, Standart Hataları ve Varyans Analizi ve Duncan Testi Sonuçları

Kaldığı Yer	Yaş	SOM		OBKO		KADU		DEP		ANK		DÜŞM		FOKA		PADÜ		PSİK		EKÖL		GSI		PST		PSDI	
		X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	SX	X	X	SX	X	SX	X	X	SX
Yetiştirme Yurdunda Kalan	14 Y	1.214±0.124	1.372±0.080	1.616±0.141	1.467±0.145	1.589±0.157	1.691±0.185	1.130±0.133	1.612±0.155	1.134±0.124	1.739±0.138	1.425±0.103	55.759±0.075	2.265±3.041													
	15 Y	1.046±0.155	1.200±0.122	1.595±0.172	1.257±0.152	1.414±0.159	1.271±0.167	1.032±0.136	1.241±0.158	0.821±0.124	1.235±0.149	1.165±0.119	51.536±0.140	2.085±3.437													
	16 Y	1.053±0.128	1.255±0.103	1.280±0.112	1.154±0.104	1.002±0.099	1.200±0.136	0.752±0.115	1.207±0.137	0.761±0.093	1.282±0.123	1.086±0.080	48.029±0.117	2.064±2.889													
	17 Y	0.899±0.128	1.089±0.116	1.487±0.161	1.241±0.142	1.035±0.156	1.072±0.160	0.815±0.152	1.163±0.127	0.658±0.108	1.208±0.139	1.072±0.120	48.129±0.117	2.014±3.978													
Ailesinin Yanında Yaşayan	14 Y	0.927±0.104	1.213±0.101	1.581±0.143	1.311±0.129	1.113±0.116	1.244±0.114	0.690±0.096	1.289±0.128	0.748±0.082	1.256±0.129	1.126±0.090	56.621±0.074	1.749±3.209													
	15 Y	0.726±0.110	1.053±0.093	1.165±0.138	0.902±0.119	0.732±0.121	1.009±0.133	0.400±0.078	1.050±0.116	0.453±0.007	0.990±0.119	0.864±0.098	42.399±0.077	1.702±3.730													
	16 Y	0.820±0.102	1.050±0.099	1.152±0.118	0.961±0.103	0.902±0.110	1.202±0.138	0.366±0.059	1.237±0.121	0.720±0.179	1.189±0.120	0.915±0.085	45.794±0.073	1.709±3.060													
	17 Y	0.781±0.098	1.138±0.094	1.270±0.137	1.027±0.137	0.922±0.106	1.147±0.133	0.494±0.075	1.131±0.122	0.564±0.077	1.074±0.133	0.945±0.089	48.323±0.067	1.687±2.982													
Yetiştirme Yurdu- Ailesinin Yanında Yaşayan	14 Y	1.071±0.82	1.293±0.065	1.599±0.100	1.389±0.095A	1.352±0.102A	1.468±0.102	0.190±0.086A	1.451±0.102	0.941±0.078A	1.497±0.099A	1.275±0.070A	59.19±2.19	2.005±0.062A													
	15 Y	0.886±0.097	1.126±0.077	1.380±0.113	1.080±0.099B	1.073±0.108	1.141±0.108	0.716±0.089AB	1.146±0.098	0.637±0.076B	1.113±0.096B	1.014±0.079B	46.96±2.59	1.893±0.063B													
	16 Y	0.937±0.082	1.153±0.072	1.216±0.081	1.057±0.073B	0.952±0.074B	1.201±0.096	0.559±0.068B	1.222±0.091	0.741±0.100AB	1.235±0.084B	1.005±0.059B	46.91±2.09	1.886±0.067B													
	17 Y	0.835±0.080	1.113±0.074	1.379±0.106	1.134±0.097B	0.979±0.094B	1.110±0.104	0.625±0.087B	1.147±0.087	0.611±0.066B	1.141±0.096B	1.008±0.073B	48.23±2.47	1.850±0.070B													
Varyans Analizi Sonuçları	Kaldığı Yer	7.61**	2.56	3.96*	6.29*	12.82***	2.08	34.23***	1.82	6.66*	6.21*	10.24**	1.12	34.82***													
	Yaş	1.38	1.25	2.55	2.78*	3.96**	2.46	3.88*	2.21	3.22*	3.39*	3.53*	3.53*	0.98													
	K.Y.* Yaş	0.30	0.62	0.68	0.22	2.42	1.38	0.55	0.71	1.22	0.88	0.38	0.90	0.40													

*p<0.05 ** p<0.01 ***p<0.001

Not: Harfler istatistiksel olarak anlamlılık gösteren alt ölçeklerde yaş grupları arasındaki puan farklılıklarının hangi gruplardan kaynaklandığını gösteren Duncan Testi sonuçlarıdır.

Araştırmada, yetiştirme yurdu ve ailesinin yanında kalan gençlerin SCL-90-R puan ortalamaları Tablo 1'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde GSI ve PSDI genel endekslerinde yetiştirme yurdunda kalan gençlerin puanlarının ailesi ile birlikte yaşayan gençlerin puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Fidaner ve Fidaner (1984) tarafından kız meslek lisesinde öğrenim gören gençlerin ruh sağlığının incelenmesi üzerine yapılan bir araştırmada yatılı okuyan öğrencilerin ruhsal belirti puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hisli (1984) tarafından kurumda yaşayan yaşlılarla kurum dışında yaşayan yaşlılar üzerinde ve Aral ve Baran (1997)'in yüksek öğrenim yurtlarında kalan ve ailesiyle birlikte yaşayan gençler üzerinde yaptıkları çalışmalarda, kurumlarda yaşayanların GSI genel endeks puanlarının kurum dışında yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çocukluk rol ve statüsünden yetişkin rol ve statüsüne geçiş dönemi ve bağımsızlaşma süreci olarak kabul edilen ergenlik döneminde, genç hem kendinde oluşan hızlı değişimlere hem de toplumun onunla ilgili beklentilerine uyum sağlamak ve yanıt vermek durumundadır. Bu durumda yetiştirme yurdunda kalan gençlerin uyum süreçleri daha da zorlaşmaktadır. Yurtta kalan gençlerin problemleri ailesinin yanında kalan gençlere göre daha fazladır. Çünkü yetiştirme yurdunda kalan gençler kendilerini yeterince güvencede hissetmemekte ve ailenin gençlere verdiği güvenden uzak oldukları için geleceğe daha güvensiz ve karamsar bakmaktadırlar. Bu durum gözönüne alındığında yetiştirme yurdunda kalan gençlerin genel endekslerde ailesi ile birlikte yaşayan gençlere göre daha fazla puan almaları beklenen bir durumdur.

Tablo 2 incelendiğinde, GSI ve PST genel endeks puan ortalamaları açısından cinsiyetler arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve kızların erkeklerden daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.

Uçman (1990) tarafından çalışan kadınlar üzerinde yapılan çalışmada PSDI, PST ve GSI genel psikopatoloji düzeylerinde kadınların ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Aral ve Baran (1997) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada da, kızların GSI puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda kadınların erkeklerden daha yüksek puanlar elde etmeleri toplumsal yapımızın ve kültürümüzün kadınlara yüklediği sorumluluklar ve bunların kadınlarda yarattığı sorunlar ile açıklanabilir. Ülkemizde kadınların büyük bir bölümü aile yaşantısında, iş ilişkilerinde ve sosyal boyutta erkeklerden daha fazla sorunla yüzyüze gelmektedirler. Tüm bu sorunların sonucunda kadınlarda bazı psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkmasının da doğal bir sonuç olduğu söylenebilir.

Yetiştirme yurdunda kalan ve ailesinin yanında yaşayan gençlerin yaşlarına göre SCL-90-R puan ortalamaları Tablo 3'de incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda GSI ve PST genel endekslerinde yaş grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve 14 yaşındaki gençlerin puanlarının diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hızlı bir toplumsal uyum sürecinin yaşandığı ve çocukluktan ergenliğe geçiş yılları olan ve ilk ergenlik yılları olarak adlandırılan bu yıllar bireyin yaşamında çok önemli yer tutmaktadır. Bu dönemde kendisine uygun bir modelin arayışı içinde olan genç, çevresindeki insanlarla kendisini özdeşleştirerek, kişiliğine biçim vermeye ve yetiştiği çevrenin sosyo-ekonomik ve kültürel koşullarına göre, sorumluluk ve özerklik arasında bir denge kurmaya çalışır.

Ancak yetiştirme yurdunda kalan genç bu dönemde özdeşim kurabileceği sağlıklı bir modele sahip olmadığı için daha fazla sorun yaşayabilmekte özellikle de bu durum ergenliğin ilk yıllarında kendini daha fazla gösterebilmektedir.

SONUÇ

Yetiştirme yurtlarında kalan ve ailesinin yanında yaşayan gençlerle yapılan bu çalışma ile ergenlik dönemini ailesinden ayrı yurt ortamında geçirmek zorunda kalan gençlerin ruhsal sorunları belirlenmeye çalışılmıştır.

Yetiştirme yurtlarında yaşayan gençlerden elde edilen ve değerlendirilen puanların; GSI ve PSDI genel endekslerinde aynı yaştaki ailesi ile birlikte yaşayan gençlerden elde edilen puanlardan farklılık gösterdiği ve yurttaki kalan gençlerin puanlarının ailesi ile birlikte yaşayan gençlerin puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ayrıca GSI ve PST genel endekslerinde cinsiyet ve yaş grupları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve kızların erkeklerden ve 14 yaş grubundaki gençlerin diğer yaş grubundaki gençlerden daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır.

ÖNERİLER

İnsanların birey olma isteğini ve sorunlarını en fazla yaşadığı kişilik gelişimi, bedensel gelişim, sosyal kabul ve kendini geliştirme olgularını en yoğun gerçekleştirdiği dönem ergenlik dönemidir. Gençlerin bu dönemde yaşadığı olumsuzluklar, bütün hayatlarını etkileyecek izler bırakmaktadır.

Sağlıklı ve çağdaş bir toplumun en önemli koşulu sağlıklı bireylerdir. Sağlıklı birey olabilmek için sağlıklı bir gelişim temel koşuldur. Bu yüzden gelişimin önemini kavrayan bir eğitim anlayışına sahip olmak zorunludur. Gençlerimiz her yaş döneminde çeşitli sorunlarla yüzyüze gelmekte, bunların aşılmasında görev anne-babaya ve eğitim kurumlarımıza düşmektedir. Yetiştirme yurdunda kalan gençlerimiz, anne-baba yokluğu, sevgi ve güven eksikliği bulunan ortamlarda gelişimlerini sürdürmektedirler. Bu yüzden gelişim ve ergenlik sorunları konusunda

anne-babaların, örgün eğitim kurumu elemanlarının bilgilendirilmesinin yanısıra, aile ortamından uzak olan ve bu araştırmanın gösterdiği gibi sorunları çok daha fazla ve üst boyuttaki yetiştirme yurtlarında yaşayan gençlerimiz için rehberlik, danışmanlık ve diğer psikolojik hizmetlerin geliştirilmesi, yurtlarda görevli uzman sayısının artırılması kısaca yetiştirme yurtlarında daha fazla imkan, ilgi ve destek sağlanması ergenlik dönemindeki bu gençlerin sorunlarının azaltılmasında ilk adımı oluşturacağı görüşünderiz.

KAYNAKLAR

Aktaş Y (1991) Ankara'da bulunan çocuk yuvalarında kalan 9-12 yaş grubu korunmaya muhtaç kız ve erkek çocuklarda korku yaygınlığı ve yoğunluğu üzerine bir araştırma A.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Aral N, Baran G (1997) Yurtlarda ve ailesiyle birlikte yaşayan üniversite öğrencilerinin ruhsal uyum durumlarının incelenmesi. *Çağdaş Eğitim Dergisi* 228; 7-10.

Armutçuoğlu Y (1994) Korunmaya muhtaç çocuklar. *KADEFİ Dergisi*. 18(3): 28-30.

Birsöz S (1980) Hastalık öncesi yaşam değişimleri ve ruhsal sonuçları üzerine bir araştırma. Yayınlanmamış Doçentlik Tezi. H.Ü. Tıp Fak. Psikiyatri Böl.

Brophy C.J, Norvell N K, Kiluk D J (1988) An Examination of the factor structure and convergent and discriminant validity of the SCL-90-R in a out patient clinic population. *Journal of Personality Assessment* 52(2):334-340.

Bulut I (1995) Korunmaya muhtaç gençlerin sosyal grup çalışması gereksinimi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2(2):70-75.

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

Degoratis L.R, Lipman RS, Rickels K ve ark. (1974) The Hopkins symptom checklist (HSLCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral science* 19. 1-15.

Degoratis L R, Cleary P A (1977) Confirmation of the dimensional structure of the SCR-90: A study in construct validation. *J of Clinical Psychol.* 33: 981-984.

Düzgüneş O, Kesici T, Gürbüz F (1983) İstatistik Metodları. An. Ün. Zir. Fak. Yayınları 861, Ders Kitabı 229, Ankara.

Erkmen H (1989) Tıp fakültesi öğrencilerinde ruhsal durum ölçümü çalışması. Üniversite Gençliğinde Uyum Sorunları Sempozyumu Bilimsel Çalışmaları. Bilkent Ün. Psikolojik Danışma ve Araştırma Merkezi 22-24 Kasım, Ankara.

Fidaner H, Fidaner C (1984) SCL-90 Ruh sağlığı testi-nin uygulaması ve metodolojik sorunlar. XX Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bildiri Kitabı, Bursa.

Gökler B (1978) Nevrotik kadın hastaların ilkökul çağındaki çocuklarının ruhsal belirti yönünden değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. H.Ü. Tıp Fak. Psikiyatri Böl.

Hale WD, Cochran C D (1986) The Relationship between locus of control and self-reported psychopathology. The Journal of Social Psychology 127(1): 31-37.

Hart K M, Bryer J B, Martines K A (1991) SCL-90-R symptom patterns for adolescent psychiatric inpatients. J of Personality Assesment 56(1): 168-178.

Hisli N, Yalçınkaya K, Erten Ç ve ark. (1984) kurumda yaşayan yaşlılarla kurum dışında yapılan yaşlılar SCL-90-R semptom sıralama listesine göre karşılaştırılması. III. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, İstanbul.

Hoffman N G, Overall P B (1978) Factor structure of the SCL-90 in a psychiatric population. Journal of consulting and Clinical Psychology. 46:1187-1191.

Holcomb W R, Adams N A, Ponder H M (1983) Factor structure of the symptom checklist-90 with acute psychiatric inpatients. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 51(4): 535-538.

Hutchinson R L ve ark. (1992) Psychosocial characteristics of institutionalized adolescents. adolescence 27 (106): 339-356.

Kelley S (1990) Parental stress response to sexual abuse and ritualistic abuse of children in day-care centers. Nursing Research 39(1): 25-29.

Millis J K, Andrianopoulos G D (1992) The Relationship between childhood onset obesity and psychopathology in adulthood. The Journal of Psychology 127 (5): 547-551.

Özgülven E (1992) Hacettepe Kişilik Envanteri El Kitabı. Odak Ofset Mat. Ankara.

Özoğlu S Ç (1985) Gençliğin eğitimi ve sorunları. Türk Eğitimi Derneği Yayınları Bilim Dizisi: 9, Ankara.

Swedo SE, Rettew D C, Kuppenhiemer M ve ark. (1991) Can adolescent suicide attempters be distinguished from at-risk adolescents? Pediatrics 88(3): 620-629.

Uçman P (1990) Çalışan kadınlarda stresle başa çıkma ve psikolojik rahatsızlıklar. Psikoloji Dergisi 7(24): 58-75.

Yörükoğlu A (1990) Gençlik Çağı. Özgür Yayın, Ankara.

ONBEŞ TRİKOTİLLOMANİ OLGUSUNUN NEDENLER, EŞLİK EDEN BOZUKLUKLAR VE TEDAVİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ*

Selahattin Şenol**, Elvan Karacan***

ÖZET

Araştırma Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine başvuran ya da dermatoloji ve pediyatri polikliniklerinden konsültasyon istemi ile gönderilen olgulardan trikotilomani tanısını karşılayan 15 çocuk ve ergen ile yapılmıştır. Psikiyatri polikliniğinde yapılan değerlendirmelerde araştırmacılar tarafından geliştirilen bir form ile; sosyodemografik bilgiler, aile özellikleri, belirtilerin başlama yaşı, süresi, şiddeti, doktora başvurmadan önce aile ve çocuğun hastalıkla başetme yöntemleri, belirtilerle ilgili stres etkeni olup olmadığı sorgulanmıştır. Bu olgular klinik özellikleri, bozukluğa yol açan nedenler, eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar ve tedavi yönünden değerlendirilmiştir. Olguların Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğindeki değerlendirilmelerinde klinisyenler DSM-IV trikotilomani tanı ölçütlerini tartışmışlardır. Bu tanı ölçütlerinden özellikle, çekim öncesi gerginlik ve çekim sonrası rahatlama ölçütlerinin çocuklar açısından uygunluğu ile bozukluğa ilişkin kliniğin tedavi eğilimi, yazın ışığında değerlendirilmiştir. **Anahtar sözcükler:** Çocuk, ergen, tedavi, trikotilomani.

SUMMARY: THE EVALUATION OF FIFTEEN CASES OF TRICHOTILLOMANIA MEANS OF REASONS, COMORBID DISORDERS AND TREATMENT

This study was performed with 15 children and adolescents with the diagnosis of trichotillomania who applied to Gazi University Faculty of Medicine, Child and Adolescent Psychiatry Clinic or referred from Dermatology and Pediatric clinics. Sociodemographics, family features, age of onset, duration, severity and children's and families manner to overcome the symptoms before consulted by a physician, stress effect related to symptoms were investigated by the means of a questionnaire which was developed by the investigators. DSM-IV diagnostic criteria for trichotillomania was discussed during psychiatric evaluation of the cases. Among these criteria, tension before and relief after hair pulling and treatment modalities were evaluated under the light of the literature. **Key words:** Child, adolescent, trichotillomania, treatment.

Trikotilomani terimi ilk kez 1889'da bir Fransız dermatoloğu olan François H. Hallopeau tarafından, karşı konulamayan saç yolma dürtüsünü belirtmek için kullanılmıştır. Trikotilomani, ayrı bir psikiyatrik tanı olarak ilk kez 1987'de DSM III-R'de yer almıştır (Kaplan ve ark. 1994). DSM-IV'de (APA 1994) "Başka Bir Yerde Sınıflandırılmamış Dürtü Kontrol Bozuklukları" başlığı altında ele alınmaktadır. Tanı ölçütleri arasında; göze çarpar derecede saç kaybı ile sonuçlanacak derecede kişinin kendi saçını yolması, saç yolma öncesinde ya da bu davranışa karşı koyma girişiminde bulunduğu sırada giderek artan bir gerginlik duyumunun olması, saç yolarken haz al-

ma, doyum bulma ya da rahatlama olması bulunmaktadır. Ayrıca bozukluğun genel tıbbi bir duruma (örn. dermatolojik bir durum) bağlı olmaması, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olması gerekmektedir.

Trikotilomani nedeni ile yardım isteyen çocuk ve ergenlerin sayısının giderek artmasına karşın genel popülasyonda bu bozukluğun prevalansı ile ilgili çok az sistematik veri vardır. Liseye yeni başlayan öğrencilerde belirgin saç kaybı ile sonuçlanan saç çekme davranışı için yaşam boyu prevalans %2.5, kız/erkek oranı 2.2/1 olarak bildirilmiştir. Buna karşın olguların %0.6'sı tam olarak DSM-III-R ölçütlerini karşılamışlardır (Chirstenson ve ark. 1991a). Trikotilomani ol-

* Bu çalışma 7. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

** Uzm. Dr., Gazi Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara

*** Arş. Gör. Dr., Gazi Üniv Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara

dukça seyrek görülen bir bozukluk olmasına karşın, çocuklarda yetişkinlere oranla daha siktir. Klinik örneklerin %1'inden daha azında görüldüğü bildirilmektedir. (Mannino ve Delgado 1979). Genellikle 4-10 yaşları arasında başlamaktadır. Başlangıç yaşının 6 ay - 62 yaşlar arasında olabileceği ve çoğu olgunun ise 4-17 yaşlar arasında başlangıç gösterdiği bildirilmiştir. Olguların 1/4'inde stresli durumların yatınlığa neden olduğu bildirilmektedir (Kaplan ve ark. 1994).

Ailenin ilk çocuğunun bozukluktan daha fazla etkilendiği ortaya koyulmuştur (Oguchi ve Miura 1977). Burada kardeş kıskançlığından söz edilmiştir (Reeve ve ark. 1992). Trikotilomaninin obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Jenike 1989, Swedo ve ark. 1989). Değişik beden bölgelerinden kıl yolunabileceği, en sık saç, daha sonra ise kirpik ve kaşların seçildiği bildirilmektedir (Christenson ve ark. 1991b). Aileler çocuklardaki saç çekmenin döngüsellğine dikkat çekmişler; saç çekmenin okul aylarında arttığını, yazın belirtilerin azaldığını bildirmişlerdir. Bu da çevresel etkenlerin kliniği belirlemedeki rolünü ortaya koymaktadır (Reeve ve ark. 1992).

Reeve ve arkadaşlarının (1992)'nın yaptıkları çalışmada en sık eşlik eden DSM-III-R tanısı aşırı anksiyete duyma bozukluğudur. 10 olgudan ikisinde distimi eşlik eden diğer tanıdır. King ve arkadaşları (1995a) tarafından yapılan bir çalışmada dikkat eksikliği hiperaktivite, davranım ve karşı gelme bozukluğu, kronik tik bozukluğu, OKB, aşırı anksiyete bozukluğu, majör depresyon, distimi eşlik eden DSM tanıdır.

Çoğu çalışmada trikotilomanik olguların çoğunun OKB ölçütlerini karşılamadığı görülmektedir. Bu ilişkiyi açıklayan ek bilgilere gereksinim vardır (Reeve ve ark. 1992). King ve arkadaşları (1995a) araştırmalarında 15 saç çeken olgudan yalnızca ikisinin OKB tanı ölçütlerini karşıladıklarını bildirerek, bunun iki hastalık arasındaki ilişkiye yönelik kısmi bir destek sağlayabileceğini ileri sürmüşlerdir. Oranje ve arkadaşları (1986) çocukluk başlangıçlı trikotilomaniyi alışkanlık (habit) bozukluğu olarak tanımlamışlardır. Bu gruptaki çocukların parmak emme, dudak büzme, tırnak koparma, parmak çatırdatma ya da dudak yalama gibi başka alışkanlıkları da vardır. Saç çeken olguların bir kısmı diğer komorbid tanuları da almayarak tek başına stereoti-

pi, alışkanlık bozukluğu olarak değerlendirilebilir (Reeve ve ark. 1992). Anksiyete bozukluğu olduğunda saç çekme, anksiyetenin bir parçası olarak değerlendirilebilir. Reeve ve arkadaşlarının bu çalışmasında hiç bir olgu DSM-III-R OKB ölçütlerini karşılayamazken, yalnızca birisi trikotilomani ölçütlerine uymuştur. Bu da yine DSM ölçütlerinin çocuklar için sınırlayıcı olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Reeve ve ark. 1992).

Tedavide ilaç ile başarılı olunan olgular yayınlanmıştır (Krishman ve ark 1984, Snyder 1980, Weller ve ark. 1989, Childers 1958, Christenson ve ark. 1991e, Swedo ve ark. 1989). Plasebo kontrollü çift kör başka bir çalışmada ise trikotilomaniye yönelik kısa dönem ilaç tedavisinde etkinlik gösterilmemiştir (Christenson ve ark. 1991c). Trikotilomanide davranışsal girişimlere dayalı tedaviler üzerinde de durulmaktadır (Vitulano ve ark. 1992).

Bozukluğun çocuk ve ergenlerde daha sık bildirilmesine koşut olarak daha çok sayıda olguyu içeren araştırmalar yayınlanmaktadır. Ülkemizde de konuyu ayrıntılı olarak ele alan olgu serileri bildirilmeye başlanmıştır (Özcan ve ark. 1996).

Bu araştırmada da trikotilomaninin çocuklardaki görünümü, sosyodemografik ve çeşitli klinik değişkenlerle ilişkisi incelenerek; gidiş ve tedavisi ile eşlik eden bozuklukların belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma Ocak 1995 ile Haziran 1996 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran hastalar ya da dermatoloji ve pedyatri polikliniklerinden konsültasyon istemi ile gönderilen olgulardan trikotilomani tanısını karşılayan 15 çocuk ve ergen ile yapılmıştır. Bu dönem içinde polikliniğe başvuran 1350 olgunun Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğindeki değerlendirilmelerinde klinisyenler DSM-IV tanı ölçütlerinden; göze çarpar derecede saç kaybı ile sonuçlanan saç yolma davranışının olması, bozukluğun genel tıbbi bir duruma (örn. dermatolojik bir durum) bağlı olmaması, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olmasını dikkate alırken, olguların saç yolma öncesinde ya da bu davranışa karşı koyma girişiminde bulunduğu sırada gi-

derek artan bir gerginlik duyumu, saç yolarken haz alma, doyum bulma ya da rahatlama ölçütlerini karşılayıp karşılamadıklarını araştırmışlar ve sonuçları Tablo-1'e aktarmışlardır. Deneklere ilişkin özellikler araştırmacılar tarafından geliştirilen bir form ile kaydedilmiştir. Bu form ile sosyodemografik bilgiler, aile özellikleri, belirtilerin başlama yaşı, süresi, şiddeti, doktora başvurmada önce aile ve çocuğun hastalıkla başatma yöntemleri, belirtilerle ilgili stres etkeni olup olmadığı sorgulanmıştır. Bu olgular ayrıca klinik özellikleri, rutin EEG incelemeleri sonuçları, depresyon, durumluk ve sürekli kaygı, bozulmuş yol açan nedenler, eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar ve tedavi yönünden değerlendirilmiştir.

Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ): Kovacs (1981) tarafından geliştirilen 5-17 yaş çocuklarına uygulanabilen, 27 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmış ve patolojik kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır.

BULGULAR

15 deneğin 11'i (%73.3) kız ve 4'ü (%26.7) erkektir. Ortalama yaşları 10.8 ± 2.8 olup, yaşları 4 ile 14 yaş arasındadır. Deneklerin diğer özellikleri tablolarında görülmektedir. (Tablo-1, Tablo-2, Tablo-3)

Tablo -1: Trikotilomani olgularının sosyodemografik ve klinik özellikleri I

Olgu	Yaş	Cins	Sınıfı	Başma Yaşı	Süre	Bölge	Öncesinde Gerginlik	Sonrasında Rahatlama
1	10	K	4	10	0-6ay	Saç	-	-
2	13	E	8	10	3 yıl	Kaş, kirpik	Var	Var
3	8	K	3	6	2 yıl	Kirpik	-	-
4	12	K	6	11	1 yıl	Saç	-	-
5	10	K	4	9	1 yıl	Saç, kirpik, kaş	Var	-
6	13	K	6	11	2 yıl	Kirpik	-	-
7	13	K	8	13	0-6 ay	Saç	Var	-
8	10	K	5	4	6 yıl	Saç	-	-
9	4	K	0	2	2 yıl	Saç	-	-
10	12	K	6	10	2 yıl	Saç	-	-
11	13	K	8	12	1 yıl	Saç	-	-
12	7	E	2	6	1 yıl	Saç	-	-
13	10	K	4	8	2 yıl	Saç	Var	Var
14	13	K	6	12	1 yıl	Saç	-	-
15	14	E	8	12	2 yıl	Kirpik	-	-

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

Deneklerin ortalama kardeş sayısı 2.6 ± 0.99 (2-5 kardeş) olup, 5'i ilk, 8'i ikinci, 1'i dördüncü ve 1'i beşinci çocuktur. Annelerinin yaş ortalaması 37.1 ± 6.95 (20-47 yaşlar arası), babalarının yaş ortalaması ise 42.5 ± 7.32 (27-55 yaşları arası) olarak belirlenmiştir. Annelerin eğitimleri yönünden dağılımlarına bakıldığında; 1'i (%6.7) okur-yazar değil, 6'sı (%40) ilkökul, 6'sı (%40) ortaokul-lise ve 2'si (%13.3) yüksekokul mezunu olarak belirlenmiştir. Baba eğitimi ise; 4'ü (%26.7) ilkökul, 4'ü (26.7) orta-lise ve 7'si yüksekokul mezunu olarak dağılmıştır. Anne mesleği 8'i (%53.3) ev

Tablo -2: Trikotilomani klinik özellikleri

Olgu	Alışkanlık	Eşlik eden psik. Bozukluk	Obsesif Komp. belirti	Ailede psikiyatrik boz. öyküsü	Stres etkeni	Ne zaman
1	-	-	-	Baba alkol bağ.	Var	TV izlerken
2	Tırnak y.	-	Var	-	Var	Yalnızken
3	-	E. Nokturna	Var	-	Var	Yalnızken
4	Dudak ıs.	OKB	Var	-	Var	Belirtmedi
5	Tırnak y.	-	-	-	Var	Uykuya geçerken
6	-	-	-	Hala: Depresyon Amca: Alkol bağ.	-	Sıkıntılı iken
7	Tırnak y.	Bruksizm	Var	-	Var	Uykuya geçerken
8	-	-	-	Baba alkol bağ.	-	Yalnızken
9	Tırnak y.	-	-	-	-	Belirtmedi
10	Tırnak y.	-	-	-	Var	Sıkıntılı iken
11	Atıştırma	-	-	-	-	Ders çalışırken
12	Tırnak y.	-	-	-	Var	Ders çalışırken
13	-	-	-	-	Var	Ders çalışırken
14	-	E..Nok.+Yeme boz.	-	-	Var	Sıkıntılı iken
15	Tırnak y.	-	-	-	Var	Sıkıntılı iken

Tablo -3 Trikotilomani olgularının klinik özellikleri III

Olgu	İlk Başvuru	Mevsimle İlgisi	Şiddeti	Tedavi	Sonuç
1	Pediyatri	-	Ağır	Dav-Kog+hidroksizin HCI	Kısmen düzelme
2	Dermatoloji	-	Ağır	Dav-Kog+Fluoksetin	Kısmen düzelme
3	Çocuk Psik.	-	Orta	Dav-Kog	Tam düzelme
4	Pediyatri	-	Ağır	Dav-Kog+imipramin	Tam düzelme
5	Dermatoloji	Yazın düzelme	Orta	Dav-Kog+hidroksizin HCI	Kısmen düzelme
6	Erişkin	-	Ağır	Dav-Kog+fluvoksamin	Düzelme yok
7	Dermatoloji	-	Orta	Dav-Kog	Tam düzelme
8	Dermatoloji	-	Hafif	Dav-Kog+klomipramin	Kısmen düzelme
9	Pediyatri	-	Hafif	Aileye danışmanlık	Kısmen düzelme
10	Dermatoloji	Yazın düzelme	Ağır	Dav-Kog+hidroksizin HCI	Kısmen düzelme
11	Dermatoloji	-	Orta	Dav-Kog+busprion	Tam düzelme
12	Çocuk Psik.	Yazın düzelme	Ağır	Dav-Kog	Kısmen düzelme
13	Dermatoloji	-	Hafif	Dav-Kog+Klomipramin	Kısmen düzelme
14	Dermatoloji	-	Hafif	Dav-Kog+imipramin	Kısmen düzelme
15	Dermatoloji	Yaz ve Şubat'ta düzelme	Ağır	Dav-Kog+buspiron	Kısmen düzelme

hanımı, 5'i (%33.3) çalışıyor ve 2'si (%13.3) emekli şeklinde iken, baba mesleği; 8'i (%53.3) memur, 4'ü (%26.7) serbest, diğerleri ise (%6.7) işçi, emekli ve çalışmıyor olarak dağılmaktadır.

Üç deneğin ailesi geniş aile (%20) iken, diğer 12 denek (%80) çekirdek aileden gelmektedir. Aileler sosyo-ekonomik durumlarını kendi değerlendirmelerine göre orta (13 aile; %86.7) ve iyi (2 aile, %13.3) olarak bildirmişlerdir.

Araştırma kapsamında anne babaların çocuklarındaki bu yakınma nedeni ile ilk başvuruyu nereye yaptıkları sorgulanmıştır. 9'unun (%60) dermatoloji polikliniğine, 3'ünün (%20) pediatri polikliniğine, 2'sinin (%13.3) çocuk psikiyatrisi ve 1'inin (%6.7) erişkin psikiyatri polikliniğine başvurduğu anlaşılmıştır.

Deneklerin çocuk psikiyatrisi polikliniğinde değerlendirilmeleri sırasında rutin EEG tetkikleri istenmiştir. EEG sonuçları 1 denek (%6.7) dışında 14 denek (%93.3) için normal olarak bildirilmiştir. Deneklerden okul öncesi 2 çocuk dışında 13'ünün doldurdıkları psikometrik testlerden; Depresyon Ölçeği'nde, ortalama 12.46 ± 6.02 (2 ile 22 arasında). Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 33.31 ± 5.09 (25 ile 40 arasında), Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise 34.77 ± 6.10 (26 ile 48 arasında) olarak bulunmuştur.

Aileler trikotilomani yakınması nedeniyle çocuklarını tedaviye getirmeden önce bozukluğa ilişkin çeşitli tutumlar sergilemişlerdir. Araştırma formunda "başetme yöntemleri" olarak sorgulanan bu tutumlar incelendiğinde; 9 (%60) deneğin ailelerinin sözel uyarıda buldukları; 2 (%16.3) deneğin ailesinin bu davranışı farkederken doktora başvurdukları; diğer deneklerin ailelerinin ise (biri denek, %6.7) ödüllendirme, cezalandırma, saç kazıtma, elini kontrol etmesine yönelik tutumları (elini cebine sokması gibi) içeren yöntemlerden birini kullandıkları ve 1 (%6.7) deneğin ailesinin ise sözel uyarıda bulunma, saç kazıtma ve cezalandırma yöntemlerini birlikte kullanarak çekme davranışını kontrol etmeye çalıştıkları belirlenmiştir.

Tartışma

Araştırmada trikotilomani tanısı alan denekler, yaklaşık 18 aylık bir dönem içinde polikliniğe başvuran 1350 deneğin %1.1'ini oluşturmakta-

dır. Bu oran, bozukluğun klinik örneklemin %1'inden daha azında görüldüğü şeklindeki yazın bilgisinden (Mannino ve Delgado 1969) biraz fazladır. Ünal ve arkadaşları (1995) 9 yıl süresi içinde polikliniğe başvuran 15088 hasta içinde 44 trikotilomani olgusu saptamışlardır. Araştırmacıların bulduğu yaklaşık %0.3 gibi farklı sonuç olasılıkla iki araştırma arasındaki yöntem farklılığından kaynaklanmaktadır. Ayrıca daha önceki dönemlere ilişkin başvuruları yansıtan bu düşük oran, araştırma sonucumuz ile karşılaştırıldığında, ülkemizde trikotilomani nedeni ile yardım isteyen çocuk ve ergenlerin sayısının giderek arttığını da göstermektedir. Araştırmamızdaki deneklerin ortalama yaşları 10.8 olup, 4-14 yaşları arasındaki çocuk ve gençleri kapsamaktadır. Bozukluğun başlama yaşının 2-13 yaşlar arasında değiştiği ve kızlarda daha sık olduğu belirlenmiştir (kız/erkek oranı=2.75). Konuyla ilgili ulaşılabilen kaynaklarda bozukluğun genellikle 4-10 yaşları arasında başladığı bildirilmekte, başlangıç yaşının 6 ay-62 yaşlar arasında olabileceği; çoğu olgunun ise 4-17 yaşlar arasında başlangıç gösterdiği bildirilmektedir (Kaplan ve ark. 1994). Christenson ve arkadaşları (1991a) araştırmalarında kız/erkek oranını 2.2 olarak bulmuşlardır. Özcan ve arkadaşlarının (1996) bildirdiği 12 olgunun yaşları 4-15 arasında değişmekte, kız/erkek oranı ise 1.4 olarak verilmektedir. Sonuçlarımız yazın bilgilerini destekler niteliktedir. Olguların 1/4'ünde stresli durumların yakınlığa neden olduğu bildirilmektedir (Kaplan ve ark. 1994). Bu bulgu araştırmadaki 15 denekten 11'inde belirlenmiştir. Araştırmada stres etkeni olarak sorgulanan bu özellik; 6'sında derslerde sıkıntı, 1'inde yakın kaybı, 1'i yakınından ayrılma, 1'inde çevre - arkadaş sorunu, 1'inde anne baba geçimsizliği olarak bildirilmiş, 5 denek ise stres etkeni tanımlanmamıştır.

Reeve ve arkadaşları (1992) 10 trikotilomani olgusunu ele aldıkları araştırmalarında, çoğu çocuğun saçlarını okurken, ders çalışırken ya da uyumadan önce yatakta uzanırken çektikleri ve toplum içinde, okulda ya da yaşlıları arasında onu saç çekerken gören kimse olmadığı belirlenmiştir. Özcan ve arkadaşlarının (1996) bildirdiği 12 olgudan 6'sı yalnızken, 4'ü hem yalnız hem de aile bireylerinin yanında iken, 1'i ise herkesin yanında iken belirtileri sergilemektedir.

Araştırmamızdaki 4 denek sıkıntılı dönemlerde, 3 denek ders çalışırken, 2 denek uykuya geç-

ken, 1 denek TV seyredirken saç çektiğini bildirmiş, 2 denek ise bir özellik belirtememiştir. Deneklerin çekme davranışlarının genellikle yalnız oldukları dönemde görüldüğü ve sonucun yazın bilgisi ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Özcan ve arkadaşlarının (1996) bildirdiği 12 olgunun 11'inde saç çekme davranışından hemen önce giderek artan bir gerginlik duygusu ve yolmanın ardından bir rahatlama olduğu bildirilmiştir. Reeve ve arkadaşlarının (1992) araştırmalarında, olguların yalnızca birinde saç çekme öncesi huzursuzluk, dürtü; sonrasında rahatlama olduğu bildirilmiştir. King ve arkadaşları (1995a) da artan gerilim ve sonrasında haz duymanın çocuk trikotilomanisi için uygun bir ölçüt olmadığını düşünmüşlerdir. Bu sonuç, çocukların ya bilişsel gelişim ile ilgili olarak bu duyumlarını belirtemedikleri ya da bunları yaşamadıkları şeklinde yorumlanabilir. Açıklama ne olursa olsun DSM ölçütleri çocuklar için oldukça sınırlayıcı bulunmuştur. Araştırmamızda DSM-IV tanı ölçütlerinden göze çarpar derecede saç kaybı ile sonuçlanan saç yolma davranışının olması, bozukluğun genel tıbbi bir duruma (örn. dermatolojik bir durum) bağlı olmaması, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olması dikkate alınırken, olguların saç yolma öncesinde ya da bu davranışa karşı koyma girişiminde bulunduğu sırada giderek artan bir gerginlik duyma, saç yolarken haz alma, doyum bulma ya da rahatlama olması ölçütlerini karşılayıp karşılamadıkları araştırılmıştır. Çekme davranışı öncesi gerginlik 4, sonrasında rahatlama ise yalnızca 2 denekte belirlenmiştir. Araştırmanın amaçları arasında yer alan çocuk ve ergenler için DSM-IV trikotilomanisi tanı ölçütlerinin değerlendirilmesi ile ilgili sonuçlarımız, Reeve ve arkadaşları (1992) ile King ve arkadaşlarının (1995a) bildirdiği sonuçlar ile uyumludur.

Tablo 1'de görüldüğü gibi araştırmamızdaki olguların 5'inin kırıpk, 2'sinin kaş, 11'inin ise saç çektiği ve iki olgunun birden fazla bölgeye ilişkin belirti sergilediği görülmektedir. Trikotilomanide değişik beden bölgelerinden kıl yolunabileceği, en sık saç, daha sonra ise kırıpk ve kaşların seçildiği bildirilmektedir (Christenson ve ark. 1991b, Özcan ve ark. 1996).

Araştırma kapsamındaki deneklerin çocuk psikiyatrisi hizmetine ulaşım yolları da araştırılmış ve %60'ının dermatoloji, %20'sinin ise pediatri

polikliniğe başvurduğu, oradan konsültasyon istemi ile polikliniğimize gönderildiği belirlenmiştir. Deneklerin ancak %13.3'ü doğrudan çocuk psikiyatrisi polikliniğine getirilmiştir. Gürsoy Rezaki ve Öy (1996), bir devlet hastanesinde çocuk ruh sağlığı hizmetine ulaşım yollarını araştırdıkları yazılarında, çocuk psikiyatrisi'ne başvuran çocukların %51'inin ruhsal yakınmalarla ilk olarak çocuk hekimine başvurduklarını bildirmişlerdir. Belirtilen araştırmada başvuru yakınmaları içinde triotilomani yer almamıştır. Olasılıkla anne babalar semptomla ilgili uzmanlık dalı olarak dermatolojiyi düşünmekte ve trikotilomani olguları en sık bu polikliniklere başvurumaktadırlar.

Ailenin ilk çocuğunun bozukluktan daha fazla etkilendiği ortaya koyulmuştur (oguchi ve Miura 1977). Burada kardeş kıskançlığından söz edilmiştir (Reeve ve ark. 1992). Araştırmamızdaki deneklerden 5'i (%33.3.) ilk çocuktur. Bu sonuç, Özcan ve arkadaşlarının (1996) bildirdiği sonuca yakın bulunmakla birlikte, yazın da bildirilen oranlar kadar belirgin bir farklılığı yansıtmamıştır.

Yapılan aile genetik çalışmaları, bozukluğun çok etkenli geçişi olabileceğini göstermiştir (Kerbschian ve Burd 1991). Özcan ve arkadaşlarının (1996) olgularının birinde anne baba birinci dereceden akraba olup, olgunun ağabeyi ve halası trikotilomani tanısı almıştır. Araştırmamızda genetik geçişi destekleyen bir bulgu saptanamamasına karşın, ailede alkolizm öyküsünün sıklığı dikkat çekicidir.

Araştırmalarda saç çekmenin döngüsellğine dikkat çekilmekte, saç çekmenin okul aylarında arttığı, yazın belirtilerin azaldığı bildirilmektedir. bu sonuçlar çevresel etkenlerin kliniği belirlemedeki rolünü ortaya koyması bakımından önemli bulunmuştur (Reeve ve ark. 1992). Araştırmamızda 15 deneğin 3'ünde yaz mevsiminde, 1 denekte ise yaz mevsimi ve Şubat ayında düzleme bildirilmiştir. Deneklerin çekme davranışını daha çok okul döneminde yaptıkları da gözönüne alındığında bu döngünün mevsimsellikten çok derslerle ilişkili olduğu sonucuna varılmaktadır.

Trikotilomaninin obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Jenike 1989, Swedo ve ark 1989). Çocuk, ergen ve yetişkinler-

le yapılan araştırmalarda ayrıca egodistonik obesif kompulsif belirti ya da bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, kronik basit vokal tik, sosyal fobi, dikkat eksikliği hiperaktivite, davranım ve karşı gelme bozukluğu, distimi tanularının eşlik eden diğer bozukluklar oldukları bildirilmiştir (Reeve ve ark. 1992, King ve ark. 1995a, 1995b, Christenson ve ark. 1991d). Araştırmamızda diğer DSM tanuları ile birlikte obsesif kompulsif belirtiler, anksiyete ve depresyon düzeyleri araştırılmıştır. Depresyon ölçeğinde (ÇDÖ) 2 deneğin, anksiyete ölçeklerinde (ÇDSKE) ise; 9'u sürekli, 8'i ise aynı zamanda durumluk kaygı ölçeğinde olmak üzere 9 deneğin ölçeklerin kesme noktasını aştığı belirlenmiştir. Ancak DSM-IV (APA 1994) ölçütleri göz önünde bulundurularak yapılan ruhsal muayenede bu deneklerden hiğbiri depresyon ya da anksiyete tanularını karşılamamışlardır. Aynı şekilde obsesif kompulsif belirtilerin de 4 denekte bulunduğu, buna karşın, DSM tanı ölçütlerine göre ancak 1 deneğin obsesif kompulsif bozukluk tanusunu karşıladığı belirlenmiştir. DSM tanı ölçütlerine göre araştırmamızdaki deneklerde trikotilomaniye eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar enürezis nokturna, bruksizm ve yeme bozukluğu olarak belirlenmiştir. Sonuçlarımız 12 olgudan 2'sinde obsesif kompulsif belirti ve 1 olguda obsesif kompulsif bozukluk bildiren Özcan ve arkadaşlarının (1996) sonuçları ile benzeşmekle birlikte, obsesif belirtilerdeki sıklık dışındaki yazın bilgilerini desteklememiştir. Diğer bazı çalışmalarda da trikotilomanik olguların obsesif kompulsif bozukluk tanı ölçütlerini karşılamadığı bildirilmekte ve bu ilişkiyi açıklayan ek bilgilere gereksinim olduğu vurgulanmaktadır (Reeve ve ark. 1992). King ve arkadaşları (1995a) araştırmalarında 15 sağ çeken olgudan yalnızca 2'sinin OKB tanı ölçütlerini karşıladıklarını bildirmiş, bu sonucun trikotilomani ve OKB arasındaki ilişkiye yalnızca kısmi bir destek sağlayabileceğini ileri sürmüşlerdir. Oranje ve arkadaşları (1986) çocukluk başlangıçlı trikotilomaniyi alışkanlık (habit) bozukluğu olarak tanımlamışlardır. Bu gruptaki çocukların parmak emme, dudak büzme, tırnak koparma, parmak çadırdatma ya da dudak yalama gibi başka alışkanlıkları da vardır. Sağ çeken olguların bir kısmı diğer komorbid tanuları da almayarak tek başına sterotipi, alışkanlık bozukluğu olarak değerlendirilebilir (Reeve ve ark. 1992). Anksiyete bozukluğu olduğunda, sağ çekme anksiyetenin bir parçası olarak değer-

lendirilebilir. Aynı yazarların çalışmasında hiç bir olgu DSM-III-R OKB ölçütlerini karşılamazken yalnız birisi trikotilomani ölçütlerine uymuştur. Bu da yine DSM ölçütlerinin çocuklar için sınırlayıcı olduğunu göstermektedir (Reeve ve ark. 1992).

Bozukluğun tedavisinde izokarbosazid (Krishman ve ark. 1984), amitriptilin (Snyder 1980), imipramin (Weller ve ark. 1989) klorpromazin (Childers 1958) ve lityum (Christenson ve ark. 1991e) ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Trikotilomaninin OKB'nin bir türevi olduğunu ileri süren görüşlerden yola çıkan Swedo ve arkadaşları (1989) antiobsesyonel ajanlar olan klomipramin ve fluoksetinin tedavide yararlı olabileceğini düşünmüşler ve 13 hastada 10 hafta çift kör klomipramin-desipramin karşılaştırması yapmışlardır. Bu çalışma sonunda klomipraminin üstünlüğünü ve antitrikotilomanik etkisi olduğunu bildirmişler ve 4-6 aylık izlemede yanıtın sürdüğünü göstermişlerdir. Ayrıca 2 hastanın da fluoksetine yanıt verdiği belirtilmiştir. Plasebo kontrollü çift kör başka bir çalışmada ise trikotilomaninin fluoksetine yanıt verdiği belirtilmiştir. Plasebo kontrollü çift kör başka bir çalışmada ise trikotilomaninin fluoksetin ile kısa dönem tedavisinde (18 hafta) etkinlik gösterilmemiştir (Christenson ve ark. 1991c). Araştırmamızdaki deneklerin 14'üne davranışçı-bilişsel tedavi, 1 deneğin ailesine ise danuşmanlık verilmiştir. Bu deneklerden 11'ine aynı zamanda ilaç tedavileri başlanmıştır. Bunlardan 3'ünde hidrokisiz HCl, 2'sinde klomipramin, 2'sinde imipramin, 2'sinde buspiron ve birer denekte de fluoksetin ve fluvoxamin başlanmıştır. Tablo III.'de görüldüğü gibi deneklerin yaklaşık 6-12 aylık tedavi süreçleri sonucunda 4'ünde tam düzelme, 6'sında kısmi düzelme saptanırken 1 denekte düzelme olmamıştır. Bu deneklerde ilaç ve bireysel tedavi yaklaşımlarının birlikte uygulanmasının etkili olduğu, ancak kontrol grubu olmaması nedeniyle sonuçların yorumlanmasının güç olduğu düşünölmektedir. Yazın bilgisinde de ilaç tedavisinin yanı sıra davranışsal girişimlere dayalı tedaviler üzerinde durulmaktadır. Başka bir davranışın güçlendirilmesi, gevşeme, farkındalığı arttırmaya yönelik kendini izleme gibi davranışçı yöntemlerin özellikle ilaç tedavisi, aile tedavisi ve diğer tedavi yaklaşımları ile birlikte uygulandığında faydalı olduğu ileri sürölmektedir (Vitulona ve ark. 1992).

Trikotilomani çocuklarda erişkinlerden daha sıklıkla görülen yakınmalardandır. Bozuklukla ilgili yayınlar olgu sunumları şeklinde iken son yıllarda olgu serileri yayınlanmaya ve trikotilomani yazın bilgisinde sıklıkla ele alınmaya başlanmıştır. Bu çalışmada da bozukluğun konsültasyon istemi ya da çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalar içinde %1 gibi hiç de küçümsemeyecek bir oranda görüldüğü, denek özelliklerinin yazın bilgisini destekler nitelikte olduğu belirlenmiştir. Uygulanan tedavilere ilişkin sonuçlar da bir denek dışında olumludur. Ancak bu bilgilerin kontrol grubunu da içeren benzer desenli araştırmalarla yinelenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*. Washington D.C., American Psychiatric Press.
- Childers RT (1958) Report of two cases of trichotillomania of long standing duration and their response to chlorpromazine. *J Clin Exp Psychopathol*, 19: 141-144.
- Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE (1991b) Chronic hair pulling: a descriptive study of 60 adult subject. *Am J Psychiatry*, 148: 365-370.
- Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE ve ark. (1991c) A placebo controlled, double-blind crossover study of fluoxetine in trichotillomania. *Am J Psychiatry*, 148: 1566-1571.
- Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE (1991d) Characteristics of 60 adult chronic hair pullers *Am J Psychiatry*, 148: 365-370.
- Christenson GA, Popkin MK, Mackenzie TB ve ark. (1991e) Lithium treatment in chronic hair pulling. *J Clin Psychiatry*, 52: 116-120.
- Gürsoy - Rezaki B, Öy B (1996) Bir devlet hastanesinde çocuk ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım yolları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 3(3): 139-143.
- Hoehn-Saric E, Maisimia M, Wiegard D (1987) Measurement of anxiety in children and adolescents using semistructured interviews. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 26: 541-545.
- Jenike MA (1989) Obsessive-compulsive and related disorders: a hidden epidemic (editorial) *N Engl J Med*, 321: 539-541.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Greeb JA (1994) *Synopsis of Psychiatry*. Seventh Ed. Williams and Wilkins, Baltimore, Maryland USA.
- Kerbeshian J, Burd L (1991) (Mektup) Familial trikotilomania. *Am J Psychiatry*, 148: 684-685.
- King RA, Scahill L, Vitulano LA ve ark. (1995a) Childhood trichotillomania: Clinical phenomenology, comorbidity, and family genetics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34 (11): 1451-1459.
- King RA, Zohar AH, Ratzoni G ve ark. (1995b) An epidemiological study of trichotillomania in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34 (9): 1212-1215.
- Kovacs M (1981) rating scale to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46:305-315.
- Krishman RR, Davidson J, Miler R (1984) MAO inhibitor therapy in trichotillomania associated with depression: case report. *J Clin Psychiatry* 45: 267-268.
- Mannino FV, Delgado RA (1969) Trichotillomania in children: a review *Am J Psychiatry*, 126: 505-511.
- Oguchi T, Miura S (1977) Trichotillomania: its pathological aspect. *Compr Psychiatry*, 18: 177-182.
- Oranje AP, Peereboom - Wynia JD, De Raeymaker DM (1986) Trichotillomania in childhood: *J Am Acad Dermatol*, 15: 614-619.
- Özcan Ö, Baykara A, Miral S (1996) On iki trikotilomani olgusu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı dergisi*, 3(2): 91-97.
- Özusta Ş (1993) Çocuklar için Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri'nin uygulama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. H.Ü. Sosyal Bilimler Enst. Ankara.
- Öy B (1991) Çocuklar için Depresyon Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2: 132-136.
- Reeve EA, Bernstein GA, Christenson GA (1992) Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in children with trichotillomania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31, 1:132-138.
- Spielberger CD (1973) *Preliminary Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Strauss CC, Lease CA, Last CG ve ark. (1988) Overanxious disorders. *J Abnorm Child Psychol*, 16: 433-443.
- Synder S (1980) Trichotillomania treated with amitriptyline. *J Nerv Ment Dis*, 168: 505-507.
- Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL ve ark. (1989) A double blind comparison of clomipramine and desipramine in treatment of trichotillomania (hair pulling) *N England J Med*, 321: 497-501.
- Ünal F, Baysal B, Pelivan Türk B ve ark. (1995) Çocuklarda trikotilomani: Sosyodemografik özellikler ve klinik değişkenler. 5. Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kongresinde sunulmuş bildiri. Ankara.
- Vitulano LA, King RA, Scahill L (1992) Behavioral treatment of children and adolescent with trichotillomania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31.1: 139-146.
- Weller EB, Weller RA, Carr S (1989) Imipramine treatment of trichotillomania and coexisting depression in a seven-year-old. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28: 952-953.

MALATYA İLİNDE ENÜRETİK ÇOCUKLARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE AİLESEL GEÇİŞ*

Mustafa Yıldız**, Cengiz Yakıncı***
A.Vahap Boztepe****, Hakan Ekmekçi*****

ÖZET:

Malatya il merkezinde yaşayan ve DSM-IV'e göre enürezis tanısı alan çocuklarda demografik özellikler ve hastalığın geçiş yönünün araştırılması amacıyla 146 çocuk hasta incelendi. Hastaların %60.3'ü erkek, %39.7'si 1'i kız, yaş ortalaması 8.78 yıl idi. Hiçbirisi son, 1 yıldır herhangi bir ilaç kullanmıyordu. %78.1'i birincil, %21.9'u ise ikincil enüretikti. İkincil olanların %64.5'inde kendiliğinden başlangıç tanımlandı. Birinci ve ikinci derece akrabalarında enürezis öyküsü sırasıyla %58.9 ve %54.1 bulundu. Hergün altını ıslatanların oranı %51.4 idi. Hastaların %24.7'sinde diurnal özellik saptandı. Annede altını ıslatma oranı kızlarda anlamlı derecede yüksek bulundu. Birincil ve ikincil olanlarda, kardeşlerde ve anne-babada altını ıslatma oranı açısından belirgin bir farklılık saptanmadı. Altını ıslatma sıklığı ile ruhsal ve fiziksel hastalık komorbidite oranı arasında doğrudan bir ilişki saptandı. Sonuç olarak erkeklerde daha fazla görülen bu bozukluk, ailesel ve genetik geçişin temel olduğu biyolojik-gelişimsel bir boşaltım bozukluğu olarak görülebilir. Hastalığın etiyolojisinin anlaşılması ve daha etkin tedavi yaklaşımları için biyolojik araştırmalara ağırlık verilmelidir.

Anahtar sözcükler: Enürezis, cinsiyet, genetik, aile öyküsü.

SUMMARY: DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND FAMILIAL TRANSMISSION OF ENURETIC IN THE DISTRICT OF MALATYA

One hundred forty six children living in the city center of Malatya and diagnosed as enuresis according to DSM-IV were to examine the demographic characteristics and familial transmission of the subjects. Of these children 60.3% were male, 39.7% were female, and the mean of age was 8.78 years. None of the children had been using medication for the last year. 78.1% of subjects were primary, 21.9% were secondary enuretics. 64.5% of the secondary enuretics described a spontaneous onset. There was a history of enuresis in most of their primary and secondary relatives, respectively 58.9% and 54.1%. The frequency of daily wetting was 51.4% - 24.7% of subjects were diurnal in character. Maternal wetting ratio were significantly higher among the girls. There was no obvious difference between primary and secondary enuretics in respects to wetting of siblings and parents. The frequency of wetting and the frequency of physical and psychiatric disorder comorbidity were increasing proportionally. This disorder which is seen more in male is accepted as an elimination disorder which is biological-developmental dysfunction based on familial and genetic inheritance. To understand the disease and to create more effective therapy methods, biological studies must be based on more.

Key Words: Enuresis, gender, genetics, family history.

GİRİŞ

Enürezis, 5 yaşın üzerindeki çocuklarda, klinik anlamda sıkıntı doğuracak düzeyde ya da haftada iki kez 3 ay boyunca, yatağa ya da giysilere yineleyen bir biçimde, madde kullanımına ya da genel tıbbi bir bozukluğa bağlı olmaksızın idrar kaçırmaya olarak tanımlanmaktadır. Gece (noktur-

nal), gündüz (diurnal), ya da hem gece hem de gündüz (nokturnal ve diurnal) ortaya çıkabilen bu bozukluk, erişkinde de görülebilmektedir (APA 199, Shaffer 1994). Yaş ilerledikçe prevalansı azalan, kendi kendini sınırlayan bir bozukluktur. 2 yaşında %80, 3 yaşında %49, 4 yaşında %26, 5 yaşında %7, 10 yaşında %3, 14 yaşında %1,5, erişkinde %1 oranında görülmektedir (Kaplan ve ark. 1994). Enüretiklerin her yıl %10-15'i mesane kontrolü kazanmakta, spontan remisyon olmaktadır (Koff 1992, Rushton 1995). Enürezis erkeklerde, sosyal dezavantajı olanlarda ve aile öyküsü pozitif olanlarda daha sık görülmektedir. Tek yumurta ikizlerinde çift yu-

* Bu çalışma, V. Anadolu Psikiyatri Günleri'nde (İzmir) poster olarak sunulmuştur.

** Yrd. Doç. Dr., İnönü Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya.

*** Doç. Dr., İnönü Üniv. Tıp Fak. Pedyatri Anabilim Dalı, Malatya.

**** Arş. Gör. Dr., İnönü Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya.

***** Arş. Gör. Dr., İnönü Üniv. Tıp Fak. Nöroloji Anabilim Dalı, Malatya.

murta ikizlerinden daha fazla ortaya çıkan bu bozukluğun birincil ve ikincil olanları arasında ailesel geçiş açısından bir fark bulunmamıştır (Shaffer 1994). Şimdiye kadar fizyopatolojik mekanizması tam olarak kanıtlanamamış olan bu bozuklukta, etiyoloji üzerine yapılan çalışmaların çoğu, uyku düzensizliği, geceleyin idrar üretimi ve işlevsel mesane kapasitesi bozuklukları üzerine yoğunlaşmıştır (Alon 1995).

Bu çalışmada amacımız, Malatya il merkezinde yaşayan enüretik çocuklarda hastalığın özelliklerini, ailesel geçiş özellikleri ile demografik değişkenleri incelemek ve aralarındaki ilişkiyi araştırmaktır.

YÖNTEM

Malatya il merkezinde 1995-96 öğretim yılının başında üç ilkokulda okuyan 1. ve 5. sınıf öğrencilerinden altını ıslatma sorunu olan çocuklar öğretmenleri aracılığı ile pediatri kliniğine davet edildiler. Öğretmenler velilerle konuşarak gece veya gündüz altını ıslatma sorunu olan çocukların, üniversite araştırma hastanesinde incelenerek tedavilerine yardımcı olunacağını, bunun için bir ücret istenmeyeceğini bildirdiler. Rahatsızlığı olan çocukların okul ve sosyal çevreleri ile ilgili bir sorun yaşamamasına meydan verilmemesine özen gösterildi. Bu amaçla hafta içi iş saati sonu ve hafta sonu belirlenen saatlerde gönüllü olan hastalar velileriyle birlikte hastaneye kabul edildiler. Uzman bir pediatrist tarafından muayene ve laboratuvar incelemelerinden geçen ve altını ıslatma sorunları fiziksel bir bozukluğa bağlanmayan çocuklar psikiyatri kliniğine gönderildi. Çocuklar ve aileleriyle psikiyatrik görüşme yapıldı, DSM-IV'e göre enürezis tanısı alan toplam 146 çocuğun ailelerinden enürezis ve aile özelliklerini sorgulayan bir form dolduruldu. Demografik özellikler, hastalığın sıklığı, birincil, ikincil, noktural, diurnal özellikleri, komorbidite durumu ve ailesel öykü araştırıldı. Aralarındaki ilişkiler ki kare testi ile analiz edildi.

BULGULAR

146 çocuğun 88'i (%60.3) erkek, 58'i (%39.7) kız, yaş ortalaması 8.78 (en küçük 6 - en büyük 15)

idi. Babaların yaş ortalaması 37.8, annelerin yaş ortalaması, 33.2 yıl idi. %45.2'sinin babası ilkököl, %42.5'inin babası ortaokul-lise, %65.8'inin annesi ilkököl mezunu, %15.8'inin annesi de okur-yazar değildi. %65.1'i 2-3 kardeşi, %21.9'u da 4-5 kardeşi idi.

Hastaların %83.56'sının daha önce bu sorunları nedeniyle herhangi bir tedavi başvurusu olmamıştı. Çocukların hiç biri son 1 yıldır düzenli olarak herhangi bir ilaç kullanmıyordu. %21.9'unda en az bir yıl süren bir kuruluk dönemi olmuş (ikincil), %78.1'inde ise hiç kuruluk dönemi olmamıştı (birincil). İkincil enüretiklerin %64.5'nde başlangıca eşlik eden belirgin bir stres etmeni tanımlanmazken, %20.8'nde kardeş doğumu, %14.6'sında başka bir yaşam stresi tanımlanmıştır. Hastalığa eşlik eden ikincil psikiyatrik bozukluklar [tik bozukluğu (n:7, %4.79), trnak yeme (n:10, %6.84), kekemelik (n:3, %2.05), somnambulizm (n:2, %1.36), parmak emme (n:5, %3.42).] %18.49 oranında saptandı ve bunların %60.8'ide hemen her gün altını ıslatanlardı. Enürezisle doğrudan ilişkisi olmayan başka bir fiziksel hastalık (septum deviasyonu, hepatit, strabismum, epilepsi, doğuştan kalça çıkığı gibi) %8.9'unda vardı.

Çocukların %51.4'ü her gün altını ıslatıyordu. %24.7'sinde diurnal özellik vardı. Fiziksel hastalığı olan 13 çocuktan 6'sı (%46.15) hemen her gün, 6'sı (%46.15) haftada bir kaç kez, 1 (%7.69) tanesi de ayda birkaç kez altını ıslatanlardandı. Diurnal olma özelliği, fiziksel hastalığı olan 13 hastanın 6'sında (%46.15) saptanırken, fiziksel hastalığı olmayan 133 kişinin 30'unda (%22.55) saptandı. Hemen her gün altını ıslatanların 23'ü (%30.66) diurnal özellik gösterirken, haftada birkaç kez altını ıslatanlarda bu oran %12.72, ayda birkaç kez altını ıslatanlarda %37.5 bulundu. Tablo-1'de enüretik çocukların cinsiyete göre özellikleri gösterilmiştir. Cinsler arasında özellikler açısından istatistiksel anlamlılıkta bir farklılık bulunmamıştır.

Birinci (aile üyeleri) ve ikinci derece akrabalarında (dayı/teyze/hala/amca) enürezis öyküsü, kız ve erkek cinsi açısından tablo-2'de gösteril-

Tablo -1 Enüretik çocukların cinsiyete göre özellikleri

	Erkek (n:88)	%	Kız (n:58)	%	Toplam	%	p
Birincil	68	77.27	46	79.31	114	78.1	>0.05
İkincil	23	26.13	9	15.51	32	21.9	>0.05
Diurnal	22	25.00	14	24.13	36	24.7	>0.05
Hemen her gün	47	53.40	28	48.27	75	51.4	>0.05
Haftada 2-3 kez	31	35.22	24	41.37	55	37.7	>0.05
Ayda birkaç kez	10	11.36	6	10.37	16	11.0	>0.05
Başka fiziksel hastalık	6	6.81	7	12.06	13	8.9	>0.05
Başka ruhsal hastalık	15	17.04	12	20.68	27	18.49	>0.05

miştir. Kızlarda erkeklere göre daha yüksek olan akraba ilişkisi annede enürezis öyküsü dışında istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Hastaların %58.9'unun birinci ve %54.1'inin ikinci derece akrabalarında, %50'sinin de 2. derece akraba çocuklarında enürezis öyküsü saptandı. Hemen hergün altını ıslatanların %38.66'sında, haftada birkaç kez altını ıslatanların %49.09'unda ve ayda birkaç kez altını ıslatanların %50'sinde kardeşlerde altını ıslatma öyküsü alındı. Altını ıslatma sıklığı ile kardeşlerde enürezis görülme oranı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

mamıştır. Enüretik çocuğun sahip olduğu diğer bir fiziksel bozukluk onun için önemli bir stres etmeni olarak değerlendirilebilir. Hastalarımızda fiziksel hastalık ile altını ıslatma sıklığı ve diurnal olma özelliği arasında istatistiksel anlamı olmayan doğrusal bir ilişki gözlenmiştir. Altını ıslatma sıklığı ile kardeşlerdeki enürezis öyküsü arasında doğrudan bir ilişki bulunmadı. DSM-III-R (APA 1987) de birincil ve ikincil olarak alt tiplendirmesi yapılan fonksiyonel enürezis için, DSM-IV (APA 1994) bu ayrımı kaldırmıştır. Birincil ve ikincil enürezis arasında etiyolojik açısi-

Tablo -2 Enüretik çocukların aile ve akraba bireylerinde altını ıslatma öyküsü

	Erkek (n:88)	%	Kız (n:58)	%	Toplam	%	p
Kardeşlerde	35	39.77	29	50.00	64	43.8	>0.05
Babada	6	6.81	7	12.06	13	8.9	>0.05
Annede	2	2.27	7	12.06	9	6.2	<0.05
Dayı-teyzede	20	22.72	17	29.31	37	25.3	>0.05
Amca-halada	24	27.27	18	31.03	42	28.8	>0.05
2.der. akraba çocuklarında	44	50.00	29	50.00	73	50.0	>0.05

Birincil ve ikincil enürezis hastalarında anne, baba ve kardeşlerde enürezis öyküsü ile altını ıslatma sıklığı ve diurnal özellik karşılaştırılmalı olarak tablo-3'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Çalışma örneğimizde hem birincil hem de ikincil enüretik hastaların altını ıslatma sıklığı ve diurnal özellik açısından belirgin bir farklılık görülmemiştir. Altını ıslatma sıklığı ve diurnal olma açısından cinsler arasında da bir farklılık saptan-

dan da temel bir farkın olmadığı düşünülebilir.

Stresin üriner kontrolün maturasyonu üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu bilinmektedir (Koff 1992). Bizim hastalarımız, çalışmada sosyo-ekonomik düzeyi belirten bir ölçek kullanılmamakla birlikte, tedaviye uyumdaki tutumları (örneğin, en ucuz tedavi yöntemleri seçilmek zorunda kalındı; desmopressin ve alarm cihazı ekonomik yetersizlikler nedeniyle kullanılmadı) ve diğer gözlemlerimizle çoğunlukla sosyo-ekonomik düzeyi düşük kesimlerden gelmekteydi. Anne

Tablo -3 Birincil ve ikincil enüretizisli çocukların aile öyküleri ve altını ıslatma sıklıkları

	Birincil (n)	%	İkincil (n)	%	P
Kardeşlerde enürezis öyküsü	43	37.71	21	65.62	>0.05
Babada enürezis öyküsü	12	10.52	1	3.12	>0.05
Annede enürezis öyküsü	8	7.01	1	3.12	>0.05
Altını ıslatma sıklığı					
Hemen hergün	60	52.63	15	46.87	>0.05
Haftada 2-3 kez	40	35.08	15	46.87	>0.05
Ayda birkaç kez	14	12.28	2	6.25	>0.05
Diurnal özellik	28	24.56	8	25.0	>0.05

baba eğitim düzeyleri de düşüktü. Sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyi düşük geniş aile gruplarında enürezise daha sık rastlandığı da bildirilmektedir (Rushton 1993).

Enüreziste etyolojik etmeni tam olarak saptamak genellikle mümkün değildir (Koff 1992; Mark ve Frank 1995). Enüretik çocuğun ailesinde enürezis olgusu enüretik olmayan çocukların ailelerinden üç kat daha fazla görülmektedir (Wille 1994). Bir grup nokturnal enürezisin %90'ın üzerinde bir penetransla otozomal dominant olarak geçtiği ve 13q kromozomun hastalıkta rolü olabileceği gösterilmiştir (Eiberg ve ark. 1995). Çalışma grubumuzda kız enüretiklerin annelerinde enürezis öyküsünün erkeklerden istatistiksel anlamlılıkta daha yüksek olması, aile ve akraba bireylerindeki yüksek enürezis öyküsü oranıyla birlikte değerlendirildiğinde genetik geçişin rolü desteklenmektedir. Enürezis ailesel olma eğilimi olan bir bozukluk olmakla birlikte, hastalarımızın bir kısmının ebeveynlerinde aynı öykü saptanmamıştır. Hastalığın ortaya çıkışını, seyir ve prognozunu etkileyebilecek başka biyolojik ve psikolojik etmenler de olasılıkla söz konusudur.

Enüretik çocuklar duygusal ve davranışsal olarak enüretik olmayan akranlarından pek farklı değildirler ve enürezis artık salt psikolojik bir bozukluk olarak görülmemektedir (Wille ve Arveden 1995). Çoğu aileler, yatağını ıslatma olayını gelişimin kaçınılmaz bir parçası olarak görmektedirler (Shaffer 1994), bizim hastalarımızın önemli bir kısmı da böyle bir çalışma nedeniyle bu sorunlarını ilk kez dile getirmekte idiler. Belki bu çalışma ile karşılaşmalarını tedaviyi ge-

rektirecek bir rahatsızlık olduğunu hiç düşünmeyeceklerdi. Durumun aileler tarafından kanıksanmış gibi görülmesi ailesel geçişin farkındalığına yorulabilir.

Çalışmada birincil ve ikincil enürezis vakalarının birinci ve ikinci derece akraba bireylerindeki enürezis olgularının da birincil ya da ikincil olup olmadıkları incelenebilirdi. Geçmişle ilgili bilgilerin güvenilirliğinin düşmesi kaçınılmazdır, böyle bir araştırma ileriye yönelik olarak planlanabilir.

Sonuç olarak, incelediğimiz enürezisli çocuklarda enüretik özellikler, ailesel-genetik bağlantıyı kuvvetle vurgulamakta ve psikososyal stres etmenlerinin hastalığın gidiş ve prognozunu etkilemede rolü olabileceğini düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

- Alon US (1995) Nocturnal enuresis. *Pediatr Nephrol*. 9(1): 94-103.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı APA Washington DC, çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1987) Psikiyatri DSM-III-R Tanı Ölçütleri Elkitabı, APA Washington DC, çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Eiberg H, Berendh I, Mohr J (1995) Assignment of dominant inherited nocturnal enuresis (ENUR1) to chromosome 13q. *Nat Genet* 10 (3): 354-6.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994) Enuresis. *Synopsis of Psychiatry içinde, Williams and Wilkins, Baltimore*. s:1102-3.
- Koff SA (1992) Enuresis. Walsh PC, Retik AB, Stamey

TA, Vaughan ED (eds), *Campbell's Urology içinde*, 6 th ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia, s:1621-33.

Mark SD, Frank JD (1995) *Nocturnal enuresis*, Br J Urol, 75 (4): 427-34.

Rushton HG (1995) *Wetting and functional voiding disorders*, Urologic Clinics of North America, 22 (1): 75-93.

Rushton HG (1993) *Evaluation of the enuretic child*, Clin Pediatr, Spec No:14-8.

Shaffer D (1994) *Enuresis*, Rutter M, Taylor E, Hersov L.

(eds) *Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches içinde*, 3d ed. Blackwell Science, London, s:505-519.

Wille S, Anveden I (1995) *Social and behavioural perspectives in enuretics, former enuretics and non-enuretic controls*. Acta Pediatr, 84 (1): 37-40.

Wille S (1994) *Nocturnal enuresis: sleep disturbance and behavioural patterns*. Acta Pediatr, 83 (7): 772-4.

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Ö D Ü L Ü

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi Yayın Kurulu, ülkemizde çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında yapılan çalışmalarını desteklemek, özellikle genç meslektaşları nitelikli yayın yapma konusunda yüreklendirmek amacıyla, 1995 yılından başlayarak, her yıl, o yılı kapsayan yazılar arasından bir yazıyı 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. Feriunde Oktem

Doç. Dr. Fusun Çubadaroglu

Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın

CİNSEL KİMLİK BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ ÇOCUK VE ERGENLERDE SOSYODEMOGRAFIK, KLİNİK VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLER

Serpil Erermiş*, Müge Tamar**, Aydan Denizoglu*
Şahbal Aras*, Sevda Musabali***, Cahide Aydın****

ÖZET:

Cinsel kimlik bozuklukları, bireyin kendi bedenini ve benliğini biyolojik yapısının aksine, karşı cins gibi algılaması ve davranışlarında buna uygun biçimde yönelişidir. Cinsel kimlik bozukluklarının görülme sıklığı tam olarak bilinmemekle birlikte, son yıllarda kliniklere tedavi amacıyla başvuran olgular artmakta ve tedavide cinsel kimliğin değiştirilmesi yönündeki yaklaşımların genellikle başarısız olduğu görülmektedir. Bu makalede bölümümüzce cinsel kimlik bozukluğu tanısı ile izlenen 12 çocuk ve gencin aileye ilişkin, klinik ve psikometrik özellikleri literatür eşliğinde tartışılmıştır. Bu olguların ve ailelerinin özelliklerinden yola çıkarak, koruyucu ruh sağlığı açısından konunun önemini vurgulanması amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Cinsel kimlik bozukluğu, çocuk ve ergenler, risk etkenleri

SUMMARY: SOCIODEMOGRAPHIC, CLINICAL AND PSYCHOMETRIC FEATURES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH GENDER IDENTITY DISORDER

Gender Identity Disorder is a strong and persistent preference for the status and role of the opposite sex. Though we do not have published epidemiological data on the prevalence of the gender identity disorder of childhood, the rates of referrals to the clinics have increased recently. The results of the interventions are various and the disorder tends to be chronic. In this study, twelve children and adolescents who had been referred for gender identity disorder to our clinic were evaluated. We discussed sociodemographic, clinical and psychometric features in the light of the literature. The prevention strategies and the course of the disorder have been also discussed in the context of our data.

Key Words: Gender identity disorder, children and adolescents, risk factors.

GİRİŞ

Cinsel kimlik bireyin kendi bedenini ve benliğini belli bir eşeylik içinde algılayışı, kabullenışı ve davranışlarında buna uygun biçimde yöneliştir. DSM-IV'de cinsel kimlik bozukluğu, cinsel bozukluklar ve cinsel kimlik bozuklukları içinde yer almakta ve karşı cinsiyetle güçlü, sürekli özdeşim kurma; cinsiyetine ilişkin sürekli rahatsızlık duyma, ya da cinsiyetinin gerektirdiği cinsel rol için uygun olmadığı duygusunun olması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu bozukluk fiziksel bir interseks durumu ile birlikte gitmemeli ve klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmaya yol açmalıdır (APA 1994, Stoller 1985).

Cinsel kimlik bozukluğu olan çocuklar diğer cinsiyette olma isteğini ısrarlı bir şekilde dile getire-

bilirler. Erkek çocukların kadınsı giysiler giymek istemesi, kız çocukların kalıplaşmış erkek giysileri giyme konusunda diretmesi söz konusudur. İmgesel oyunlarda sürekli olarak karşı cinsin rollerini benimseme ve diğer cinsiyette olma fantazilerini taşıma dikkati çeker. Çocuklar kendi cinsiyet özelliklerine karşı tepkiler geliştirebilirler. Cinsel organlarından tikslenme, ikincil seks özelliklerini gizlemeye çalışma, cinslerine özgü oyun ve etkinlikleri reddetme bu tepkilere birer örnektir (Green 1994, Stoller 1985).

Cinsel kimlik bozukluklarının Türkiye'de ve dünyada görülme sıklığı tam olarak bilinmemektedir. Homoseksüalite her zaman cinsel kimlik sorunlarıyla birlikte görülmemektedir. Bununla birlikte; bu konudaki epidemiyolojik çalışmaların yetersizliği nedeniyle erişkin homoseksüalitesinden yola çıkılarak sıklığın %3-4 olduğu varsayılmaktadır. Cinsiyet değiştirmek için yapılan başvurularda sıklık 30000 erkekte bir ve 100000 kadında bir olarak saptanmıştır. Bu konuda yapılmış kapsamlı ve güvenilir bir çalışma olmayıp, veriler olgularla sınırlıdır (APA 1994).

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 4(2): 1997

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

** Yrd. Doç. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, İzmir.

*** Uzm. Psk., Ege Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, İzmir.

**** Prof. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, İzmir.

Cinsel kimlik yaşamın erken dönemlerinde gelişir ve 3-4 yaş dolayında yerleşir. Daha sonraki dönemlerde yerleşmiş cinsel kimlikte belirgin bir değişiklik olması beklenmez. Ruhsal cinsel gelişimde cinsel kimlik gelişiminin üç ögesi olduğu düşünülmektedir: Birincisi; çocuk tarafından insanın iki cinsten birine ait olduğunun fark edilmesidir. Bu genellikle 3-4 yaş civarında gerçekleşir. Buna "morfolojik kimlik" ya da "anatomik kimlik" denir. İkinci öge; "masküinite ya da feminite" olarak adlandırılabilir. Burada çocuk içinde yaşadığı kültüre uygun olarak cinsiyetinden beklenen oyun ve etkinlikleri seçer. Bu süreç iki yaş sonunda başlar, 3-4 yaşta yerleşir. Sonuncu öge ise; erotik ve romantik ilgilerin yönlenmesi şeklinde olup ergenlik döneminde tamamlanır (Green 1994).

Sıradışı ruhsal cinsel gelişimin doğası tartışmalı kalmıştır. Çeşitli psikodinamik ve sosyal öğrenme kuramları kadar, fizyolojik ve kalıtsal etki kuramları üzerinde de durulmuştur. Fizyolojik veriler doğum öncesi, endokrin ve kalıtsal araştırmalardan kaynaklanmaktadır. Monozigotik ikizlerde, dizigotik ikizlere ve ikiz olmayan kardeşlere göre homoseksüalite oranlarının daha yüksek bulunması, seksüel yönelimin X kromozomu üzerindeki DNA belirleyicileri ile ilişkili olduğunun ileri sürülmesi üzerinde durulan organik kuramlardır (Bailey 1991, Hammer ve ark. 1993). Bir diğer organik kuram ise, adrenal androjenik etkinin testiküler androjenik etkiyi baskılayıp maskülinizasyonu azaltmasıdır. Gebelikte annenin yaşadığı veya erken çocuklukta çocuğun karşılaştığı streslerle çocukta androjenik etkinin artabileceğine ilişkin çalışma verileri bulunmaktadır (Ward 1972). Cinsel kimliği öğrenme ve kültürün biyolojiden daha fazla etkilediği düşünülmektedir. Uygun bir cinsel gelişim için uygun biyolojik gelişimin gerekli, ancak tek başına yeterli olmadığı kanısı yaygındır. Yapılan 15 yıllık ileriye dönük bir izleme çalışmasında annelerin en azından başlangıçta oğullarındaki karşı cins davranışlara tarafsız veya destekleyici tutum içinde oldukları saptanmıştır. Benzer şekilde hamilelikte babanın kız çocuk isteği ile, doğan erkek çocukta görülen cinsel kimlik karmaşası ilişkisi bulunmuştur. Araştırmalar baba oğul ilişkisinin yalnız başlangıçtaki karşı cins benzer davranışta değil, sonraki cinsel yö-

nelimde de önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Cinsel kimlik bozukluğu saptanan erkeklerin çocukluk yıllarında babaları ile geçirdikleri sürenin son derece kısıtlı olduğu bulunmuştur (Green 1994).

Psikodinamik yaklaşımlar sıradışı gelişimde erkekte ayrımlaşma-bireyselleşme fazında annenin özgün rolü üzerinde durmuşlardır. Annenin erken dönemlerde oğlu ile yapışık ilişkisinin, oğlanın anneden psikolojik ayrımlaşmasını zorlaştırdığı ve ayrılık anksiyetesinin cinsel kimlik bozukluğuna öncülük ettiği ileri sürülmüştür (Stoller 1985, Coates ve Person 1985).

Cinsel kimliğin doğuştan mı, yoksa kültür etkisiyle mi oluştuğu tartışması sürmektedir ve aileler de bu konuyu ısrarla sorarlar. Bu konuda kesinlik olmadığı, tek bir etkenin neden olamayacağı, ancak öğrenme ve yetiştirilmenin değerli olduğu bilinmelidir.

Cinsel kimlik bozukluğu kişinin psikolojik durumunu, aile ve sosyal yaşamını derinden etkiler ve ikincil birçok duygusal soruna yol açabilir. Cinsel kimlik bozukluklarının sağaltımındaki kısa süreli amaçlar; çocuğun biyolojik kimliğinden dolayı duyumsadığı hoşnutsuzluğu ve sıradışı cinsel davranışlarına bağlı olarak gelişen sosyal çatışmaları gidermeye yöneliktir. Uzun süreli amaçlar ise temel olarak ebeveynlerin de beklentisi olan transeksüalizmin önlenmesidir. Ancak herhangi bir psikoterapinin çocuğun ileri yaşlardaki cinsel yönelimini etkilediğine ilişkin bir kanıt yoktur. Olgu örnekleri üzerinden etyolojik etmenlere yönelmenin sağaltım konusunda da ipuçları vereceği düşünülmektedir (Green 1994).

Bu çalışmada, cinsel kimlik bozukluğu nedeniyle kliniğimize başvuran olgular toplanmış ve dokümü yapılmıştır. Cinsel kimlik bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili olabilecek yaş, sosyodemografik durum, çocuk yetiştirme tutumları, çocuk-ebeveyn ayrılığı, ebeveyn hastalığı veya kaybı, buna ilişkin korkular ve özdeşim modellerinin özellikleri belirlenmiş; endokrinolojik ve karyogram incelemeleri yapılmıştır. Koruyucu hekimlik açısından yararlı olacak verilerin toplanması ve gelecekteki araştırmalara öncülük etmesi amaçlanmıştır.

ARAÇ VE YÖNTEM:

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne 1994-1996 yılları arasında başvuran ve yapılan psikiyatrik muayeneleri sonucunda DSM-IV tanı ölçütlerine göre çocukluk çağı cinsel kimlik bozukluğu ya da ergenlik çağı cinsel kimlik bozukluğu tanılarını alan 12 çocuk çalışma kapsamına alınmıştır.

Çocuklar ve aileleri ile görüşülmüş; yapılan ayrıntılı psikiyatrik bakıda olguların tümünün ailelerinin sosyodemografik özellikleri, çocukların prenatal, perinatal ve gelişim öyküleri sorgulanmıştır. Ailelerin çocukları algılayış ve yetiştiriliş biçimleri, çocukların ebeveynleri ile olan ilişkileri değerlendirilmiştir; çocuklar DSM-IV tanı ölçütlerine göre cinsel kimlik bozukluğu ve eşlik edebilecek psikiyatrik belirtiler açısından incelenmiştir.

Olguların tümü Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Endokrinoloji Bölümü tarafından muayene edilerek gerekli incelemeleri yapılmıştır. Çocukların ruhsal durumunu daha iyi değerlendirebilmek için çalışmaya alınan çocuklara CAT veya TAT testleri uygulanmıştır.

BULGULAR

Çocukluk ya da ergenlik cinsel kimlik bozukluğu tanısı olan 12 olgunun 4 tanesi kız, 8 tanesi erkek olup en küçüğü 6 en büyüğü 17 yaşındadır. Olgular cinsiyetleri, sorunların ilk fark edilme yaşı ve bu sorunla hekime getirilme yaşlarına göre sınıflandırılmış, veriler tablo-1'de gösterilmiştir.

Olguların en küçüğü 6 en büyüğü 17 yaşında olup yaş ortalaması 11.08 ± 4.01 bulunmuştur. Olgular en az 3, en çok 18 ay süre ile polikliniğimizde izlenmiştir. Kız olguların ortalama izlem süresi 11.75 ± 7.84 , erkek olgularının ortalama izlem süresi 5.37 ± 2.26 ay olarak bulunmuştur. Tüm olguların ortalama izlem süresi 7.50 ± 5.46 aydır. Olguların bir kısmı doğrudan polikliniğimize başvururken, bir kısmının da konsültasyon amacıyla endokrinoloji polikliniğinden gönderildiği belirlenmiştir. Buna ilişkin veriler tablo-2'de özetlenmiştir:

Endokrinoloji konsültasyonu ve yapılan organik incelemeleri, fizik bakı, hormon tetkikleri ve kromozom incelemeleri sonucunda olguların hiçbirinde interseks durumu ya da endokrinolojik bozukluk olmadığı gösterilmiştir.

Tablo -1 Olguların yaşlarının değerlendirilmesi

Hastalar	Muayene Yaşı	İlk Semptom Yaşı	Hekime Geliş Yaşı
OLGU-1 E.C. (KIZ)	17	10	15
OLGU-2 A.S. (KIZ)	17	5	16
OLGU-3 D.Ö. (KIZ)	15	10	12
OLGU-4 S.A. (KIZ)	14	13	14
OLGU-5 O.O. (ERKEK)	8	7	8
OLGU-6 B.R. (ERKEK)	6	6	6
OLGU-7 E.B. (ERKEK)	8	3	7
OLGU-8 H.Ş. (ERKEK)	10	8	9
OLGU-9 C.D (ERKEK)	12	11	11
OLGU-10 A.E (ERKEK)	6	5	6
OLGU-11 R.A (ERKEK)	8	7	8
OLGU-12 İ.B. (ERKEK)	12	4	10

Tablo-2 Hastaların geliş şekilleri

	Psikiyatriye Başvuran Hasta Sayısı Oranı	Konsültasyon İstemiyle Gelen Hasta Sayısı Oranı
KIZ	4-%100	-
ERKEK	5-%62.5	3-%37.5 (Endokrinoloji)
TOPLAM	9-%75	3-%25

Olguların kısa tanıtımları aşağıda verilmiştir;

OLGU 1: EC, 17 yaşında, ailenin ikinci kız çocuğu. Annenin gebeliğinin başından bu yana erkek çocuk olarak beklenmiş. Doğumdan sonra cinsiyeti nedeniyle annesi tarafından uzun süre reddedilmiş. Annenin iki gün boyunca beslemediği, kucağına almadığı ve görmek istemediği belirtiliyor. Çocukluk dönemi boyunca erkek çocuk olarak yetiştirilmiş. Giyimi, oyuncakları, arkadaşları, davranış örüntülerinde erkek rolünü benimsemiş, ailesi de bunu onaylamış. Ergenlik döneminden sonra ailesi özellikle annesi, giyim, arkadaş, meslek seçimi ve davranışlarında kız gibi davranmasını istemeye başlamış. Hasta, bu yüzden ailesiyle olan çatışmaları ve cinsiyet değiştirmesine izin verilmesi isteği ile bölümümüze başvurdu. Özellikle annesine yönelik yoğun öfkesi olduğu gözlemlendi. Psikiyatrik bakıda genel görünüm ve davranışlarında erkeksi özellikler belirgindi. Organik bir sorunu olduğunun kanıtlanması yönünde aşırı bir istekliliği vardı. Öyküde uzun süreli bir eşcinsel ilişkisi olduğu belirlendi. Uyum sorunları ve depresif yakınmaları nedeniyle kısa süreli antidepresan sağaltım gerekli görüldü. Uygulanan TAT testinde, cinsel kimlik sorunları, annesine karşı olan öfkesi, yaşam olayları sonrasında hayata bakışındaki ambivalan duyguları, depresif duygu örüntüsü dikkati çekmiştir.

OLGU 2: AS. 17 yaşında, kız. Dört çocuklu bir ailenin üçüncü kızı olarak dünyaya gelmiş. Kendisinden sonraki kardeş erkek. Erkek çocuk olarak beklenmiş. Lise son sınıf öğrencisi. Kadınlara karşı cinsel ilgi duyma, erkek gibi giyinme ve davranma isteği, boşluk duygusu, sinirlilik ve öfke patlamaları şeklindeki yakınmaları nedeniyle ve cinsel fanteziler beslediği rehber öğretmenin önerisi ile kliniğimize başvurdu. Çocukluğundan bu yana ailesi içinde erkeksi davranışlarının desteklendiği dikkati çekti. Çocukluğu boyunca çişini ayakta yaptığını belirtiyordu. Annesinin çok silik bir kişiliği olduğu, babasıyla daha iyi ilişkileri olduğu, erkek ilkökul öğretmenine aşırı bir bağımlılığı olduğu belirtildi. Başvuru anında depresif duygudurum ve irritabilite gösterdiği için antidepresan sağaltım uygulandı. TAT kartlarında işlediği temalar; cinsel kimlik özdeşiminin karşı cinsle özgü olduğunu, buna bağlı yoğun cinsel kimlik sorunları yaşadığını ortaya koymuştur. Bu sorunla başedemeyip, yoğun sıkıntı yaşadığı, kimsenin kendisine yardım edemeyeceğini düşünerek karamsarlığa kapıldığı ve öz kıyımı düşündüğü görülmüştür.

Annesinin de bu sorunlarla ilgili sorumluluk ve suçluluk duyguları yaşadığı yansıtılmıştır.

OLGU 3: DÖ, 15 yaşında, kız. Kendisinden 3 yaş küçük erkek kardeşi var. Sessiz, sakin bir yapısı olduğu, daha çok baba ile birlikte olmak isteği, futbol maçları, boks, balık tutma, araba yarışları gibi daha çok okulda erkek arkadaşlarınca benimsenen konularla ilgilendiği dikkati çekmiştir. Babası ile işi nedeniyle yılda bir kez bir hafta görüşebiliyormuş ve görüşmelerde babasına karşı aşırı sevgi, bağlılık, hayranlık duyguları ve onu kaybetme korkusu olduğunu belirtiyor. TAT kartlarına kısa ve tanımlayıcı yanıtlar vermeye çalıştığı dikkati çekmiştir. Genel olarak özdeşim nesnelere ilişkin kararsızlık, karşı cinsle kendini yakın hissetme, yoğun sıkıntı ve çaresizlik duyguları dikkati çekmiştir.

OLGU 4: SA. 14 yaşında, kız. Ailenin ilk çocuğu, 3,5 yaşında bir kız kardeşi var. Kısa saçlı, huysuz, hırçın bir erkek çocuğu görünümünde. Anneye çok bağımlı olduğu, ancak anne ile birlikteyken aralarında yoğun ilişki sorunları yaşandığı söyleniyor. Anneyi kaybetmekten aşırı korkma nedeniyle, onun hiçbir yere gitmesine izin vermiyor. Son bir aydır artan anksiyetesi nedeniyle anksiyolitik ilaç kullanıyor. TAT kartlarında cinsel kimlik sorunları, anneye karşı ambivalan duygular, gelecek endişesi ve sıkıntı belirgindir.

OLGU 5: OO, 8 yaşında, erkek, kendisinden büyük bir kız kardeşi var, 4 kişilik bir ailede yaşıyor. Sürekli bebeklerle oynadığı, kız gibi yürüyüp koştuğu, söz dinlemediği, çevresine ve kendisine zarar verdiği için bölümümüze getirilmiş. Annesi kuaför, bakacak kimse olmadığından, O, küçüklüğünden beri zamanının çoğunu kuaför dükkanında kadınlarla birlikte geçirmiş. Baba teknisyen olup, vardiya ile çalıştığı için çocukla birlikte geçirdiği zaman oldukça sınırlı imiş. Duygusal iletişimin de yeterli olmadığı söyleniyor. Olguda cinsel kimlik sorunlarının yanı sıra, öfke nöbetleri, kendisine ve başkalarına zarar verme, hayvanlara kötü davranma, söz dinleme şeklinde davranım bozukluğu belirtilerine de rastlanmıştır. CAT kartlarında işlediği temalarda; cinsel kimlik özdeşimlerine ilişkin uygunsuzluk, bu duruma bağlı sıkıntı ve üzüntü, anneye bağımlılık, babayı yeterince güçlü bulmama, babaya güvenememe, anne ya da babası tarafından terk edileceği korkusu ve babanın varlığına, desteğine olan ihtiyacının belirgin olduğu dikkati çekmiştir.

OLGU 6: BR, 6 yaşında erkek. Ailenin tek çocuğu. Anne baba çocuk bir yaşındayken boşanmışlar. Çocuk bu dönemden beri yurtdışında olan babayı hiç görmüyor. Anneye birlikte yaşıyorlar. Anne aşırı hareketlilik, söz dinlememe, kural tanımama, kadın giysileri giyme, makyaj yapma ve bebeklerle oynamayı isteme, arkadaş edineme, öfke nöbetleri nedeniyle bölümümüze başvurdu. Psikiyatrik bakıda hiperaktif özellikler, davranış sorunları ve cinsel kimlik bozukluğu saptandı. CAT Kartlarında belirgin bir özdeşim güçlüğü yaşadığı, baba özlemi içinde olduğu, tuvalet eğitimi konusunda annesi ile ilgili güçlüklerin söz konusu olduğu saptanmıştır.

OLGU 7: EB, 8 yaşında erkek. Kendisinden büyük iki erkek kardeşi var. Anne baba çocuk iki yaşındayken boşanmışlar. Babanın düzenli bir işinin olmadığı, alkol kötüye kullanımı, hırsızlık, sık sık evde ve dışarıda kavga çıkarma, eşini ve çocuklarını dövme gibi antisosyal özellikleri olduğu belirtiliyor. Baba tarafından kuşkulu cinsel kötüye kullanım öyküsü tanınıyor. Baba şu anda bir hırsızlık suçu nedeniyle cezaevinde bulunuyor. EB'nin 3 yaşından bu yana kadın giysileri giyme, kızlarla oynamak isteme gibi davranışlarının olduğu belirtiliyor. Baba yoksunluğu ve aile içinde erkeklere yönelik kötüleme ve eleştiri şeklindeki yaklaşımlar belirgin. CAT kartlarında cinsel kimlik sorunları, anneye bağımlılık, babaya karşı kızgınlık ve öfke temalarının belirgin olduğu dikkati çekmiştir.

OLGU 8: HŞ, 10 yaşında erkek. Ailenin ikinci erkek çocuğu. Anne hamileliği boyunca kız bebek olarak beklemiş. Çocuk Sağlığı Polikliniği'ne başvuran aile çocuğun kadın giysileri giyme, makyaj yapma isteği, babayla ilişkilerinin kısıtlı olması ve anneye bağımlılığı nedeniyle bölümümüze gönderilmiştir. Annenin diyabetik olması ve sık sık hastaneye yatarak tedavi görmesi nedeniyle anneyi kaybetmeye yönelik yoğun korkular söz konusu. Baba polis olarak çalışmakta. Hem işlerinin yoğunluğu, hem de sert mizacı nedeniyle, çocukla ilişkilerinin sınırlı olduğu bildirilmektedir. TAT kartlarında özdeşim nesnelere ilişkin uygunsuzluğun yanısıra anneye olan bağlılık ve anneyi kaybetme korkusu dikkati çekmiştir.

OLGU 9: CD, 12, yaşında erkek. Kendisinden büyük bir erkek kardeşi var. Babası memur, annesi ev kadını. Ailede belirgin bir özellik tanımlanmıyor. İlkokulun son yıllarında daha çok fark

edilen kız gibi konuşma, davranma, erkeklerle oynamak istememe, saçlarını uzatma isteği şeklindeki davranışları nedeniyle ailesi tarafından getirildi. TAT kartlarında belirgin bir cinsel kimlik sorunu yaşadığı ailesine ilişkin bir sorun tanımlanmadığı belirlenmiştir.

OLGU 10: AE, 6 yaşında erkek. Ailenin tek çocuğu. Annenin kalp ritm bozuklukları nedeniyle sık hastaneye başvurması ve buna bağlı aile içinde yaşanan korku ve sıkıntılardan söz ediliyor. İlk kez AE 5 yaşında iken annesinin giysilerini giymek istemesi, makyaj yapmaya çalışması, arkadaşları ile evcilik oynarken anne ya da kız çocuk rollerini alması nedeniyle ailesi tarafından bölümümüze getirilmiş. CAT kartlarında özdeşim nesnelere ilişkin belirgin bir sorun yaşadığı, anneye bağımlı olduğu, terk edileceğini sanarak korktuğu belirlenmiştir.

OLGU 11: RA, 8 yaşında erkek. İkiz eşi. İnce ses tonu ile konuşma, kızlarla oynamak isteme, annesinin giysilerini giyme şeklindeki davranışları nedeniyle teyzesi tarafından bölümümüze getirildi. Babası hırsızlık nedeniyle cezaevinde bulunmakta. Çevre sürekli olarak "kız" yakıştırması yaparak, RA ile alay ediyor. Ailenin yaşam koşulları çok yetersiz. İlkokul 2'ye giden hastamız okul dışındaki zamanları sokakta oynayarak geçiriyor. Anne bulabildiği gündelik temizlik işlerinde çalışıyor. Çocukların gerek fizik ve gerekse duygusal anlamda yoksunluk içinde oldukları belirlendi. CAT kartlarında cinsel kimlik özdeşiminin karşı cinse yönelik olduğu, immatür özellikleri ve kardeşine yönelik kıskançlık duyguları dikkati çekmiştir.

OLGU 12: İB, 12 yaşında erkek. Kendisinden küçük bir kız kardeşi var. Babası kamyon sürücüsü olarak çalışıyor. Bu nedenle uzun süreli ev dışında kalıyor ve çocuklarla seyrek görüşüyor. Çocukların ve evin tüm sorumluluğunu anne üstlenmiş durumda. Başta İB olmak üzere her iki çocuk ta anneye aşırı bağımlı. İB'nin özellikle ilkokulun son yıllarında daha çok kızlarla oyun oynaması, erkeklerin yeğlediği oyuncaklarla ilgilenmemesi ve kız kardeşi ile aşırı geçimsizliği ailenin dikkatini çekmiş. Olguda ek olarak enürezis nokturna saptandı. TAT kartlarında, cinsel kimlik sorunları yaşadığı, başarısızlığa uğrama endişesinin yoğun olduğu, anneyi hem çok sevdiği hem de anneden çok çekindiği dikkati çekmiştir.

Hastaların aile ve gelişim özellikleri özetlenirse;

Olguların üçünün (biri erkek, ikisi kız; olgu 1,2,8) gebelik süresince farklı cinsten beklendikleri ve istedikleri, aynı 3 olgunun karşı cins çocuk gibi büyütüldükleri belirlenmiştir.

Ayrıca 3 olgunun karşı cinsiyetteki ebeveynini yitirme konusunda süregelen ve şiddetli bir endişe yaşadığı saptanmıştır. Bu endişe iki olguda annedeki bedensel hastalıkla ilişkili bulunmuştur (Olgu-8'in annesinde diyabetes mellitus, olgu-10'un annesinde ise kardiyak aritmi tanımlanmaktadır). Bir olgumuz (olgu-3) ise babasını yalnızca yılda bir kez bir hafta görebilmekte ve bu nedenle babasını kaybetme endişesi yaşamaktadır.

Beş erkek hastanın özdeşim örneklerinin uzakta bulunması, seyrek görüşme veya hiç görüşme nedeniyle belirgin bir özdeşim yetersizliği bulunmuştur. Olgu-7 ve 11'in babalarında antisosyal kişilik bozukluğu olduğu düşünülmüş olup; bu iki olgunun babasının uzun süredir hapiste olduğu belirtilmiştir. Olgu-3 ve 8 işleri gereği babalarını çok kısa süre görebilmektedir. Bir olgunun ise (6 numaralı olgu) anne ve babasının boşanmış olup, babasının çocuğunu 1,5 yaşından bu yana hiç görmediği saptanmıştır. Kız olgularımızın üçünde (1-2 ve 4 numaralı hastalar), birlikte yaşadıkları kendi cinsiyetlerindeki ebeveyn ile yoğun sorunlar tanımlanmıştır.

Uygulanan CAT ve TAT testlerindeki ortak bulgular ise bu örnekler gurubundaki olguların cinsel kimliklerinin biyolojik kimlikleriyle uyumlu olmadığı, buna ilişkin karmaşa ve huzursuzluk yaşadıkları, genellikle kendi biyolojik cinsel kimliklerindeki ebeveynleri ile sorunlarının olduğu, anksiyete ve depresif öğelerin sıklıkla bu tabloya eklendiği şeklindedir.

Yapılan psikiyatrik muayenelerinde oniki hastanın %54.8'inde cinsel kimlik bozukluğuna eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk olduğu saptanmıştır. İki hastada depresif sendrom (olgu-1 ve 2), iki tanesinde davranım sorunları (olgu-5 ve 6), bir tanesinde enürezis nokturna, bir tanesinde anksiyete bozukluğu belirlenmiştir.

TARTIŞMA:

Cinsel kimlik bozukluklarına ilişkin çalışmaların çoğu erişkin homoseksüalitesinden yola çıkılarak ve geçmişe dönük olarak yapılmıştır. Cinsel kimlik bozukluklarının görülme sıklığı ve cinsler arasındaki oranları tam olarak bilinmemekle birlikte; bu alandaki epidemiyolojik çalışmaların yetersizliği nedeniyle sıklık konusundaki öngörüler erişkin homoseksüalitesinden yola çıkılarak yapılmaktadır. Bu bağlamda, cinsel kimlik bozukluklarında kız-erkek oranının 1/3 olacağı ileri sürülmüştür (APA 1994). Bizim çalışmamızda ise cinsel kimlik bozukluğu tanısı alan erkek sayısı kızların iki katıdır. Bu farklılık olgu sayısı az olduğu için bir genelleme yapmaya olanak vermemekte ve bu alanda epidemiyolojik çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Çocuğun cinsel davranışında birçok belirleyici söz konusudur. Çok erken dönemlerde başlayarak gelişen çocuğun cinsel özellikleri ailesi ile karşılıklı ilişki içindedir. Normalde aile içinde bir "psikoseksüel denge" söz konusudur. Bu denge içinde, ebeveynin birbirleriyle cinsel uyumu, çocuğun cinsel gelişiminin anne babanın kendi geçmişlerinde bu döneme ilişkin anılarını canlandırması gibi birçok öge bu etkileşimi ortaya çıkartmaktadır (Friedrich ve ark. 1991). Çocuk ve ergenlerdeki cinsel kimlik bozukluklarının genel özelliklerine bakıldığında; çocuğun anatomik cinsiyetine uygun bir kimlik geliştirmesinin en önemli koşullarından birinin uygun özdeşim modelleri bulabilmesi olduğu dikkati çekmektedir. Anne-baba rollerindeki aksaklıkların çocuğun cinsel kimliğini etkilemesi kaçınılmazdır (Yörükoğlu 1993). Bizim araştırmamızda da cinsel kimlik bozukluğu tanısı almış 5 erkek ve 3 kız olgunun özdeşim modellerine ilişkin belirgin sorunları olduğu saptanmıştır. erkek olgularımızdan ikisinin babası antisosyal kişilik özellikleri göstermekte ve hâlen hapiste bulunmaktadır. İki erkek olgunun babası ise işleri gereği çocuklarını yılda yalnızca bir ay görebilmektedirler. Bir erkek olgunun ise anne babası boşanmış olup, babanın çocuğu 1,5 yaşından beri hiç görmediği belirlenmiştir. Bu olgularda özdeşim örneklerindeki yetersizlik belirgindir. Ayrıca erkeklerde görülen cinsel kimlik bozukluklarında

anne oğul arasında uzun süreli ve aşırı yakın bir sembiyoz olduğu; çocuk küçükken babanın ortada olmadığı, genel olarak babanın pasif ve uzak olduğu ileri sürülmüştür. Böylece baba anne oğul arasındaki sembiyozisi durduramamakta ve oğlunun maskülinitesine model olamamaktadır (Çöpür ve Tuna 1996).

Ayrıca 3 kız olgunun erkek olgular kadar belirgin olmamakla birlikte, özdeşim figürleri ile güçlüklere yaşadıkları görülmüştür. Bu olguların annelerinin çocuklarını doğdukları anda cinsiyetleri ile kabullenmedikleri, ergenlik dönemine değin erkek rolü ile ilgili örnekler sundukları, anne çocuk ilişkisinin gergin ve yetersiz olduğu dikkati çekmiştir. Cinsel kimlik bozukluğu olan kız olgularda annenin yaşamında ilk yıllarında fiziksel ya da ruhsal hastalık veya çeşitli çevresel ve sosyal etmenler nedeniyle kızına annelik yapacak durumda olmadığı anlaşılmıştır. Bu durumda çocuk baba tarafından desteklenir. Maskülen davranışları desteklenir. Sonuçta çocuk babasının küçük oğlu olmayı öğrenir. bu durumun çocuğun başlangıçta dişi kimliği ile kabul görmemesi nedeniyle oluştuğu; maskülen tavırları sayesinde kabul görmesiyle de pekiştiği düşünülmektedir. Dişi cinsel kimlik bozukluğu başlangıçtan itibaren travma, şaşkınlık, zihinsel karmaşa ve bunlardan kaynaklanan acıya karşı bir savunmanın çözümüdür (Çöpür ve Tuna 1996).

Anne-babanın bazı davranışlarının çocuğun cinsel gelişiminde etkili olması iki şekilde açıklanabilmektedir. Birincisi, annenin çocuğun cinselliğine karşı olan tutumudur. Bazı anneler erkek çocuk ister ve bunu çocuklarına hissettirirler (Fenichel 1974). Araştırmamızda 2 kız olgunun bu özellikleri taşıdığı dikkat çekmekte, annelerin erkek çocuk bekletisi ile kız çocuklarının dışladıkları belirtilmektedir. İkinci biçim ise anne babanın birbirine karşı olan tutumlarıdır. Çocuğun cinsellik konusundaki fikirleri bu tutumlara göre biçimlenir (Fenichel 1974). Bu düşünceden yola çıkarak, gelişimin erken dönemlerinden itibaren ebeveyn aracılığı ile, olumlu bir kadın-erkek ilişkisini gözlemleme olanağı bulamamış olan olgularımızda, bu durumun cinsel kimlik oluşumunda etkili olduğu düşünülebilir. Çekirdek cinsel kimliğin oluştuğu erken dönemlerden iti-

baren, bu çocuklara özdeşim yapabilecekleri uygun bir örnek ve ortamın sunulmadığı, bu verilere dayanarak öne sürülebilir.

Olgularımızın üçüncü okul öncesi erken çocukluk yaşlarında hastalık ve iş nedeniyle karşı cinsten olan ebeveyninden ayrılma ve ayrılık anksiyetesi yaşadığı bir başka özellik olarak dikkat çekmektedir. Psikodinamik yaklaşımda atipik gelişimde erkek çocukta ayrımlaşma-bireyselleşme fazında annenin özgün rolü üzerinde durulur. Coates ve Person (1985) yayınladıkları yazılarında çocukta gelişen ayrılık anksiyetesinin cinsel kimlik bozukluğunun oluşumundaki rolüne dikkat çekmişlerdir,

Kız olgularımızın tümü kendi istekleri ile doğrudan kliniğimize başvururken, erkek olgularımızın 1/3'ünün endokrinoloji polikliniğinden bölümümüze yönlendirilmesi, kız olgularının klinik izlem süresinin erkek olgulardan belirgin derecede uzun olması, kız olgularda belirtilerin fark edilmesi ile hekime başvurmaları arasında geçen sürenin erkek olgulara göre çok daha fazla olması şeklindeki saptamalarımızın, toplumun erkek ve kadın cinslerine bakış açısı, beklentileri ve değer yargıları ile ilgili farklılıklarla açıklanabileceği düşünülmüştür.

Cinsel kimlik bozukluğunun ilk belirtilerinin 1,5-2 yaş kadar erken dönemlerde ortaya çıktığı ve bu bozukluğun tek bir etmenle açıklanamayacağı kanısı yaygındır. Cinsel kimlik bozukluğu gelişiminde yukarıda sözü edilen psikososyal özelliklerin yanısıra yapısal yatkınlığın da önemli olduğu düşünülmelidir. Monozigotik ikizlerde, dizigotik ikizlere ve ikiz olmayan kardeşlere göre homoseksüalite oranlarının daha yüksek bulunması, seksüel yönelimin X kromozomu üzerindeki DNA belirleyicileri ile ilişkili olduğunun ileri sürülmesi (Bailey 1991, Hammer ve ark. 1993), adrenal androjenik etkinin testiküler androjenik etkiyi baskılayıp maskülinizasyonu azaltması (Ward 1972) gibi pek çok yapısal etken araştırmaktadır. Ayrıca sözü edilen olumsuz çevresel etkenlerle karşılaşan çocuk sayısında oranla cinsel kimlik bozukluğu geliştiren çocukların sayısı oldukça azdır (Kayaalp 1995). Tüm bu veriler ışığında cinsel kimlikte bozukluklarının nedenlerini ortaya koymada yapısal ve çevresel etkenlerin birlikte değerlendirildiği

geniş araştırmalara gereksinim vardır. Günümüzde endokrinolojik incelemelerin yanı sıra bu hastalarda özellikle X kromozomuna yönelik genetik araştırmalar da merak konusunu oluşturmaktadır. Bununla birlikte var olan bilgilerimiz ve çalışmalarımızın sonuçları aile ve çevre etkilerinin önemini tekrar gösterir niteliktedir.

Olgularımızın yapısal psikiyatrik muayenelerinde oniki hastanın %54.8'inde cinsel kimlik bozukluğuna eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk olduğu saptanmıştır. İki hastada depresif sendrom (olgu-1 ve 2), iki tanesinde davranım sorunları (olgu-5 ve 6), bir tanesinde enürezis nokturna, bir tanesinde anksiyete bozukluğu belirlenmiştir. Bu bulgumuz cinsel kimlik bozukluklarında, eşlik eden diğer psikiyatrik sorunlara da dikkat edilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Atipik cinsel davranışlara bağlı olarak çocuğun yaşlılarıyla, ailesiyle ve diğer sosyal çevresi ile çatışmalar yaşaması ve sosyal uyumunun bozulmasını; kendilik imgesinde sorunlara neden olduğu belirtilmiştir (Green 1994). Bu durum özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları gösteren olgularımızdaki ikincil psikiyatrik sorunları açıklayabileceği düşünülmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER:

Özetleyecek olursak, çalışmamızın sonuçları, kız olguların hekime belirtiler fark edildikten çok sonra, özellikle ergenlik döneminde getirildiklerini; erkek hastaların ise belirtiler görüldükten kısa süre sonra tedavi için başvurduklarını göstermektedir. Olguların tümünün genetik (karyogram) ve endokrinolojik incelemeleri normal bulunmuştur. Etiyolojik etkenler göz önüne alındığında olgularda yetiştirilme hataları, ayrılık anksiyetesi, ya da özdeşim güçlükleri yaşandığı düşünülmüştür. Bu bulgulardan yola çıkarak cinsel kimlik gelişiminde kültür ve öğrenmenin önemli olduğu kanısına varılabilir. Ayrıca olguların yarısında çoğunda cinsel kimlik bozukluğuna ek olarak farklı psikiyatrik belirtilerin varlığı da dikkat çekicidir. Cinsel kimlik bozukluğunu tedavisinin istenen ve beklenen sonuçları vermediği de göz önüne alınacak olursa çocuk yetiştirme konusunda anne babaların rolü ve önemi daha değerli hale gelmektedir. Bu nedenle erken yaklaşım; ailelerin bilinçlendirilmesi ve eğitimi son derece önem kazanmaktadır.

KAYNAKLAR:

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th edition) Washington DC.
- Bailey J, Pillard R (1991) A genetic study of male sexual orientation. Archives of General Psychiatry 48:1089-1096.
- Coates S, Person Es (1985) Extreme boyhood femininity: Isolated behavior or pervasive disorder. J Am Acad Child Psychiatry 24:702-709.
- Çöpür M, Tuna Ş (1996) Transseksüalizm. Psikiyatri Bülteni 4(2):88-93.
- Fenichel O (1974) Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. Çeviren: Selçuk Tuncer. Ege Üniversitesi Matbaası, Bornova-İzmir.
- Friedrich W N, Grambsch P, Broughton D ve ark. (1991) Normative sexual behavior in children. Pediatrics 88(3): 456-464.
- Green R (1994) Atypical Psychosexual Development. Child and Adolescent Psychiatry için, Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed). Blackwell Scientific Publications, s:749-758.
- Hamer D H, Hu S, Manoson V L ve ark. (1993) A linkage between DNA markers on the X-chromosome and male sexual orientation. Science 261:321-327.
- Kayaalp M L (1995) Çocuk çağı cinsel kimlik bozukluğunda etiyojik etmenler: Olgu sunumu. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2(3): 152-160.
- Stoller JR (1985) Normal human sexuality and psychosexual disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry içinde, Kaplan HI, Sadock BJ(ed). Fourth Edition. Williams and Wilkins, Baltimore, London, s:1037-1039.
- Ward I (1972) Prenatal stress feminizes and demasculinizes the behavior of males. Science 175:82-84.
- Yörükoğlu A (1993) Çocuk Ruh Sağlığı, 18. baskı, Özgür Yayın. İstanbul.

ÇOCUK VE ERGENLERDE KONVERSİYON BOZUKLUĞU: GÖZDEN GEÇİRME

Eyyüp Sabri Ercan*, Baybars Veznedaroğlu**
Cahide Aydın***

ÖZET

Konversiyon bozukluğu, gelişmekte olan ülkelerde en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklardan birisidir. Ülkemizde erişkinlerde olduğu gibi çocuk ve ergenlerde de konversiyon bozukluğunun azımsanamayacak sıklıkta olduğu düşünülmektedir. Bu yazıda konversiyon bozukluğunun çocuk ve ergen yaş grubunda görülme sıklığı, klinik özellikleri, etyolojisi, organik bozukluklardan ayırıcı tanısı ve tedavisi gözden geçirilmiştir. Günlük uygulamalardaki özel önemi nedeniyle, klinik özellikler, etyolojide sosyokültürel özelliklerin önemi ve konversiyon bozukluğunun bir alt tipi olan yalancı epileptik nöbetler ile ayırıcı tanısı geniş bir biçimde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Konversiyon bozukluğu, çocuk ve ergen, psikojenik nöbet, ayırıcı tanı, sosyokültürel etkenler.

SUMMARY: Conversion disorder is one of the most prevalent psychiatric disorder in developing countries. It has been suggested that conversion disorder is a common problem in child and adolescent population in Turkey. In this article, we have reviewed prevalence, clinical factors, etiology and treatment of childhood conversion disorder. Clinical factors, sociocultural factors in aetiology and differential diagnosis from organic pathologies are largely discussed because of their practical importance.

Key Words: Conversion disorder, child and adolescent, psychogenic seizure, differential diagnosis, sociocultural factors.

GİRİŞ

Fenichel, konversiyon bozukluğunu daha önce bastırılmış olan dürtülerin bilinç dışı olarak ve bozuk bir biçimde anlatıldığı semptomatik fiziksel işlev değişiklikleri olarak belirtmiştir (Fenichel 1945). Konversiyon bozukluğu, DSM IV'te nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumun varlığını düşündüren, ancak bilinen nörolojik veya tıbbi bir bozuklukla açıklanamayan bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. DSM IV'te çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğu tanısı konması için erişkin ölçütleri kullanılmaktadır. Ancak çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğu erişkinlerdekiyle tam olarak aynı değildir.

* Arş. Gör. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, İzmir.

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

*** Prof. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, İzmir.

Özellikle görülme sıklığı, cinsiyet dağılımı ve hastalığın gidişi farklılık göstermektedir (Futterman 1989).

Epidemiyoloji

Bugüne kadar yapılmış olan çalışmaların farklı tanı ölçütleri kullanılarak ve değişik sosyokültürel özellikleri olan toplumlarda yapılmış olması nedeniyle çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğunun sıklığı hakkında tam bir görüş birliği oluşmamıştır. Ayrıca konversif nöbetleri olan hastaların birçoğunun sağlık kurumlarına başvurmadıkları ya da acil yardım sonrası psikiyatri kliniklerine gitmediği bilindiğinden, istatistiksel verilerin gerçeği tam olarak yansıtamayacağı açıktır (Öztürk 1994, Nemzer 1996). Ancak toplumumuzda konversiyon bozukluğunun sık olduğu ve psikiyatri kliniklerine başvuran hastaların önemli bir oranını oluşturdukları bilinmektedir.

dir (Öztürk 1994). Ülkemizde çocuk ve ergen hasta grubu için sağlam istatistiksel veriler olamamasına rağmen azımsanmayacak boyutta olduğu düşünülmektedir (Kerimoğlu 1996). Bazı yazarlar çocuk hastalıkları, nöroloji ve göz hastalıkları kliniklerine başvuruda bulunan hastalarda psikiyatriye başvuranlardan daha yüksek oranda konversiyon bozukluğu tanısına rastlandığını öne sürmüşlerdir (Futterman 1989).

Konversiyon bozukluğu her yaşta başlayabilirse de 20 yaşın altında daha sık görülmektedir (Işık 1996, Chabolla ve ark. 1996). Çocuk psikiyatrisi kliniklerine başvuranlarda konversiyon bozukluğuna rastlanma oranı %0.5 ile %10 arasında değişmektedir (Nemzer 1996). Ankara Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisine başvuran hastaların %2-%3'ünün konversiyon bozukluğu tanısı aldığı bildirilmiştir (Kerimoğlu ve Yalın 1992). Altı yaşın altında konversiyon bozukluğuna seyrek rastlanırken, ergenlerde çocuklardan yaklaşık üç kat daha sık olarak görülmektedir. On yaşın altında cinsiyet dağılımı açısından fark yoktur; fakat ergenlik döneminde kız erkek oranı yaklaşık 3/1'dir (Alper ve ark. 1993, Volkmar ve ark. 1984, Campo ve Fritsch 1994, Hersov 1985). İsveç'li ergenlerle yapılan bir çalışma somatoform bozuklukların 13 yaşında pik yaptığını gösterilmiştir (Larsson 1991).

KLİNİK ÖZELLİKLER

Çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğunun en sık rastlanan belirtileri dönemsel bilinç kaybı (senkop ve psikojenik nöbetler), motor bozukluklar ve duyu bozukluklarıdır (Volkmar ve ark. 1984). Ülkemizde Kerimoğlu ve Yalın'ın araştırmasında (1992), konversiyon bozukluğu tanısı alan kız çocuklarında bayılmalar, çeşitli ağrılar ve globus histerikus ön sıralarda yer alırken, erkek çocuklarda soluk alma güçlüğü, çeşitli somatik belirtiler ve afoninin ön planda olduğu belirtilmiştir. Konversiyon bozukluğu tanısı almış 137 hastayla yapılan bir çalışmada, en sık bilinç kaybı, yürüyememe, kasılmalar, afoni ve yutma güçlüğü bulunduğu belirtilmiştir (Turgay 1990).

Çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğu, genellikle tetiği çeken travmatik olay ya da nesne kaybının ortaya çıkmasından kısa bir süre sonra başlamaktadır. Belirtiler genellikle değişici

özellik gösterir ve dalgalanmalara rastlanır (Futterman 1989, Maloney 1980, Karacan ve ark. 1996). Ancak bazı olgularda konversiyon bozukluğu belirtileri görece yavaş biçimde gelişebilir, belirtiler giderek şiddetlenir ve dalgalanmalar görülmeyebilir (Nemzer 1996). Konversiyon bozukluğu görülen çocuk ve ergenlerde güzel aldırılmazlığa pek rastlanmadığı, çocuk ve ergenlerin konversif belirtilerinden çoğunlukla sıkıntı duydukları belirtilmektedir. Bu nedenle güzel aldırılmazlığın tanı koymada güvenilir bir belirti olmadığı ileri sürülmüştür (Hersov 1985, Goodyer 1981, Volkmar ve ark. 1984, Nemzer 1990, Kerimoğlu 1996). Ayrıca çocuklarda konversiyon bozukluğu belirtilerinin, suç işlenen elin felci örneğinde olduğu gibi dramatik ve sembolik anlamlarla karşımıza çıkması son derece nadirdir (Futterman 1989).

Konversiyon bozukluğu belirtileri ılımlı seyreden olgularda, konversiyon bozukluğuna belirgin psikiyatrik problemler okul başarısızlığı ve sosyal ilişkilerde bozukluk çoğunlukla eşlik etmemektedir (Futterman 1989, Wyllie 1990). Ancak birçok araştırmacı dirençli olgularda konversiyon bozukluğunun genellikle yalnız başına görülmediğini, çoğu zaman diğer psikiyatrik rahatsızlıklara eşlik ettiğini belirtmişlerdir. Çocuk ve ergenlerde somatoform bozukluklarla en sık birlikte görülen tanılar, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, uyum bozukluğu ve duygulanım bozukluklarıdır (Campo ve Fritsch 1994, Nemzer 1996). Birçok araştırmacı çocuk ve ergenlerde bedensel yakınmaların depresif yapı ya da bozukluğu yansıttığını ileri sürmüştür (Larson 1991, McCauley ve ark. 1991, Ryan ve ark. 1987). Psikojenik nöbetleri olan kırkbeş erişkin hastayla yapılan bir çalışmada, hastaların %98'inde eşlik eden bir duygulanım bozukluğu ya da somatoform bozukluk bulunduğu saptanmıştır (Bowman ve Markand 1996). Ayrıca konversiyon bozukluğu tanılı olguların, ailelerine aşırı bağımlılıkları olduğu ve sıklıkla normal veya normalin üzerinde zekaya sahip oldukları bildirilmektedir (Futterman 1989, Lancman ve ark. 1994). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, kız çocuklarında konversiyon bozukluğuna en sık irritabilite, histerik özellikler ve fobik bozukluklar eşlik ederken, erkeklerde irritabilite, davranış bozuklukları ve okul problemlerinin eşlik ettiği belirtilmiştir (Kerimoğlu ve Yalın

1992). Konversiyon bozukluğunun, farklı özellikteki kişiliklerde görülebildiği gibi histrionik kişilik özelliği gösterenlerde daha sık rastlandığı düşünülmektedir. Ancak çocuk ve ergenlerde böyle bir genelleme sıklıkla kabul görmemektedir. Çünkü, düşük engellenme eşiği, benmerkezcilik, bağımlılık ve duygusal değişkenlik gibi histrionik özellikler bu yaş grubunun normal yapısı içinde kabul edilmektedir (Nemzer 1996).

Konversiyon Bozukluğunun Organik Bozukluklardan Ayırımı

Konversiyon bozukluğu ön tanısıyla hastayı değerlendirirken, hastanın geçmişteki fiziksel ve psikiyatrik durumunun anlaşılması, şimdiki psikiyatrik ve organik incelemesinin yapılması ve ayrıntılı aile öyküsünün alınması son derece yararlıdır (Goodyer 1985). Konversiyon bozukluğundan önce başlayan ya da birlikte görülen organik bir rahatsızlık bulunması konversiyon bozukluğu tanısını dışlamaz (Goodyer 1985, Futterman 1989, Good 1993). Çünkü çoğu olguda konversif belirtiler enfeksiyon ya da başka bir tıbbi sorunla tetiklenmiş ya da bu tıbbi sorunlara eklenmiş gibi görünmektedir (Nemzer 1990). Omuz ağrısı sonrası aynı kolda konversif felç gelişmesi ya da atlatılan bir hastalığın belirtilerinin emosyonel bir sıkıntıdan sonra tekrarlanması tipik örneklerdir (Goodyer 1985, Nemzer 1996). Kesin veriler bulunmamakla birlikte konversiyon bozukluğu tanısı konan çocuk ve ergen hastaların en azından %10'unun temel belirtilerini açıklayan organik bir bozukluğu olduğu öne sürülmüştür (Mrazek 1994). Psikiyatri kliniklerinde konversiyon bozukluğu tanısı konan 28 çocukla yapılan bir çalışmada, 4-11 yıllık izlem sonucunda hastaların %46'sının belirtilerinin organik kökenli olduğu bulunmuştur. Bu durumun özellikle görme kaybının ilk yakınma olduğu olgularda geçerli olduğu görülmüştür (Stores 1985, Mrazek 1994). Uzun süreli izlem çalışmalarında özellikle tek bir belirtisi olan konversiyon bozukluğu tanılı çocuk ve ergen hastaların %25-50'sinin belirtilerini açıklayan organik bir hastalıkları olduğu bulunmuştur (Goodyer 1985). Bununla birlikte epilepsi polikliniklerinde izlenen hastaların %5-20'sinin nöbetlerinin, psikojenik nöbet olduğu öne sürülmektedir (Chabolla ve ark. 1996, Lancman ve ark. 1994). Video EEG gö-

rüntüleme yöntemiyle psikojenik nöbet tanısı konan, kırk üç çocuk ve ergen hastanın uzun süreli izleminin yapıldığı bir çalışmada, hastaların %48'ine daha önce epilepsi tanısı konduğu ve antiepileptik tedavi almakta oldukları bildirilmiştir. Bu hastaların pek çoğunda nörolojik bozukluk öyküsü bulunmamasına karşın, bazı hastaların geçmişte kafa travması, menenjit ve araknoid kistleri bulunduğu görülmüştür (Lancman ve ark. 1994). Bir çalışmada epilepsi tanısı konan hastaların %25'inin epileptik olmadığı, psikojenik nöbet olarak izlenen bir kısım hastanın ise özellikle non-konvulzif tipteki epileptikler olduğu görülmüştür (Stores 1985).

Psikojenik nöbetleri epilepsiden ayırmak oldukça güç ve yaygın bir sorundur. Çünkü psikojenik nöbetleri olan çocukların bir kısmının epilepsisi de bulunmaktadır. Aynı zamanda epileptik çocukların önemli bir bölümünün psikiyatrik yakınmaları olduğu görülmüştür (Williams ve ark. 1978, Goodyer 1985, Good 1993). Petit mal, grand mal ya da psikomotor nöbetleri taklit eden psikojenik nöbetler en sık görülen konversif belirtilerdendir (Nemzer 1996). Temporal lob kökenli kompleks parsiyel nöbetler ve frontal lob kökenli nöbetleri de konversif nöbetlerden ayırmak oldukça güçtür (Chabolla ve ark. 1996, Şenol ve Saygı 1993). Nöbetleri değerlendirmede en etkin yol çocuğun günlük aktivitelerinin gözlenmesidir. Bu yöntem video-EEG görüntüleme, serum prolaktin ve kreatin kinaz düzeyini ölçümü gibi testlerle desteklenebilir (Wyllie ve ark. 1990, Lancman ve ark. 1994, Bowman ve Markand 1996). Ayrıca MMPI gibi psikolojik testler de nöbet-psikojenik nöbet ayırımında yararlı olabilmektedir. MMPI'da hipokondriazis, depresyon, histeri ve şizofreni alt ölçeklerinin, epileptikler ve konversif hastalar arasında anlamlı oranda farklı olduğu gösterilmiştir (Henrichs 1988). Burada epileptik nöbetlerin psikojenik nöbetlerden genel farklılıklarının gözden geçirilmesi uygundur (Tablo -1).

Psikojenik nöbetlerin, çoğunlukla toplum içinde gözlenirken olması, nöbet geçirilen yere genellikle yarı kontrollü bir biçimde fazla incinmeden düşülmesi, ağırlı uyarana belirgin kaçınma davranışıyla yanıt verilmesi, bağırmanın eşlik ettiği teatral, yarı amaçlı hareketler, nöbetlerin değişik biçimlerde olması, epileptik nöbetlere oranla daha sık ve belirli zamanlara kümelenmiş biçimde

Tablo -1
Epileptik ve Psikojenik Nöbetlerin Genel Özellikleri

Epileptik Nöbet

Bilinç kaybı
Seyrek olarak başlangıçta çılgılık-anlamsız sesler
Sterotipik tonik-klonik fazlar
Dilini ısırıp zedeleyebilir
Refleks bozuklukları vardır
İdrar inkontinansı olabilir
Uyku görülebilir
Siyanoz olabilir
Post-iktal konfüzyon vardır
Bir günde birden fazla ortaya çıkması nadirdir

Psikojenik Nöbet

Bilinç kaybı (ve amnezi) yok
Bağırma, çılgılık, sızlama,
Kendini yerden yere atma
Yaralanma nadirdir
Refleksler normaldir
İdrar inkontinansı çok enderdir
Uyku görülmez
Solukluk olabilir
'Bayılma' sonrası konfüzyon yoktur
Gün içinde defalarca görülebilir

(Özkan 1993)

görülmesi ve nöbetten uyanıklık durumuna ani geçişin olması gibi özelliklerine dikkat edilmesi, ayırıcı tanıda yararlı olur (Mrazek 1994, Choballa ve ark. 1996, Lancman ve ark. 1994, Karacan ve ark. 1996). Konversiyon bozukluğu tanılı çocuk ve ergenler, aslında organik bir hastalık bulunmaktayken yanlışlıkla konversiyon bozukluğu tanısı konan olgulara oranla, belirtilerinin ani başlangıçlı olması ve ailelerinde konversiyon bozukluğu öyküsüne daha sık rastlanması bakımından farklılık göstermektedir. (Hersov 1985, Mrazek 1994). Postür bozuklukları ve okul başarısında belirgin düşme gibi belirtiler ise nörolojik bozuklukları akla getirmelidir. Psikojenik nöbetler için klasik belirleyici olmamasına karşın, belirtilerin başlangıcında belirgin anksiyete ve hiperventilasyonun görülmesi önemli özelliklerdendir (Wyllie ve ark. 1990, Goodyer 1985). Ancak bu özelliklerden hiçbirisinin bizi kesin tanıya götürmeyeceği göz önünde bulundurulmalıdır (Chobolla ve ark. 1996). Epileptik nöbetlerin emosyonel stres etmenleriyle tetiklenebildiği ve bazen epileptik nöbetlerin sıklığının azalmasında psikoterapotik yaklaşımların yararlı olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir (Williams ve ark. 1978). Ayrıca son yıllarda yapılan çalışmalar, konversif nöbetleri olan olguların %20'sinden fazlasının nöbet sırasında inkontinansları bulunduğunu veya yaralandıklarını göstermektedir (Şenol ve Saygı 1993, Chabolla ve ark. 1996, Lancman ve ark. 1994). Psikojenik nöbetleri olan çocuk ve ergenlerde epileptik statusun bile çok

nadir olmadığı belirtilmektedir (Lancman ve ark. 1994, Chabolla ve ark. 1996). Metrick ve arkadaşları (1991), psikojenik nöbetleri olan konversiyon bozukluğu tanılı çocuk olgularının %38'inin BBT ve MR'larında fokal bozukluklara rastlandığını bildirmişlerdir. Epilepsi ve psikojenik nöbetlerin birlikte görülebileceği birçok yazar tarafından bildirilmiştir (Goodyer 1985, Karacan ve ark. 1996). Bazı araştırmacılar, psikojenik nöbetleri olan olguların %10-58'inin epilepsiyle birlikte psikojenik nöbetleri olan olguların oluşturduğunu belirtmişlerdir (Chabolla ve ark. 1996). Nöbetlere bağlı beyin incinmesi, strese karşı öğrenilmiş epileptik kaçınma ve anti-epileptik ilaç entoksikasyonu gibi nedenlerin epileptikleri psikojenik nöbet geçirmeye daha yatkınlaştırdığı düşünülmektedir (Goodyer 1985, Karacan ve ark. 1996).

Etyoloji:

Konversiyonda bastırılmış içgüdüsel istekler şekil değiştirip, deforme olmuş bir biçimde ve fizyolojik işlev değişiklikleri ile karşımıza çıkarlar. Freud konversiyon oluşumunda pregenital dönem ve bu dönemde çözümlenmemiş 'Oidipus Karmaşası' ile 'kastasyon anksiyetesi ve penis karmaşası' üzerinde durmuştur. Freud'a göre cinsel ya da saldırgan içerikli dürtülerin bilince çıkması engellendiğinde, bunlar bir beden işleviyle sembolize edilip, o işlev bozukluğu ya da kaybı şeklinde bilince çıkarlar. İşte bunu sağlayan konversiyon savunma düzeneğidir. Fenickel

ise konversiyondaki biçim değiştirme düzeneklerinin sembolizm, plastik anlatım yoğunlaştırma, yer değiştirme ya da tersi ile temsil etme, olayların sırasının tersine çevrilmesi ya da bütünü temsil eden ayrıntıların abartılması gibi işlevlere olanak sağladığını ifade etmiştir. Bazı yazarlar ise oral dönem saplantıları üzerinde durmuş, hem oral dönem özellikleri, hem de kadınsı özellikleri olan oral saldırganlık, oral bağımlılık ve edilgenliğin bu konudaki önemini vurgulamıştır (Işık 1996).

Konversiyon bozukluğu tanısı konan çocuk ve ergenler ile yapılan birçok çalışmada normal kontrollere göre daha yüksek oranda cinsel ve fiziksel kötüye kullanım öyküsüne rastlanmıştır (Alper ve ark. 1993, Bowman ve Markand 1996, Işık 1996). Yazında, özellikle psikojenik nöbetleri olan hastalarda cinsel kötüye kullanım öyküsüne rastlandığı vurgulanmaktadır (Nemzer 1990).

Konversiyon bozukluğunun etyolojisinde öğrenme kuramı birçok araştırmacı tarafından öne sürülmüştür. Psikolojik sorunların çözümlenmesinde ailede model olmuş bir kişinin bedensel rahatsızlıkları örnek alınabilir veya onunla özdeşleşebilir. Bazen çocuk daha önce geçirmiş olduğu bir hastalığın belirtilerini tekrar gösterebilir (Futterman 1989, Nemzer 1990 ve 1996). Babasını kalp krizi sonucu kaybeden bir çocukta görülen göğüs ağrısı iyi bilinen bir örnektir.

Bazı araştırmacılar konversiyon bozukluğu etyolojisinde aile işleyişi üzerinde durarak, annenin aşırı koruyucu babanın ilgisiz olduğu tipik bir aile yapısını tanımlamışlardır. Aynı zamanda konversiyon bozukluğu görülen ailelerde bir kaybın olması, depresyon, bağımsızlık tehdidi ve yas gibi süreçler üzerinde de durulmuştur (Futterman 1989, Campo ve Fritsch 1994, Öztürk 1994). Maloney (1980), konversiyon bozukluğu tanısı konan çocuk ve ergenlerle yaptığı çalışmada, yakın zamanda meydana gelmiş olan ailesel stresin ve aile iletişimde bozuklukların, konversiyon bozukluğu olanlarda normal kontrollerden daha sık olduğunu göstermiştir. Volkmar ve arkadaşları (1984), konversiyon bozukluğu olan 30 çocuk ve ergenle yaptıkları çalışmada, konversiyon bozukluğu belirtilerinin yoğun psikososyal stres ve aile içi çatışmalar sonucunda meydana geldiğini belirtmişlerdir. Ülkemizde çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğu konusunda oldukça az sayıda çalışma yapılmıştır. Bunlardan Öztürk

(1976), Öztürk ve Öztürk (1981) tarafından yayınlanan çalışmalarda, ana-baba ve çocuk arasında çarpıcı biçimde özel ilişkiler olduğu; annenin babanın yada her ikisinin birden bu çocuklara küçüklüklerinden başlayarak özel bir yer, rol ve iş sorumluluğu verdiği vurgulanmıştır (Aktaran Kerimoğlu 1996) Ayrıca hasta çocuğa başlangıçtan itibaren diğer kardeşlerinden ayrı olarak, karşıt cins ebeveyn tarafından 'gözde' ya da 'veliah' yeri verilerek, eş ya da sevgili rolünün ve sorumluluklarının yüklendiği ve çocuklara 'kadın' ya da 'erkek' oldukları mesajının sürekli yinlendiği bildirilmektedir. Bu araştırmaların önemle üzerinde durduğu nokta, konversiyon bozukluğunda karşımıza çıkan bu ilişki biçiminin, toplumumuzdaki geleneksel çocuk yetiştirme biçimleriyle olan koşutluğu ve dolayısıyla konversiyon bozukluğunun oluşumunda sosyokültürel etmenlerin rolüdür (Kerimoğlu 1996).

Doktorların organik nedenleri dışlamadan abartılı ve tekrarlayıcı bir biçimde tıbbi incelemeler yapmasının da konversif belirtilerin yerleşmesine ve uzamasına neden olduğu ileri sürülmüştür (Futterman 1989). Goodyer (1981), konversiyon bozukluğu tanısı konan 15 çocukla yaptığı çalışmada hastaların tümünün oldukça uzun bir tıbbi inceleme döneminden geçtiğini belirtmiştir.

Konversiyon bozukluğ etyolojisinde sosyokültürel farklılıkların önemli bir yer tuttuğu düşünülmektedir. Geçmiş çağlarda ve düşük sosyoekonomik düzeydeki toplumlarda konversiyon bozukluğu hem daha sık görülmekte hem de daha renkli belirtilerle ortaya çıkmaktadır (Er 1969, Işık 1996, Futterman 1989, Yıldız 1995). Otoriter ve köktendinci kültürlerin, insanlardaki cinselliği baskıladıkları, fikir ve duyguları açıkça ifade etmeye olanak tanımadıkları için konversif belirtilere yol açabileceği düşünülmektedir (Nemzer 1996). Bazı yazarlar batı dünyasında modernleşme ve kişisel özgürlüğe verilen önemin artmasıyla, içgöründe ve bireysellikte artışın meydana geldiğini belirtmişlerdir. Bunun sonucunda duygusal sıkıntıların dışa vurulmasının beden düzeyinden psikolojik düzeye yer değiştirerek, konversiyon bozukluğu sıklığında belirgin bir azalmaya yol açtığını öne sürmüşlerdir (Signh 1992, Yıldız 1995). Thailand ve Amerika Birleşik Devletleri'nde çocukların psikolojik sorunlarına ebeveynlerin yaklaşımlarını karşılaştıran bir seri çalışma yapılmıştır. Gelişmiş ABD toplumuna

oranla gelişmekte olan Thailand'da ebeveynlerin çocuklardaki psikolojik belirtileri daha az önemsedikleri ve "zamanla iyileşir" şeklinde değerlendirdikleri saptanmıştır. Ayrıca yine bu çalışmalarda kırsal kesimde yaşayanların kent- sel kesimdekilere oranla psikolojik sorunlara da- ha az duyarlı oldukları görülmüştür (Weisz ve ark. 1991). Bu nedenle gelişmekte olan toplum- larda ve kırsal kesimlerde yaşayan insanların psikolojik sıkıntılarını bedensel belirtiler biçi- minde ifade ettikleri düşünülmüştür. Hindistan ve Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde yapı- lan araştırmalarda konversiyon bozukluğunun oldukça sık olduğu saptanmıştır (Signh 1992, Campo ve Fitsch 1994, Öztürk 1994). Örneğin Hindistan'da hastanede yatan çocuk ve ergen hastaların %30'unda, ayaktan başvuranların %15'inde başta psikojenik nöbetler olmak üzere konversiyon bozukluğu bulunduğu bildirilmiştir (Srinath ve ark. 1993). Ülkemizde de konver- siyon bozukluğunun daha çok kırsal kesimde görüldüğü ve konversiyonun bir çeşit kendi duy- gu ve düşüncelerini ifade etme biçimi olduğu öne sürülmüştür (Işık 1996). Er (1969), konversi- yon bozukluğunun sosyokültürel özelliklerle ilişkisini irdelediği araştırmasında, bireysellik bilinci gelişmemiş toplumlarda konversiyon bo- zukluğu ve konversiyon bozukluğu salgınları- nın insanlığın geçmişi kadar eski olabileceğini belirtmiş ve konversiyon bozukluğu etyolojisin- de sosyokültürel özelliklerin önemini vurgula- mıştır. Hatta bazı yazarlar, hastanın bedensel ya- kınmalarını değerlendirecek olan klinisyenin, hastada farklı bir kültürel kökenden geliyorsa çok daha dikkatli bir değerlendirme yapması ge- rektiğini belirtmişlerdir (Mrazek 1994). Buna karşın bazı araştırmacılar da, sosyoekonomik düzey ile konversiyon bozukluğu görülme sıklı- ğı arasında doğrudan bir ilişkiden çok belirtile- rin alt eğitim ve gelir düzeyinden gelen hastalar- da daha renkli ve abartılı olması üzerinde dur- muşlardır (Nemzer 1996).

Tedavi

Konversiyon bozukluğu tanısı konan çocuk has- taların çoğunda kısa süre içerisinde tam iyileşme meydana geldiği ve hastaların %66 ile %90'ında bir yıl içerisinde belirgin düzelme görüldüğü be- lirtilmektedir. Hatta bazı hastalar tedavi görme-

den bile düzelebilmekte; belirtilerde yinelemele- re ise nadiren rastlanmaktadır (Futterman 1989, Campo ve Fritsch 1994, Nmezz 1990 ve 1996, Wylie ve ark. 1990, Kerimoğlu 1996). Bazı çalış- malarda ise çocukluktaki konversiyon bozuklu- ğunun erişkinlikteki somatizasyon, anksiyete bozuklukları ya da kişilik bozuklukları gibi baş- ka psikiyatrik bozuklukların gelişimine yol açtı- ğı öne sürülmektedir (Nemzer 1996, Kerimoğlu 1996).

Tedavinin başlangıcında hasta ve ailenin, kon- versiyon bozukluğunun üzücü yaşantılar ve zorluklar gibi duygusal olaylarla ilişkili olduğu hakkında, destekleyici ve yargılayıcı olmayan bir tarzda bilgilendirilmeleri oldukça yararlıdır. Hasta ve aile belirtilerin psikiyatrik yaklaşım ge- rektirdiği konusunda kuşkulu olabileceklerin- den, tedavinin gerektiğinde çocuk hastalıkları hekimleriyle işbirliği içerisinde sürdürüleceği- nin belirtilmesi uygundur (Nemzer 1996).

Tedavi süreci içerisinde her olgunun gereksini- mine göre, bireysel psikoterapi, grup terapisi, ai- le tedavisi ve bilişsel-davranışçı tekniklerin uy- gulandığı bütüncül bir yaklaşım kullanılır. Aile- nin tedavi süreci içerisine alınması, onların has- talığı yanlış algılayıp çocuklarına hatalı bir tu- tumla davranmalarını engeller ve böylece çocuk veya gencin tedaviye daha uyumlu olması sağla- nabilir. Psikodinamik yaklaşımlar, çocuğun bi- linç dışı çatışmalarına ve hastalığın sürmesine neden olan psikolojik faktörlere içgörü kazan- masına yardımcı olabilir. Hastalık belirtilerinin yerleşmemesi açısından en önemli noktalardan birisi de ikincil kazançların ortadan kaldırılması- dır. Bilişsel-davranışçı yöntemler kullanılarak iyileşme isteğinin artırılması ve hastanın belirti- leri üzerinde kontrol sağlaması denebilir. Olgu- ların 3-4 haftalık bir zamanda kendilerini etkile- yen olayları ve hastalık belirtilerini not almaları ve bu notları terapistle birlikte gözden geçirme- leri, hastalığın belirtilerini daha iyi algılamaları- na yol açabilir (Goodyer 1985, Nemzer 1996). Turgay (1990), konversiyon bozukluğu nedeni- yle tedaviye alınan 89 hastayla yaptığı çalışmada, hastaların yaklaşık olarak yarısının ilk bir iki hafta içerisinde tamamen iyileştiklerini, 45 olgu- nun 2-4 haftalık süre içerisinde iyileştiğini ve yalnızca 3 hasta için dört haftadan uzun süreli tedaviye gereksinim duyulduğunu belirtmiştir. Aileyi de içeren bütüncül tedavi yaklaşımının

kullanıldığı çalışmada, anksiyeteyi azaltma, belirtileri içgörü kazandırma, birincil ve ikincil kazançlara duyulan gereksinimi azaltma ve anksiyetenin bedensel ifadesi yerine daha sağlıklı yöntemler geliştirilmesine yardımcı olma amaçlanmıştır. Çalışmanın sonucunda, küçük yaşta olma, yeterli ego gücünün bulunması, eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalığın bulunmaması, hastalığın süregelen hale gelemiş olması ve aile içinde yoğun çatışmaların bulunmaması ile tedaviye olumlu yanıt arasında anlamlı ilişki bulunduğu belirtilmiştir.

Sonuç

Ülkemizde oldukça sık olarak karşılaştığımız konversiyon bozukluğunun genellikle çocukluk ve gençlik dönemlerinde başladığı belirtilmektedir. Bu yaş gruplarında konversiyon bozukluğunun erişkinliğe oranla çok daha iyi gidişli olduğu ve kendiliğinden iyileşmelere rastlandığı bilinmektedir. Klinik uygulamada en önemli sorunlardan birisi olarak görülen konversiyon bozukluğu-organik hastalık ayırımıdaki zorluklar, hastaların öz ve soygeçmişlerinin ayrıntılı bir biçimde incelenmesi ve hastanın psikiyatrist, pedi-yatrist ve nörologlarla birlikte değerlendirilip tanıya ulaşılmasıyla en aza indirilebilmektedir.

KAYNAKLAR

- Alper K, Devinsky O, Perrine K ve ark. (1993) Nonepileptic seizures and childhood sexual and physical abuse. *Neurology*, 43: 1950-1953.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association, Washington D.C.
- Bowman ES, Markand ON (1996) Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am J Psychiatry*, 153: 57-63.
- Campo JV, Fritsch SL (1994) Somatization in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33 (9): 1233-1235.
- Chabolla DR, Krahn LE, So EL ve ark. (1996) Psychogenic nonepileptic seizures. *Mayo Clin Proc*, 71: 493-500.
- Er S (1969) Histeri epidemisi görülen bir köyde psikososyo-kültürel özelliklerin araştırılmasına ait deneme. Uzmanlık tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, İzmir.
- Fenichel O (1945) *Nevrozların Psikoanalitik Teorisi*. Çev. Tuncer S, Ege Üniversitesi Matbaası, İzmir.
- Futterman EH (1989) *Somatoform disorders in children and adolescents*. *Psychiatry içinde*, Michels R (ed), Lippincot Company, Philadelphia.
- Good MI (1993) *Hysterical conversion, organic pathology, and DSM IV*. *Am J Psychiatry*, 150: 6.
- Goodyer IM (1981) *Hysterical conversion reaction in childhood*. *J Child Psychol Psychiatry*, 22: 179-188.
- Goodyer IM (1985) *Epileptic and pseudoepileptic seizures in childhood and adolescence*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 24 (1): 3-9.
- Henrichs TF (1988) *MMPI indices in the identification of patients evidencing pseudoseizures*. *Epilepsia*, 29: 184-187.
- Hersov L (1985) *Emotional disorders*. *Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches içinde*. M Rutter, L Hersov (eds.), Blackwell Science, London, s: 373-375.
- Işık E (1996) *Nevrozlar*. Kent Matbaası, Ankara.
- Karacan E, Şenol S, Şener Ş (1996) *Epilepsiye ikincil psikojenik nöbet: iki olgu sunumu*. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 3 (3): 144-149.
- Kerimoğlu E, Yalın A (1992) *Histerik, obsesif ve psikosomatik bozuklukları olan çocuklarda karşılaştırmalı bir ön çalışma*. 1. *Psikosomatik Sempozyumu Bilimsel Yayınları*: 248-262.
- Kerimoğlu E (1996) *Çocuk çağı nevrotik bozuklukları*. *Nevrozlar içinde*, E Işık (ed), Kent Matbaası, Ankara s: 390-393.
- Lancman ME, Asconape JJ, Graves S ve ark. (1994) *Psychogenic seizures in children. Long term analysis of 43 cases*. *J Child Neurology*, 9: 404-407.
- Larson BS (1991) *Somatic complaints and their relationship to depressive symptoms in Swedish adolescents*. *J Child Psychol Psychiat*, 32: 821-832.
- Maloney MJ (1980) *Diagnosing hysterical conversion reactions in childhood*. *J Pediatr*, 97:1016.
- McCauley E, Carlson GA, Calderon R (1991) *The role of somatic complaints in the diagnosis of depression in children and adolescents*. *J Am Child Adolesc Psychiatry*, 30: 631-635.

- Metrick ME, Ritter FJ, Gates JR ve ark. (1991) Nonepileptic events in childhood. *Epilepsia*, 32: 322-328.
- Mrazek DA (1994) Psychiatric aspects of somatic disease and disorders. *Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches içinde*. M Rutter, E Taylor, L Hersov (eds.), Blackwell Science, London. s: 706-707.
- Nemzer ED (1990) Psychosomatic illness in children and adolescents. *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents içinde*, BD Garfinkel, GA Carlson, EB Weller (eds). Saunders Company, Philadelphia. s: 135-146.
- Nemzer ED (1996) Somatoform disorders. *Child and Adolescent Psychiatry içinde*, M Lewis (ed). Williams & Wilkins, Maryland, s: 693-702.
- Özkan S (1993) *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezion Psikiyatrisi*. Roche, İstanbul.
- Öztürk O (1994) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 5. baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Ryan ND, Pulg-Antich J, Ambrosini P ve ark. (1987) The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 854-861.
- Signh SP (1992) Declining incidence of hysteria. *Br J Psychiatry*, 161: 276.
- Srinath S, Bharat S, Grimaji S ve ark. (1993) Characteristics of a child inpatient population with hysteria in India. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 21: 508-512.
- Stores G (1985) Clinical and EEG evaluation of seizures and seizure-like disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 24 (1): 10-16.
- Şenol S, Saygı S (1993) Bir frontal lob epilepsisi olgusu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4 (2): 130-134.
- Turgay A (1990) Treatment outcome for children and adolescents with conversion disorders. *Can J Psychiatry*, 35: 585-588.
- Volkmar FR, Poll J, Lewis M (1984) Conversion reaction in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 23 (4): 424-430.
- Weisz JR, Suwanlert S, Chaiyasit W ve ark. (1991) Adult attitudes toward over-and undercontrolled child problems: urban and rural parents and teachers from Thailand and United States. *J Child Psychol Psychiatry*, 32: 645-654.
- Williams DT, Spiegel H, Mostofsky DI (1978) Neurogenic and hysterical seizures in children and adolescents: differential diagnosis 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.
- Yıldız M (1985) Somatoform bozukluklar; etyolojik ve psikopatolojik açıklamalar. *Psychomed* 1 (1): 8-11.

OYUNUN TERAPÖTİK ETKİSİ*

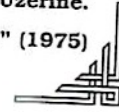
Kısaltarak Çeviren: Ali Bayrak**



"O, kelimenin tam anlamıyla sadece bir insan olduğunda oyun oynar, ve o sadece oyun oynadığında tam olarak bir insandır."



F. Von Schiller, İnsanın Estetik Eğitimi Üzerine.
"Onbeşinci Mektup" (1975)



Terapötik yönelimli oyun, duygu durumun sentezi ve organizasyonunda çocuğun doğuştan gelen yeteneğini artırır. Çocuklarda ve yetişkinlerde gelişimsel olarak varolan ve ilerleyen, uyum sağlayan güçleri destekler. Terapötik ortamda yapılması gereken şunlardır: Oyunu kolaylaştırma, oyunu yeniden yönlendirme ya da ara verme olmaksızın, her çocuğun kendi oyununu kurması için ona cesaret verme. Bu yazıda oyun terapisi ortamlarında oyunu kolaylaştıran etmenler incelenmiş ve ayrıca sarfedilen çabaların bazı zorlukları sunulmuştur.

Terapötik ortamda oyun sözel iletişim ve yorumlama bakımından yetersiz kalsa da çocuğun gelişiminde çok önemli etkisi bulunmaktadır. Bugünün çocuk psikiyatristi için geçerli bulunan, terapötik yaklaşımlara daha çok yer verilmesidir. Bu nedenle, oyunun terapötik etkisi kolayca gözden kaçmaktadır. Bu alandaki tartışmada yeni olan şey, oyunun beyninin yapısında ku-

rulu doğal bir yetenek olduğu düşüncesidir. Oyun büyüyen organizmanın egosuna organizasyon ve sentez işlevleri açısından bir olanak sağlar. Hayvanlarda saldırganlığı yumuşatmak, birlikteliği ve sevgiyi ilerletmek için oyunun kullanıldığına ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. Gelişmenin ve hayatta kalmanın bir parçası olarak, insanlar gittikçe karmaşık fakat esnek organizasyon sistemleri geliştirirler. Oyunun bu yaratıcı yönü etkin yeni anlayışların doğmasını kolaylaştırmıştır. Bu anlayışlar duygusal alanlarda daha önemli olup, sözcüklerden çok sembelleri içerirler. Oyun, bu sembellerin araç gereçe, nesnelere, seslere, yere ve zamana aktarılmasını sağlar.

Oyunun terapötik etkisini anlamaya yönelik çabalar, tarihsel olarak, nevroz belirtileri ve çatışmaların tedavisine odaklanmıştır. oyunun kullanımı ile ilgili düşünceler, edilgen yaşantıları etkin olanlara değiştirerek, travmanın, çatışmanın ve duyguların üzerinde yeniden çalışma sürecinin bir parçası ve çocuğun geçmişini yeniden yapılandırma yol gösterici bir etkinliktir. Çocuk psikiyatrisinin geleneksel yaklaşımları arasında

* Ablon SI (1996). *The therapeutic action of play*. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35:4 : 545 - 547 (7 Kaynak)

** Arş. Gör. Dr., GATA Ruh Sağ. ve Hast. Anabilim Dalı, Ankara

terapötik işbirliğinin gelişimi, destekleyici bir çevrenin oluşturulması, savunma düzeneklerinin analizi ve transferansın açığa çıkarılarak yorumlanması vardır.

Oyun, çocuğun en sıkıntılı ve en önemli duygularını ortaya çıkarmasına ve keşfetmesine izin verir. Bu aşamada çocuk, ruhsal yapısının organize edici bir yönünü genişletir ve bilinç öncesi, bilinç dışı duygunun ve yaşantının karmaşasını sembolik olarak keşfederken, bunlara bir düzen getirir. Buna karşın, duygular yaşanabilir, düzenlenebilir ve bilinçliliğe ya da bilişselliğe yansımadan aktarılabilir. Örneğin, çok zeki olmasına karşın okulda çok az arkadaşı bulunan ve başarılı olmayan 11 yaşındaki bir erkek çocuğu terapi saatleri sırasında hokey oyunlarının versiyonlarını oynamıştı. Bu oyunlarda kurallar açık değildi ve önceden haber verilmeden değiştiriliyordu; bu yüzden zafer yakın gibi görünürken, sonuç üzüntü ve düş kırıklığı oluyordu. Çocuk bu oyunu yalnızca oynamaktan duyduğu öfke yüzünden ne kadar suçlu ve kafası karışmış olduğunun farkına varmıştı. Onun, bu duyguları kabul etmesi ve yenmeye yönelmesiyle birlikte, zorlukları çözülmeye başlamıştı.

Oyun, duygu yüklü yaşantının organizasyonu, entegrasyonu ve yapıllaştırılması için zihnin sonuçta temel kurmak üzere yararlandığı bir sembolizm aracı ve metafordur. Yukarıda anlatılan örnekte oyun, çocuğa beklemediği hayal kırıklığını ve şaşkınlığını organize etmek üzere kullanabileceği bir metafor sağlamıştır. Geçmişteki ve şu andaki duygu ve deneyimlerin zihnin organize olan görünümünü içine özümlemesi egoyu güçlendirir. Duygusal yüklü deneyimlerin zihnin organize olan görünümünü içine özümlemesi egoyu güçlendirir. Duygusal yüklü deneyimlere tutarlılık getiren oyunun bu evresi, sözcüklere dökülmüş içgörü, yeniden yapılanma ve transferansın yorumlanması ile ilgili olarak oyunun iyileştirici etkisini azaltmaz. Bu noktada çocuk ile oyun arasında ve çocuk ile terapist arasında farklı iki iletişim vardır. Bu iki iletişimin hem kendi içinde ve hem de birbirleriyle eşsiz etkileşimleri bulunmaktadır. Bu deneyimlerin terapötik etkinliği, çocuğa ve çocuğun yaşam de-

neyimlerine, gelişimine ve ruhsal yapısının karmaşık değişimlerine bağlıdır.

Oyunun sözel ve doğrudan bir iletişim aracı olmamasına karşın dramatik ve sürekli iyileştirici özelliği vardır. Bu terapi, sözlü olarak ya da bilinçli olarak yapılandırılmış içgörü olmaksızın devam ettirilir. Terapi ortamında çocuk, terapistle görüşmeden birçok çizimler yapabilir, kendi yaşamıyla ilgili tartışılmayan temaları oyunlara aktarabilir ya da kendini kitap ya da magazinlerle ilgilenebilir ya da bazen de terapistle açıkça karşı koyabilir. Bu terapi ortamında çocuğun kendi eserini ayrıntılı olarak hazırlamasına izin vermek, onu cesaretlendirmek ve sonunda aktarılanı anlamasına fırsat vermek gerekir.

Çocuk psikiyatristleri olarak, çocuğun oyunda kullandığı savunma mekanizmaları ve bunların dışı yansımalarını anlamalı ve ortaya çıkan güçlü duygulara katlanmalıyız. Bu duygular arasında öfke, keder, çaresizlik, aşağılama, değersizlik, sadizm, cinsellik ve bağımlılık bulunmakta ve bunlar karşı aktarım zorlukları doğurmaktadır. Zor katlanılan bu acı veren duygular, çocuğun keşiflerine engel olan, bilgilendirme, erken müdahale, manüplasyon, sınır koyma ve gibi savunmacı çabalara neden olabilir. Terapötik bir ortamı kurma ve sürdürme, terapistin çocuğun üzücü duygularıyla oturması ve onları taşımaya yardım etmesine bağlıdır. Bu duyguların çıkışını engeleyici terapist tutumları tehlikelidir. Terapötik koşulların en önemli niletiği, çocuğun içsel deneyiminin empatik değerlendirmesine yönelik kabullenici ve zorlayıcı olmayan bir çevre olmasıdır. Aynı zamanda terapist, güvenilir bir ortam kurmak ve sürdürmek ve oyundan farklı olan olaylara karşılık vermekle yükümlüdür. Bu gibi olaylar, terapisti ya da çocuğu tehlikeye düşüren, ya da ortama zarar verme, ya da bir saatin sonunda ayrılmayı reddetme gibi, zaman sınırlamalarına karşı gelecek davranışlara götürebilir. Buna karşın çocuk hastalar, terapistin duyarsızlığı, yanlış yorumları ya da terapistin zaman zaman çaresizlikleri karşısında oldukça bağışlayıcıdır.

Terapötik ortamdaki oyun, çocuğun deneyimlerine ve iç dünyasının duygusal olarak güçlü

yönelimlerine organizasyon sağlamada yeni bir sahne sunar. Terapist kendisine verilen rolleri kabul eder ve oyunda ve dramalarda empatik bir aktör olur. Bu sırada terapistin çocuğun duygu durumunu değiştirmeye çalışmada kabullenmesi, desteklenmesi ve oyunu bir dışa vurum aracı olarak görmesi gerekir. Sonuçta oyun aracılığı ile çocuktaki çatışmalar, travmalar ve güçlü duygular üzerinde çalışmak mümkün olur. Üç yaşında iken annesi göğüs kanserinden ölmüş, on yaşındaki bir erkek çocuk evde ve arkadaşlarıyla sorunlar yaşamakta, ağır pasif-agressif ve kendi kendini başarısızlığa uğratan (self-defeating) özellikler göstermekteydi. Bu çocuk ilerleyen süreç sonunda, çift taraflı çalışan bir ajan olan, arkadaşlarını acımasızca öldüren ve sonunda yakalanarak "bin tane yaban arısı tarafından sokulup" işkence edilerek zehirlenen, "Bayan Scarlet" adında birisinin bulunduğu bir tiyatro oyununu ayrıntılı olarak hazırlamak üzere, "ipucu" denilen "tahta oyunu"nu kullanmıştı. Bu oyun, onun, annesinin hastalığı, kemoterapisi ve ölümü ile ilgili bazı deneyimlerini, şaşkınlığını, suçluluğunu ve annesiyle olan özdeşimini yansıtan bir sahne olmuştu.

Organizasyon, sentez ve kendi kendine düzenleyici süreçleri harekete geçiren nitelikteki doğal kapasitesi, oyunun etkin bir terapötik araç haline getirir. Belki de oyunun bütünü bütünleştirici olmaktadır. Oyunu, gelişme ve beceri yönünde herhangi bir yönlendirme olmadan, sonsuz yineleme ve sembolleştirme olarak düşündüğümüz-

de, çoğu kez bu uğraşmayı ya da iletişimi anlayamayız. Buna ek olarak, oyunun etkinliğinin ve işleyişinin gittikçe farkına varılması, kendi kendinin düzenleyen bir süreci kolaylaştırır. Çocuk, oyundaki sembolik diyalogu tanıyıp onu değiştirdikçe, diyalog ötesi gelişim söz konusu olur.

Oyunun zaman zaman ritüelleştirilmiş ya da yineliyici bir özelliği vardır. Bu özellik yaratıcı oyunun özgürlük ve akıcılık gibi önemli yönlerine ket vursa bile, incelikle işlenerek anlaşıldıkça oyun, altta yatan sıkıntıların, çatışmaların ve acı verici duyguların dışa vurumunu sağlar.

Bu sunumun temel dayanağı, terapötik ortamdaki oyunun çok az bir açıklama ve yorumla bile gelişimsel olarak ilerleyici ve uyum sağlayıcı güçleri etkili bir şekilde harekete geçirmesidir. bu olasıdır çünkü oyun, saldırganlık, anksiyete ve sevgi gibi duyguların organizasyonu için, insanların ve aslında diğer mememli hayvanların doğuştan gelen yeteneğinin bir parçasıdır. Hayatta kalma amacı ile dışsal ve içsel deneyimlerin ve duyguların gittikçe karmaşıklaşan organizasyonunu geliştirme yönünde sürekli bir çaba vardır. Oyun, zihnin bütünleme ve organizasyon için bir çeşit yapı iskeleti oluşturmak amacı ile kullanıldığı sembolizm ve metafor bakımından özellikle etkin bir araçtır. Sonuç olarak, bu yazıda oyunun uyum sağlayıcı gücünü maksimuma çıkarmada terapötik oyun ortamının özellikleri ve terapistin rolü tanımlanmaya çalışılmıştır.

GÖRÜŞLER

Her yıl Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği ve ilgili bir üniversite kliniği işbirliğinde gerçekleştirilen Ulusal Çocuk ve Ergen Kongreleri'nin yedincisi bu yıl Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından Antalya - Belek'te düzenlenmiştir. Giderek artan bir katılımla ulusal ve uluslararası düzeyde bir bilimsel etkileşimin sağlandığı; çocuk ve ergen ruh sağlığını ilgilendiren pek çok konunun tartışıldığı bu kongrelerin bu yılki genel kurulunda, günümüzde ülkemizi en çok ilgilendiren konuların başında gelen sekiz yıllık zorunlu eğitim konusunu içeren bir sonuç bildirgesi yayınlanmıştır. Bu bildirme, ülkemizde Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı alanında çalışan uzmanların büyük çoğunluğunu kapsayan bir kongre sonucunda oluşturulduğundan, bu alanda ilk kez yayınlanan bir bilimsel ortak görüşü örneklemektedir.

Bildirme, 7. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kongresi ve Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği aracılığı ile, topluma 8 yıllık zorunlu eğitimin, çocuk ve ergen ruh sağlığı açısından önemini aktarmayı ve bu konudaki toplumsal bilinçlenme sürecini desteklemeyi amaçlamaktadır. Bildirgenin temel metni aşağıda verilmektedir:

Ülkemizde ilkokulu bitiren çocukların büyük çoğunluğu 11-12 yaşındadır. Bu dönem ruhsal gelişim basamakları açısından ergenlik döneminin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Bu evre çocukların kendilerini, ilgi alanlarını, beceri ve yeteneklerini, yatkınlıklarını tanımaya başladıkları bir çağdır. Çocuk kendisini çeşitli alanlarda sınavı deneyerek, neyi, neden yapmak istediğini, neye, ne kadar becerisinin ve yatkınlığının olduğunu; değişik modeller ve seçenekler içinden hangisini öğrenmek istediğini ve uygulamaya hazır olduğunu bulabilecektir. Bu nedenle, bu dönemde çocuklara, düşüncelerinin sınırlarını genişletmelerini destekleyen, içinde seçenekler barındıran, kendilerini tanımalarını kolaylaştıran ve kendilerini en işlevsel biçimde geliştirebilecekleri bir eğitimin verilmesi zorunludur.

İlgi ve becerileri henüz belirginleşmemiş, yetileri ayrılmamış, oluşmamış bir çocuğu bu dönemde eğitimden uzaklaştırmak ya da tek yönlü bir eğitimin boyunduruğu ile sınırlandırmak, onun ruhsal ve zihinsel gelişimini engellemek anlamını taşıyacaktır.

8 yıllık bir eğitim süreci, çocukların gerçeği değerlendirebilme, yargılama yetenekleri, doğruyu yanlıştan ayırtma becerilerinin daha da yeterli gelişmesinin sağlanması ve dolayısıyla kendi mesleki yönelimleri hakkında daha doğru karar verebilme olanağına sahip olabilecekleri bir yaş sınırına yaklaşabilmeleri açısından gereklidir ve zorunlu tutulmalıdır. Bilinmektedir ki iyi bir meslek eğitiminin ön koşulu sağlam bir temel eğitimidir. Ancak halen ülkemizde ilkokuldan sonra kötü çalışma koşullarına bırakılmış pek çok çocuk, 11 yaşında çalışmaya başlamış olan 200 binin üstünde çıraklık öğrencisi bulunmaktadır.

Ülkemizin de onay verdiği, gerek Çocuk Hakları Sözleşmesi, gerekse Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) Sözleşmesi çocukların en az 15 yaşına dek, kesintisiz eğitim hakkı olduğunu bildirmekte ve bu sözleşmelere giren ülkelere bu koşulları uygulamayla ilgili bir yükümlülük getirmektedir.

Oysa ki bugün ülkemiz Türkiye, dünyanın en geri kalmış çok az sayıda birkaç ülkesi ile birlikte zorunlu eğitimi 5 yıl olarak sınırlandırmakla bu yükümlülüğe ters düşmektedir.

Yapılan belirlemelere göre, bu bağlamda, özellikle köylerde, ülkemizin daha az gelişmiş yörelerinde yaşayan çocukların ve de kız çocuklarının büyük çoğunluğu ilköğretimin ikinci basamağının dışında kalmaktadırlar.

Bütün bu saptamalar sonucu ortaya çıkan durum, gerek Çocuk Hakları Sözleşmesi ve ILO koşullarına uymamakta, gerek yasal yoldan "Öğretim Birliği Yasası" ile çelişmekte, gerekse çocuk ve ergen ruh sağlığı açısından "çocuk suistimali" kapsamına girmektedir.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 4(2) 1997

8 yıllık zorunlu temel eğitim, yurt düzeyinde tüm bu yaş çocuklarını böylesi bir ihmal ve suistimalden kurtararak, çocuk haklarına uygun düşecek biçimde, eğitimden yararlanma açısından eşit kılacaktır.

Ancak zorunlu temel eğitimin 8 yılı içeren bir süreç olması yalnızca niceliksel bir süre uzatma işlemi olarak değerlendirilmemeli, içerik ve niteliğin değişimi ve çağdaştırılması temel alınmalıdır.

Ülkemizde gerek ilkokulları neredeyse yalnızca Anadolu Liselerine hazırlanmanın bir ön basamağı gibi görme, gerekse ilkokuldan sonra gidilen İmam-Hatip Okullarını çağdaş bir eğitim modeli olarak sunma gibi iki önemli eğitim yanlığı yapılmaktadır. Her iki model de tek tip insan yetiştirmeyi amaçlayan yapılanmalardır ve çocukların ruhsal, zihinsel ve sosyal gelişimleri açısından ciddi sakıncalar taşımaktadırlar.

Anadolu Liseleri örneğinde yıkıcı bir yarışmacılık ve rekabet, İmam-Hatip Liselerinde ise doğmalar, tartışılmaz inançlar üzerine kurulu kurallar dizgesi çocukların yapılarına ve doğalarına uygun, özgürce düşünmelerini, sağlıklı neden-sonuç ilişkileri kurabilmelerini baskılayacak, zihinsel ve ruhsal gelişmelerinde olumsuz sapsmalar ve yüklenmelere neden olabilecektir.

Eğitimin süresinin 8 yıla çıkarılması ile birlikte niteliğinin de geliştirilerek test çözmeye, verileni kayıtsız koşulsuz kabullenmeye dayalı eğitim sisteminin değiştirilerek, çocukların araştırmaya, yaratıcılığa, üretkenliğe, farklı özellikleri ile kendilerini dışa vurabilmeye, sosyal etkinliklere yönlendirilip, desteklendikleri bir eğitim modeline işlerlik kazandırılması ivedilikle gerekmektedir.

Çocuklar üzerinde toplumumuzda yapılan ruhsal sağlığı içeren araştırmalarda, ülkemiz çocuklarında kaygı ve depresyon oranının diğer ülke çocuklarından oldukça yüksek oranda bulunduğu saptanmıştır.

Toplumda çocuk ve ergenler üzerindeki baskı, denetleme, koşulsuz boyun eğme beklentisi arttığı oranda, bu yaş kesiminde ruhsal bozukluklar artmaktadır.

8 yıllık zorunlu eğitim, koşulsuz kabullenme, sunulanı tartışmadan alma, içe sindirme niteliği ağır basan bir disiplin anlayışı ile çocuk eğiten okulların yerine, tartışabilen, soru sorabilen, seçenek üretebilen çocukların yetiştirilmesi yönünden bir açılım sağlayabilecek çağdaş bir değişimi de birlikte getirecek olan bir uygulamadır ve ülkemiz çocukları için tartışılmaz biçimde gerekli görülmektedir.

Prof. Dr. Bahar Gökler

YENİ YAYINLARDAN ÖZETLER

Gençlerde EKT Kullanımı Üzerine Epidemiyolojik Bir Çalışma

Walter G, Rey JM (1997) *An epidemiological study of the use of ECT in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36(6): 809-815.*

Gençlerde elektrokonvulsif tedavi (EKT) kullanımı ile ilgili bilgimiz çok azdır. Bu yaş grubundaki psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ve şiddeti göz önüne alınırsa, elektrokonvulsif tedavinin sıklığı, etkinliği, hangi psikiyatrik bozukluklarda kullanılması gerektiği ve yan etkilerinin belirlenmesi önemlidir.

Yazarlar bu amaçla, Avustralya'da New South Wales bölgesinde bulunan 41 hastane ile görüşerek, 1990 ve 1996 yılları arasında elektrokonvulsif tedavi gören 19 yaşın altındaki gençleri belirlemişler ve bu gençlerin tanı, tedavi ve tedavi sonuçları ile ilgili ayrıntılı bilgi toplamışlardır. 41 hastanenin yarısında, 18 yaşın altındaki gençlere EKT uygulandığı saptanmıştır. 14 ve 18 yaşları arasında toplam 42 hasta elektrokonvulsif tedavi görmüştür. EKT, bu dönem içinde tüm hastalara uygulanan tedavilerin %0.93'ünü oluşturmaktadır. Tamamlanabilen tedavilerin yarısında psikiyatrik belirtilerde belirgin düzelme olduğu görülmüştür. En çok yarar gören psikiyatrik bozukluğun ise duygulanım bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Yan etkiler geçici ve az olup, tedavilerin %0.4'ünde uzamış nöbet gözlenmiştir. Anestetik bir ilaç olan propofol'un kullanımı diğer anestetik ilaçlara göre daha kısa nöbet süresi ile birliktelik göstermiştir. Kişilik bozukluğunun eşlik etmesi tedaviye yanıtı azaltmaktadır.

Sonuç olarak yazarlara göre; EKT, gençlerde psikiyatrik bozuklukların tedavisinde etkin bir tedavi olmasına ve yan etkilerin az olmasına karşın çok nadir kullanılmaktadır. Hangi hastalıklarda kullanılması gerektiği, tedaviye yanıt ve istenmeyen yan etkiler erişkinlerdekine benzerlik göstermektedir.

Dr. Berna Pehlivan Türk

Çocuklukta Cinsel İstismarın Yeme Bozukluklarıyla İlişkisi

Wonderlich SA, Brewerton TD, Jolic Z ve ark. (1997) *Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36(8): 1107-1115*

Bu yazıda, 1987-1997 yılları arasında, çocuklarda cinsel istismarın yeme bozuklukları ile ilişkisi üzerine yayınlanmış olan araştırmalar gözden geçirilmiştir. Yazarlar tarafından bu ilişkiyi tanımlayabilecek altı varsayım öne sürülmüş ve araştırmalar bu varsayımlar üzerinden incelenmiştir. Bu varsayımlar: (1) Çocuklukta cinsel istismar bulimia nervosa ile ilişkilidir. (2) Çocuklukta cinsel istismar, bulimia nervozada anoreksiya nervozadan da sıktır. (3) Çocuklukta cinsel istismar yeme bozuklukları için özgün bir risk etmenidir. (4) Çocuklukta cinsel istismar yeme bozukluklarında komorbidite ile ilişkilidir. (5) Çocuklukta cinsel istismar yeme bozukluklarının şiddetinin artması ile ilişkilidir. (6) Çocuklukta cinsel istismarın bazı özellikleri, yeme bozukluğunun semptomatolojisi ile ilişkilidir. Araştırmanın bulguları çocuklukta cinsel istismarın, bulimiya nervosa ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Bu ilişki anoreksiya nervosa olguları ile olandan daha belirgindir. Cinsel istismar, yeme bozukluğunun şiddeti ile ilişkili bulunmamış ancak yeme bozukluğuna eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların sıklığı ile bağlantılı bulunmuştur.

Dr. Özlem Erman

DEHB'da Cinsiyet Farklılıkları: Meta-analiz ve Gözden Geçirme

Gaub M, Carison C (1997) *Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36(8):1036-1045*

Bu çalışmada, dikkat eksikliği aşırı hareketlilik bozukluğunda (DEHB) kız ve erkek olgular ara-

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 4(2) 1997

sındaki farklılıkların niceliksel olarak gözden geçirilmesi amaçlanmaktadır. Her iki cinsiyet arasındaki farklılıklar; belirti dağılımı, entelektüel ve akademik işlevler, eşlik eden davranış sorunları, sosyal işlevler ve aile özellikleri açılarından incelenmiştir. Meta-analize alınan toplam 18 araştırmaya göre impulsivite, akademik beceriler, sosyal işlevler, ince motor beceriler, anne-baba eğitimi ve anne-babada depresyon değişkenleri açısından kız ve erkek olgular arasında fark bulunmamıştır. Bununla birlikte, DEHB olan kızların entelektüel işlevlerinde daha fazla bozulma, daha az hareketlilik ve dışavuran davranışlar olduğu belirlenmiştir. Cinsiyetler arasındaki farklılıkların, araştırmaların normal popülasyon ya da klinik örneklerle yapılmış olmasına göre değişkenlik gösterdiği bildirilmektedir. Normal örnekleme yapılan çalışmalarda, kızlarda dikkatsizlik ve agresyon düzeyleri daha düşük bulunurken, klinik örnekleme aynı değişkenler açısından cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır.

Dr. Özlem Erman

Doğum Öncesi Dönemde Antidepresan İlaçlarla Karşılaşan Çocukların Nörolojik Gelişimi

Nulman I, Rovet J, Stewart DE ve ark. (1997) Neurodevelopment of children exposed in utero to antidepressant drugs. N Engl J Med, 336(4): 258-62.

Doğum öncesi dönemde antidepresan ilaçlarla karşılaşan çocukların nörolojik gelişimi ile ilgili yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bu çalışmada gebelikleri sırasında trisiklik antidepresan ilaç kullanan 80, fluoksetin kullanan 55 ve hiç bir ilaç kullanmayan 84 annenin çocukları incelenmiştir. Çocukların zeka düzeyi ve dil gelişimleri; 16-86 aylıkken, yaşlarına uygun olan Bayley, McCarthy ve Reynell skalaları ile değerlendirilmiştir. Ortalama (+/-ss) global IQ skorları; trisiklik antidepresan ilaç kullanan annelerin çocuklarında 118+/-17, fluoksetin grubunda 117+/-17 ve kontrol grubunda 115+/-14 olarak bulunmuştur. Dil gelişimi skorlarında da bu üç grup arasında herhangi bir farklılık saptanmamıştır. İlaç kullanımının gebeliğin hangi döneminde olduğu gelişim-

sel açıdan bir farklılık yaratmamıştır. Üç gruptaki çocuklar arasında mizaç, uyarılabilirlik, etkinlik düzeyi ve davranış sorunları gibi değişkenler açısından da herhangi bir farklılık saptanmamıştır. Sonuç olarak trisiklik antidepresan ilaçlar ve fluoksetin ile doğum öncesi dönemde karşılaşan çocukların global zeka düzeyinde, dil gelişimlerinde ya da davranışsal gelişimlerinde herhangi bir etkilenme olmadığı söylenebilir.

Dr. Fatih Ünal

Yaygın Gelişim Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Risperidon Tedavisi: İleriye Dönük, Açık Çalışma

McDougle JC, Holmes PJ, Bronson MR ve ark. (1997) Risperidone treatment of children and adolescents with pervasive developmental disorders: A prospective, open-label study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36(5): 685-693.

Bu çalışmada yaygın gelişimsel bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde risperidon tedavisinin kısa dönemde etkinliği ve güvenirliliği araştırılmıştır. Ortalama yaşları 10.2 yıl olan 15 erkek, 3 kız olmak üzere 18 hastada, 12 haftalık, sistematik açık bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Otizm, Asperger bozukluğu, dezintegratif psikoz ve atipik yaygın gelişimsel bozukluk tanısı alan hastaların, 14'ün de aynı zamanda zeka geriliği bulunduğu belirtilmiştir. Hastaların davranışları tedaviye başlarken ve 12 haftalık risperidon tedavisi sonrası değerlendirilmiştir. Risperidon dozu ortalama 1.8 mg/gün olarak verilen hastaların, 12 tanesi izlem sonucunda tedaviye yanıt vermiştir. Bu hastaların yineleyici davranışlarında, agresyonlarında ve impulsivitelelerinde azalma, sosyal olarak da bir miktar açılma saptanmıştır. En sık rastlanan yan etki kilo alımı olmuştur. Çift kör, plasebo kontrollü çalışmalar yaparak daha iyi bilgi edinilmesinin gerekliliğini belirten çalışmacılar, bu öncül çalışmanın sonuçlarının, yaygın gelişimsel bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin bazı davranışsal sorunlarının tedavisinde etkili olabileceğini ileri sürmektedir.

Dr. Z.Bengi Baysal Semerci

Genç Hastalarda Anoreksiya Nervoza'nın Sonuçları

Steinhausen HC (1997) Annotation: Outcome of Anorexia Nervosa in the Younger Patient J Child Psychol Psychiat, 271-276.

Bu makalede, adolesan öncesi ve adolesan dönemde başlamış yeme bozukluklarıyla ilgili "toplam 119 sonuç çalışmasından çıkarılmış" 31 çalışmanın bulguları incelenmiştir. Çalışmalar, yaşları 7 ve 18 arasında değişen toplam 941 hastayı kapsamaktadır. Yeme bozukluklarına ek olarak, çalışmaların önemli bir kısmında başka psikiyatrik bozukluklar da tanımlanmış, fakat son 40 yılda psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılması ve tanı ölçütlerinde önemli değişiklikler olması nedeniyle bir karşılaştırma yapmanın zorluğu vurgulanmıştır. Ayrıca yazar, komorbidite terimini kullanmaktan kaçınılması gerektiğini, çünkü komorbid bozukluğun yeme bozukluğu ile birlikte mi görüldüğü, yoksa yeme bozukluğu iyileştikten sonra ayrı bir hastalık olarak mı ortaya çıktığının kesin olmadığını belirtmiştir. Çalışma sonuçlarında farklılıklara neden olabilecek diğer etkenler de, çalışmaların büyük çoğunluğunun geriye dönük olarak plânlanmış olması, izlem süresindeki farklılıklar, tedavi konusunda kesin bilgilerin eksikliği ve çok farklı te-

davi yaklaşımlarının bulunması ve izlem sırasında hastaların bir kısmının çalışmadan ayrılması şeklinde sıralanmıştır.

Hastalığın başlangıç yaşı, belirtilerin süresi, kilo kaybının miktarı, hastalık öncesindeki gelişimsel anormallikler, kişilik özellikleri, hastanede yatış süresi, sosyoekonomik durum ve ana-baba-çocuk ilişkisi gibi prognostik etkenler incelendiğinde, birçok çalışmada farklı, hattâ birbirinin zıddı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Yazar, erken başlangıçlı anoreksiya nervosanın sonuçları ve tedavisi ile ilgili bilgilerimizi arttırabilmemiz için çalışmaların plânlanmasında bazı değişikliklere gereksinim olduğunu vurgulamıştır. Yazara göre sonuç çalışmalarındaki izlem dönemleri daha uzun olmalı ve farklı çalışmalardaki süreler birbiriyle uyumlu ve karşılaştırılabilir olmalıdır. Yine yazara göre, yeme bozukluğu dışındaki ek psikiyatrik tanılar için, daha ayrıntılı, iyi yapılandırılmış, güvenilir görüşmelere ve değerlendirme ölçütlerine gereksinim vardır. Bunlara ek olarak yazar, tedavi çalışmalarının birçoğunda izlem döneminin çok kısa, sonuç çalışmalarının büyük kısmında ise tedavi ile ilgili verilen bilginin çok az olduğunu belirterek; tedavi ve sonuç çalışmaları arasındaki bu boşluğun kapanması gerektiğini vurgulamıştır.

Int. Dr. Hande Acartürk

TEZ TANITIMI

ÇOCUKLUK MASTURBASYONUNDA NEDENSEL ETKENLER VE KLİNİK DEĞİŞKENLER

Uzm. Dr. Fatih Ünal

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi. Hacettepe Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. 70 Sayfa, 40 kaynak, Ankara 1997.

Bu çalışmada Temmuz 1994-Şubat 1996 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı bölümüne ilk kez başvuran ve masturbasyon yaptıkları anlaşılan 61 çocuk kontrollü bir araştırma deseninde incelenmiştir. Değerlendirme yapılırken öncelikle çocukluk masturbasyonuna ilişkin sosyodemografik ve klinik değişkenlerin araştırılması hedeflenmiştir. Bu verilerin yanında çocuklarda masturbasyona neden olabilecek etkenler de araştırma kapsamına alınmıştır. Masturbasyona ilişkin nedensel etkenlerin incelenmesi için biri hastanenin pediatri polikliniğine psikiyatrik olmayan bir sorun nedeniyle başvuran 61 çocuktan oluşan, diğeri çalışma örnekleminin masturbasyon yapmayan 43 kardeşinden oluşan iki ayrı kontrol grubu kullanılmıştır.

Çalışma kız çocuklarının çocukluk masturbasyonu nedeniyle hekime daha sık getirildiğini göstermiştir. Masturbasyon yapan çocukların prenatal dönemde daha fazla sorun yaşadıkları, anne sütü ile daha az beslendikleri, bebeklik döneminde uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte daha fazla güçlük çektikleri, bu çocukların yarısına yakınının kontrol gruplarından farklı olarak yaşamlarının bir bölümünde anne ya da babalarından en az 1 ay ayrı kaldıkları anlaşılmıştır. Masturbasyon yapan çocukların genital ya da anal bölgede irritasyona yol açabilecek olan idrar yolları infeksiyonu, paraziter hastalıklar ve diaper dermatit gibi sorunları daha fazla yaşa-

dıkları saptanmıştır. Masturbasyonun çocukların çoğunda iki yaşından önce başladığı, bu sorunu farkeden anne ve babaların genellikle yoğun bir şekilde endişelendikleri ancak yine de çocuklarını masturbasyon yapmaya başladıktan ortalama 21 ay gibi uzun bir süre sonra hastaneye getirdikleri anlaşılmıştır. Kız çocukların erkek çocuklara göre daha fazla oranda masturbasyon dışında bir ön tanı ile incelendiği görülmüştür. Rutin uyku EEG'si yaptırılan çocukların hiçbirinin EEG'sinde aktif epileptik odak saptanmakla birlikte bu çocukların bir kısmında özgül olmayan patolojik bulgulara rastlanmıştır.

Tedavi sürecinde yalnızca ana babaya konu ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmiş, varsa yanlış bilgiler düzeltilmiş ve yersiz endişeler giderilmeye çalışılmıştır. Bazı çocuklar için tedavi yalnızca masturbasyonun sıklığı ve zamanına göre ailelere verilen bazı önerilerden oluşurken, örneklemin büyük bölümü için bu önerilere ek olarak psikofarmakolojik tedavi kullanılmıştır. Bu çocukların çoğunda sedatif etkisi olan ilaçlar önerilmiştir.

İlk başvuru tarihinden 6 ay sonra tekrar değerlendirilebilen çocukların masturbasyon sıklığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düştüğü anlaşılmıştır. Sorunun gidişini önceden kestirmeye olanak tanıyan bazı değişkenler tanımlanmaya çalışılmıştır. Özellikle 2 yaşından önce masturbasyon yapmaya başlayan ve günde iki kez ya da daha sık masturbasyon yapan çocukların klinik açıdan daha olumsuz seyrettikleri görülmüştür.

Bu çalışmanın sonuçları çocukluk masturbasyonunun daha sık görülebileceği çocukları daha iyi tanımlama şansı vermiştir. Böylece çeşitli düzeylerde koruyucu yaklaşımlarının gündeme gelmesi sağlanmıştır. Ana babanın ve hekimlerin çocukların normal cinsel gelişimleri ve çocukluk masturbasyonu konularındaki eğitimlerinin, bu yaklaşımlar arasındaki önemi vurgulanmıştır.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 4(2): 1997

ÇOCUK VE ERGENLERDE GILLES DE LA TOURETTE SENDROMU: OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU İLE BİRLİKTELİĞİ

Uzm. Dr. Z. Bengi Baysal Semerci

*Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi.
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh
Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. 81 Sayfa, 126
kaynak, Ankara, 1997*

Gilles de la Tourette Sendromu'nun klinik değişkenlerini, OKB ve DEHB ile birlikteliğini araştırmak üzere yapılan bu çalışmaya Hacettepe Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine Ocak 95 - Eylül 96 tarihleri arasında başvuran ve GTS tanısı alan 40 çocuk ve ergen hasta alınmıştır. Çalışmaya katılan hastaların değerlendirilmesi; klinik izlem, OKB, DEHB, depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ölçekleri ve çeşitli nöropsikiyatrik testlerle yapılmıştır.

Araştırma sonucunda, erkek hastaların kız hastalardan yaklaşık 2,5 kat fazla olduğu, hastalığın en sık 9-10 yaş grubunda görüldüğü ve çoğunlukla 9 yaş civarında başladığı saptanmıştır. GTS tanısı alan hastaların aynı zamanda, %42.5'nun OKB, %35'nin DEHB tanı ölçütlerini karşıladığı

saptanmıştır. GTS tanısı alan kız hastalarda OKB birlikteliği, erkek hastalarda ise DEHB birlikteliği anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.

Çalışma grubunun toplam zeka ortalamaları 90.175±18.443 olarak bulunmuştur. Ayrıca zeka düzeyi 60'ın altında 5 hasta olması, GTS'nun zeka gerilikleri ile birlikte bulanabildiğini göstermiştir. Yalnız başına GTS tanısı alan olgular incelendiğinde WISC-R sonucunda sözel puan-performans puan farkı saptanmazken, OKB ve özellikle de DEHB birlikteliğinde sözel puan-performans puan farkının anlamlı oranda arttığı saptanmıştır.

Araştırma grubunun %37.5'un da çeşitli nörolojik belirtiler saptanmış, özellikle düz ve çapraz sağ sol ayırımındaki sorunlar dikkat çekici bulunmuştur. Olguların %5'inde özgül olmayan EEG bozuklukları saptanmıştır.

GTS olan hastaların ailelerinde OKB başta olmak üzere basit tik, kronik motor tik gibi bozukluklar görülmüştür. GTS olan hastalarda, GTS ile birlikte OKB ve DEHB görülme oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmanın sonuçları bize kliniğe tik yakınlığı ile gelen hastalarda değerlendirmede GTS'nun da düşünülmesi, GTS tanısı koyulan hastalarda özellikle OKB ve DEHB olmak üzere birlikte görülebilecek sorunların da araştırılmasının gerekliliğini göstermiştir. Ayrıca çalışmanın bulguları, yapılacak ek nöropsikolojik değerlendirmelerin tanı konulması, tedavi seçimi, hasta ve ailenin tedaviye uyumundaki yeri ve önemi hakkında ipuçları vermiştir.

TEZ TANITIMI

ÇOCUKLUK MASTURBASYONUNDA NEDENSEL ETKENLER VE KLİNİK DEĞİŞKENLER

Uzm. Dr. Fatih Ünal

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi. Hacettepe Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. 70 Sayfa, 40 kaynak, Ankara 1997.

Bu çalışmada Temmuz 1994-Şubat 1996 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı bölümüne ilk kez başvuran ve masturbasyon yaptıkları anlaşılan 61 çocuk kontrollü bir araştırma deseninde incelenmiştir. Değerlendirme yapılırken öncelikle çocukluk masturbasyonuna ilişkin sosyodemografik ve klinik değişkenlerin araştırılması hedeflenmiştir. Bu verilerin yanında çocuklarda masturbasyona neden olabilecek etkenler de araştırma kapsamına alınmıştır. Masturbasyona ilişkin nedensel etkenlerin incelenmesi için biri hastanenin pediatri polikliniğine psikiyatrik olmayan bir sorun nedeniyle başvuran 61 çocuktan oluşan, diğeri çalışma örnekleminin masturbasyon yapmayan 43 kardeşinden oluşan iki ayrı kontrol grubu kullanılmıştır.

Çalışma kız çocuklarının çocukluk masturbasyonu nedeniyle hekime daha sık getirildiğini göstermiştir. Masturbasyon yapan çocukların prenatal dönemde daha fazla sorun yaşadıkları, anne sütü ile daha az beslendikleri, bebeklik döneminde uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte daha fazla güçlük çektikleri, bu çocukların yarısına yakınının kontrol gruplarından farklı olarak yaşamlarının bir bölümünde anne ya da babalarından en az 1 ay ayrı kaldıkları anlaşılmıştır. Masturbasyon yapan çocukların genital ya da anal bölgede irritasyona yol açabilecek olan idrar yolları infeksiyonu, paraziter hastalıklar ve diaper dermatit gibi sorunları daha fazla yaşa-

dıkları saptanmıştır. Masturbasyonun çocukların çoğunda iki yaşından önce başladığı, bu sorunu farkedene anne ve babaların genellikle yoğun bir şekilde endişelendikleri ancak yine de çocuklarını masturbasyon yapmaya başladıktan ortalama 21 ay gibi uzun bir süre sonra hastaneye getirdikleri anlaşılmıştır. Kız çocukların erkek çocuklara göre daha fazla oranda masturbasyon dışında bir ön tanı ile incelendiği görülmüştür. Rutin uyku EEG'si yaptırılan çocukların hiçbirinin EEG'sinde aktif epileptik odak saptanmakla birlikte bu çocukların bir kısmında özgül olmayan patolojik bulgulara rastlanmıştır.

Tedavi sürecinde yalnızca ana babaya konu ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmiş, varsa yanlış bilgiler düzeltilmiş ve yersiz endişeler giderilmeye çalışılmıştır. Bazı çocuklar için tedavi yalnızca masturbasyonun sıklığı ve zamanına göre ailelere verilen bazı önerilerden oluşurken, örneklemin büyük bölümü için bu önerilere ek olarak psikofarmakolojik tedavi kullanılmıştır. Bu çocukların çoğunda sedatif etkisi olan ilaçlar önerilmiştir.

İlk başvuru tarihinden 6 ay sonra tekrar değerlendirilebilen çocukların masturbasyon sıklığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düştüğü anlaşılmıştır. Sorunun gidişini önceden kestirmeye olanak tanıyan bazı değişkenler tanımlanmaya çalışılmıştır. Özellikle 2 yaşından önce masturbasyon yapmaya başlayan ve günde iki kez ya da daha sık masturbasyon yapan çocukların klinik açıdan daha olumsuz seyrettikleri görülmüştür.

Bu çalışmanın sonuçları çocukluk masturbasyonunun daha sık görülebileceği çocukları daha iyi tanımlama şansı vermiştir. Böylece çeşitli düzeylerde koruyucu yaklaşımlarının gündeme gelmesi sağlanmıştır. Ana babanın ve hekimlerin çocukların normal cinsel gelişimleri ve çocukluk masturbasyonu konularındaki eğitimlerinin, bu yaklaşımlar arasındaki önemi vurgulanmıştır.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 4(2): 1997

ÇOCUK VE ERGENLERDE GILLES DE LA TOURETTE SENDROMU: OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU İLE BİRLİKTELİĞİ

Uzm. Dr. Z. Bengi Baysal Semerci

*Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi.
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh
Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. 81 Sayfa, 126
kaynak, Ankara, 1997*

Gilles de la Tourette Sendromu'nun klinik değişkenlerini, OKB ve DEHB ile birlikteliğini araştırmak üzere yapılan bu çalışmaya Hacettepe Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine Ocak 95 - Eylül 96 tarihleri arasında başvuran ve GTS tanısı alan 40 çocuk ve ergen hasta alınmıştır. Çalışmaya katılan hastaların değerlendirilmesi; klinik izlem, OKB, DEHB, depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ölçekleri ve çeşitli nöropsikiyatrik testlerle yapılmıştır.

Araştırma sonucunda, erkek hastaların kız hastalardan yaklaşık 2,5 kat fazla olduğu, hastalığın en sık 9-10 yaş grubunda görüldüğü ve çoğunlukla 9 yaş civarında başladığı saptanmıştır. GTS tanısı alan hastaların aynı zamanda, %42.5'nun OKB, %35'nin DEHB tanı ölçütlerini karşıladığı

saptanmıştır. GTS tanısı alan kız hastalarda OKB birlikteliği, erkek hastalarda ise DEHB birlikteliği anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.

Çalışma grubunun toplam zeka ortalamaları 90.175 ± 18.443 olarak bulunmuştur. Ayrıca zeka düzeyi 60'ın altında 5 hasta olması, GTS'nun zeka gerilikleri ile birlikte bulanabildiğini göstermiştir. Yalnız başına GTS tanısı alan olgular incelendiğinde WISC-R sonucunda sözel puan-performans puan farkı saptanmazken, OKB ve özellikle de DEHB birlikteliğinde sözel puan-performans puan farkının anlamlı oranda arttığı saptanmıştır.

Araştırma grubunun %37.5'un da çeşitli nörolojik belirtiler saptanmış, özellikle düz ve çapraz sağ sol ayırımındaki sorunlar dikkat çekici bulunmuştur. Olguların %5'inde özgül olmayan EEG bozuklukları saptanmıştır.

GTS olan hastaların ailelerinde OKB başta olmak üzere basit tik, kronik motor tik gibi bozukluklar görülmüştür. GTS olan hastalarda, GTS ile birlikte OKB ve DEHB görülme oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmanın sonuçları bize kliniğe tik yakınlığı ile gelen hastalarda değerlendirmede GTS'nun da düşünülmesi, GTS tanısı koyulan hastalarda özellikle OKB ve DEHB olmak üzere birlikte görülebilecek sorunların da araştırılmasının gerekliliğini göstermiştir. Ayrıca çalışmanın bulguları, yapılacak ek nöropsikolojik değerlendirmelerin tanı konulması, tedavi seçimi, hasta ve ailenin tedaviye uyumundaki yeri ve önemi hakkında ipuçları vermiştir.

HABERLER

7. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi

(15 - 18 Mayıs 1997)

7. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD ve Çocuk Gençlik Ruh Sağlığı Derneği işbirliği ile, 15-18 Mayıs 1997 tarihleri arasında, Antalya Belek'te düzenlendi. Kongrede "Evlat Edinilen Çocuklarda Bağlanma" başlıklı ilk konferansta İngiltere'den Dr. Paul Holmes evlat edinilen çocuklarda sık karşılaşılan ruhsal belirtiler, bunların olası nedenleri ve tedaviye yönelik uygulamalardan sözetti. Daha sonra Psk. Dr. Bruno Anthony "Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" konferansını sundu. İlk günün son toplantısı "Türkiye'de Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Alanında Uzmanlık Eğitimi" paneliydi. Prof. Dr. Bahar Gökler'in başkanlığı ve Prof. Dr. Şahnur Şener, Prof. Dr. Ayşen Baykara, Doç. Dr. Ayşen Coşkun ve Dr. Ayşe Arman'ın katılımıyla gerçekleşen panelde Çocuk psikiyatrisi uzmanlık eğitimi alanında farklı bölgelerde yaşanan farklı sorunlar, verilen eğitimin standart olmaması, eğitim kurumlarında kadroların kısıtlılığı ve işgücü gereksiniminin fazlalığı nedeniyle eğitime yeterli zamanın ayrılamaması tartışılan konular arasındaydı. Dr. Mark Riddle'in "Çocuklarda OKB ve Tik Bozuklukları" başlıklı konferansı genetik ve immunopatoloji alanlarındaki son çalışmaların aktarımıyla oldukça doyurucu bir toplantı oldu. Prof. Dr. Aysel Ekşi, Doç. Dr. Celal Odağ, Dr. Ülkü Ülgür ve Doç. Dr. Füsun Çuhadaroğlu'nun katılımları ile gerçekleşen "Borderline Kişilik Bozukluğu" paneli gerek kuramsal bilgi, gerekse olgu aktarımları ile kongrenin en ilgi çeken oturumlarından biri oldu. İkinci günün son paneli "Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Alanında Biyolojik Yaklaşımların Yeri" başlığını taşıyordu. Prof. Dr. Teoman

Söhmen'in başkanlığını yaptığı panel, Çocuk ruh sağlığı alanında Prof. Dr. Suna Taneli ve Doç. Dr. Yankı Yazgan'ın yanısıra Çocuk Nöroloğu Prof. Dr. Banu Anlar ve radyolog Dr. Barış diren'in katılımlarıyla kapsamlı ve zengin bir oturum oldu. "Ergenlerde Yaratıcılık" konulu konferansında, Doç. Dr. Celal Odağ, ergen depresyonları ile çalışırken yaşanacak güçlüklerden sözetti. Daha sonra yaratıcılığın ergenlik döneminde en üst düzeye ulaştığını ve ergenlerdeki bu yaratıcılığın aslında tedaviyi kolaylaştıran bir etmen olduğunu ve tedavide kullanılması gerektiğini bildirdi. "Çocuk ve Ruh Sağlığı Alanında Hizmet Veren Mesleklerin Etkileşimleri ve Sınırları" konulu panel Yrd. Doç. Dr. Birsen Sonuvar başkanlığında yapıldı. Çocuk psikiyatrisinden Doç. Dr. Levent Kayaalp, Türk Psikologlar Derneği'nden Doç. Dr. Ferhunde Öktem, Eğitim Bilimcileri Derneği adına Doç. Dr. Orhan Aydın ve Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği adına Tülin Kuşgözoğlu'nun katılımıyla, bu farklı bilim dallarının birbirleriyle olan etkileşimleri ve sınır sorunları izleyicilerin de geniş katılımıyla tartışıldı. Dr. Alan Apter'in "Adolesanlarda İntihar" başlıklı konferansından sonra iki ayrı salonda, Prof. Dr. Meral Topçu'nun "Otistik Davranışlarla Giden Sendromlar" konferansı ve Dr. Talat Parman'ın "Ergenlik ve Yas" konferansı katılımcılar tarafından ilgi ile izlendi. Dördüncü gün Dr. Paul Holmes'un "Nesne İlişkileri Bağlamında Uygulamalı Bir Psikodrama Oturumu" başlıklı çalışma grubu ile başladı. Eşzamanlı olarak yapılan "Çocuk Ruh Sağlığı ve Adli Psikiyatrinin İlişkileri" ve "Öğrenme Bozuklukları" panelleri kongrenin son oturumlarıydı. Adli psikiyatri paneli Yrd. Doç. Dr. İsmail Yavaş, Dr. Mazlum Çöpür, Dr. Murat Bilgili ve Sos. Hiz. Uzm. Dr. Sevil Atauz'un katılımıyla gerçekleşti. "Öğrenme Bozuklukları" paneli Prof. Dr. Cahide Aydın'ın başkanlığında yürütüldü. Dr. Leyla Alkaş öğrenme bozukluğunun kliniği, Dr. Özlem Erman nörobi-

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 4(2) 1997

yolojisi, Doç. Psk. Dr. Ferhunde Öktem nöropsikolojik testler ve Uzm. Psk. Betül Gündoğdu tedavi yaklaşımları konularında aktarımda bulundular. Sözel bildirimler ve poster sunumları kongrenin ikinci ve üçüncü gününde ayrı salonlarda tartışıldı. Genel kurulda kongrenin değerlendirilmesi yapıldı. Temel eğitimin sekiz yıla çıkartılması konusunda kongre süresince katılımcılardan yazılı olarak alınan görüşler toparlanarak tartışıldı ve bu görüşlerin, çocuk psikiyatrisi eğitimine ilişkin genel kurul bildirgesinden ayrı bir ikinci kongre bildirisi olarak yayınlanmasına karar verildi. Çocuk ve Ergen psikiyatrisi ve ilgili diğer alanlarda çalışanların biraraya gelmesini, bilgilerin aktarılıp tartışılmasını sağlayan bu kongrelerin her yıl daha da zenginleşerek devam etmesi dilekleriyle genel kurula son verildi.

Dr. Özlem Erman

Birinci Basamak Hekimliğinde Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Sempozyumu

(25 Mayıs 1997)

Ankara Tabip Odası Birinci Basamak Hekimliği Sürekli Tıp Eğitimi Programı çerçevesinde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Ankara Tabip Odası Pratisyen Hekim Komisyonu'nun ortaklaşa düzenlediği "Birinci Basamak Sağlık Hekimliğinde Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları" sempozyumu yapılmıştır. Sempozyum mezuniyet sonrası eğitim programları açısından ülkemizde süregelen eksiklikleri bir ölçüde gideren, koruyucu ruh sağlığı alanında önemli bir adım olarak değerlendirilmiştir. Sempozyumda birinci basamak sağlık hizmetlerinde çocuk ruh sağlığının önemi, ruhsal açıdan çocuğun gelişim özellikleri, bu dönemde sık görülen ruhsal hastalıklar ve tedavileri üzerinde durulmuştur.

Dr. Fatih Ünal

XXII. Uluslararası Grup Psikoterapileri Kongresi (28 - 31 Mayıs 1997)

Türkiye Grup Psikoterapileri Derneği tarafından İzmir Psikiyatri Derneği, İstanbul Psikoterapi ve Grup Terapileri Derneği'nin katkılarıyla gerçekleştirilen XXII. Uluslararası Grup Psikoterapileri Kongre'si bu yıl 28-31 Mayıs tarihleri arasında Bergama'da yapıldı.

Sonsuz emeği ve dirençli çabalarıyla Türkiye'de psikodramanın ve grup psikoterapilerinin gerçek öncüsü Prof. Dr. Abdülkadir Özbek başkanlığında düzenlenen bu yılki kongre gerek yurt içi, gerekse yurt dışından bu alanda çok değerli ve saygın pek çok bilim adamının katkıları, Bergama ilçesi yerel yöneticilerinin işbirliği, düzenleme kurulunun titiz çalışmaları ve kongreye gelenlerin yoğun katılımıyla, doğa, insan, bilim bütünleşmesinin çarpıcı biçimde sergilendiği bir ortak yaratıcılık; aynı zamanda da coşkusu ve derinliği paylaşılan bir bilimsel etkinlik örneği oldu. Gerek bilimsel içeriği, gerekse sosyal yönü açısından çok doyurucu geçen kongre, Türkiye'de grup psikoterapilerinin ve psikodramanın giderek yetkinleştiği ve bir bilimsel model olarak ulusal ve uluslararası düzlemde belli bir ağırlık, bir kimlik kazandığını göstermesi açısından çok anlamlı idi.

Dr. Bahar Gökler

Ankara'da 1. Diyabetli Çocuklar Kampı

(30 Mayıs - 5 Haziran 1997)

Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi ve Ankara Lions Klübü'nün işbirliği ile 1. Diyabetli Çocuklar Kampı gerçekleştirildi. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Kampüsünde yapılan kampa 9-16 yaşları arasında tip I. Diabetes Mellitus hastası ondokuz çocuk ve ergen katıldı. Kampın amacı çocukların hastalığa uyumlarını arttırmak, benzer

zorlukları yaşıyan akranları ile birlikte olup paylaşımlarını sağlamaktı. Gönüllü abla ve ağabeylerin dışında sağlık ekibinde çocuk hekimleri, çocuk endokrinoloji uzmanı, hemşire ve sosyal hizmet uzmanının yanısıra bir psikiyatr ve bir psikolog da vardı.

Yatılı olan kamp süresince her gün düzenli olarak diyabet konusunda eğitim, spor etkinlikleri, gezi ve gösteriler gibi sosyal etkinlikler, oyun saatleri ve psikiyatri ekibi tarafından etkileşim grubu düzenlendi. Grup sürecinde hastalık, hastalığa uyum sorunları, çocukların hastalıkları nedeniyle yaşadıkları zorluklar ve başetme yolları konuşuldu. Grup sırasında benzer düşünce ve deneyimleri paylaşan çocukların zaman içinde paylaşımlarının daha da arttığı gözlemlendi.

Kampın ilk ve son günü 15 çocuğa Umutsuzluk Ölçeği ve Kaygı Envanteri uygulandı. İlk ve son gün uygulanan kaygı envanterinde önemli değişiklik gözlenmezken, çocukların üçte birinde umutsuzluk ölçeği puanında belirgin düşme saptandı. İki ölçek arasında 5 gün gibi kısa bir süre olması ve denek sayısının az olması nedeniyle bu sonucu değerlendirirken dikkatli olunması gerektiği gözönünde bulundurulmakla birlikte kronik hastalığı olan çocuklarla yapılan bu tür kampların çocuğun hastalığa uyumunu artırma ve umutsuzluğu azaltma yönünde yararları olduğu sonucuna varıldı.

Bu tür girişimlerin artması dileğiyle.

Dr. Bengü Gürsoy Rezaki
Psk. Nuray Başoğlu

TOPLANTI - KONGRE

1-4 Ekim 1997, XXXIII. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul. Başvuru: Doç. Dr. Hüsnü Erkmen, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 9. Psikiyatri Klinik Şefi, 34747, Bakırköy, İstanbul. Fax: 0212 572 95 95

4-5 Ekim 1997, "1. Basamak Sağlık Hizmeti Eğitim Seminerleri I. Temel Sağlık Hizmetlerinde Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı" Antalya. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği ve Türk Tabipler Birliği Antalya Pratisyen Hekimler Komisyonu katkılarıyla. Başvuru: Yrd. Doç. Dr. Esin Özatalay, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı. Dr. Levent Yüçetin, Dr. Ümit Yüçetin Tel: 0242 237 50 75

14-19 Ekim 1997 "Canadian Academy of Child Psychiatry". Toronto, Canada
Başvuru: Lily Hechtman MD Chair, Program Committee. AACAP.
3615 Wisconsin Avenue, NW Washington De 20016, 3007.

2-6 Kasım 1997 "Third International Conference on Youth and Disability" Jerusalem, Israel
Başvuru: Dan Knassim Ltd. POB 1931
Tel: 972 3 613 33 40
Fax: 972 3 613 33 41

7 Kasım 1997 Çocuk Ruh Sağlığı Sürekli Eğitim Seminerleri "Çocuk Psikiyatrisinde Adli Sorunlar", Ankara
Başvuru: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği PK.67 Samanpazarı 06242 Ankara
Tel: 0312 488 71 15
0312 310 35 45/1151

13-15 Kasım 1997 "7. Özel Eğitim Günleri" Eskişehir. Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi, En-

gelliler Entegre Yüksek Okulu, Engelliler Araştırma Enstitüsü, İşitme Engelli Çocuklar Eğitim ve Araştırma Merkezi.

Başvuru: Prof. Dr. Süleyman Eripek
Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi Özel Eğitim Bölümü 26470 Eskişehir
Tel: 0222 335 05 80/3545
Fax: 0222 335 05 79

5-6 Aralık 1997 "Ergenlik Döneminde Cinsellik Sempozyumu" Ankara.
Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği.
Başvuru: Doç. Dr. Füsün Çuhadaroğlu
Tunalı Hilmi Cad. 96/12 06700 Ankara
Tel: 0312 468 93 35
Fax: 0312 426 00 17

Şubat 1998 Prof. Dr. Mualla Öztürk anısına "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Epidemiyoloji Sempozyumu" Ankara.
Başvuru: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD Mamak Cad. 06100 Ankara
Tel: 0312 362 30 30/6609-6630
Fax: 0312 362 08 09

15-18 Nisan 1998 "5. Sosyal Psikiyatri Sempozyumu" Kocaeli.
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği işbirliğiyle.
Başvuru: Doç. Dr. Süheyla Ünal 5. Sosyal Psikiyatri Sempozyumu
PK.222 İzmit-Kocaeli

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

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 4(2) 1997