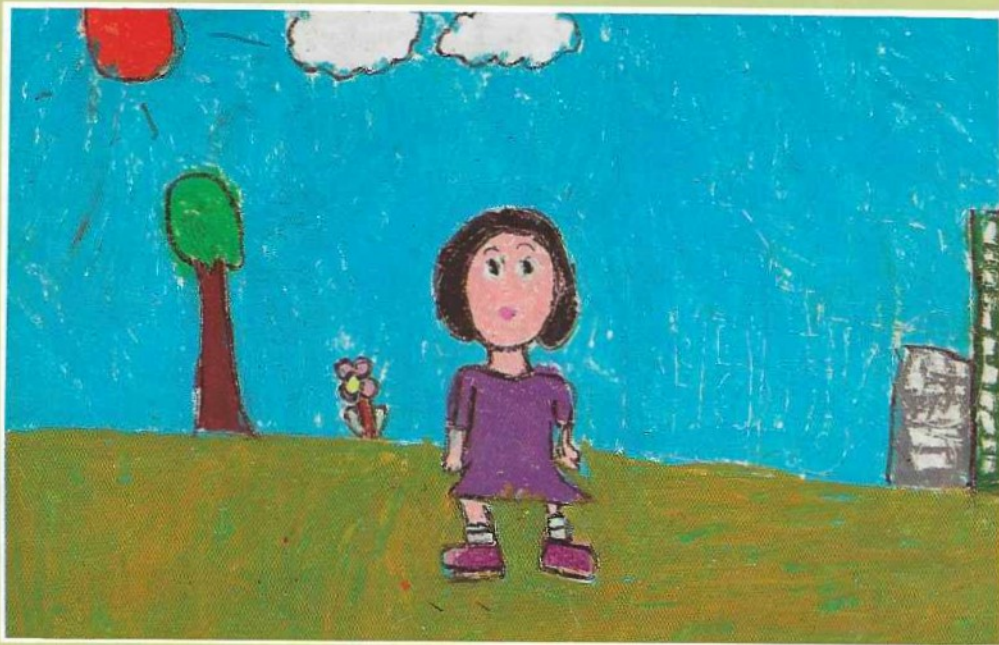


# ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

CİLT:4 SAYI:3

1997



# ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Cilt: 4 Sayı: 3, 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

Prof. Dr. Saynur Canat  
Uzm. Dr. Hakan Erman  
Uzm. Dr. Özlem Erman  
Psk. Doç. Dr. Ferhunde Öktem  
Doç. Dr. Belma Öy  
Uzm. Dr. Aykut Özden

Uzm. Dr. Berna Pehlivan Türk  
Uzm. Dr. Bengi Semerci  
Yrd. Doç. Dr. Birsen Sonuvar  
Prof. Dr. Şahnur Şener  
Uzm. Dr. Fatih Ünal  
Yrd. Doç. Dr. İsmail Yavaş

## DANIŞMA KURULU

Psk. Doç. Dr. Melda Akçakın (Ankara)  
Uzm. Dr. Zafer Atasoy (Ankara)  
Doç. Dr. Ayşe Avcı (Adana)  
Prof. Dr. Cahide Aydın (İzmir)  
Prof. Dr. Kemal Aydınalp (Ankara)  
Prof. Dr. Kayıhan Aydoğmuş (İstanbul)  
Prof. Dr. Ayşen Baykara (İzmir)  
Doç. Dr. Meral Berkem (İstanbul)  
Doç. Dr. Ayşen Coşkun (Kocaeli)

Prof. Dr. Aysel Ekşi (İstanbul)  
Psk. Doç. Dr. Neşe Erol (Ankara)  
Prof. Dr. Ulviye Etaner (İstanbul)  
Prof. Dr. Efser Kerimoğlu (Ankara)  
Yrd. Doç. Dr. Esin Özatalay (Ankara)  
Doç. Dr. Haluk Özbay (Ankara)  
Prof. Dr. Teoman Söhmen (Ankara)  
Prof. Dr. Suna Taneli (Bursa)  
Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın (Ankara)

## KAPAK RESMİ

Neo Lay Kiang (Singapur)

## BASKIYA HAZIRLIK VE BASKI

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

Büyük Sanayi 1. Cadde, Devrez Sok. Adal: 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

ISSN: 1301-3904

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

# İÇİNDEKİLER

Önyazı .....	127
H. Erman	
İlkokul Çocuklarında Duygusal Yüz İfadesi Çizimlerinin Gelişimi .....	129
M. Sayıl	
Dinar Depreminden Sonra Ankara'da Yatılı Okula Yerleştirilen Ergenlerde Travmanın Psikolojik Etkileri: Bir Ön Çalışma .....	135
Ş. Şener, Y. D. Özdemir, S. Şenol, E. Karacan, Ş. E. Kayın	
Epileptik ve Diyabetik Çocuklarda Davranış Sorunlarının Karşılaştırılması .....	145
M. Tamar, S. Eremiş, H. Coşkunol, A. Gökçay, C. Aydın, D. Ülkü	
Kleine Levin Sendromu .....	157
M. Çöpür, ö. Polvan, Ş. T. Saraç	
"Çocukluk Çağından Ergenliğe" Bir Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Olgusu .....	162
M. E. Kora, Ü. Tüzün	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Etyopatogenezi Üzerine Varsayımlar .....	171
Ö. Yorbık, R. Akın, İ. Yavaş	
Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Adolesan Sorunları Çalışma Grubu Raporları .....	179
Görüşler .....	185
F. Ünal	
Yeni Yayınlardan Özetler .....	187
Tez Tanıtımı .....	190
Haberler / Toplantı - Kongre .....	192
Dizin .....	196

# 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

Tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de bilimsel araştırmalar giderek hız kazanmaktadır. Tıp alanındaki çalışmaların ilk sıralarda yer aldığı bu yoğun uğraş, giderek artan sayıda bilimsel yayını da beraberinde getirmektedir. Bilimsel dergiler, araştırma proje raporları, uzmanlık alanları ile ilgili haber bültenleri gibi pek çok kaynak "bilgi iletiminin birincil haberleşme ortamı" olarak tanımlanmaktadır. İkincil haberleşme ortamı ise, birincil ortamı, bu ortama yönelik bilgileri bulmayı ve kullanmayı kolaylaştırarak destekler. İkincil haberleşme ortamı, özetleri, içerik dergilerini, başvuru kitaplarını ve özelleşmiş dizinleri kapsar. Birincil haberleşme ortamındaki gelişmeler, bilgiye ulaşma (belirli bir konuda yararlı olabilecek bilgilerin yerlerinin bulunması) sorununu çok ciddi boyutlara ulaştırmış ve ikincil haberleşmenin bütün türleri için giderek artan ve zorlayıcı nitelik kazanan bir isteği gündeme getirmiştir.

Medline, Science Citation Index, Index Medicus gibi dizinler, tıp, diş hekimliği ve eczacılık alanlarındaki uluslararası yayınların ülkemizden izlenebilmesine olanak sağlarken, ulusal dergilerin indekslerinin olmaması bu yayınlara erişmeyi ve onlardan yararlanmayı son derece kısıtlamaktadır. Araştırmacıların yurtdışı kaynaklara ulaşması ne kadar kolaysa, ülkemizde yayınlanan yaklaşık 150 bilimsel dergide yer alan çalışmalara ulaşmaları o denli zor olmaktadır.

TÜBİTAK Sağlık Bilimleri Araştırma Grubu'nca, Sağlık Bilimleri konusunda ulusal bir dizinleme sistemini ülkemize kazandırarak, yurt içi yayın niteliğini yükseltmeyi, standardizasyonu ve uluslararası düzeyde kabul görmeyi sağlamak amacıyla Aralık 1994'te Türk Tıp Dizini Oluşturma Komisyonu kurulmuştur. Böylece 1991 yılından başlayarak Sağlık Bilimleri alanında yayınlanan tüm dergileri tarayarak Türk Tıp Dizini oluşturma çalışmaları başlatılmıştır. Yurt içi ve uluslararası bilimsel iletişim alanında, önemli bir eksikliği giderecek olan bu girişim (Index Medicus'un ilk sayısının yayınlandığı 1879 yılından 115 yıl sonra başlatılmış olsa da), TÜBİTAK'ın Türk bilimi'ne önemli bir katkısıdır. TÜBİTAK'ın, Türk Tıp Dizini'ni oluştururken amaçladığı "yurtiçi bilimsel yayınlardan tüm ulusal kurumların haberdar olması, yayınların nitelik ve sayısal olarak artması ve dünya ile ortak standardın belirlenmesi", Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi'nin, ilk sayısından beri yayın ilkelerinin başında gelmektedir. Alanındaki bilimsel çalışmaları okurlarına iletmek yanında, ulusal ve uluslararası alanda bilimsel iletişimi canlı tutmak konusunda da kendini sorumlu sayan Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, yayın kurulunda yazıları değerlendirirken, "kaynaklar arasında yurt içi çalışmaların yer almasını" koşul olarak belirlemiştir.

Böyle bir veri tabanının yararını ve gerekliliğini öngören Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Türk Tıp Dizini'nde yer almak için gerekli hazırlık çalışmalarını başlatmıştır. Başvuruyu inceleyen Türk Tıp Dizini Oluşturma Komisyonu, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi'nin gerekli koşulları sağladığı sonucuna vararak, 1996 yılından başlayarak bu dizinde yer almasına karar vermiştir. Türk Tıp Dizini'nin sağlık bilimleri alanında ülkemizde yayınlanmakta olan bilimsel yayınların tümünü kapsaması, bilimsel iletişimi istenen düzeylere taşıyacaktır. Henüz dizinde yer almayan (tüm bilimsel yayınların yaklaşık 2/3'ü henüz dizinde yer almamaktadır) yayınların da bu önemli kaynağın oluşturulmasında gerekli çalışmaları zaman kaybetmeden başlatmaları dileğiyle.

*Dr. Hakan Erman*

# İLKOKUL ÇOCUKLARINDA DUYGUSAL YÜZ İFADESİ ÇİZİMLERİNİN GELİŞİMİ

Melike Sayıl\*

## ÖZET

Bu araştırmada ilkokul çocuklarının duygusal yüz ifadeleri çizimlerinin gelişimi incelenmiştir. Toplam 150 ilkokul öğrencisine (her sınıfta kız-erkek sayısı eşit 30 çocuk) mutlu, üzgün, kızgın ve şaşkın duygusal ifadeler için boş bir yüze çizdirilmiştir. Çizimler, duyguları doğru temsil ettikleri oranda daha fazla puan alacak şekilde puanlanmıştır. Puanlamada, ağız, kaş ve duyguyu vermek üzere kullanılan diğer semboller (gözyaşı v.b) dikkate alınmıştır. Bulgular, çizim başarısında gelişimsel bir fark göstermemiş; ancak, farklı duygusal ifadelerin çiziminde en başarılı olunan duygunun mutlu olduğu, bunu kızgın, üzgün ve şaşkın ifadelerin izlediği görülmüştür. Ayrıca duygu ile sınıf arasındaki etkileşim de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Elde edilen bulgular, çocukların sınırlı bir sembol dağarcığına sahip oldukları ve 9-10 yaşından sonra çizime olan ilginin azaldığı yönündeki açıklamalar çerçevesinde tartışılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Çocuk çizimleri, duygu çizimleri

## SUMMARY: THE DEVELOPMENT OF EMOTIONAL FACIAL DRAWINGS IN CHILDREN

The purpose of this study was to trace the development of emotional facial expressions in children's drawings. 150 children, 30 each at the grade of 1st - 5th were asked to draw four emotional expressions (happy, sad, angry and surprised) in faces. Drawings were scored in terms of the accuracy of representation of emotional mouth, eyebrow and a group of other symbols. The results did not show a developmental trend 1st to 5th grades; but in contrast a main effect of emotion and an emotion-grade interaction were found. The results were discussed in terms of explanations of both children's restricted graphic vocabulary and diminishing interest to drawing with age.

**Key Words:** Children's drawings, emotion drawings

## GİRİŞ

Çocuk çizimleriyle ilgili araştırmaların büyük bir kısmı gerçek nesnelere ya da mekanın kağıt üzerinde nasıl gösterildiğini ele alan ve çizim becerisinin gerçekçi gösterimlere doğru nasıl geliştiğini inceleyen araştırmalardır (Park ve Bin 1995). Buna karşın çocuk çizimlerinin diğer önemli bir yönü olan iç dünyanın yani duyguların, fantazilerin isteklerin ve görsel olmayan duyuların (yumuşaklık, sessizlik ve ağrı gibi), çizimlerde nasıl yansıtıldığını inceleyen araştırmaların sayısı çok daha azdır. Çizimin estetik yönünü oluşturan bu ilk çalışmaların 50-60 yıl öncesine kadar uzandığı bildirilmekle birlikte (Carothers ve Gardner 1979), duyguların çizimde nasıl ifade edildiğini ve duygu ifadelerinin çiziminde kullanılan stratejileri gelişimsel olarak inceleyen araştırmalar görece olarak daha yenidir. Bu tür çalışmalardan birinde (Carothers ve Gardner 1979) çizimde duyguların ve düşüncelerin nasıl ifade edildiği araştırılmıştır. Araştırmada çocuklardan, yarım kalmış bir resmin mecazi (metaphoric) olarak hangi duyguyu içerdiğini bulmaları ve resmi o yönde tamamlamaları istenmiştir. Örneğin, "mutluluk" için yarım kal-

mış güneşli bir günün resmi kullanılmıştır. Bulgular, duyguları sembolik olarak ifade etme becerisinin 10-12 yaşlarında geliştiğini göstermiştir.

Ives (1984) duyguların ifadesinde 3 farklı stratejinin kullanılabileceğini ileri sürmektedir. Bunlardan birincisi, duygusal yüz ifadesi çizimlerinde kullanılan stratejidir. Duyguya uygun kaş ve ağız gibi semboller kullanılarak çizim yapılır. İkincisi duygunun soyut özelliklerle (örneğin, dalları ince ve aşağı doğru eğilmiş bir ağaç çizimi gibi) ifadesi; üçüncüsü ise duygunun, içerik esas alınarak (örneğin, yaprakları dökülmüş kurumuş bir ağaç gibi) ifade edilmeye çalışılmasıdır. Ives, sözü edilen stratejileri incelediği çalışmasında 4-20 yaşları arasındaki deneklerden mutlu, üzgün ve kızgın ağaçlar çizmelerini istemiştir. Bulgular, kullanılan stratejilerin yaşa göre değiştiğini göstermiştir. 5-7 yaşlarında, duygular, ağaca bir yüz çizerek somut biçimde ifade edilmeye çalışılırken yaşla birlikte çizimde kullanılan soyut ifadelerin sayısı artmıştır (dalları ince, kırık ve aşağıya doğru eğilmiş ağaç gibi). Soyut gösterimde yuvarlak ve yukarıya doğru çizgilerin olumlu, açılı ve aşağıya doğru çizgilerin de

\* Psk.Yrd. Doç. Dr., Hacettepe Ünv. Edebiyat Fak. Psikoloji Bl., Ankara

olumsuz duygular için kullanıldığı görülmüştür. Duyguların içerik olarak ifadesine (yaprakları dökülmüş ağaç gibi) ise 16 yaşına kadar rastlanmamıştır. Benzer bir çalışmada da 1., 4. ve 7. sınıf öğrencilerine mutlu ve üzgün ağaç çizimleri yaptırıldığında duyguların ifadesinde soyut gösterimler olarak rengin, çizginin yönünün, büyüklüğün ve şeklin yaşla birlikte artan oranlarda kullanıldığı görülmüştür (Winston ve ark. 1995).

Duyguların, insan yüzü çizimlerinde nasıl ifade edildiğini ve bunun gelişimini inceleyen Golomb (1992) ise ilkököl çocuklarından mutlu, üzgün ve kızgın birer çocuk resmi çizmelerini istemiştir. Mutlu ve üzgün çocuk resimlerinin, birinci ve daha büyük sınıflar arasında çok fazla farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır. Öğrenciler mutluluğu, yay şeklinde bir ağızla göstermişler, üzüntü ifadesinde de yine ağız vurgulayarak ters dönmüş yay şeklinde bir ağız ve gözyaşı çizmişlerdir. Kızgın ifadenin çiziminde dudaklar düz bir çizgi veya zikzak bir çizgi halinde ve bazen de dişler eklenerek çizilmiştir. Yaşça büyük çocuklar daha fazla oranda diş çizmişlerdir. Çocukların tüm duyguların çiziminde daha çok ağız kullandıkları, kaşların ise nadiren çizildiği görülmüştür. Kaşların duyguya göre şekil değiştirmesine ise üçüncü sınıfların çizimlerinde daha sık olarak rastlanmıştır. Kaşlar, mutlu çocukta yay şeklinde, üzgün ve kızgın çocukta ise eğik çizgi halindedir. Golomb (1992), ayrıca çocukların, duyguya göre çizgilerin yönünü değiştirmede (kızgın ve üzgün ifadenin çiziminde eğik kaş gibi) niteliğini (ince/kalın vb.) değiştirmeye göre daha başarılı olduklarını belirtmiştir. Okul öncesi dönemdeki çocukların ise mutlu, üzgün, kızgın ve şaşkın duygusal yüz ifadelerini ayırtedilebilir nitelikte çizebildikleri ancak duygulara ilişkin yaygın olarak bilinen standart sembollerini tam olarak kullanamadıkları görülmüştür (Sayıl 1996). Örneğin, üzgün ifadenin çiziminde ters yay biçiminde ağız veya dudaklar, şaşkın ifade- de açık ağız, üzgünde aşağıya doğru eğik kaşlar, kızgın ifadenin çiziminde de çatık kaşlar gibi özellikler yaygın olarak kullanılmamıştır. Ancak çocuklar duyguları, kendi tanımlamalarına çok uygun düşecek şekilde bazı özelliklerle zenginleştirerek çizmişlerdir. Üzgün ifadeyi 'ağlayan biri' olarak tanımlayan çocuklar gözyaşını, kızgın ifadeyi "bağırın biri" olarak tanımlayanlar da açık ağız daha çok kullanmışlardır. Okul öncesindeki 5-6 yaş çocukları, duyguların standart

gösterimlerini oldukça iyi tanımlayıp duygusal yüz ifadesi çizimlerini tanıyabilmekte ancak bu gösterimlerin tümünü kendi çizimlerinde kullanamamaktadırlar (Sayıl 1996).

İlerleyen yaşla birlikte çocukların duygusal yüz ifadelerinin gösterimine ilişkin standart sembol dağarcıklarının arttığı dolayısıyla da daha tanımlanabilir ve duyguya göre ayırtedilebilir yüz çizimleri ürettikleri ileri sürülmektedir (Field ve Walden 1982, Golomb 1992, Lakshman ve Whissel 1991). Bu açıklamaların yanı sıra çocuk çizimlerinin gelişimiyle ilgili iyi bilinen diğer bir açıklama da yaklaşık 9-10 yaşlarında çocukların resim çizmeye olan ilgilerinin azaldığı ve azalan güdülerini nedeniyle çocukların estetik açıdan zengin çizimler üretmedikleri şeklindedir (Cox 1992). Ayrıca gerçekçiliğin önem kazandığı bu gelişim evresinde duygulara ilişkin somut (literal) gösterimlerin azaldığı, soyut gösterimlerin ise arttığı ifade edilmektedir (Brewer 1995, Gardner ve Wolf 1983, Golomb 1992, Ives 1984, Winston ve ark. 1995).

Bu çalışmada okul çağındaki çocukların çizimde duyguları nasıl ifade ettikleri gelişimsel olarak araştırılmıştır. Bu amaçla Golomb (1992)'un çalışmasına benzer şekilde duygusal yüz ifadesi çizimleri kullanılmıştır. Özellikle kullanılan standart sembollerin sayısı ve niteliği ile duyguya ilişkin olarak çizilen diğer özelliklerin yaşa ve duyguya göre nasıl bir değişim gösterdiğine bakılmıştır.

## YÖNTEM

### Denekler

Araştırmaya Üniversite kampüsündeki ilköğretim okuluna devam eden 1-5. sınıf öğrencilerinden toplam 150 öğrenci katılmıştır. Bu öğrencilerin çoğunluğu, üniversitenin akademik ve idari kadrolarında görevli elemanların çocuklarıdır. Öğrenciler çeşitli şubelerden seçkisiz olarak saptanmış ve her sınıf düzeyinde kız ve erkek sayısı eşit olmak üzere 30 öğrenci yer almıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin sınıf düzeyine göre yaş ortalamaları; birinci sınıfta 7 yaş 5 ay (dağılım: 6.11 - 7.10, ss= 2 ay), ikinci sınıfta 9 yaş 3 ay (dağılım: 7.11 - 8.10; ss = 3,5 ay), üçüncü sınıfta 9 yaş 4 ay (08.11 - 9.10; ss = 2,9 ay), dördüncü sınıfta 10 yaş 4 ay (dağılım: 10.1 - 10.11 SSK = 3 ay) ve beşinci sınıfta da 11 yaş 4 aydır (10.11 - 11-10; ss = 3.3 ay).

## Veri Toplama Araçları:

Araştırmada kullanılan çizim görevinde, çocukların farklı büyüklükte insan yüzleri çizebilecekleri ve bu durumun ifadenin verilmesini etkileyebileceği düşünülerek standart büyüklükte yüzlere çizim yaptırılmıştır.

Denekler her duyguyu ayrı kağıda olmak üzere 4 duygusal yüz ifadesini 5 cm çapındaki daireler üzerine A4'ün 1/4'i büyüklüğündeki kağıtlara çizmişlerdir. Duyguların çiziminde kurşun kalem kullanılması istenmiş ancak zorunlu kalındığında tek renk boya kalemine de izin verilmiştir.

## İşlem

Birinci, ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerinin uygulamaları resim atelyesinde, dördüncü ve beşinci sınıf öğrencilerinininki ise sınıfta gerçekleştirilmiştir. Öğrencileri çizime hazırlamak için üzüldüklerinde, mutlu olduklarında ya da şaşkınlıklarında neler hissettikleri sorulmuş ve bu karşılıklı konuşmanın sonunda öğrencilerin hazır oldukları anlaşılınca kağıtlar dağıtılarak yönerge verilmiştir. "Elinizdeki kağıtta bir çocuğun yüzü var ama içi boş. Ben şimdi sizden buraya "...." (sırayla mutlu, üzgün, kızgın ve şaşkın) bir çocuğun yüzünü çizmenizi istiyorum. Önce mutlu bir çocuğun yüzünü gözünüzde canlandırın ve sonra kurşun kalemınızla çizin. Birbirinize bakmamanızı ve yalnızca kendi düşündüğünüz gibi çizmenizi istiyorum." Daha sonra sorusu olanların soruları yanıtlanmış ve çizime başlamaları istenmiştir. İlk çizim tamamlandıktan sonra kağıdın arka yüzüne adlarını yazmaları istenmiş ve aynı şekilde diğer duyguların çizimine geçilmiştir. Daha önceki bulgular ışığında çocukların en başarılı oldukları duygu olan "mutlu" öğrenciyi güdülemek için en önce; en başarısız olunan "şaşkın" ise en sonra verilmiştir. Diğer iki duygu ise dengelenerek çizdirilmiştir. Çizimi tamamlamaları için yeteri kadar süre tanınmıştır. Etik nedenlerle sınıftaki tüm öğrenciler uygulamaya alınmış; ancak analize, yalnızca sınıf listelerinden seçkisiz olarak belirlenmiş kız ve erkek öğrencilerin çizimleri katılmıştır.

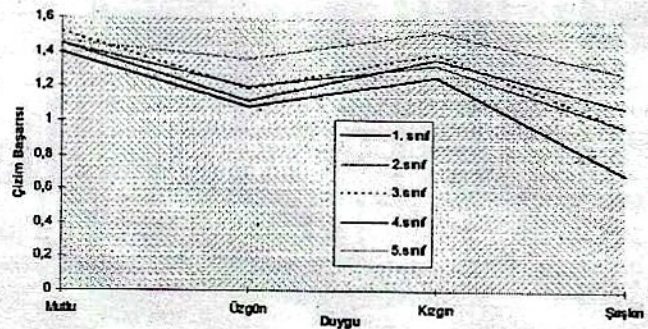
Çizimlerin puanlanması: 150 deneye ait toplam 600 çizim, biri araştırmacı olmak üzere 3 yargıcı tarafından daha önce kullanılan (Sayıl 1996) puanlama ölçütleriyle puanlan-

mıştır. Çizimlerin puanlanmasında duyguyu tanımlanabilir şekilde ve doğru sembollerle (ağız, kaş, göz ve diğer özellikler) vermedeki başarı dikkate alınmıştır. Örneğin, üzgün ifadenin çiziminde ters yay biçiminde ağız, aşağıya doğru eğik kaş ve gözyaşı gibi üzüntü ifadesi vermeye çalışan ve çocuğun diğer duygu çizimlerinde olmayıp üzgün ifadeye özgü çizilmiş olan özellikler (yarı açık göz veya nokta şeklinde bir ağız gibi) puan almıştır. Üç yargıcıdan en az ikisinin uyuşma gösterdiği puanlar üzerinden analiz yapılmıştır. Bu duruma uymayan 9 çizimi yargıcılar birarada değerlendirerek uyuşma sağlamışlardır. Birinci ile ikinci yargıcı arasındaki uyuşma %85, ikinci ile üçüncü arasındaki %82 ve birinci ile üçüncü arasındaki de %80 olarak bulunmuştur.

## BULGULAR

Elde edilen çizim puanlarına 5 (sınıf)X 4 (duygu) faktörlü ve son faktörde tekrar ölçümlü modele uygun varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonunda duygunun temel etkisi ( $F_{3,435} = 21.45, p < .000$ ) ve duygu ile sınıf arasındaki ortak etki ( $F_{12,435} = 2.08, p < .017$ ) anlamlıyken, sınıfın temel etkisi anlamsızdır. Duygu temel etkisi için Turkey testiyle yapılan ileri analizler, en başarılı olarak çizilen duygusal yüz ifadesinin mutlu olduğunu ve bunu kızgın, üzgün ve şaşkın ifadelerin izlediğini göstermektedir. İlkokul yıllarında yaşla birlikte duygusal yüz ifadelerinin çiziminde anlamlı bir gelişme olmadığı yolundaki bulguya, duygu ile sınıf arasındaki etkileşim açıklık kazandırmaktadır.

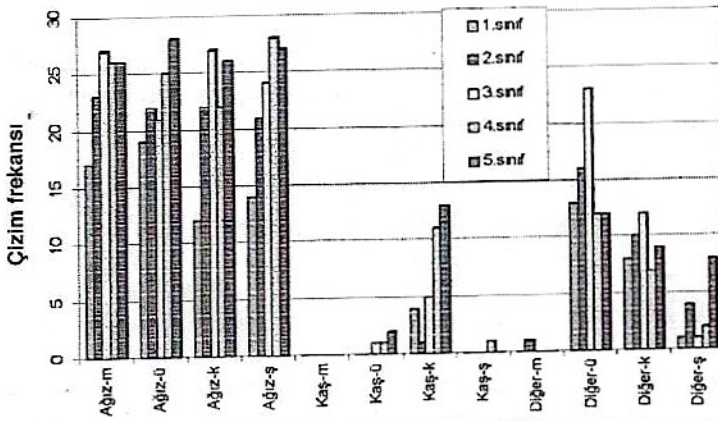
Etkileşime ilişkin ileri analizlere göre, mutlu ifadenin çiziminde sınıflar arasında çizim başarısı açısından fark yok iken; üzgün, kızgın ve şaşkın ifadenin çiziminde 5. sınıfların çizim başarısı en yüksek, 1. sınıflarınki en düşüktür. Sözü edilen duygular için 2., 3. ve 4. sınıflar arasında ise fark yoktur (Bkz. Şekil 1).



Şekil 1. Duygu ve sınıf arasındaki etkileşim



Çizimleri puanlamada ayrı ayrı dikkate alınan ağız, kaş ve "diğer" kategorisindeki doğru çizilen özelliklerin duygu ve sınıf düzeyi açısından frekansları çıkarılmış (Bkz. Şekil 2) ve bu özelliklerin çizimde kullanılma derecelerinin duyguya (Friedman'ın iki yönlü varyans analiziyle) ve sınıfa (Kruskal Wallis tek yönlü varyans analiziyle) göre anlamlı bir değişme gösterip göstermediğine bakılmıştır. Ağız kullanım sıklığı, duygunun türüne göre bir değişme göstermezken sınıf düzeyine göre bakıldığında 3. - 5. sınıflar ağız, kızgın ( $X^2 = 13.98$ ,  $sd=4$   $p<.01$ ) ve şaşkın ifadenin çiziminde ( $X^2 = 12.59$ ,  $sd=4$   $p<.05$ ) 1. ve 2. sınıflardan daha sık olarak kullanılmışlardır. Kaş sembolünün kullanım sıklığı, yalnızca 5. sınıf düzeyindeki öğrencilerin çizimlerinde duyguya göre farklılaşmış ( $X^2= 9.12$ ,  $sd= 3$   $p<.05$ ;) ve en çok kızgın ifadenin çiziminde kullanılmıştır. Sınıf düzeyine göre değişme de yine yalnızca kızgın ifade ( $X^2 = 10.01$ ,  $sd=4$   $p<.05$ ) görülmüştür. Standart bir sembol olarak "çatık kaş"ı en çok 4. ve 5. sınıflar kullanılmışlardır. "Diğer" semboller, birinci ( $X^2 = 9.4$ ,  $sd=3$   $p<.05$ ), ikinci ( $X^2 = 10.62$ ,  $sd=3$   $p<.05$ ) ve üçüncü ( $X^2=28$ ,  $sd=3$ ,  $p<.000$ ) sınıflar tarafından, mutlu ve şaşkın ifadenin çiziminde kullanılmazken, üzgün (gözyaşı) ve kızgın (diş) ifadeye sıkça kullanılmıştır. Dördüncü ve 5. sınıf öğrencileri de mutlu ifadenin çizimi dışında tüm duygularda "diğer" özellikleri kullanmışlardır. Sınıf düzeyine göre diğer özellik çizimlerinin kullanım sıklığı ise hiç bir duyguda değişme göstermemektedir. Tüm çocuklar duygu ifadesini vermeye yardımcı olan "diğer" sembolleri kullanmışlardır.



Şekil 2. Ağız, kaş ve "diğer" özelliklerin çizilme sıklıklarının duyguya ve sınıf düzeyine göre dağılımı

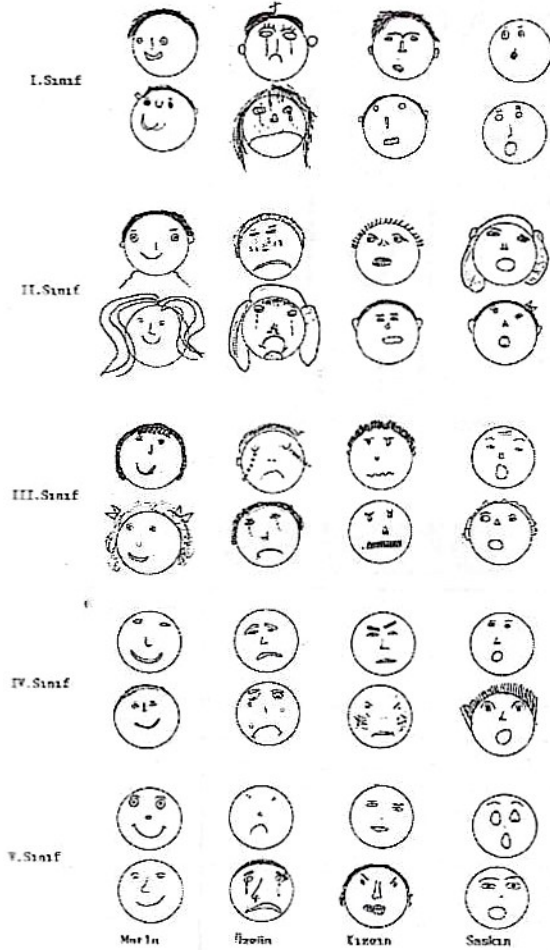
## TARTIŞMA-

En başarılı olarak çizilen duygusal yüz ifadesinin mutlu olduğu ve bunu kızgın, üzgün ve şaşkın ifadelerin izlediği bulgusu daha önceki çalışmalardan elde edilen bulgularla büyük ölçüde uyusmaktadır (Golomb 1992, Lakshman ve Whissel 1991). İlkokul yıllarında yaşla birlikte duygusal yüz ifadelerinin çiziminde anlamlı bir başarı farkı olmaması ilginçtir. Bu bulgu, duygusal yüz ifadelerinin çizimine ilişkin sembol bilgisinin yaşla birlikte artacağı yönündeki açıklamayı destekler görünmemektedir. Ancak, duygusal yüz ifadesi çizimlerinde farklı duyguların farklı sınıf düzeylerinde başarıldığını, tüm duygulara ilişkin yüz ifadesi çizimlerinin paralel bir gelişim göstermediğini ve her duyguyu yansıtmada farklı bir özelliğin daha önemli olduğunu ima etmektedir. Duygusal yüz ifadesi çizimlerine ağız, kaş ve "diğer" özellikler açısından ayrı ayrı bakıldığında, mutlu ve üzgünde tüm sınıf düzeylerindeki çocukların büyük bir kısmı mutlu ifadenin çiziminde yay biçiminde, üzgün ifadenin çiziminde de ters yay biçiminde ağız sembollerini kullanabilirken, şaşkın ve kızgın ifadelerde 3., 4. ve 5. sınıflar (%88<sub>(s)</sub> ve %83<sub>(k)</sub>), 1. ve 2. sınıflardan daha fazla oranda (%38<sub>(s)</sub> ve %37<sub>(k)</sub>) şaşkın ifadenin çiziminde açık bir ağız, kızgın ifadenin çiziminde de düz veya zikzak çizgi halinde bir ağız çizmişlerdir. Kaş çizimlerinde ise çatık kaşın çizilme oranı %19'dur ve bunun da %10'u 5. sınıfların çizimlerindedir. "Diğer" olarak gruplanan semboller arasında en sık kullanılanlar, üzgün ifadeye gözyaşı; kızgın ifadeye diş, zikzak çizgi halinde kaş ve çatık ifadeyi ver-

mek için kaşlar arasına eklenen çizgilerdir. Şaşkın ifadenin çiziminde ise iri, kirpikli ya da şaşkı gözler kullanılmıştır. İlkokul 1., 2. ve 3. sınıf çocukları, okul öncesi döneme göre artan sembol dağarcıkları ve somut gösterime olan ilgileri nedeniyle duygusal yüz ifadesi çizimlerini bazıları yanlış da olsa çeşitli sembollerle zenginleştirmeye ve üstelik saç, kurdele ve gözlük gibi ilavelerle daha özenli resimler üretmeye çalışmışlardır (Bkz. Şekil 3). Oysa 4. ve 5. sınıflar duygusal ifadeyi vermek için soyut stratejileri de denemişler, ancak Golomb (1992)'un bulgusundan farklı olarak çizgilerin yönünü

değiştirmekten çok kalınlığını ve şeklini değişt-

tirmişlerdir. Bu durum çocukların, 11 yaşına yaklaştıkça daha gerçekçi çizimler ve daha soyut gösterimler üretmeye çalıştıkları yönündeki açıklamalarla (Brewer 1995, Gardner ve Wolf 1983, Golomb 1992) tam olarak uyuşmamakta; ancak, Cox (1992)'un açıklaması bu uyuşmazlığı kısmen anlaşılır kılmaktadır. Cox (1992), çocukların realizme olan ilgilerinin ve soyut ifade becerilerinin 10-11 yaşlarına doğru arttığını, ancak çocukların bu gelişime paralel biçimde gerçekçi çizim üretme yönünde bir eğitim almadıklarını ve dolayısıyla da istedikleri gibi çizimler üretmedikleri ya da başarısız oldukları için resme olan ilgilerini kayb ettiklerini öne sürmektedir. Bu araştırmada da ilkökul 4. ve 5. sınıf çocuklarının üzgün ve kızgın ifadenin çiziminde aşağıya doğru eğik yüz hatlarını kullanmaya çalışmaları ancak küçük sınıflara göre önemli bir artış kaydedemeleri aynı zamanda da küçük sınıfların daha özenli resimler çizmeleri, Cox'un açıklamasını desteklemektedir.



Şekil 3. Duyguya ve sınıf düzeyine göre çocukların çizimlerinden örnekler

Ayrıca bu araştırmadaki söz konusu bulgunun bazı araştırma bulgularıyla (Ives 1984, Winston ve ark. 1995) paralellik göstermeyişi anılan araştırmalardaki çizim görevlerinin farklı olmasına bağlanabileceği gibi, burada kullanılan çizim görevi, duygusal yüzleri ayrıştırarak yönde bir çizimi uyarmamış da olabilir. Örneğin, 4 duygusal yüz ifadesinin de ayrı kağıtlar yerine aynı kağıda çizdirilmesi çocukların bu çizimleri farklılaştırma çabalarında önemli rol oynayabilirdi.

Bulgular toplu olarak değerlendirildiğinde, duygusal yüz ifadesi çizimlerinde ilkökul çocuklarının duygu ifadesini ağızla verdikleri, kaş kritik değilse duyguya göre değiştirmedikleri ve duygusal yüz ifadesinin tanınmasını kolaylaştıracak gözyaşı ve diş gibi özellikleri ise tercih ettikleri görülmektedir. İlginç olarak mutlu ifade için yalnızca gülen bir ağız çizilmiş, ne diğer duygulardan farklı yay şeklinde bir kaş, ne de başka bir özellik eklenmiştir (örneğin, çok az sayıda çocuğun yaptığı gibi belirgin elmacık kemiği).

Sonuç olarak bu araştırmada duygusal yüz ifadesi çizimlerindeki başarının yalnızca duygulara ilişkin somut sembol dağarcığındaki artışla ilgili olmadığı; olumlu ve olumsuz duygulara göre yüz hatlarının aşağıya ya da yukarıya doğru çizilmesinde bir ölçüde soyut gösterim becerilerinin kazanılmış olmasının da rolü olduğu anlaşılmaktadır. Bununla birlikte duygu ifadelerinin çizimindeki gelişimin daha fazla sayıda denekle ve duyguyla çalışılmasına gerek duyulmaktadır. Aynı zamanda çocukların soyut ve tematik çizimlerle duyguları yansıtmalarına izin veren çalışmalar da yapılarak hem çizimde duygunun ifadesine hem de çizimin bilişsel ya da temsili yönüne daha fazla açıklık kazandırmak mümkün olacaktır.

## KAYNAKLAR

- Brewer TM (1995) An examination of tutored thematic and observational drawings made by third-and seventh-grade students. *Visual Arts Res*, 21(2): 57-65.
- Carothers T, Gardner H (1979) When children's drawings become art: The emergence of aesthetic production and perception. *Devel Psych*, 15: 570-580.
- Cox M (1992) *Children's Drawings*. Penguin Books, London.
- Field TM, Walden TA (1982) Production and discrimination of facial expressions by preschool children. *Cihild Dev*, 53: 1299-1300.
- Gardner H, Wolf D (1983) Waves and streams of symbolization: Notes on the development of symbolic

capacities in young children. The Acquisition of Symbolic Skills içinde, DR Rogers ve JA Sloboda (ed.) Plenum Press, New York, s:19-32.

Golomb C (1992) The Child's Creation of a Pictorial World. Univ. of California Press, Los Angeles.

Ives SW (1984) The development of expressivity in drawing. Br J Ed Psy. 54: 152-159.

Lakshman MN, Whissell C (1991) Children's understanding of facial expression of emotion. II. Drawing of emotion-faces. Perc Mot Sk. 72: 1228-1230.

Park E, Bin I (1995) Children's representation systems in drawing three-dimensional objects: A review of empirical studies. Visual Arts Res, 21(2): 42-56.

Sayıl M (1996) Okulöncesi dönemdeki çocukların duygusal yüz ifadelerini tanıma ve çizme becerileri. Türk Psikoloji Dergisi, 11(36): 61-71.

Winston AS, Kenyon B, Stewardson J, Lepine T (1995) Children's sensitivity to expression of emotion in drawings. Visual Arts Res, 21: 1-14.

# 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 arasında bir yazıya ödül verilmesini kararlaştırmıştır. Ödül için seçilecek yazılar, araştırma yazıları, özgün olgu sunumları ya da kapsamlı ve özgün görüşlere yer veren gözden geçirme yazıları arasından belirlenecektir. Ödül alan yazı, her yıl, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kongresinde duyurulacaktır.*

### SEÇİCİ KURUL :

Prof. Dr. Cahide Aydın

Prof. Dr. Bahar Gökler

Prof. Dr. Saynur Canat

Psk. Doç. Dr. Ferhunde Oktm

Doç. Dr. Fusun Çuhadaroğlu

Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın

# DİNAR DEPREMİNDEN SONRA ANKARA'DA YATILI OKULA YERLEŞTİRİLEN ERGENLERDE TRAVMANIN PSİKOLOJİK ETKİLERİ: BİR ÖN ÇALIŞMA

Şahnur Şener\*, Y. Dilek Özdemir\*\*, Selahattin Şenol\*\*\*

Elvan Karacan\*\*\*\*, Şahin Engin Kargın\*\*\*\*\*

## ÖZET

Bu çalışmada 1.10.1995 tarihinde Dinar depremi sonrasında ailelerinden ve çevrelerinden uzakta yatılı okul yaşamına başlayan ve deprem yaşantısına tanık olan ergenlerde, yaşadıkları travmanın psikolojik etkilerini belirlemek amaçlanmıştır. Bu amaçla travma sonrası birinci ve dördüncü aylarda Ankara'da yatılı liseye yerleştirilen yaş ortalamaları 14 olan 32 ergenin; depresyon, kaygı, travma sonrası stresleri ilgili ölçeklerle, deprem sonrası yaşadıkları duygu ve düşünceleri ise açık uçlu sorulardan oluşan soru listesi ve projektif resim çizme tekniği ile belirlenmiştir. İki ayrı zamandaki uygulamaya sonrası elde edilen sonuçlar t testi ile istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Yaşanan travmanın deneklerin çoğunda travma sonrası stres bozukluğuna yol açmadığı, belirtiler düzeyinde kaldığına yönelik bulgular elde edilmiştir. Elde edilen veriler ve projektif değerlendirmelerin sonuçları yazın bilgileri eşliğinde tartışılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Doğal felaket, deprem, ergen, psikolojik etki.

## SUMMARY: PRELIMINARY REPORT OF STRESSOR EFFECTS ON ADOLESCENT SURVIVORS WHO ARE IN DORMITORY LIVING AFTER DİNAR EARTHQUAKE

In this study, after Dinar Earthquake on 1.10.1995, psychological effects of this disaster on adolescents who placed in dormitory living separate from their living states and relatives were studied. For this purpose, one and four months after trauma, anxiety checklist, depression inventory and questionnaire for posttraumatic stress disorder, projective drawing tests were applied to 32 of these subjects whose mean age was 14. The result of these tests which were applied at two different times were statistically compared by t-test. It was determined that in most subject clinical findings were at the level of symptoms only, post traumatic stress disorder diagnosis was not considered. These and other findings are discussed in view of relevant literature.

**Key words:** Natural disaster, earthquake, adolescent, psychological effects.

## GİRİŞ

"Afyon'un Dinar ilçesi 26 Eylül'den beri yaşadığı sarsıntıların en büyüğünü, 1 Ekim günü saat 17.57'de 6.0 şiddetinde yaşadı. Deprem sonrası harabeye dönen 35 bin nüfuslu ilçede çok sayıda vatandaş enkaz altında kalarak yaşamını yitirdi...." (Uzun, 1996)

Çocukluk ve ergenlik yaşantılarının kişilik özelliklerinin gelişmesinde, yetişkinlik dönemindeki sosyal uyumda ve sorunlarla başedebilme yollarını bulmadaki yeri yadsınamaz. Çocuk dener, öğrenir ve uyum sağlar. Sağlanan uyum ve denge belirli bir yaşam düzeninin göstergesidir. Bir ev, bir aile, arkadaşlar, okul ve benzerleri yaşan-

tırın vazgeçilmez "normal" öğeleridir. Çocuk ve ergen bu benimsediği yaşam içinde kendini geliştirebilir. Bu gelişim süreci içinde yaşadığı beklenmeyen olaylar duygusal değişimler yaşamasına yol açabilir. Doğal felaketler, aileden birinin kaybı, kazalar gibi yaşamın içinde gelişen ve denetlenemeyen olaylar kurulmuş olan dengeyi alt üst eder. Yetişkinler için zor olan bu durum çocuk ve ergenler için hem zor, hem de karmaşıktır. Herkes için belirgin bir stres etkeni olarak kabul edilebilecek olağan dışı bir olay çocuk ve ergenlerde bunların yanı sıra yaşamı tehdit ettiği anlamına da gelmektedir. Kendisine, ailesine ve arkadaşlarına zarar gelebileceği kaygılarını daha çok yaşarlar. Ev ya da toplumun ani olarak zarar görmesine, yıkımına, yaralanma ya da ölüm gibi durumlara tanık olmaya varan deneyimler yaşayabilirler (Lonigan ve ark. 1994), Giacomina ve ark. 1995, Sharon ve ark. 1996). Bu yaşantılar çocuk ve ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu'na (TSSB) yol açabilir. Çocuklarda TSSB tanı

\* Prof. Dr., Gazi Üniv. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara

\*\* Psk. Yrd. Doç. Dr., Gazi Üniv. İletişim Fakültesi, Ankara

\*\*\* Doç. Dr., Gazi Üniv. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara

\*\*\*\* Arş. Gör. Dr., Gazi Üniv. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara

\*\*\*\*\* Dr., Maliye Meslek Lisesi, Ankara

ölçütleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir (Pynoos, 1990);

1. Çocuk hemen herkes için belirgin stres etkeni olarak kabul edilecek olağandışı bir olay yaşar;

a. Yaşam tehdidi ya da kendi/ailesi/arkadaşlarına zarar gelmesi.

b. Ev ya da toplumun ani zarar görmesi, yıkımı.

c. Ölüm ya da ağır yaralanmaya tanık olma.

2. Yeniden yaşama (dalıp düşünceler, travma ile ilgili yenileyen rüyalar, oyunlar vb.).

3. Psikolojik kaçış (düşünce, duygu, yer ve durumlardan kaçınma; günlük etkinliklere azalmış ilgi; yalnız ve ayrı kalmışlık hissi; bellek bozukluğu; kazanılmış yeteneklerin kaybı; geleceğe yönelik, meslek seçimi gibi beklentilerde değişiklik).

4. Uyarılmışlık durumunda artış (uyku bozukluğu, tedirginlik, öfke, yoğunlaşma güçlüğü, yoğun kaygı ve delirme korkusu=hipervijilans; irkilme yanıtının artması; diğer travmatik bir duruma artmış otonomik yanıt).

Pynoos (1990), çocuklarda travma sonrası stres bozukluğuna yol açan stres etmenlerini, kaçırılma, rehlin alınma, şiddete maruz kalma (terör), savaş, ateşli silahla saldırı; tecavüz, cinayet, intihara tanıklık, fiziksel ya da cinsel sömürü, ağır kaza yaralanmaları (yanma, vurulma gibi), yaşamı sınırlayan ya da tehdit eden hastalıklar; tren, uçak, gemi ve otomobil kazaları gibi gruplar altında incelemiştir. Bu olağan dışı deneyimler; insan tarafından oluşturulan felaketler ve deprem ya da sel gibi büyük doğal felaketler biçiminde iki ana başlık içinde de ele alınabilmektedir (Schwarz ve Kowalski 1991).

Doğal felaketlerden olan deprem gibi travmatik bir olay nedeniyle ev ve okulların yıkılmasına neden olan olaylar varolan düzenin bozulmasına yol açar. Özellikle aileden ya da yakın birinin bu olay nedeniyle kaybı, hem olayın yoğunluğunu, hem de yeni durumun güçlük derecesini artırır. Çocukların ya da ergenlerin bu türden yaşantılardan etkilenme dereceleri farklılık göstermektedir. Deprem merkezinde oluşan ölümlerin sonucunda cesetlerin taşınması ya da yaralılara yardım çabaları sırasında bunlara tanık olan çocuklarda etkilenmelerin daha yoğun yaşandığı belirtilmektedir (Pynoos 1990). Ancak, şiddeti ne olursa olsun aynı travmatik deneyimlerden geçenlerde bazen belirtiler ortaya çıkmamaktadır.

Sungur (1994) Erzincan depremi sonrasında yaptığı çalışmasında doğal felaketten benzer oranlarda zarar gören kişilerin önemli bir kısmında bu belirtilerin görülmediğini aktarmıştır. Aynı depremde daha az zarar gören bazı kişilerde TSSB saptanırken, daha çok zarar gören bazılarında ise bozukluğa ilişkin belirtiler olmadığı görülmüştür. Bu bulgu yaşanan travmanın şiddetinin yanısıra, travmanın kişi için ne ifade ettiğinin de son derece önemli olduğunu ortaya koymuştur. Travma ile karşılaşanların travma öncesindeki kişilik özellikleri (çocuk ya da ergen gelişmekte olan kişilik özellikleri) ve daha da önemlisi travma sonrasında yakın çevrelerinde ve yaşadıkları toplumdan aldıkları destek, bozukluğun oluşup oluşmamasında büyük önem taşımaktadır (Garmez 1986, Najariale ve ark. 1996).

Travma sonrasında yaşanan ortamın özelliği, belirtilerin gidişini belirleyen en önemli etkidir (Kinzie ve ark. 1986). Yani bozukluk ortaya çıksa bile gidişini ve süresini sosyal destek belirlemektedir. Bu bozukluğun oluşumunda çocuğun ya da gencin gelişimsel yeterliliği ve önceki kişilik özelliklerinin etkisi de göz ardı edilemez (Sack ve ark. 1986). Geçirilen çeşitli travmalardan hemen sonra oluşan bozukluk "akut stres bozukluğu" tanısını alır. Belirtilerin bir ayı aşması ile TSSB tanısı konur, iyileşmenin ilk üç ay içinde olması beklenir. Belirtiler üç aydan daha uzun sürerse, süregen TSSB tanısını alır. Belirtiler altı ay sonra ortaya çıkmışsa tanıya "geç başlangıçlı" terimi eklenir (Battal ve Ak 1995). TSSB, anksiyete bozuklukları tanılarında yer almaktadır. Bu ana başlık altında benzer durumlarda yaygın anksiyete bozukluğu tanısı da oldukça sık konmaktadır. Travma sonrasında affektif bozukluklara (örn., major depresyon) rastlanabileceği gibi uyum bozukluğu da ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken bozukluklardandır (APA 1994).

Olağanüstü felaketlere maruz kalanlara yönelik kurumsal ve toplumsal destekler başta medyanın da katkılarıyla oldukça yoğunken zamanla bu destekler azalmaya, yok olmaya başlar ve işte bu da kişide ikinci bir travma etkisi yaratabilir (Sungur 1994).

Bu çalışmada Dinar depreminden sonra ailelerinden ve çevrelerinden uzakta yatılı okul yaşamına başlayan ve deprem yaşantısına tanık olan ergenlerde travma sonrası psikolojik etkilerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu psikolojik etkiler içinde; depresyon, kaygı düzeyleri, deprem son-

rası stres bozukluğunun varlığı ve olaya ilişkin duygu-düşünceleri belirlenmeye çalışılarak belirtilerin zaman içindeki izlemi planlanmıştır.

## YÖNTEM

### *Denekler:*

2.10.1995 tarihinde Dinar depremini yaşayan ve ailelerinde kayıplar olan, evsiz/okulsuz kalan çocuklardan bazıları bir sınava sokulmuş, yardıma gereksinim derecelerine göre kısıtlı sayıda seçilerek Ankara ve İzmir'deki okullara gönderilmiştir. Denekler Ankara'ya öğrenimlerini sürdürmek üzere yollanan, yaş ortalaması 14 olan (en küçük 13, en büyük 15) 32 depremzededen oluşmaktadır. Denekler Ankara Maliye Meslek Lisesi yatılı öğrencileridir ve aynı sınıfta okumaktadır. Bu sınıf depremzedeler için açılmıştır.

### *Veri toplama araçları:*

Bilgi alma formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilen çocuğun okul başarısı, son altı aydaki okul öğretmen değişikliği, sınav hazırlığı, okula devam durumu gibi bilgileri araştıran bir formdur.

*MMPI TSSB Ölçeği:* Ölçek MMPI'dan geliştirilmiştir. MMPI'nin 8 (şizofreni) ve 2 (depresyon) alt ölçeklerinden oluşan 41 maddesinin, travma sonrası stres bozukluğu tanısı alan hastaları ayırt edip etmediği araştırılmıştır. Yüzeysel ve kapsam geçerliği değerlendirilerek, MMPI alt ölçeklerinin bu konfigürasyonunun, TSSB tanısı alan bireyleri ayırt edebildiği bulunmuştur. Ölçek MMPI ergen değerlendirme açıklamalarıyla da uyumlu olduğundan 14 yaş sınırı içinde kullanılabilir. Ölçeğin değerlendirilmesinde puan 35'in üzerinde olduğunda TSSB tanısı alma olasılığı %87, puan 40'in üzerinde olduğunda ise bu tanı için olasılık %90 olarak belirtilmiştir (Keone ve ark. 1984). Ülkemizde geçerlik çalışmaları Ceyhan (yayınlanmamış araştırma) tarafından sürdürülmektedir.

*Çocuklar için depresyon ölçeği:* Kovacks (1981) tarafından çocukların depresyon düzeylerini saptamaya yönelik olarak geliştirilen yirmibir maddeden oluşan bir ölçektir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Öy (1991) tarafından yapılmıştır.

*Çocuklar İçin Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (ÇDSKE):* Spielberger (1973) tarafından geliştirilmiştir. Durumluluk ve süreklilik kaygıyı ölçen yir-

mişer maddelik iki alt ölçekten oluşmaktadır. Geçerlik ve-güvenirlik çalışmaları Özusta (1993) tarafından yapılmıştır.

*Aile resmi çizme testi:* Projektif bir test olan bu testte deneye boş bir beyaz kağıt verilerek "Buraya bir aile çizmeni istiyorum" yönergesiyle birlikte sunulur. Denek istediğini çizebilir. Çizim sonrası yazılı ya da sözel olarak resmin ne anlattığını, ana temasını, isterse resmin başı ve sonunda oluşan bir öyküyü anlatması istenir. Resim aracılığıyla denegin kendini ifade ettiği varsayılır (Rigomer 1986).

*Deprem sonrası yaşananlar soru listesi:* Araştırmacılar tarafından düzenlenen deprem sonrası yaşantıları ve o anda hissettiklerini sorgulayan 15 soruluk açık uçlu bir soru listesidir.

### *İşlem*

Dinar depremi sonrasında okulsuz kalan çocuklardan bir kısmı sınavla seçilerek Ankara ve İzmir'deki okullara yollanmıştır. Ankara Maliye Meslek Lisesi'ne depremden 15 gün sonra 32 çocuk yatılı olarak öğrenimleri için yollanmıştır. Deprem sonrası, depresyon, kaygı ve TSSB yaşantıları ve duygularının saptanması amacıyla adı geçen testlerden yararlanılmıştır. Testler olaydan yaklaşık bir ay sonra ve dört ay sonra ön test son test olarak uygulanmış, aradaki farklar değerlendirilmiştir. Testler tek oturumda bütün deneklere grup şeklinde uygulanmıştır. Birbirinden bağımsız üç araştırmacı aile resimleri ve soru listesindeki duyguları içeren ana temaları belirlemiş, ortak ana temaları saptayıp bir araya getirerek yorumlamışlardır. Araştırma sürecinde deneklerin klinik değerlendirmeleri yapılmıştır. Ruhsal muayene ve testlerde belirgin psikopatolojinin saptandığı ergenler psikiyatrik izleme alınmıştır.

Depresyon, genel kaygı, durumluk kaygı ve TSSB değerlendirmelerinin iki kez uygulanması sonucunda, uygulamalar arasındaki farklar tekrar ölçümlü varyans analiziyle, bağımlı gruplar arasındaki farkın belirlenmesi ise t-testi ile yapılmıştır.

## BULGULAR

32 depremzede ergenden oluşan denekten, araştırmanın amacı doğrultusunda elde edilen veriler Tablo-1 ve 2'de verilmiştir. Deneklerin duygularını yansıtan soru listesine verdikleri yanıt-

Tablo-1: Deneklerin Testler ile Değerlendirilmeleri Sonrası Öntest-Son Test Karşılaştırılması

	Kareler toplamı	Sd	Ortalama kareler	F	p
Depresyon hata	76.56 333.44	1	76.56 10.76	7.12	p<0.02
Genel Kaygı hata	118.27 602.23	1 31	118.27 19.43	6.09	p<0.02
Durumluk kaygı hata	138.06 910.94	1 31	138.06 29.39	4.70	p<0.04
TSSB hata	123.77 763.73	1 31	123.77	5.02	p<0.04

Tablo-2: Bağımlı Gruplar için T Testi sonuçları

	X	Standart sapma	Standart hata	t	sd	p	
Depresyon	Ön Son	16.31 14.12	6.63 6.66	1.17 1.17	2.67	31	<.01
Genel Kaygı	Ön Son	40.00 37.28	6.25 8.46	1.10 1.49	2.47	31	<.02
Durumluk Kaygı	Ön Son	40.59 37.66	7.70 7.47	1.36 1.32	2.17	31	<.04
TSSB	Ön Son	22.41 19.63	7.00 6.40	1.23 1.12	2.24	31	<.04

lar ve aile çizim testinden örnekler bu bölüm içinde yer almaktadır.

Depresyon, genel kaygı, durumluk kaygı ve TSSB puan ortalamaları, aralarında anlamlı bir farklılık göstermiştir. Ön test ve son test puan ortalamalarına bakıldığında bulgular; depresyon, genel kaygı, durumluk kaygı ve TSSB puan ortalamalarının ikinci ölçümlerinin ilk ölçümlere göre düşüş gösterdiği yönündedir. Değerlendirmeler ortalamalar üzerinden yapılmakla birlikte kesim noktaları normal değerlerin üzerinde saptanan denekler tanı açısından ayrıca klinik değerlendirmeye alınarak, poliklinikte tanı ve tedavi amacıyla izlenmiştir.

Deprem sırasında ve daha sonra hissettiklerini araştıran soru listesini yanıtlayan olguların o ana ilişkin yaşadıkları ve anımsadıkları duyguları yansıtan yanıtlarından örnekler aşağıda verilmiştir.

1. Deprem sırasında evde ve tek başıyındım. Evde kaldım, korkudan dışarıya çıkamadım ve bayıldım.

Bir an öleceğimi sandım, bir hafta şokunu atamadım. Deprem beni çok değiştirdi. Evimiz yıkıldı, dışarıda kaldık. Kızılay'ın verdiği çadaları üç gün sonra alabildik. Ailemde kayıp yok ama, akrabalarım da var. Keşke deprem hiç olmasaydı, evimiz yıkılmasaydı, akrabalarım ölmeseydi.

2. Deprem sırasında ailemle birlikte evdeydik. O anda kapıya koştum. Kapının birini açtım. Diğer kapıyı açmaya çalıştım, açamadım. Duvara baktığımda sıvaları dökülüyordu. Öleceğimi düşündüm, içerideki kardeşim aklıma geldi. Kardeşim de yanıma gelmişti. Daha sonrasında bilincimi kaybetmişim, dayım yanımdaydı. Neden kapıyı açmadığımı sordu. Açamadım diyerek bağırılmaya başlamışım. Sadece "ölmek istemiyorum" diye bağırdığımı hatırlıyorum. Depremde Dinar'ın tümüyle yerle bir olduğunu sandım. Annemle babamı kaybettim. Deprem sonrasında başıma gelenler beni ve derslerimi etkiledi. Ne kadar çalışsam da sık sık aklıma annemle babam geliyor, çok üzülüyorum. Keşke deprem hiç olmasaydı. Herşey aynı şekilde kalsaydı, Dinar'daki yaşantım devam etseydi.

3. Deprem sırasında misafirlerimizle evde oturuyorduk. Hepimiz bağırarak evden uzaklaşmaya çalıştık. Çok kötü bir duygu, çünkü o kadar korkuyorsunuz ki o anda dizleriniz tutmuyor, sonra da bayılıyorsunuz. Olaydan o kadar etkilendim ki sanki masalmış gibi geliyor. O andaki korkuyu hala hissediyorum. Allah hiç kimsenin başına böyle kötü bir olay getirmesin. Çünkü herşeyden önce olay sırasında insan aileden birini kaybederse yaşamın anlamı tümüyle biter. İstedığım güzel bir hayat içinde korkusuzca yaşamak.

4. Deprem sırasında odamdaydım. O an hissettiklerimi anlatabilmem mümkün değil. İnsan kendini bir boşlukta hissediyor, sallanmaya başlayınca kendimi sokağa attım. O anda iki üç dakikalık bir krize girdim. Olay beni olumsuz yönde etkiledi. Çoğu şeyden korkuyorum ve heyecanlandığımda dizlerim hareket etmiyor. Deprem düşmanımın bile başına gelmesin, insanı maddi ve manevi yönden yıkıyor.

5. Depremler habersiz olduğu için bir anda şoka girmiştik. Ailedeki herkeste, her an yeniden deprem olabilir korkusu vardı. İlerleyen günlerde korkumuz biraz gitmişken en şiddetli sarsıntı oldu ve günlerce korku içinde yaşadık. Deprem etkisi hala içimde, ben burada iken bir kez daha deprem olduğu için ailemi düşünüyorum. Deprem sırasındaki korkuyu üzerinden atamadım. Dinar'daki ailemi düşünüyorum.

6. Depremde çok korktum. Akrabamızın evindeydik. Hiçbir şey düşünemedim. Deprem bitinceye kadar yerimden oynayamadım. Beni aşırı etkiledi. Hayatımı değiştirdi. Hiç olmamasını isterdim. Dinar halkının hayat düzeni tümüyle değişti. Ailemden ayrılacağıma çok üzüldüm, ancak mecbur kaldım. Hayatım hiç bilmediğim bir düzen içine girdi. Ailemi özledim. Artık mutluluğu yeniden tadabileceğime pek inanmadığım için ya da tatsam bile arkasından üzüntü geleceği için pek birşey diyemiyorum.

7. Babamı daha önce kaybettiğimiz için annem ve ablam ile aynı evde yaşıyorduk. Deprem sırasında annem evi içinindeydi. Koşup onu kurtarmaya çalıştım ve başardım. O anda dünyanın sona erdiğini düşündüm. Yeğenlerimi bulmaya çalıştım. Depremden sonra tüm aile toplandık. Yağmur başlamıştı ve sabaha kadar yağmurun altında bekledik. Komşularla bir çadır kurup, çocukları içine yerleştirdik. Hiç uyumadık. Deprem sırasında sadece kendi canımı değil, birçok canı düşündüm. Hepimizi etkiledi ve bizde birçok değişiklik yaptı. Şimdi bile adını duyduğumda tüylerim diken diken oluyor, gözümünden yaşlar dökülüyor. Deprem memleketimizin felaketi oldu. Analar yavrularından, karısı kocasından ayrıldı.

8. Deprem olunca babam, kardeşim ve ben dışarı çık-

tık. Annemi göremeyince bağırmaya başladık. Ben dayanamayıp eve girdim ve onu dışarı çıkardım. Bunu nasıl ya da hangi güçle yaptığımı hala anlamış değilim. Çok korktum, her taraf toz-duman ve bağırma sesleri ile doluydu. O anda yirmi yıllık evimizin halini görünce ağladım. Olanlara bir türlü inanamadım. Bu kötü etkiyi üzerinden atabilmiş değilim. Önceleri depremin nasıl bir felaket olduğunu anlayamaz, merak ederdim. Hiç bu kadar kötü olabileceğini tahmin etmemiştim.

9. Deprem sırasında çok korktum, sınırdan olacak, ağladım. Özellikle göçük altından çıkan ölülerini görünce çok şey yaşadım. Deprem sırasında ve sonrasında evlerden gelen sesler, çığlıklar, ambulans sesleri, evlerin yıkılmış görüntüleri ve sokak lambalarının yanmaması, karanlıkta koşuşturan insanlar beni çok etkiledi. Deprem anını ölünceye kadar aklımdan çıkaramayacağım. Dış görünümümde birşey olmayabilir, ancak psikolojik bozukluk gibi birşeylerim olabilir.

10. Deprem sırasında annemle birlikte anneannemin yanındaydık. Annem ve babam ayrıydılar (şimdi birlikte). Anneanneyle birlikte taksiye Denizli'ye gidecektik. Dinar'dan çıkarken kaza yaptık. Hastaneye gelmek için döndüğümüzde çığlıklar duyuluyordu. Çok kötüydü. O anda ben şoka girmişim. Hiçbir şey yapamadım. Ailemde depremden ölen olmadı, ancak geçirdiğimiz kazada anneannemi kaybettim, üzerimde hala o kazanın şoku var. Kimsenin bu yaşadıklarını yamasını istemem, mutluluk denince aklıma hiçbir şey gelmiyor.

Bu örnekler 32 kişinin yazdıkları arasından seçilen 10 kişinin farklı yaşantılarıdır. Diğerleri de belirtilen benzer yaşantıları anlatmaktadır. Değerlendirme sonucunda çıkarılan temel konular, getirilen duygu ve düşünceler aşağıda özetlenmiştir.

O günün yaşanmaması isteği ve unutulamayacağı korkusu ile kimsenin başına gelmemesi dileği; deprem yaşantısının ve aileden uzakta kalmanın zorluğu; Dinar'ın eski yaşantılarının ve kaybedilenlerin özlemi; deprem sırasındaki korku, öleceğini hissetme, birşeyler yapma isteğine karşın yapamama, mutlu yaşantıların geçmişte kaldığı hüznü, evlerin gözlerinin önünde yıkılması, içeride kalmak ya da içeride kalanların endişesi, cesetlerle karşılaşmak, yaralıları görmek, taşınmalarına yardım etmek, o sırada ve sonrasında yaşanan panik-korku, okul nedeniyle aileden ayrılmanın getirdiği zorluklar, Dinar'da kalanları merak etme, depremin tekrarlayacağı ve ailelerine zarar geleceği düşüncesi; okulda ken-



dini yalnız hissetme, derslerin zor gelmesi, gelecekte meslek sahibi olabilme beklentisi, büyük şehrin yeni yaşantılarına getireceği iyi ya da kötü yönler.

Eski yaşantılarını, ailelerini, özlemlerini yansıttıkları Kinetik Aile Çizimi testinden örnek çizimler ve çizimlerin ana konuları aşağıda verilmiştir. (Resim 1, Resim 2, Resim 3)

Şu anki aile özlemlerini ve eski yaşantılarını gösteren aile resimlerinde, anne baba ve çocuklar mutlu ev yaşamı, piknik, arabayla gezme gibi yaşantı kesimleri aktarılmıştır. Bazı resimlere, bunların geçmişte kaldığı ve bir daha hiç yaşamayacağı ile ilgili ümitsizlik bazı resimlere de o eski mutlu günlere yeniden dönebilme isteği yansıtılmıştır. Deprem anındaki yaşantılardan ailelerin durumu, ölümler, yaralılar da bu resimlere aktarılmıştır. Korku, şok, panik, gelecek ümidi ve geçmiş yaşantıların, özellikle aileden ayrı yaşamak zorunda olmaya dayanan ayrılığın getirdiği özlem konuları net bir şekilde verilmiştir.

## TARTIŞMA

Travmatik olaylar sonrasında yaşanan duygusal tepkiler aynı zamanda, oluşan stresin azalmasına ve dengenin yeniden kurulmasına yardımcı olmaktadır. Bu tepkiler arasında bulunan anksiyete, depresyon ve psikosomatizasyon gibi belirtilerin normal durumda travmadan sonra birkaç hafta içinde azalarak kaybolması beklenir (Psynoos, 1990). Çalışmanın bulguları bu görüşe paralel bir sonuçta birleşmiştir. İlk ölçümde elde edilen değerlerin, ikinci ölçümde daha aşağı çekilmiş olduğu görülmektedir. Değerlendirmeler sırasında testlerden normal sınırın üstünde yüksek puan alan depremzedeler ayrıntılı klinik değerlendirmelerle tedaviye alınmıştır. Tedaviye alınan altı depremzede dışındaki travmaya maruz kalan deneklerin, kaygılarının ve depresyonlarının azalması, yeni koşullara uyum sağlama kapasitesinin önemini ortaya koymakta ve travma sonrasında yaşanan stresin bir bozukluğa dönüşmediğini göstermektedir. Bu durum uyumun, taravmaya maruz kalan çocukların yaşadıkları travmanın şiddeti ve kişisel özellikleriyle ilgili olduğunu göstermektedir (Gloente ve Foa 1986, Pynoos 1990). Kinzie ve arkadaşları (1989) travmaya maruz kalanlarda sosyal yaşantı, iş, okul ve aile yaşantısındaki işlevselliğin bozulabileceğini belirtmektedirler.

Gloente ve Foa (1986)'ya göre çocuk, genç ve yaşlılar stres etkenlerine daha duyarlıdır ve so-

nuçlarıyla başedebilme güçleri daha azdır. Çocuk ve ergenlerin gelişimsel yeterlilikleri, premorbid uyumları ve varolan sosyal destek sistemleri sorunlarla başedebilme güçlerini etkilemektedir. Travmatik yaşantılarda yeterli derecede fiziksel ve sosyal destek sistemleri varsa, travmanın ileride görülecek olumsuz sonuçları azaltılmaktadır (Mc Farlane 1987, Pynoos ve ark. 1987). Uzun süreli örselenmeleri azaltmada sosyal destek sistemleri bu açıdan önem taşımaktadır. Bu sistemler psikolojik bir zedelenme olmasını engellemek ve stres etkenlerinin gücünü azaltmak için gereklidir. Bunlar arasında 1) Aile destek sistemleri, 2) Okul-devlet destek sistemleri, 3) Çocuk ya da ergenin kişisel özellikleri ön planda ele alınmalıdır (Gloente ve Foa 1986). Araştırmanın bulguları adı geçen destek sistemleri üzerinden tartışılarak gruplanmaya çalışılmıştır;

1) Aile destek sistemleri: Araştırmalar çocuk ya da ergenlerde travma (felaket) sonrasında diğer toplumsal yardım birimlerine teslim edilme yerine, bakımları aile (kalan bireyler) tarafından üstlenilebilirse prognozun daha olumlu olduğunu göstermektedir (Unicef 1996). Araştırmaya alınan 32 çocuğun ana temalarında da görüldüğü gibi travma etkileri azalsa bile aileden ayrı kalmanın, onlardan uzak olmanın ya da diğer insanlarla yakınlık kurmalarındaki zorluğun sürdüğü ve sıcak bir ev ortamı özlemi içinde oldukları görülmektedir. Bu durum travmaya bağlı belirtilerin azalmasına karşılık, uzakta ve felaketin olduğu şehirde yaşayan yakınlarına dönük endişelerin sürmesine yol açabilir. Evlerin yıkılması, yakın çevreden sevilenlerin kaybı, yaşadıkları bölgedeki değişim, eski yaşantılarının bir daha geri gelmeyeceği, bu olayın yineleyeceği ve kendilerinin birşey yapamayacağı inancının, ailelerini kaybedecekleri korkusu ile birleşerek aile destek sistemlerinden uzak kalmanın travma stresini güçlendirdiğini düşündürmektedir (Gloente ve Foa 1986).

2) Okul-kurumsal destek sistemleri: Bu sistem devlet kurumlarının yardımı ile yerleşim, beslenme ve eğitim gibi temel gereksinimlerin giderilmesine yöneliktir. Toplumsal yardım kurumları ve halkın çabaları da bu sistem içinde çok önemlidir. Günlük rutinlerin işleyişe girebilmesi, gelecek beklentilerinin artması prognozu olumlu yönde etkileyecektir (Giaconia ve ark. 1995). Araştırmaya alınan ve yatılı olarak büyük şehirde okuyan çocuklar yeni ortamlarında rahat ol-

makla birlikte, istedikleri yakınlığı ve paylaşımı bulamadıklarından yakınmışlardır. Bu olumsuzluklarının yanında eski okullarındaki eğitimin yeterli olmadığı, oysa burada verilen eğitimin kendi düzeylerinin üzerinde olduğu ile ilgili düşünceleri ana temalarda görülmektedir. Geçmişte olan travma için üzülmeyle birlikte, okuyup iyi bir meslek edinerek ailelerine yardımcı olabileceklerine inanmaktadırlar. İçinde buldukları ortamı yadırgadıkları ancak geleceğe yönelik umut ve beklentilerinin arttığı görülmektedir. Bunun yanı sıra yeni okullarındaki daha yüksek eğitim düzeyine uyumda bazı akademik zorluklar yaşamaları ancak bunun kaygı düzeyleri üzerinde bir önemli etkisinin olmaması Gloente ve Foa (1986)'nın okul-devlet destek sistemleri açıklamalarıyla uyumludur.

Ergenlerde TSSB'nun psikososyal işlevsellik üzerindeki etkilerini araştıran Giaconia ve arkadaşları (1995) TSSB'nun davranışsal, duygusal, iletişimsel ve akademik yetersizlik, sağlık ve intihar sorunlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Travma sonrası akademik yetersizlik, sağlık ve intihar sorunlarıyla ilişkili olduğu ortaya koymuşlardır. Travma sonrası akademik başarıda düşme ve işlevselliğin azalması görülebilmektedir (Giaconia ve ark. 1995). Araştırma kapsamındaki depremzede çocuklarda akademik başarıların istenen düzeyde olmadığı görülmektedir. Bu bulgular literatürle paralellik göstermektedir. Özellikle Shonnon ve arkadaşlarının (1994) önemli bir çalışmasında, Güney Karolina'da oluşan "Hugo Kasırgası" sonrasında yoğun bir fiziksel ve duygusal travmanın ardından üç ay sonra yapılan değerlendirmede okul çağı çocuklarının TSSB tanı ölçütlerini karşılayan belirtiler gösterdikleri ve okul performanslarında genel bir düşmenin olduğu vurgulanmaktadır.

3) Çocuk ya da ergenin kişisel özellikleri: Travma yaşantısı ve buna eşlik eden korkulara karşılık, çocuk ya da ergende olayı tartışma, başedebilme gücü ön plana çıkarılmalıdır. Psikolojik destek bu noktada önem taşır (Ekşi 1994). Benzer bir yaşantıdan geçmiş olmalarına karşın deprem sırasındaki kayıpları, olaya tanık olma yaşantıları farklıdır. Bunun yanında kişisel özellikleri de olaydan etkilenmelerine yön vermektedir. Bunun örneği bazı deneklerin tedaviye gereksinim duymalarıyla ilgili somut verilerle desteklenmektedir. Sürekli ve durumluk kaygı puanlarındaki yükseklik ileride travma sonrası stres bozukluğunun yol açtığı bir ruhsal bozukluğa ze-

min oluşturabilir (Giaconia ve ark. 1995). Bu yaşantının erişkin dönemde yeniden ortaya çıkmasını önlemek, bu destek sistemi içinde yer almaktadır. Yaşanan travmanın, olası ruhsal sorunun ortaya çıkmasında önemli bir etken olmakla birlikte, tek etken olmadığı gösterilmiştir. Travmanın şiddeti yanında çocuk ve ergen için ne anlam taşıdığı da çok önemlidir. Travma yaratan olay sırasında ve sonrasında aile üyelerinin yanında bulunmak, güven uyandırmakta ve koruyucu bir etken oluşturmaktadır (Lonigan ve ark. 1994). Dinar depremi sonrasında çocukların Ankara'ya ailelerinden ayrılarak gelmeleri, aile özlentileri, sıla hasreti ve deprem travması gibi etkenlerle birleşerek yoğun karamsarlık ve çökkünlük duyguları yaşamalarına yol açabilmektedir.

TSSB ile ilgili araştırmaların çoğu yetişkinler ile yapılmış ve bozukluğun yaygınlığı, nedenleri ya da tedavisi ele alınmıştır. Çocuk ve ergenler ile yapılan araştırmalarda ise erken yaşam dönemlerinde travmanın getirdiği ruhsal tepkilerle ilgili sonuçlar, bu çocuklarda TSSB ölçütlerini karşılayabilen belirtilerin gelebileceğini göstermiştir (Yule 1995). Araştırmamızda ise travma sonrasında varolan durum taranmıştır. Travma sonrası bir stres yaşamakla birlikte bunun bir anksiyete bozukluğuna (TSSB ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi), bir affektif bozukluğa (major depresyon gibi) ya da bir uyum sorununa neden olup olmadığını belirlemenin oldukça zor olduğu görülmektedir. Yayınlarda doğal afet gibi travmatik bir yaşantı geçiren çocuk ve ergenlerde TSSB oranının %37 civarında olduğu aktarılmaktadır (Earls ve ark. 1988, Garrison ve ark. 1995). Yaş arttıkça belirtilerin şiddeti de artmaktadır (Green ve ark. 1994). Travmadan sonra TSSB yaşanabileceği gibi, kişiye özel farklı bozukluklar da ortaya çıkabilir (Parry-Jones ve Barton 1995). TSSB'nda travma şiddetinin artmasıyla ruhsal tepkilerin ve şiddetinin arttığı görülmektedir. Ancak TSSB belirtilerinin zamanla azaldığı, bu iyileşmenin ise psikososyal etkenlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan travmanın kendisinin, belirgin hazırlayıcı etkenler olmadan travmatik nevroza yol açmayacağı görüşü ileri sürülmektedir (Goenjian ve ark. 1995). Bu görüş ve bulgular ışığında çalışmadaki ergenlerin ciddi sıkıntılar ve travmaya bağlı stres belirtileri yaşamalarıyla birlikte bu belirtilerin çoğunluğunda yukarıda sayılan ruhsal bozukluklara neden olup olmadığının belirlenmesi zordur.

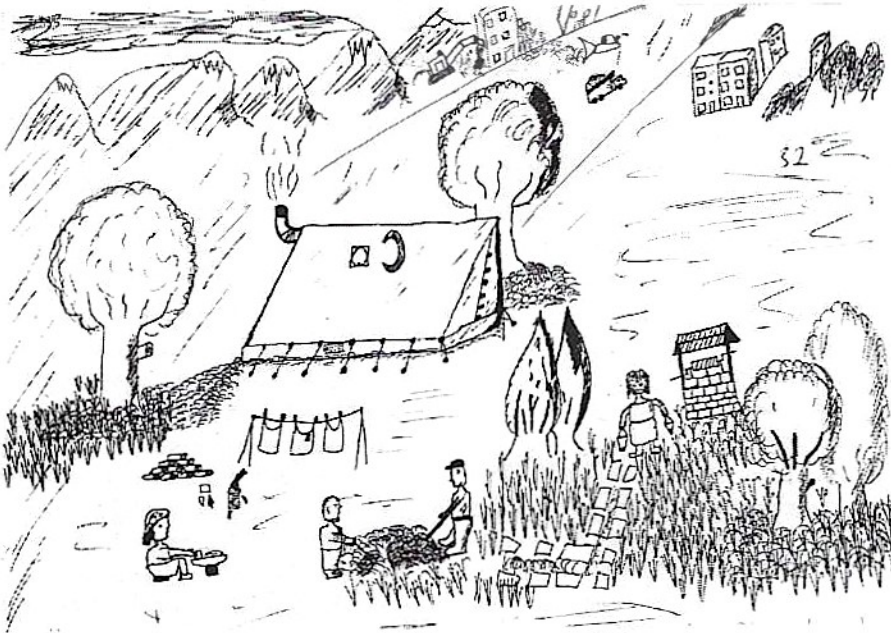
## SONUÇ

Çalışmanın kısıtlılıklarına karşın sonuç olarak, deprem gibi büyük bir travma yaşayan ergenlerin çoğunda TSSB gelişmediği, belirtiler düzeyinde kaldığı görülmektedir. Bu noktada zaman içinde travma ile ilgili psikiyatrik belirtilerin şiddetindeki düşme, felaketten sonra bu gençlerin yaşantılarının belirli bir düzene girmesi, gelecekte daha başarılı olabilecekleri bir eğitime başlamaları gibi etkenlerin payının önemi ortaya konulmuştur. Saptanan belirtilerin ele alınması yö-

nünden ise felakete uğrayanlara yerinde yapılan yardım ile kalan aile ve geniş aile bireylerine birlikte yardım gitmesinin daha uygun olacağı düşünülmektedir. Her ne kadar eğitimin olumlu katkıları da olsa da deneklerde yaşadıkları yerden ve yakınlarından ayrılma geçici ek bir stres getirmiştir. Deneklere 3-4 ayda bir testlerin tekrarlanması ve klinisyenler tarafından yapılacak bireysel denekler değerlendirilmelerle felaketin ve yer değişiminin denekler üzerindeki uzun süreli etkilerinin araştırılması çalışma kapsamına alınarak planlanmıştır.



Resim 1. Deprem anı



Resim 2. Deprem sonrası yaşantı



Resim 3. Deprem öncesi aile yaşamına duyulan özlem, umut.

## KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Battal S, Ak İ (1995) Posttraumatik Stres Bozukluğu. Anksiyete Monografileri Serisi (7) Hekimler Yayın Birliği, 273-285.

Ceyhan B (Yayınlanmamış araştırma) MMPI TSSB Ölçeği Türkçe uyarlama çalışmaları.

Earls F, Smith E, Reich W ve ark. (1988) Investigating psychopathological consequences of a disaster in children: a pilot study incorporating a structure diagnostic interview. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 27: 90-95.

Ekşi A (1994) Terör eylemi ve savaşın çocuk ve gençlere etkisi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 1: 23-27.

Garmezy N (1986) Commentary: Children under severe stress: Critique and commentary. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 25(3): 384-392.

Garrison CZ, Bryant ES, Addy CL ve ark. (1995) Posttraumatic stress disorder in adolescents after hurricane Andrew. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 34: 1193-1201.

Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB ve ark. (1995)

Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 34: 1369-1380.

Gloente R, Foa D (1986) An epidemiological study of psychic trauma and treatment effectiveness for children after natural disaster. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 25(3): 363.

Geonjian AK, Pynoos RS, Steinberg AM ve ark. (1995) Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 34: 1174-1184.

Green BL, Groce MC, Vory MG ve ark. (1994) Children of disaster in the second decade: a 17-year follow-up of Buffalo Creek survivors. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 33: 71-79.

Keane TM, Malloy PF, Fairbank JA (1984) MMPI subscale for the assesment of combat related post traumatic stress disorder. J Consult Clinical Psychology 52(5): 881-891.

Kinzie DJ, Sack HW, Angell HR ve ark. (1986) The psychiatric effect of massive trauma on cambodian children. 1. The children. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 25(3): 370-376.

Kinzie DJ (1989) Posttraumatic Stress Disorder. Comprehensive Textbook of Psychiatry 5th Ed. HI Kaplan, BJ Sadock (Eds) Baltimore, Williams and Wilkins. s:1000-

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

Lonigan CJ, Shannon MP, Taylor C ve ark. (1994) Children exposed to disaster: II Risk factors for the development of posttraumatic symptomatology. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 33: 94-105.

McFarlane AC (1987) Posttraumatic phenomena in longitudinal study of children following a natural disaster. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 26: 764-769.

Najartale LM, Goenjian MD, Pelcovitz D ve ark. (1996) Relocation after a disaster: posttraumatic stress disorder in Armenia after the earthquake. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 35(3): 101-109.

Parry-Jones W, Barton J (1995) Post-traumatic stress disorder in children and adolescent. *Curre Psychiatry* 8:227-230.

Pynoos RS, Frederic C, Noder K ve ark. (1987) Life threatening posttraumatic stress in school age children. *Arch Gen Psychiatry* 148: 50-54.

Pynoos RS (1990) Post Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. BD Garfinkel (Ed.) *Psychiatric Disorders in Children and Adolescent*. WB Saunders Company, USA. s: 48-63.

Rigomer EF (1986) Psychological management of children in a national crisis. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 26(3): 267.

Sack HW, Angell RH, Kinzie DJ, ve ark. (1986) The psychiatric effect of massive trauma on Cambodian children. 1. The family, the home and the school. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 25(3): 377-383.

Schwarz ED, Kowalski JM (1991) Malignant memories: PTSD in children and adults after school shooting. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 30(6): 936-944.

Sharon P, Chaudhory G, Kovatheker AS (1986) Preliminary report of psychiatric disorder in survivors of a severe earthquake. *Am J Psychiatry* 153(4): 556-559.

Shannon MP, Lonigan CJ, Finch AJ ve ark. (1994) Children exposed to disaster: I epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profiles. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 33: 80-93.

Spielberger CD (1973) *Preliminary Manual of the State-Trait Anxiety Inventory of Children*. Palo Alto CA. Consulting Psychologists Press.

Sungur M (1994) Felaket üstüne felaket. *Parlamentodun, Martı Yayıncılık* 21(3): 66-67.

Öy B (1991) Çocuklar için Depresyon Ölçeği; geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2: 132-136.

Özusta Ş (1993) Çocuklar için Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterinin Türkçe'ye Uyarlaması Geçerlik Güvenirlik Çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler, Psikoloji Bölümü, Ankara.

Unicef (1996) Dünya Çocuklarının Durumu Raporu. Türkçe uyarlaması: Unicef Türkiye Temsilciliği, 2. Baskı, Ankara, Pelin Ofset. s:12-42.

Uzun BT (1996) "Dinar'la Yıkıldık." Genç İletişimciler Yarışması Sonuçları (En iyi haber röportajı ikinciliği ödülü). *AD Vakfı Dergisi. Hürriyet Medya Touers* 34544 Güneşli-İstanbul. s:35-36.

Yule W (1995) *Posttraumatic Stress Disorders. Child and Adolescent Psychiatry* (Eds. M Rutter, E Taylor, L Her-sov) içinde. Blackwell Science, Oxford. s: 392-406.

# EPİLEPTİK VE DİYABETİK ÇOCUKLARDA DAVRANIŞ SORUNLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Müge Tamar\*, Serpil Erermiş\*\*, Hürol Coşkunol\*\*\*, Ahmet Gökçay\*\*\*\*, Cahide Aydın\*\*\*\*\*, Ayfer Ülkü\*\*\*\*\*

## ÖZET

Kronik bedensel hastalıkların çocuklarda çeşitli ruhsal sorunlarla birlikte olduğu, beyni etkileyen hastalık durumlarında bu sorunların arttığı bilinmektedir. Epilepsi çocuk hastalıkları içinde en sık rastlanılan kronik durumlardan birisidir ve beyin davranış ilişkisinin anlaşılmasında yararlı olacak ipuçları sağlayabilecek bir hastalık grubunu oluşturmaktadır. Çalışmamızda, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) Nöroloji AD, Çocuk Nörolojisi Bölümü'nde izlenmekte olan, 7-12 yaş arasındaki 50 epileptik çocuğa ilişkin bulgular değerlendirilmiştir. Kontrol grubu olarak İnsüline Bağımlı Diyabetes Mellitus tanısı ile izlenmekte olan 50 çocuk ve herhangi bir fizik hastalığı bulunmayan 52 sağlıklı çocuk çalışmamıza alınmıştır. Tüm çocuklara Sosyodemografik Veri Formu Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) uygulanmış, annelerin Beck Depresyon Ölçeği doldurmaları istenmiştir. Epileptik çocuklarda artmış ruhsal sorunları etkileyen nedenlerin ortaya konması amacıyla, epileptik çocuklara ilişkin ruhsal özellikler sosyodemografik veriler, annenin depresyonu ve alle özellikleri ile karşılaştırılmıştır. Epileptik çocuklardaki bozulma, çocuğun yaşı, cinsiyeti, anne babanın eğitimi ve mesleği, yerleşim yeri gibi etkenlerden etkilenmektedir. Sonuçta, epileptik çocuklar sağlıklı kontrollere göre, tüm alanlarda davranış yönünden daha fazla sorun yaşamaktadırlar. Epileptik çocuklarla diyabetikler arasında ise dışa yönelim belirtileri olan saldırganlık ve suçlu davranışlar yönünden farklılık saptanmıştır. Bu veriler ışığında, içe yönelim belirtilerinin kronik hastalığın etkileri ile artabildiği, ancak epileptik çocuklardaki artmış dışa yönelim belirtilerinin daha çok nörolojik hastalığın doğrudan etkilerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

**Anahtar Sözcükler:** Epilepsi, psikopatoloji, Diyabetes Mellitus, sosyodemografik özellikler, kronik bedensel hastalık.

## SUMMARY: COMPARISON OF BEHAVIORAL PROBLEMS IN DIABETIC AND EPILEPTIC CHILDREN

It's known that, chronic physical disorders are associated with psychological problems in children and the problems increase in conditions of brain disorders. Epilepsy is the most common chronic disorder among childhood diseases which can give useful hints for the understanding of brain-behavior relations. In this study, 50 epileptic children, aged 7-12 and 50 children who had a diagnosis of Insulin Dependent Mellitus and 52 others who did not have any physical disorders were compared. Sociodemographic data form and Child Behavior Check List (CBCL) were applied to all children and the mothers were asked to fill in the Beck Depression Inventory. In conclusion epileptic children have more behavioral problems in all aspects than healthy control. A difference between epileptic children and diabetics in externalizing symptoms has been observed. According to these data, it has been estimated that, the internalizing symptoms may increase due to the effect of the chronic disease, while the externalizing symptoms in epileptic children is influenced by direct effect of the neurologic disorder. Psychosocial problems of epileptic children are not influenced by children's age, sex, educational status and jobs of parents and family's situation.

**Key Words:** Epilepsy, psychopathology, Diabetes Mellitus, chronic illness, sociodemographic features

## GİRİŞ

Son yıllarda konsültasyon liyezon psikiyatrisinin gelişmesi ile beraber, kronik bedensel hastalıklara eşlik eden ruhsal özelliklerin tanınması

ve tedavide bütüncü yaklaşım hızla önem kazanmaktadır. Uzun süreli hastalıklar, ortaya çıkan organik bozukluklar ve rahatsızlıkların yanı sıra, çocuğun ve gencin günlük yaşantısını da kişisel düzeyde ve çevresi ile ilişkileri bakımından etkilemekte ve çeşitli uyum sorunlarına neden olmaktadır (Taylor ve Eminson 1995, Waserman 1990). Duyusal bozukluklar ve santral sinir sistemini (SSS) içine alan durumlar (zeka geriliği de içinde olmak üzere), fizik bozulmalara neden olmasalar da, diğer kronik bozukluklardan daha fazla psikososyal sorunlara neden olurlar. Beyindeki zedelenmenin psikopatoloji

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

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

\*\*\* Doç. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir.

\*\*\*\* Yrd. Doç. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir.

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

\*\*\*\*\* Prof. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir.

ile ilişkisi olduğu düşünülmektedir. SSS'ni ilgilendiren kronik durumlara göre psikiyatrik bozukluk oranının yüksek bulunduğu çalışmalar arasındaki tutarlı sonuçlar da, bu görüşü desteklemektedir. Epileptik çocukların diğer bedensel hastalığı olan (nörolojik olmayan) ve sağlıklı çocuklar ile karşılaştırıldıkları çalışmalar, davranış sorunları bakımından epileptik çocukların daha fazla risk altında olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin; Isle of Wight çalışmasında, okul çağındaki çocuklar arasında, hem klinik görüşme sonuçları, hem de öğretmenlerin kayıtlarına göre, beyinde organik bir sorunu olan ancak normal zeka düzeyindeki çocuklarda, diğer bedensel hastalıkları olanlara göre (örn; astma, diyabet ve kalp hastalıkları gibi), davranışsal sapma ve bozukluklar iki kat daha fazla görülmüştür (Rutter ve ark 1975). Bir başka çalışmada; Hoare (1984a) yeni tanı almış epileptik çocuklarla, yeni tanı almış diyabetik çocukları karşılaştırmış; epileptik çocuklarda psikiyatrik bozulma daha fazla bulunmuştur. Bu da nörolojik işlev bozukluğunun çocukları hem epilepsi hem de psikiyatrik bozukluklara yatkın hale getirdiği varsayımını desteklemektedir (Hoare 1984a, Scott 1978).

Beyinle ilgili bozukluklarda, diğer hastalıklara göre gözle görünür sakatlıkların ortaya çıkma olasılığının daha yüksek oluşu durumu karıştırmaktadır. Bunun ayırt edilmesini amaçlayan bir çalışmada; normal zeka düzeyi olan, okul çağındaki serebral palsi tanılı, beyin zedelenmesi söz konusu olan çocuklarla; kontrol grubu olarak beyin sapından daha alt düzeyde zedelenme olan polio, muskuler distrofi, vb. tanılı çocuklar karşılaştırılmıştır. Burada gözle görülebilir sakatlık bakımından karşılaştırılabilir iki grubun seçilmesine dikkat edilmiştir. Beyin zedelenmesine bağlı sakatlıkları olan çocuklarda psikiyatrik bozukluklar iki kat daha fazla bulunmuştur (Hoare 1984a, Hoare ve Russel 1995, Scott 1978).

Düşük kendilik kavramı, davranış sorunları ve psikiyatrik bozukluklar bu hastalık grubunda daha fazla ortaya çıkmaktadır. Cinsiyet (erkek çocuk), bozukluğun hangi beyin yarımküresini tuttuğu, nörolojik durum gibi bazı özgün değişkenlerle artan psikiyatrik bozukluk arasındaki ilişki çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Epilepsisi olan çocukların sosyal uyumunun daha düşük olduğu ve yaşlıtlarına göre daha bağımlı özellikler gösterdikleri de gösterilmiştir. Ayrıca bazı çalışmalarda duygusal ve davranışsal sorunları yanı sıra bu çocukların özkıyım açısın-

dan da risk taşıdıkları öne sürülmüştür (Hoare 1984a, Hoare ve Kerley 1991).

Epileptik çocuklarda çeşitli ruhsal sorunlar artmış olmakla beraber, bunların çoğu herhangi bir psikiyatrik bozukluk grubuna girmez. En sık karşılaşılan tanılar nörotik ve duygusal bozukluklar olarak belirtilmiştir. Anne babaları ve diğer erişkinler bu çocukları endişeli, korkak, mutsuz ve yalnız olarak tanımlamaktadırlar. Eyleme vurum davranışları, saldırgan ve yıkıcı davranışlara daha az rastlanmıştır (Hoare 1984a, Hoare ve Kerley 1991).

Araştırmaların sonuçları çocukluk epilepsisinde uyumu etkileyen birçok etkenin varlığını göstermektedir. Bunlar, demografik özellikler, nöbete ilişkin özellikler, aile özellikleri gibi birçok değişkeni içermektedir (Austin 1992, Herman ve ark 1981, Herman ve Whitman 1991, Hoare ve Kerley 1991). Bu nedenle de epileptik çocuklardaki psikopatolojinin değerlendirilmesi ve ele alınmasında çok yönlü yaklaşım önerilmektedir (Herman ve Whitman 1991). Düşük sosyodemografik durum ve genç olma gibi özelliklerin çocuktaki bozulmayı etkilediği, bunların çocuktaki psikiyatrik bozulmanın oluşumunda genel bir öneme sahip oldukları düşünülmektedir. Aile etkenleri de epileptik çocuklardaki davranış sorunları ile ilişkili bulunmuştur. Aileye ilişkin, annenin psikiyatrik tedavi görmesi, kardeşlerin hastalıkları, epilepsinin aile yaşantısında ortaya çıkardığı sınırlılıklar gibi etkenlerin çocuktaki sorunlarla birlikteliği çeşitli araştırma sonuçlarında vurgulanmaktadır. Hermann ve arkadaşları (1989), ana babaları ayrı ya da boşanmış olan epileptik çocuklarda, hem kız hem de erkeklerde, özellikle depresyon bakımından artmış bir risk saptamışlardır. Hoare ve Kerley (1991) aile stresi ile çocuktaki bozulma arasındaki beraberliği göstermiştir. Austin ve arkadaşlarının (1992) davranış sorunları olan çocuklarla olmayanları karşılaştırdığı çalışmalarında; sorunlu çocukların ailelerinde daha zayıf işlevsellik, aile içi güven ve iletişimde yetersizlik olduğu belirtilmiştir. Bu çocuklar aynı zamanda aile desteği ve maddi koşullar bakımından daha yetersiz olanaklar içinde yaşamaktadırlar. Isle of Wight çalışmasında, epileptik durumu olan çocuklardan, parçalanmış aile ortamında yaşayan ve annesinde duygusal bozukluk olanlarda, psikiyatrik bozukluklara daha fazla rastlanmıştır. Beyin hasarının olduğu durumlarda bile, psikososyal etkenler psikiyatrik bozuklukların oluşumunda önemli bir etken olmakta-

dır (Austin ve ark 1992, Herman ve Whitman 1991, Hoare ve Russel 1995, Rutter ve ark 1975). Bir çalışmada 4 etken uyumsuz davranış ile birlikte bulunmuştur; demografik özellikleri ve aile değişkenleri, epileptik değişkenler, epilepsiye karşı annenin tutumu, çocuğun bireysel özellikleri (Hoare ve Russel 1995).

Bu çalışmada, epileptik çocuklardaki davranış sorunlarının, diğer bir kronik bedensel hastalık grubu olan diyabetik çocuklardan farklılıklarının ortaya konması amaçlanmıştır. Epileptik çocuklarda artan ruhsal sorunları etkileyen nedenlerin ortaya konabilmesi amacıyla, ruhsal özellikler sosyodemografik veriler, annenin depresyonu ve aile özellikleri ile karşılaştırılmıştır.

## YÖNTEM

### Denekler

Kasım 1995 - Nisan 1996 tarihleri arasında EÜTF Çocuk Nörolojisi polikliniğine başvuran, "epilepsi" tanısı ile izlenmekte olan, çalışmamıza katılmayı kabul eden ve ölçütleri karşılayan, tüm çocuklar çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmamıza girme ölçütleri şu şekilde sıralanabilir;

- 7-12 yaş arasında olanlar,
- En az 1 yıldır epilepsi tanısı ile izlenmekte olanlar,
- Son 1 yıl içerisinde en az bir antiepileptik ilaç kullanmakta olanlar,
- Çalışmamıza katılmayı kabul edenler,

Dışlama ölçütleri ise şu şekilde sıralanabilir;

- Toplam Zeka Bölümü (ZB) değeri 70'in altında olanlar,
- Görünür ek nörolojik yetersizlikleri olan çocuklar.

Ergenlik dönemine ilişkin sorunlarla oluşacak değişiklikleri dışlayabilmek amacıyla, çalışmanın 7-12 yaş grubu çocuklarla sınırlı tutulması düşünülmüştür. İlaç etkilerini de değerlendirebilmek için, ilacı kesilmiş olan ya da ilaç kullanmayan çocuklar çalışma dışında bırakılmıştır. Fizik sakatlıklar, ek nörolojik bozukluklar ve zeka geriliğinin etkilerini dışlayabilmek için, söz konusu ölçütleri karşılamayan çocuklar çalışmaya alınmamıştır. Sonuçta 50 epileptik çocuğa ilişkin değerlendirme sonuçları toplanmıştır.

Kontrol grubu olarak; EÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Tepecik

SSK Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Behçet Uz Çocuk Hastanesi Endokrinoloji bölümlerinde, "insüline bağımlı diabetes mellitus" tanısı ile izlenmekte olan 7-12 yaş arası, toplam 50 çocuk çalışma kapsamına alınmıştır. Herhangi bir fiziksel ya da ruhsal hastalık tanımlanmayan, toplam 52 çocuk sağlıklı kontrol grubu olarak çalışmaya kabul edilmiştir.

## DEĞERLENDİRME ARAÇLARI

### Değerlendirme formu:

Anne babaların, epileptik, diyabetik ve kontrol grubu çocukların tümü için; yaş, cinsiyet, bedensel hastalık, okul durumu, anne babanın sağlığı, mesleği, kardeş sayısı, doğum sırası, kardeşteki hastalıklar, aile yapısı, aile yaşantısı, arkadaş durumu şeklindeki çocukla ilgili genel bilgi ve sosyodemografik özelliklere ilişkin sorulardan oluşan; değerlendirme formunu doldurmaları istenmiştir.

### Psikiyatrik Görüşme:

Tüm çocuklara psikiyatrik görüşme uygulanmış DSM-IV tanı ölçütlerine göre herhangi bir psikiyatrik bozukluğun varlığı araştırılmıştır.

### Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (Child behavior check-list - CBCL):

Epileptik çocukların tümünün anne babalarından biri ya da her ikisi birlikte çocuklarının davranışları ile ilgili Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği'ni doldurmuşlardır. Bu ölçek, 4-18 yaş çocuk ve gençler için Achenbach ve Edelbroch (1983) tarafından geliştirilmiş, davranış değerlendirme ölçeğidir (Child Behavior Check-List/CBCL).

Sosyal yeterlilik ve sorun davranışlar ölçeği olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Sosyal yeterlilik alanında, etkinlik (aktivite), sosyallik (sosyalizasyon) ve okul alt ölçekleri bulunmaktadır. Etkinlik, sosyallik ve okul alt ölçeklerinin toplamından "toplum yeterlilik" alt puanı elde edilir.

Ölçeğin ikinci bölümünde; çocuk ve gençlerde görülen, duygusal ve davranışsal sorunları tanımlayan 118 maddeden oluşan sorular söz konusudur. İç yönelim (enternalizasyon) ve dışa yönelim (eksternalizasyon) olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı elde edilir. İç yönelim grubu; sosyal iç çekilme, somatik yakınmalar, anksiyete-depresyon alt ölçeklerinden oluşur.



**Tablo -1:** Epileptik, diyabetik ve sağlıklı kontrol grubu çocuklarda; aile yapısı, yerleşim yeri, sosyo-ekonomik durum, okul durumu, okul başarısı, kardeş sayısının dağılımı.

	EPİLEPTİK ÇOCUKLARDA SAYI - YÜZDE	DİYABETİK ÇOCUKLARDA SAYI - YÜZDE	SAĞLIKLI ÇOCUKLARDA SAYI - YÜZDE	p DEĞERİ
<b>CİNSİYET</b>				
Kız	25 - %50.0	30 - %60.0	26 - %50.0	0.5096
Erkek	25 - %50.0	20 - %40.0	26 - %50.0	
<b>AİLE YAPISI</b>				
Çekirdek Aile	43 - %86.0	42 - %84.0	44 - %84.6	0.9364
Geniş Aile	3 - %6.0	5 - %10.0	5 - %9.6	
Parçalanmış Aile	4 - %8.0	3 - %6.0	3 - %5.7	
<b>YERLEŞİM YERİ</b>				
Kent Yerleşimli	32 - %64.0	33 - %66.0	35 - %67.3	0.6905
Kasaba	14 - %28.0	16 - %32.0	15 - %28.8	
Yerleşimli	4 - %8.0	1 - %2.0	2 - %3.8	
Köy yerleşimli				
<b>SOSYA EKONOMİK DURUM</b>				
İyi	16 - %22	24 - %48	20 - %38.4	0.5543
Orta	23 - %46	16 - %32	20 - %38.4	
Kötü	11 - %22	10 - %20	12 - %23.0	
<b>OKUL DURUMU</b>				
İlkokul 1-2-3. Sınıf	17 - %34.0	18 - %36.0	25 - %48.2	0.2751
İlkokul 4-5. Sınıf	18 - %36.0	12 - %24.0	15 - %28.8	
Ortaokul	15 - %30.0	20 - %40.0	12 - %23.0	
<b>OKUL BAŞARISI</b>				
Kötü	6 - %12.0	2 - %4.0	-	0.009
Vasat	12 - %24.0	18 - %36.0	5 - %9.6	
İyi	21 - %42.0	23 - %46.0	26 - %50.0	
Çok İyi	11 - %22.0	7 - %14.0	21 - %40.3	
<b>KARDEŞ SAYISI</b>				
Hiç kardeşi yok	7 - %14.0	5 - %10.0	10 - %19.2	0.3456
Toplam 2 kardeş	31 - %62.0	25 - %50.0	29 - %55.8	
Toplam 3 kardeş	7 - %14.0	13 - %26.0	7 - %13.5	
4 kardeş ve üstü	5 - %10.0	2 - %4.0	6 - %9.5	

Dışa yönelim grubu; suçça yönelik davranışlar ve saldırganlık alt testlerinin toplamından oluşur. Ayrıca her iki gruba da girmeyen; sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları da alt testlerin diğerlerini oluşturmaktadır. Toplam Problem Davranış Puanı, bu ölçeklerin toplamından elde edilir.

Çalışmamızda, Erol ve arkadaşları tarafından 1991 yılında dilimize çevrilerek geçerlilik güvenilirliği yapılmış olan şekli uygulanmıştır (Erol ve ark. 1995).

#### Beck Depresyon Ölçeği:

Annelere, depresyonu değerlendirmek amacıyla, Beck Depresyon Ölçeği verilmiştir. Bu ölçek; 1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiş, Hisli

(1988) tarafından dilimize uyarlanmıştır. Ölçeğin puanlaması; 0-13 puan arasında depresyon yok, 14-24 puan arasında ılımlı depresyon ve 25 puan üstü ciddi depresyon olarak değerlendirilmiştir (Özkan ve Turgay 1995).

#### İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmamızda elde edilen verilere, SPSS programı kullanılarak; varyans analizi, eşleştirilmiş örneklerle t testi, çoğul regresyon testleri uygulanmış ve istatistiksel değerlendirmeler gerçekleştirilmiştir.

#### BULGULAR

Epileptik, diyabetik ve sağlıklı kontrol grubu çocukların; aile yapısı, yerleşim yeri, okul durumu, okul başarısı ve kardeş sayısı ile ilgili bulgular Tablo -1'de verilmiştir.

Sağlıklı çocukların, epileptik ve diyabetik çocuklara göre okul başarılarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Diğer alanlarda gruplar arası bir farklılık yoktur (Tablo-1).

CBCL uygulanan 50 epileptik çocuktan 1 tanesinin testi geçersiz kabul edilmiş bu nedenle 49 çocuğa ilişkin sonuçlar değerlendirmeye alınmıştır. Çocuklardan elde edilen puanlar; diyabetik ve kontrol grubu çocuklara ilişkin puanlarla karşılaştırılmıştır. Epileptik çocuklar CBCL sonuçları yönünden kendi içlerinde değerlendirildiklerinde, içe yönelim puanlarının dışa yönelim puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu dikkati çekmiştir (Tablo -2). Benzer şekilde Diabetes Mellitus (DM) ve kontrol grubu çocuklarda da içe yönelim puanları, dışa yönelim puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<.01$ ).

**Tablo -2:** Epileptik çocuklarda içe yönelim ve dışa yönelim puanları ( $p=0.001$ )

	İçe Yönelim t puanı	Dışa Yönelim t puanı
Ortalama	61.2653	56.0816
Standart	10.756	11.032

CBCL sonuçlarının gruplar arası karşılaştırılması:

Varyans analizi uygulandığında, ölçeğe ilişkin puanlar epileptik çocuklar, diyabetik çocuklar ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılıklar göstermiştir. CBCL'nin; epileptik çocuklar, diyabetik çocuklar ve sağlıklı kontrol arasındaki karşılaştırılması Tablo-3'te verilmiştir.

Çalışmamızda CBCL uygulamasından elde edilen puanlar epileptik çocuklar, diyabetik çocuklar ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılıklar göstermiştir. Spor etkinlikleri, spor dışı ilgi alanları ve uğraşları, ev ya da ev dışında çocuğun üstlendiği işlerle ilgili alınan puanlardan elde edilen etkinlik puanları yönünden, her üç grup karşılaştırıldıklarında; epileptik çocukların puanları kontrol grubundan düşük, ancak DM tanıılı çocuklardan yüksek bulunmuştur ( $p<.005$ ). Bu sonuç, DM grubu çocukların çeşitli etkinliklere katılımlarının, epilepsi grubuna göre daha sınırlı olduğunu göstermektedir. Sosyalizasyon puanında da; en düşük puanları DM grubu çocuk-

lar almıştır. Bu alt ölçek te, üye olunan kulüp ve kuruluşları, arkadaş ve kardeş ilişkilerini sorgular. Epileptik çocuklarda ise, bu alanlarda kontrol grubuna göre daha düşük puanlar elde edilmiştir ( $p<.05$ ).

Okul puanları; epileptik çocuklarda en düşük sonuçları vermekle birlikte, istatistiksel olarak anlamlı değildir. Toplam etkinlik puanlarında kontrol grubunun aldığı puanlar, hem epileptik çocuklar, hem de diyabetik çocuklardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Somatizasyon puanları; epileptik çocuklarda, hem diyabetik olanlardan, hem de sağlıklı kontrollerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, epileptik çocukların daha fazla somatik yakınma dile getirdiklerini ortaya koymaktadır. Anksiyete depresyon puanları ve sosyal sorunlara ilişkin puanlar; epileptik çocuklarda, hem sağlıklı kontrol grubundan, hem de diyabetik çocuklardan, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, içe yönelim davranışlarından somatizasyon, anksiyete-depresyon ve sosyal sorunlar epileptik grupta daha fazla görülmektedir.

Düşünce ve dikkat bozuklukları da, diyabetik çocuklara ve sağlıklı kontrollere göre epileptik grupta anlamlı şekilde daha yüksektir.

Suçlu davranış puanları; benzer şekilde epileptik çocuklarda diğer iki gruptan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Saldırganlık puanları yönünden de her üç grup karşılaştırıldığında; epileptik çocukların puanları, hem DM grubuna, hem de kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

İçe yönelim puanları; epileptik grupta en yüksek olmakla beraber, istatistiksel anlamlılık sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında saptanabilmiş, diyabetiklerle ortaya çıkan fark istatistiksel anlamlılık göstermemiştir. Dışa yönelim puanları; epileptik çocuklarda her iki gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Bu sonuçlar özetlenecek olursa; epileptik çocuklarda hemen tüm alanlarda sağlıklı kontrol grubuna göre daha çok sorun tanımlanmıştır. Etkinlik ve sosyalizasyon, anksiyete depresyon ve içe yönelen davranış sorunları alanlarında epileptik çocuklar, sağlıklı olanlara göre daha çok sorun yaşamaktadır. Somatizasyon, sosyal sorunlar, düşünce bozuklukları, dikkat bozuklukları, suç-

Tablo-3: Epileptik, diyabetik ve sağlıklı kontrol grubu çocuklarda CBCL puanları.

\*Bir tek grupla anlamlı farklılık

\*\*Her iki grupla anlamlı farklılık

	EPILEPTİK	DİYABETİK	KONTROL	P DEGERİ
AKTİVİTE T. PUANI	41.880 (*)	38.9200 (*)(*)	48.0385	.0000
SOSYALİZASYON T. PUANI	43.9000 (*)	38.2000 (*)(*)	46.8462	.0000
OKUL T. PUANI	44.5000	45.0400	48.5577	0.916
TOTAL T. PUANI	42.0200	38.0200	49.5769 (*)(*)	.0000
GERİ-ÇEKİLME T. PUANI	59.9592	58.0000	56.8007	.1590
SOMATİZASYON T. PUANI	58.7959 (*)(*)	55.12000	53.4615	.0019
ANKSİYETE - DEPRESYON T. PUANI	61.9796 (*)	59.6600 (*)	56.4231	.0010
SOSYAL PROBLEMLER T. PUANI	57.6327 (*)(*)	54.6000	52.9808	.0032
DÜŞÜNCE BOZUKLUKLARI T. PUANI	59.3673 (*)(*)	54.6600	53.3642	.0001
DİKKAT T. PUANI	59.9796 (*)(*)	56.7200	55.4808	.0083
SUÇLU DAVRANIŞ T. PUANI	56.7959 (*)(*)	53.1600	53.5192	.0060
AGRESSİVİTE T. PUANI	58.1020 (*)(*)	54.8800	53.2692	.0048
TOPLAM T. PUANI	60.4694 (*)(*)	54.4000	51.9231	.0000
ENTERNALİZASYON T. PUANI	61.2693 (*)	58.2600	54.7308	.0020
EKSTERNALİZASYON T. PUANI	56.0816 (*)(*)	50.6000	49.2692	.0018

lu davranış, saldırganlık, toplam davranış sorunları ve dışa yönelim belirtileri epileptiklerde, hem sağlıklı hem de diyabetik çocuklara göre daha yüksek oranlarda görülmektedir.

Epileptik çocuklarda bozulmayı etkileyebileceği düşünülen etkenler tek tek CBC L sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

Yaş, cinsiyet, anne babanın mesleği, eğitimi ile davranış sorunları arasında herhangi bir bağlantı saptanmamıştır. Sosyodemografik özelliklerle çocuk davranışları arasındaki ilişkiler araştırıldığında elde edilen veriler şunlardır:

Kardeş sayısı ile davranış sorunlarının bazıları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iliş-

ki bulunmuştur. Bu bulgu 4 kardeşi olan iki çocuğa ilişkin sonuçlarda gösterilebilmiştir. Bu çocuklarda, geri çekilme, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce bozuklukları, dikkat sorunları, suçlu davranış, saldırganlık, toplam t puanları, içe yönelim ve dışa yönelim puanları açısından istatistiksel anlamlılık düzeyinde yüksek puanlar elde edilmiştir. Ancak bu gruba düşen çocuk sayısı yalnızca 2 olduğundan, kardeş sayısı 3 ya da daha fazla olanlar aynı gruba toplanacak şekilde gruplandırıldığında, davranış sorunları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tekrar gösterilememiştir.

SED (sosyoekonomik durum) ile; sosyalizasyon t puanı, somatizasyon t puanı, sosyal sorunlar,

**Tablo-4:** SED ile anlamlı ilişki saptanan CBCL puanları.

\* Bir tek grupla anlamlı farklılık \*\* Her iki grupla anlamlı farklılık

	DÜŞÜK SED	ORTA SED	YÜKSEK SED	P DEĞERLERİ
AKTİVİTE T PUANI	36.6250	44.0000 (*)	45.0909 (**)	0.0116
OKUL T PUANI	40.9375	42.5455	47.9130 (*)	0.0138
TOTAL T PUANI	37.0625	42.4545	45.2609 (*)	0.0249
GERİ ÇEKİLME T PUANI	66.0667 (*)	56.5217	58.8182	0.0121
ANKSİYETE DEPRESYON	67.4667 (*)	59.3478	60.0000	0.0149
TOPLAM T PUANI	66.4667 (*)	593043	58.9091	0.0343
ENTERNALİZASYON T PUANI	67.9333 (*)	58.2609	58.4545	0.0126

düşünce bozuklukları, dikkat bozuklukları, suçlu davranış, saldırganlık ve dışa yönelim t puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur. Etkinlik, okul, toplam başarı, geri çekilme, anksiyete-depresyon, toplam davranış sorunları ve içe yönelim sorunları sosyoekonomik durum ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Anlamlı bulgular Tablo-4'te verilmiştir.

Yerleşim yeri ile hiçbir puan arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır.

Aile yapısı ile; sosyal sorunlar, düşünce, dikkat bozuklukları, suçlu davranışlar, saldırganlık, dışa yönelim t puanları ve toplam t puanı istatistiksel olarak anlamlı ilişkide bulunmuştur. Diğer puanlarda anlamlılık saptanmamıştır. Anlamlı sonuçlar Tablo-5'de gösterilmiştir.

**Tablo-5:** Aile yapısı ile anlamlı ilişki saptanan CBCL puanları.

\* Bir tek grupla anlamlı farklılık \*\* Her iki grupla anlamlı farklılık

	ÇEKİRDEK AİLE	GENİŞ AİLE	PARÇALANMIŞ AİLE	P DEĞERLERİ
SOSYAL PROBLEMLER	57.0000	70.0000 (**)	52.0000	0.0310
DÜŞÜNCE BOZUKLUKLARI	58.2093	77.3333 (**)	58.0000	0.0014
DİKKAT BOZUKLUKLARI	59.6512	72.6667 (**)	52.0000	0.0102
SUÇLU DAVRANIŞ	55.8372	73.0000 (**)	54.3333	0.0012
AGRESİVİTE	57.3953 (*)	71.3333	55.0000	-0.0165
EKSTERNALİZASYON T SKORU	55.2326	71.6667 (*)	5.6667	0.0346
TOPLAM T SKOR	59.7664	76.3333 (*)	55.6667	0.0418

Çocukta psikiyatrik bozukluk görülmesi açısından risk taşıyan, aileye ilişkin durumlar, Blanz ve arkadaşlarının (1993) vurguladıkları 6 sorun alanının sorgulanması ile araştırılmıştır. Bu sorun alanları;

- Aile reisinin düzenli bir işinin olmaması,
- Aşırı kalabalık aile (oda başına 1,5 insandan fazla düşmesi),
- Ciddi evlilik sorunları, ya da tek ebeveynlik,
- Anne ya da babada psikiyatrik bozukluk olması,
- Aile reisinin suç işlemiş olması,
- Kurum çocuğu olma şeklinde sıralanmıştır.

İki ya da daha fazla risk alanının var olması durumunda çocukta psikiyatrik bozukluk riskinin yüksek olduğu düşünülmektedir (Blanz ve ark 1993).

Aile ilişkileri bu ölçütlere göre değerlendirildiğinde, ciddi sorun yaşanan ailelerdeki çocuklarda bazı davranış puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiş, bunların bir kısmında istatistiksel anlamlılık ortaya konmuştur. Sorunlu ailelerde çocukların sosyalizasyon puanlarının daha düşük olduğu, saldırganlık ve dışa yönelim puanlarının ise daha yüksek olduğu saptanmış; suçlu davranış puanları ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p=.024$ ).

Anne ve babayla birlikte yatma ile bozuk hiçbir davranış puanı ya da çocukların depresyon puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Anne depresyonunu ölçen Beck depresyon ölçeğinin sonuçları ile çeşitli davranış sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Anne depresyonu ile çocuklardaki sosyalizasyon t puanı, okul t puanı, total t puanları arasında olumsuz yönde ilişki; geri çekilme, anksiyete depresyon, sosyal sorunlar, toplam t puanı arasında olumlu yönde ilişki saptanmıştır. Ancak bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu alt ölçek değeri Tablo-6'da ve-

Tablo-6: Annenin Beck ölçeği sonuçları ile ilişki saptanan CBCL puanları.

	Depresyon yok	İlimli Depresyon (14-24 puan)	Depresyon var	p değeri
SOSYALİZASYON T PUANI	45.6176	42.000	36.4000	0.0226
ANKS. - DEPRESYON T PUANI	59.8788	64.2727	70.8000	0.0230

rilmiştir. Depresyonu olmayan annelerin çocuklarının sosyalizasyon açısından daha fazla yeterlilik gösterdikleri, depresyon saptanan annelerin çocuklarında da anksiyete-depresyon oranlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Anne babanın çocuğun davranışlarını sürekli kontrol altında tutması, ona özel ilgi gösterildiğini belirtmesi durumunda da bazı sorunlarla anlamlı birliktelik ortaya konmuştur. Bu durumda da, çocuklarda sosyalizasyon puanları düşmekte, sosyal sorunlar artmaktadır. Burada elde edilen puanlarda da istatistiksel anlamlılık görülmüştür. İstatistiksel anlamlılık gösterilmemekle birlikte, bu çocuklarda geri çekilme puanlarının da yüksek olduğu dikkati çekmiştir (Tablo-7).

Tablo-7: Epileptik çocuklarda anne babanın özel ilgi göstermesi ile ilişkili CBCL sonuçları

	SOSYALİZASYON T PUANI	SOSYAL PROBLEMLER
ÖZEL İLGI YOK	45.9231	54.8800
ÖZEL İLGI VAR	41.7083	60.5000
P DEĞERİ	0.016	0.96

## TARTIŞMA

Araştırmaların sonuçları kronik bedensel hastalıklarda, çocuklarda davranış sorunlarının ortaya çıkma riskinin sağlıklı çocuklara göre iki kat fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Beyni etkileyen hastalık durumlarında bu risk ikiye katlanmaktadır. Çalışmamızda, epileptik çocuklarda duygusal ve davranışsal sorunların ortaya çıkması açısından hem diyabetiklere hem de sağlıklı kontrol grubuna göre artmış risk olması birçok çalışmanın sonuçları ile uyumludur. Rutter ve arkadaşları Isle of Wight çalışmasında,

epileptik çocukların %29'unda psikiyatrik bozukluk saptanmış; bu oranın sağlıklı çocuklardan dört, nörolojik olmayan hastalık grubundan ise iki kez fazla olduğu belirtilmiştir (Rutter ve ark 1975). Hoare (1984a) yeni tanı almış epileptik çocuklarla, yeni tanı almış diyabetik çocukları karşılaştırmış; epileptik çocuklarda psikiyatrik bozulma daha fazla bulunmuştur. Bu da nörolojik işlev bozukluğunun çocukları hem epilepsi hem de psikiyatrik bozukluklara yatkın hale getirdiği varsayımını desteklemektedir. Ancak ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada Baysal (1993), kronik hastalığı olan 122 çocuğu birbiri ile karşılaştırmıştır. Epileptik kız çocuklarında davranış bozuklukları, kanserli, kalp hastası ve diyabetik kız çocuklarına göre daha düşük düzeyde bulunmuştur (Baysal 1993a, Baysal 1993b, Hoare 1984a). Çalışmamızda etkinlik ve sosyal alanlarda diyabetik çocukların en çok etkilendiği, ancak her iki hastalık grubunun da sağlıklı kontrollere göre daha az yeterlilik gösterdiği görülmektedir. Diyabetik çocuklarda günlük yaşamdaki sınırlanmaların daha fazla oluşu, sosyal yeterliliği de daha fazla etkiliyor olabilir. Bunun yanı sıra, hastalıkla ilgili sınırlanmaların daha fazla olduğu diyabetik grupta davranış sorunlarının daha düşük düzeyde saptanması, epileptik çocuklarda hastalığın doğrudan etkilerinin çocuktaki davranış sorunlarının oluşmasında, hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan sıkıntıdan daha fazla etkili olduğunu düşündürmektedir. Yine de, hastalık gruplarında sağlıklı kontrollere göre etkinlik ve sosyalizasyon puanlarının anlamlı düzeyde düşük bulunması; kronik bedensel hastalık durumlarında etkinlik ve sosyalizasyonun genel anlamda olumsuz etkilendiğini göstermektedir.

Epileptik çocuklar CBCL sonuçları yönünden kendi içlerinde değerlendirildiklerinde, diyabetik ve kontrol grubu çocuklarda olduğu gibi, iç yönelim puanlarının dışa yönelim puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu dikkati çekmiştir. Bu, epileptik çocuklarda artmış saldırganlığın ön planda olacağı görüşünü desteklemeyen bir bulgudur ve bazı başka çalışmalarda da nörotik belirtiler ve duygusal sorunların ön planda olması ile uyum göstermektedir. Hoare ve Kerley %75'inde iyi nöbet kontrolü sağlanmış olan epileptik çocuklarla yaptıkları çalışmalarında, epileptik çocukların, eyleme vurum davranışları, saldırgan ve yıkıcı davranışlar göstermek yerine, daha çok kaygılı, korkak, yalnız çocuklar olduklarını belirtmişlerdir (Hoare ve Kerley 1991). Rutter ve arkadaşla-

rının Isle of Wight çalışmasında da benzer bulgular ortaya konmuştur. Çalışmamızda toplam t puanları da; epileptiklerde diğer iki gruptan anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bulgu, genel anlamda; hem içe yönelimle ilgili sorunların, hem de dışa yönelimle ilgili sorunların, epileptik çocuklarda sağlıklı çocuklardan olduğu gibi, diğer kronik hastalık durumlarından da belirgin farklılık gösterdiğini düşündürmektedir. Bu veri, beyni etkileyen kronik hastalıkların ruhsal sorunlar açısından artmış riskle beraber olduğu görüşünü destekler bir bulgu olarak değerlendirilmiştir (Goodman 1995, Hoare ve Kerley 1991, Rutter ve ark 1975).

Davranış sorunları ile ilgili tüm bulgular gözden geçirildiğinde, dışa yönelimle ilgili, saldırganlık ve suçlu davranış şeklindeki belirtiler epileptik çocuklarda daha belirgindir. Artmış içe yönelik davranış sorunlarının diyabetiklerde epileptik olanlara yaklaşık düzeylerde ortaya çıkması, bu tür sorunların daha çok kronik hastalığın oluşturduğu olumsuz etkilerden oluşabileceğini; oysa, dışa yönelim belirtilerinin epileptik grupta belirgin farklı bulunması, bu tür belirtilerin de daha çok nörolojik hastalığın doğrudan etkilerinden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Önceki çalışmalarda, başvuran hastaların anne babaları, sıklıkla çocuklarındaki davranış sorunlarından söz etmektedirler. Diğer taraftan, depresyonun varlığı yine engelleyici özellikte olmakla beraber ana baba tarafından daha az vurgulanır. Bu da hastalarımızda dışa yönelim belirtilerinin daha yüksek oranlarda görülmesini açıklayabilecek bir başka etken olarak akla getirilmelidir.

Çalışmamızda, epileptik çocukların tümü psikiyatrik açıdan değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmede DSM-IV tanı ölçütlerine göre majör psikiyatrik tanı alanların sayısı ondörttür (%28). En sık tanı grubu Entürezis Nokturna'dır. Çocukların sekizinde (%16) bu tanı söz konusudur. Majör Depresyon çocukların yalnızca birinde saptanmıştır (%2). Çocukların ikisinde belirgin davranış sorunları (%4) saptanmış olup, bu çocuklardan bir tanesinde davranım bozukluğuna ilişkin ölçütler karşılanmakta, bir tanesinde ise eşik altı düzeyde davranım bozukluğu olduğu görülmektedir. Bir çocukta enkoprezis(%2), bir çocukta kronik motor tik bozukluğu saptanmıştır. Yoğun anksiyete (%2) görülen bir çocukta, yaygın anksiyete bozukluğuna ilişkin ölçütler eşik altı düzeyde karşılanmaktadır. Çocukların hiçbirisi-

nin önceden psikiyatrik tedavi görmediği belirtilmiştir. Hoare ve Kerley (1991) çalışmalarında, en sık görülen tanı grubunu nörotik ve duygusal bozukluklar olarak belirtmişler, bozulmaya ilişkin belirtiler görülürse de majör psikiyatrik tanının sık olmadığını vurgulamışlardır. Bu sonuç bizim çalışmamızdaki bulgularımızla uyum göstermektedir (Hoare ve Kerley 1991). Ayrıca, düşünce bozukluklarının epileptiklerde daha yüksek oranlarda görülmesi, izlenmesi gereken bir bulgu olarak düşünülmüştür. Olgularımızın hiçbirinde, psikiyatrik muayenede psikotik bulgu saptanamamakla birlikte, izlemde düşünce bozukluklarının gidışı değer taşıyabilir. Dikkat bozukluklarının epileptiklerde yüksek bulunması, bu çocuklarda bilişsel işlevlerin ayrıntılı olarak ve özgün testlerle araştırılmasının gerekliliğini düşündürmüştür.

Cinsiyetle çocuktaki davranışsal bozulma arısında ilişki olabileceğini öne süren araştırma sonuçları bizim sonuçlarımızla çelişkilidir. Austin ve arkadaşlarının (1992) çalışmasında epileptik çocukların davranışları CBCL ile değerlendirilmiş; kızlarda davranış sorunları daha yüksek oranlarda bulunmuştur. Bir diğer çalışmada, Holdsworth ve Whitmore (1974), ortaokula giden kızlarda davranış sorunlarını daha yüksek oranlarda bulmuşlardır. Stores (1978), epileptik erkek çocuklarda dikkatle ilgili tüm ölçümlerde, kızlardan daha kötü sonuçlar elde etmişlerdir. Bu çalışmada, davranış sorunları yönünden kızlarla erkekler arasında fark bulunmamış, ancak erkek çocuklar her alanda kontrol grubundan farklılık göstermiştir. Bir başka bulgu da erkek çocukların sağlıklılara göre daha fazla bağımlılık gereksinimi olması, kızlarda ise ayrı bulgunun saptanamamasıdır. Sonuçta, ilkökula giden epileptik erkek çocuklarda, okuma sorunları, dikkatsizlik ve duygusal bağımlılık özelliklerinin arttığı düşünülmüştür (Austin ve ark. 1992, Holdsworth ve Whitmore 1974, Stores 1978). Bizim çalışmamızda elde edilen veriler cinsler arasında bir farklılığı göstermemiştir. Baysal (1993a) 9-13 yaş arasındaki epileptik çocuklarda, çocuğun yaşı arttıkça depresyon puanlarında artış görüldüğünü belirtmiştir. Bizim çalışmamızda CBCL alt ölçeği olarak anksiyete depresyon puanlarında böyle bir bulgu gösterilememiştir. (Baysal 1993a, Baysal 1993b).

Çalışmamızda, ailenin sosyoekonomik durumu (SED) çocuğun sosyal yeterliliği ve davranış sorunları ile ilişkili bulunmuştur. Yüksek sosyo-

ekonomik koşullarda yaşayan epileptik çocukların; spor etkinlikleri, spor dışı ilgi alanları ve uğraşları, ev ya da ev dışında üstlenilen görevler bakımından, hem orta sosyoekonomik durumu olan, hem de düşük sosyoekonomik durumu olanlara göre daha etkin oldukları görülmüştür. Orta düzeyde sosyoekonomik durumu olan çocuklar da düşük SED'ü olanlara göre bu alanlarda daha fazla yeterlilik göstermektedirler. Ayrıca, yüksek SED daha yüksek okul başarısı ile birlikte bulunmuştur. Bu çocuklarda toplam etkinlik puanları da daha yüksektir. Benzer şekilde, düşük SED'ü olan çocuklarda bazı davranışsal ve duygusal sorunlar da daha yüksek oranlardadır. Geri çekilme, anksiyete-depresyon puanları ve içe yönelim semptomları bu çocuklarda daha yüksek bulunmuştur. Toplam davranış puanları da düşük SED olan grupta daha yüksektir. Bu sonuçlar, düşük sosyoekonomik koşullarda yaşamayan epileptik çocuklardaki sosyal yeterliliği düşürdüğünü ve özellikle içe yönelim belirtileri olmak üzere davranış sorunlarını arttırdığını düşündürmüştür.

Bu bulgumuz birçok başka çalışmanın sonuçları ile uyum göstermektedir. Herman ve arkadaşları (1989), Hoare ve Kerley (1991) çalışmalarında düşük sosyoekonomik koşulları artmış psikopatoloji ile birlikte bulmuşlardır. Herman ve Whitman (1991), 102 erişkin, zeka geriliği olmayan, epileptik hasta ile yaptıkları çalışmalarında; maddi zorluklarla depresyon puanlarında yükselme saptamışlardır. Aynı çalışmacılar, 6-16 yaş epileptik çocuklara CBCL uygulamışlar, düşük aile gelirini sosyal başarı ile ters orantılı olarak ilişkili bulmuşlardır. Ancak, genel anlamda, kötü sosyoekonomik koşulların, kendi başına, çocuktaki ruhsal sorunların ortaya çıkması bakımından riski arttırdığı düşünülmektedir. Epileptik çocuklarda düşük SED ile sorunların artışı özgün bir bulgu olarak kabul edilmemektedir (Herman ve Whitman 1991, Hoare ve Kerley 1991).

Kardeş sayısı ile davranış sorunlarının bazıları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur. Aile yapısı ile, sosyal sorunlar, düşünce bozuklukları, dikkat bozuklukları, suçlu davranışlar, saldırganlık, dışa yönelim ve toplam sorunlar ilişkili bulunmuştur. Geniş aile ortamında yaşayan çocuklarda sözü edilen sorunlar daha yüksek oranlarda görülmektedir. Bu bulgumuz başka çalışmaların sonuçları ile uyumludur. Austin ve arkadaşlarının (1992) ça-

lişmasında da geniş, kalabalık aile ortamında yaşama artmış davranış sorunları ile birlikte bulunmuştur. Isle of Wight çalışmasında (Rutter ve ark 1975), epileptik durumu olan çocuklardan, parçalanmış aile ortamında yaşayan ve annesinde duygusal bozukluk olanlarda, psikiyatrik bozukluklara daha fazla rastlanmıştır. Beyin hasarının olduğu durumlarda bile, ruhsal sosyal etkenler psikiyatrik bozuklukların oluşumunda önemli bir neden olmaktadır. Geniş aile ortamında yaşama ana babaların çocuklarına gösterecekleri ilginin birçok alana dağılmasına, rollerde kargaşa yaşanmasına ve çocuklarda artmış sorunlara neden olabilmektedir (Austin ve ark 1992, Goodman 1995). Çalışmamızda, aile ilişkileri ile çocukların davranışları arasındaki ilişki araştırıldığında, ciddi sorun yaşanan ailelerde bazı puanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sorunlu ailelerdeki çocukların sosyalizasyon puanlarının daha düşük olduğu, saldırganlık ve dışa yönelim puanlarının ise daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hermann ve arkadaşları (1989), ana babaları ayrı ya da boşanmış olan epileptik çocuklarda, hem kız hem de erkeklerde, özellikle depresyon bakımından artmış bir risk saptamışlardır. Hoare ve Kerley (1991) aile stresi ile çocuktaki bozulma arasındaki beraberliği göstermiştir. Austin (1988) davranış sorunları olan çocuklarla olmayanları karşılaştırdığı çalışmada; sorunlu çocukların ailelerinde daha zayıf işlevsellik, aile içi güven ve iletişimde yetersizlik olduğunu göstermiştir. Herman ve Whitman (1991), 6-16 yaş epileptik çocuklara CBCL uygulamışlar, evliliğin bozulmadığı ailelerde çocuklarda sosyal başarıyı yüksek bulmuşlardır. Aynı çalışmada, anne babaları boşanmış ya da ayrı yaşayan çocuklarda davranış sorunları belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Tüm bu çalışmaların ve bizim çalışmamızın sonuçları dikkate alındığında, bozuk aile ilişkilerinin çocuklardaki davranış sorunları açısından riski arttırdığı düşünülmektedir (Austin ve ark 1992, Herman ve Whitman 1991, Hoare ve Russel 1995, Hoare ve Kerley 1991).

Özetle; epileptik çocuklarda davranış sorunları gerek sağlıklı kontrol grubundan, gerekse diyabetes mellitus tanılı çocuklardan daha yüksek oranlarda ortaya çıkmaktadır. Sağlıklı çocuklardaki hem içe yönelim, hem de dışa yönelimle ilgili davranış sorunları epileptik çocuklardan anlamlı düzeyde daha düşüktür. Oysa diyabetik grup ile epileptik grup arasındaki fark, dışa yönelim belirtilerinde ortaya çıkmakta, saldırgan-

lık ve suçlu davranışlar epileptik çocuklarda daha yüksek oranlarda görülmektedir. Bu veriler ışığında, içe yönelim belirtilerinin daha çok kronik hastalığın oluşturduğu sıkıntı ve olumsuz etkilerden kaynaklandığı, saldırganlık ve benzeri dışa yönelim belirtilerinin ise beynin doğrudan etkilenmesi nedeniyle ortaya çıkabileceği düşünülmüştür.

Epileptik çocuklarda dikkat ve düşünce alanlarında da diğer gruplara göre daha fazla bozulma ortaya çıkmaktadır. Bu çocuklarda daha fazla düşünce sorunu görülmesinin psikoz gelişimi yönünden de izlenmesi gereken bir bulgu olduğu düşünülmüştür.

Epileptik çocuklardaki bozulma, çocuğun yaşı, cinsiyeti, anne babanın eğitim ve mesleği, yerleşim yeri gibi etmenlerden etkilenmemektedir. Sosyoekonomik durum, davranış sorunları ile doğru orantılı bir ilişki içerisindedir. Yetersiz sosyoekonomik koşullar epileptik çocuklardaki davranış sorunlarını artırmakta, ancak bu özgün bir bulgu olarak kabul edilmemektedir. Kardeş sayısının artması, geniş aile ortamı gibi ana babanın çocuğa göstereceği ilgiyi sınırlayabilecek ev koşulları çocuğun sosyal alandaki davranışlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Anne babanın çocuğun hareketlerini sürekli kontrol altında tutma ve etkinliklerini sınırlama şeklindeki tutumlarının, sosyal gelişimi olumsuz etkilediği ve artmış sosyal sorunlarla birlikte olduğu saptanmıştır.

## KAYNAKLAR

- Austin JK, Risinger MW, Beckett LA (1992) *Correlates of behavior problems in children with epilepsy*. 33(6):1115-1122.
- Baysal ZB (1993a) *Kronik hastalıkların çocuk ve aile üzerindeki psikososyal etkileri*. *Türk Psikiyatri Dergisi* 4(4):273-280.
- Baysal ZB (1993b) *Çocukluk çağındaki kronik hastalıkların psikososyal etkileri*. *Psikiyatri Bülteni* 2(3):127-130.
- Blanz BJ, Rensch-Riemann B, Sigmund FD ve ark (1993) *IDDM is a risk factor for adolescent psychiatric disorders*. *Diabetes Care* 16:12, 1579-1587.
- Erol N, Arslan L, Akçakın M (1995) *The adaptation and standardisation of the child behavior check-list among 6-18 year old turkish children*. *Eunethydis European Approaches to Hyperkinetic Disorders içinde*. J Sergeant (ed), Fotorotor, Egg, Zurich. S:109-113.



Goodman R (1995) *Brain Disorders. Child and Adolescent Psychiatry içinde. M Rutter, E Taylor, L Hersov (ed). Blackwell Science Ltd Editorial Offices, London Third Edition Chapter: 11, s:172-190.*

Hermann BP, Black RB, Chabria S (1981) Behavioral problems and social competence in children with epilepsy. *Epilepsia, 22:703-710.*

Herman BP, Whitman S, Dell J (1989) Correlates of behaviour problems and social competence in children with epilepsy, aged 6-11. *Childhood Epilepsies: Neuropsychological, Psychosocial and Intervention Aspect* içinde. B Herman, M Seidenberg (ed) John Wiley, Chichester, s:143-157.

Herman BP, Whitman S (1991) *Neurobiological, Psychosocial, and Pharmacological Factors Underlying Interictal Pathology in Epilepsy. Advances in Neurology içinde. D Smith, D Treiman, M Trimble (ed). vol. 55, Raven Press Ltd, Newyork S:439-452.*

Hıslı N (1988) Beck depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma, *Psikolojik Dergisi, 6(22): 118-126.*

Hoare P (1984a) The development of psychiatric disorder in school children with epilepsy. *Dev Med Child Neurol 26:3-13.*

Hoare P, Kerley S (1991) Psychosocial adjustment of children with chronic epilepsy and their families. *Develop Medic Child Neurol, 33:201-215.*

Hoare P, Russel M (1995) The quality of life of children with chronic epilepsy and their families preliminary findings with a new assessment measure. *Develop Medic Child Neurol, 37:689-696.*

Holdsworth L, Whitmore K (1974) A study of children with epilepsy attending ordinary schools. I: Their seizure patterns, progress and behaviour in school. *Develop Med Child Neurol, 16: 746-758.*

Özkan S, Turgay M (1995) *Liyeron Psikiyatrisi uygulama modeli içinde meme kanseri nedeniyle cerrahi girişim uygulanmış hastalarda psikopatoloji ve psikolojik uyumun araştırılması. III. Ulusal Konsültasyon Liyeron Psikiyatrisi Kongresi ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu, 2-5 Kasım 1994. Özkan S (düzenleyen), s:314.*

Rutter M, Cox A, Tupling C, Berger M, Yule W (1975) Attainment and adjustment in two geographical areas-I. the prevalence of psychiatric disorder. *Br J Psychiatry 126, 493-509.*

Scott DF. (1978) Psychiatric aspects of epilepsy (Review Article). *Brit J Psychiatry, 132:412-430.*

Stores G (1978) School-children with epilepsy at risk for learning and behavior problems. *Develop Med Child Neurol, 20: 502-508.*

Taylor DC, Eminson DM (1995) *Psychological Aspects of Chronic Physical sickness. Child and Adolescent Psychiatry içinde. M Rutter, E Taylor, L Hersov (ed). Blackwell Science Ltd Editorial Offices, London Third Edition Chapter-42, s:737-748.*

Wasserman al (1990) *Principles of Psychiatric Care of Children and Adolescents with Medical Illness. Psychiatric Disorders in Children and Adolescents içinde. BD Garfinkel, GA Carlson, EB Weller (ed). WB Saunders Company Harcourt Brace Jovanich Inc, Philadelphia, s:486-502.*

# KLEINE LEVIN SENDROMU

Mazlum Çöpür\*, Özgür Polvan\*\*

Şeyma Tuna Saraç\*\*\*

## ÖZET

Burada İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'ne 1995 yılında ailesi tarafından getirilen 14 yaşındaki bir erkek olgudan sözedilmektedir. Olgumuzun yapılan muayeneleri sonucunda önce depresyon, daha sonrada psikotik bir süreç düşünülerek tedavisine başlanmış, ancak tedaviden yarar sağlanamaması nedeni ile semptomları (özellikle aşırı iştah ve uykuya yönelme) literatürdeki bilgiler ışığında yeniden değerlendirilmiş ve Kleine Levin Sendromu kanısına varılmıştır. Olgunun tedavisine imipramin ve lityum-kombinasyonu ile başlanmış, semptomlarında belirgin düzelme görülmüş ve hastanın devam eden tedavi ve kontrolleri sonucunda bir yıl süre ile semptomsuz kaldığı belirlenmiştir. Bu nedenle ilk bakışta depresyon ve psikoz gibi görünen olgularda özellikle aşırı iştah ve uykuya yönelme sözkonusu ise Kleine Levin Sendromu düşünülerek ayırıcı tanısının yapılması erken tedavi ve prognoz açısından fayda sağlayacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Kleine Levin sendromu, aşırı uyku, aşırı iştah.

## SUMMARY: KLEIN LEVIN SYNDROME

The patient is a 14 years old male individual, brought to the medical Faculty of the University of Istanbul by his parents in 1995. The examination suggested depression and later on a psychotic process; the treatment however, did not reveal beneficial results so that the symptomatology (namely intense appetite and somnolence) was re-assessed in the light of the literature on the subject leading to the diagnosis of the Kleine-Levin Syndrome. Subsequently treatment was initiated with a combination of imipramine and lithium resulting in significant amelioration of the symptoms. On follow-up, the patient was symptom-free for one year. For this reason, in cases suggesting depression or psychosis, especially in the presence of increased appetite and somnolence. The possibility of the Kleine Levin syndrome should also be taken in account for differential diagnosis, thus being beneficial for early diagnosis and prognosis.

**Key Words:** Kleine Levin Syndrome, intense appetite, intense sleepiness.

## GİRİŞ

Kleine Levin sendromu ergenlik çağı ve gençlik çağı dönemlerinde görülen epizodik hipersomni, hiperfaji periyodları ile karakterize nadir rastlanan bir hastalıktır. Bu periyodlar günler hatta haftalarca sürebilir. Genellikle kendiliğinden geçer (Robert 1986). Hastanın uyandırılabilirdiği uzamış uyku periyodları ile başlayan normal uyku epizodları ve ani uyanmalardan oluşan oldukça nadir bir durumdur. Çocuk, uyanık olduğu durumlarda sosyal ilişkilerden kaçınır ve ilk fırsatta yeniden yatağa döner. Ayrıca hastada apati, iritabilite, konfüzyon, aşırı yeme, sexüel inhibisyon kaybı, hezeyanlar, hallüsinasyonlar, belirgin yönelim bozukluğu, bellek bozukluğu, enkoheran konuşma, kavgaçı tutum ve depresyon görülebilir. Şimdiye kadar 100 olgu bildiril-

miştir. Birkaç olgu dışında ilk atak 10-21 yaşları arasında ortaya çıkmıştır. Kırk, elli yaşlarında ortaya çıkan nadir olgular da vardır. Erken başlangıçlı vakalarda 40 yaşından sonra spontan remisyon söz konusudur (Kaplan ve ark. 1994). Genellikle erkek çocuklarda ve çoğunlukla adolesans dönemde ve delikanlılık başlangıcında görülen nadir bir hastalıktır. Tipik semptomları hipersomni, hiperfaji, agressivite, seksüel dezinhibisyonudur. Genellikle ateş, kusma, fotofobi, iritabilite ile karakterize bir prodromal dönemden sonra ani atak halinde başlar; 1-2 hafta sürer. Başlangıç ve iyileşme akutdur. Fizik muayenede bulgu yoktur (David 1995). Cawthran (1990) saf formuna yalnızca adolesan erkeklerde tanı konabileceğini belirtmiştir. Russel ve Grunstein (1992) Kleine-Levin sendromunun başlıca geç adolesan dönemdeki erkeklerde ortaya çıkan alışılmamış bir uyku bozukluğu olduğunu belirtmişlerdir. Badino ve ark. (1992) 82 yaşında bir Kleine-Levin sendromu olgusu bildirmişlerdir.

\* Uz. Dr., İstanbul Adli Tıp Kurumu, İstanbul

\*\* Prof. Dr., İstanbul Üniv. Tıp Fak., Çocuk Psikiyatrisi Kliniği, İstanbul

\*\*\* Uz. Dr., İstanbul Üniv. Tıp Fak., Çocuk Psikiyatrisi Kliniği, İstanbul

Asıl bulgu epizodik hipersomni olmakla birlikte buna eşlik eden davranış bozuklukları o denli belirgin olabilir ki, yanlışlıkla primer psikotik bir bozukluk tanısı konulabilir. Bu davranış bozuklukları, bilinçte hafif bulanma, disfori, iritabilite, impulsivite, depresyon, elasyon, aşırı uyarılmışlık, agresyon, aşırı seksüel aktivite ve gerçeklikten kopma belirtileri (otistik özellikler, hallüsinasyonlar)'dir. Bazı olgularda yanlışlıkla depresyon tanısı konulabilir (Pike ve Stores 1994).

Wurthman ve Klieser (1991) Kleine Levin sendromu'nun en belirgin karakteristik semptomlarının periyodik hipersomni, aşırı yemek yeme, hiperseksüalite, iritabilite apati olduğunu, depresyon ve şizofreni semptomlarının da eşlik edebileceğini belirtmişlerdir. Da-Silveira (1991) megafaji, hiperseksüalite semptomları gösteren bir Kleine-Levin olgusu bildirmişlerdir.

Sagar ve ark. (1990) yaptıkları bir incelemede Kleine-Levin sendromu olan 3 olguda interepizodik beyin disfonksiyonu saptamışlardır. Bu durum bozukluğun iyi huylu olduğu görüşleri ile çelişmektedir.

Fenzi ve ark. (1993) Kleine-Levin sendromunun bazı klinik özelliklerini gösteren ve pulmoner emboli sonucu ölen 9 yaşındaki bir kız çocuğunun nöropatolojik incelemelerinde diensefalon ve orta beyinde lokalize perivasküler inflamatuvar infiltratlar ve nodüler tipte mikrogliya proliferasyonu saptamışlardır. Bunun da lokalize bir ensefalitin altta yatan neden olabileceğini gösterdiğini belirtmişlerdir.

Bir olgunun semptomatik ve asemptomatik dönemde 24 saatlik polisomnografik ve nöroendokrin değerlendirilmesi yapılmış ve semptomatik dönemde gece uykusunun etkin ve yeterli olmadığı, uykunun 3. ve 4. dönemleri ile REM, periyodlarının azaldığı, uyku başlangıcında REM epizodunun olmadığı, asemptomatik dönemde ise uyku dönemlerinin normal olduğu belirtilmiştir. Semptomatik dönemde 24 saatlik TSH ve GH miktarında azalma olduğu, uyku periyodları karşılaştırıldığında semptomatik dönemde TSH ve PRL değerleri artmış, GH ve kortizol düzeyleri düşük olarak bulunmuştur. Bu bulgular Kleine-Levin sendromu'nda semptomatik dönemde asemptomatik döneme göre hipotalamik dopaminerjik tonus düşüklüğü bulunduğu hipotezini desteklemektedir (Cheeson

ve ark. 1991).

Başka bir çalışma psikopatolojiye eşlik eden semptomatolojinin hipotalamik fonksiyonlardaki mediatör regülasyonundaki bozukluğun sonucunu olduğunu ileri sürmüştür (Novistkaia 1991).

Wurthman ve Klieser (1991) genel olarak hipotalamik yapılara ilişkin fonksiyonel bir bozukluk olarak düşünüldüğünü, David (1995), Pike ve Stores (1994) etyolojisinin bilinmediğini belirtmişlerdir.

Robert (1986), Pike ve Stores (1994) bu hastalığın spontan olarak remisyon gösterdiğini, Kaplan ve arkadaşları (1994) ise erken başlangıçlı olgularda 40 yaşından sonra spontan remisyon görüldüğünü bildirmişlerdir.

David (1995) prognozu iyi olan bu hastalığın tedavisinde lityum karbonat, metil fenidat ve amfetaminlerin kullanıldığını, Pike ve Stores (1994) ise tedavide trisiklikler ve lityumun etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Çoğunlukla ergenlik ve gençlik çağında ortaya çıkan ve ender görülen bir hastalık olan Kleine-Levin sendromunda çeşitli nonspesifik davranış bozuklukları, depresyon semptomları ve psikotik hastalıklarda bulunan semptomlar görülmektedir. Ender görülen bir hastalık olması nedeniyle, Kleine-Levin sendromu akla gelmeyebilir ve yanlışlıkla başka bir hastalık tanısı konulabilir. Bu hastalığın iyi tanınması durumunda erken ve doğru tanı konulacağı gibi, gereksiz tetkikler ve tedaviler de yapılmayacak, doğru tedavi ile hasta kısa sürede iyileşebilecek, hasta ve ailesi prognoz konusunda doğru bilgilendirilecektir.

Bu nedenle Kleine-Levin sendromunun belirtilerinin ilgili hekimlerce, daha kolay tanınabilmesi ve dolayısıyla doğru ve erken tanının konularak, hastalığın tedavi ve prognozunun bir an önce belirlenebilmesi amacına yardımcı olacağı inancında olduğumuzdan Kleine-Levin sendromu'nun gidiş ve belirtilerini açık bir şekilde gösteren olgumuzun sunumunda yarar gördük.

## OLGU

Ö., 14 yaşında ortaokul 2. sınıfa giden erkek hasta, ailenin tek çocuğu, kliniğe "içe kapanıklık, ders çalışmak istememe, kişisel temizliğini yapmama, olur olmaz isteklerde bulunma, söz din-

lememe, anne babaya karşı kaba davranma, onlarla konuşmak istememe, aşırı yemek yeme ve aşırı uyuma, zaman zaman ölmek istediğini söyleme" yakınmaları ile getirildi.

Yaklaşık 2 ay kadar önce "derslere ve çevresine karşı ilgisizlik, kişisel bakımına dikkat etmeme olur olmaz isteklerde bulunma, aşırı yemek yeme ve uyuma, içe kapanma, durgun ve bitkin bir halde olma, gereksiz yere sinirlenmeler" şeklinde davranışları başlamış ve bu davranışların giderek artması üzerine, bir doktora götürülmüş, bu doktor psikotik bir süreç düşünerek (biperiden ve trifluoperazin) kullanmasını önermiş, bu tedaviden yarar görmediği belirtilen hasta kliniğimize getirilmiştir.

Öyküsünde 3 yıl önce de "gece korkuları, derslerine isteksizlik, çabuk sinirlenme, arkadaşları ile uyumsuzluk" yakınmaları ile doktora götürüldüğü, yapılan araştırmalarda organik bir patoloji saptanmadığı, zekasının normal sınırlar içinde olduğu, Rorschach testinde "kuvvetli nevrotik tipte reaksiyon" bulunduğu, yakınmalarının birkaç ay içinde geçtiği, birkaç ay öncesine kadar belirgin bir sorununun olmadığı, okul başarısının iyi olduğu öğrenilmiştir.

Anne baba üniversite mezunu. Annenin duygu paylaşımının sınırlı ve biraz içe kapanık olduğu, az konuştuğu, babanın ise anneye göre daha konuşkan olduğu, duygularını daha çok belli ettiği, çevreye karşı oldukça saygılı olduğu ve kimseyi rahatsız etmemeye özen gösterdiği gözlemlendi.

Anne ve baba evde kararları birlikte verdiklerini, hastamıza karşı bazı kurallar koymakla birlikte baskıcı ve sınırlayıcı olmadıklarını, çocuğun iyi yetişmesi için özen gösterdiklerini ve bu hastalık nedeni ile sürekli olarak iyileşmeyebilir, akıl hastası olur kaygısını yaşadıklarını belirttiler.

Yapılan psikiyatrik değerlendirilmesinde, "yaşında gösteren Ö., şişman yapıydı. Görüşme sırasında çevreyle pek ilgilenmiyor, sürekli önüne bakıyor, eline aldığı bir kalemle oynuyordu. Sıkıntılı ve yorgun bir yüz ifadesinin olduğu, spontan olarak konuşmadığı, sorulan sorulara isteksizce kısa yanıtlar verdiği, bu sırada doktorlarla pek gözgöze gelmediği, zaman zaman negativist tavırlar gösterdiği, doktora ve anne babasına karşı agresif davrandığı gözlemlendi. Doktora neden getirildiği sorulduğunda, "ölmek istiyorum şimdiye kadar yaşadım da ne oldu, ba-

bam hergün 200.000 lira verirse, okula gider ders çalışırım. Bu parayı biriktirip bir İsviçre bıçağı alacağım. Televizyonda bir film kahramanı var, Amerika'da yaşıyor bende Amerika'ya gidip onun gibi yaşamak istiyorum. Türkiye'nin havası zehirlense beni mecburen Amerika'ya alırlar. Acısız bir ölüm şekli bulmayı düşünüyorum; ayrıca bir derdim var yemin ettim kimseye söylemem" şeklinde yanıtlar verdi.

Yapılan nöroloji ve çocuk sağlığı ve hastalıkları konsültasyonunda bir patoloji saptanmadı. İki kez çekilen EEG'si normal olarak değerlendirildi; beyin tomografisi normal olarak bulundu. SGOT ve SGPT değerleri normalden biraz yüksek bulundu, hepatojide yapılan değerlendirmede bu testin belli aralıklarla tekrarlanıp izlenmesi gerektiği, ilaç kullanmasında sakınca olmadığı belirtildi. Daha sonra yapılan bir değerlendirmede kan bakır düzeyi ve idrar bakır düzeyi normalden fazla bulundu. Wilson hastalığı olabileceği düşünülerek karaciğer biyopsisi yapıldı; ancak patoloji saptanmadı. Kan T<sub>2</sub>-T<sub>4</sub>, TSH, testosteron, prolaktin, kortizol değerleri normal sınırlarda bulundu.

Vaka çocukluk dönemi depresyonu olarak değerlendirilip 20 mgr-gün fluoksetin tedavisine başlandı. Daha sonraki görüşmede "afektinin neşeli olduğu, sorulara daha kolay ve uzun yanıtlar verdiği, ancak sürekli yorgun olduğunu söylediği" görüldü. Ayrıca "babam ikiyüzbin lira verirse sorun çözüldür, biriktirip o bıçağı alacağım, sürekli hayal kuruyorum, bir sokak kedisi buldum, hastalık bulaşır diye eve almıyorlar bulaşır bulaşır, ben kediyi onlardan çok seviyorum, anne babasına - o kedi sizin torununuz onu nasıl istemezsiniz-" şeklinde konuşuyordu. Annesi "kediyi eve getirmesine izin verilmezse kendisini öldüreceğini söylediğini, ayrıca bir takım saçma sapan isteklerde bulunduğunu, hep durgun ve uyusuk halde olduğunu, her konuda inatçı olduğunu hiçbirşeyle ilgilenmediğini" aktardı. Birbuçuk ay boyunca yakınmalarının değişmemesi nedeniyle fluoksetin kesildi ve 5 mgr-gün haloperidol, 1 mgr-gün biperiden başlandı.

Bir sonraki görüşmede aynı türdeki konuşmalarını sürdürdü. Anne baba ise, daha önce kendileri ile pek konuşmadığını, şimdi konuştuğunu, bazı konularda ikna olabildiğini belirttiler. Bu görüşmeden sonra, haloperidol dozu 10 mgr-gün'e çıkarıldı. Daha sonraki görüşmelerde ko-

nuşmalarında ve davranışlarında fazlaca bir değişme olmadığı, aşırı uykunun ve yemek yemenin devam ettiği, üç ay içerisinde 70 kg'dan 97 kiloya çıktığı saptandı. Bu tedavi süresince (üç ay) okula gitmedi. Tedavisi ve semptomları yeniden değerlendirilerek üç aylık haloperidol tedavisi kesildi. Vakamın Kleine-Levin Sendromu olabileceği düşünülerek 600 mgr-gün lityum ve 50 mgr-gün imipramin tedavisine başlandı.

Bu tedavinin düzenli sürdürülmemesi ve kan kontrollerinin zamanında yaptırılmaması nedeni ile ancak üç ay sonunda lityum 1200 mgr-gün, imipramin 100 mgr-gün dozuna çıkarıldı; bundan sonra kan lityum düzeyi 0.5 mgr-lt olarak saptandı. Lityum 1200 mgr-gün dozuna çıkarılınca kadar, üç ay boyunca kilo almaya devam etti ve 110 kg ağırlığa ulaştı. Bir yıl boyunca aynı dozda lityum ve imipramin kullanmayı sürdürdü; bu süre içinde kilosunda bir değişme olmadı.

Bir yıl boyunca yapılan kontrollerde, "afektinin normal olduğu, konuşmalarının mantıklı ve amaca uygun olduğu, çevreyle ilgilendiği psikomotor aktivitesinin dikkat ve yoğunlaşmasının normal olduğu psikozu ya da depresyonu düşündürecek bir semptomunun olmadığı ancak yorgunluktan yakındığı" saptandı. Bu iyilik halini anne babası da doğruladılar; ve zaman zaman istekleri olmayınca intihardan sözettiğini, birkez lityum kapsüllerini içtiğini, baktıklarında içlerini boşaltmış olduğunu gördüklerini, okuluna devam ettiğini, sınıfını geçtiğini, olur olmaz isteklerde bulunmadığını, ikna edilebildiğini, bazı uyumsuz ve negativist tutumları olmasına karşın genelde çevreyle ilgisinin iyi olduğunu belirttiler.

## TARTIŞMA

Ö.'ün hastalık öyküsü, muayene bulguları ve yapılan tedavilere verdiği yanıtlar değerlendirildiğinde Kleine-Levin sendromu tanı ölçütlerini içerdiği anlaşılmaktadır.

Ö.'ün öyküsündeki en belirgin bulgular "çevreye karşı ilgisizlik, kişisel bakımına dikkat etme, olur olmaz isteklerde bulunma, aşırı uyuma, aşırı yemek yeme, içe kapanma, sürekli durgun ve bitkin bir durumda olma, gereksiz yere sinirlenme, anlamsız bir takım konuşmalar yapma" şeklindeki semptomlardır. Psikiyatrik muayenesinde ise "zaman zaman ölmek istediğini söyle-

me, anksiyeteli yorgun bir yüz ifadesi, spontan olarak konuşmama, negativist ve agresif davranışlar, absürt bazı konuşmalar, olayları değerlendirmede kayıp, sık sık ölümden, ölmeyi istemekten söz etme, çağrışımlarında yavaşlama, çevreye karşı ilgisizlik, içgörü kaybı" gibi semptomlar saptanmıştır. Öyküsünde belirtilen semptomlar ile muayenelerinde saptanan semptomlar Kaplan ve ark. (1994), Pike ve Stores (1994) Wurthman ve Klieser (1991), tarafından Kleine-Levin sendromunda görülebileceği belirtilen semptomlara uymaktadır.

Çeşitli yayınlarda Kleine-Levin sendromunda depresyon, davranış bozuklukları, şizofreni belirtileri görülebileceği ve yanlışlıkla primer psikotik bir bozukluk tanısı konulabileceği belirtilmektedir (Kaplan ve ark. 1994, Pike ve Stores 1994, Wurthman ve Klieser 1991). Olgumuzda da bazı depresyon ve psikoz semptomları saptanmış, bu nedenle önce depresyon olduğu düşünülerek tedaviye başlanmış daha sonra psikotik bir süreç olduğu düşünülerek tedavi edilmiş, tedaviden fayda sağlanamaması üzerine yeniden değerlendirilmiş ve Kleine-Levin sendromu olduğu kanısına varılarak, David (1995), Pike ve Stores (1994) tarafından bu hastalığın tedavisinde etkili olduğu belirtilen, lityum ve trisiklik antidepressan olan imipramin ile tedaviye başlanmış ve bu tedaviden sonra vakamın iyileştiği görülmüştür.

Kleine-Levin sendromu ender görülmesi, semptomlarının depresyon ve psikotik hastalıklarda görülen semptomlarla karışması nedeniyle akla pek gelmeyebilir. Epizodik aşırı uyku, aşırı yemek yeme, çeşitli depresyon semptomları ve psikotik hastalık semptomları ile başvuran, antidepressif ve antipsikotik ilaçlara yanıt vermeyen vakaların Kleine-Levin sendromu olabileceği akla gelmelidir.

Görüldüğü gibi vakamızın belirtileri son tedavisine kadar değişmemekle birlikte bir kere depresif sendrom bir kerede psikoz teşhisi ile ele alınarak gerekli tedavileri düzenlenmiş, ancak bu tedavilerden hiçbir olumlu sonuç alınamadığı görüldüğünde, Kleine-Levin sendromu akla gelmiştir. Bu nedenle ilk bakışta depresyon ya da psikoz gibi görünen vakalarda özellikle aşırı iştah ve aşırı uyku eğilimi sözkonusu ise Kleine-Levin sendromu düşünülerek ayrıntılı tanısının yapılması, erken tedavi ve prognozun erkenden

öğrenilmesi açısından belirgin yarar sağlayacaktır.

#### KAYNAKLAR

Badino R, Caja A, Del Conte I ve ark. (1992) Kleine Levin syndrome in an 82 years old man. *Ital J Neurol Sci* 13(4): 355-356.

Cawthran P (1990) A disorder unique to adolescence? The Kleine Levin syndrome. *J Adolescence* 13 (4) : 401-406.

Cheeson AL, Levine SN, Kong LS ve ark (1991) Neuroendocrine evaluation in Kleine Levin syndrome: Evidence of reduced dopaminergic tone during periods of hypersomnolance. *Sleep* 14(3) : 226-232.

Da-Silveira Neto O, Da-Silveira OA (1991) Kleine Levin syndrome, report of a case. *Arg-Neuropsiquiatr* 49(3) : 330-332.

David S,(1995) *Feeding and sleeping disorders. Child and Adolescent Psychiatry içinde, M.Rutter ve ark. (eds) Blackwell Science. Third Edition London s. 481.*

Fenzi F, Simonati A, Crosato F ve ark. (1993) Clinical Features of Kleine Levin syndrome with localized encephalitis. *Neuropediatrics* 24(5):292-295.

Kaplan HI, Sadock B, Grebb JA (1994) *Synopsis of psychiatry. Williams-Wilkins, Baltimore, s. 711.*

Novitskaia AK (1991) The Kleine Levin syndrome ( a case) *Zh Neuropatol Psikhiatr Im S S Korsakova* 91(3):84-86.

Pike M, Stores G (1994) Kleine-Levin syndrome: a cause of diagnostic confusion. *Arch Dis Child* 71 (4): 355-357.

Russel J, Grunstein R (1992) Kleine-Levin syndrome: a case report. *Aust NZ J Psychiatry* 26 (1) : 119-123.

Robert JJ (1986). *Uyku Bozuklukları Teşhis Tedavi El Kitabı (Çev) Pekus M. Merk Yayıncılık, İstanbul, s:997.*

Sagar RS, Khandelwal SK, Gupta S (1990) Interepisodic morbidity in Kleine-Levin syndrome. *Br J Psychiatry* 157:139-140.

Wurthman C, Kleiser E (1991) Kleine Levin syndrome. *Forstchr Neurol Psychiatry* 59(9) 371-375.

# "ÇOCUKLUK ÇAĞINDAN ERGENLİĞE" BİR SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞU OLGUSU

Meltem Eröcal Kora \*, Ümran Tüzün \*\*

## ÖZET

Çocuk psikiyatrisinin en tartışmalı konularından biri çocuklarda kişilik bozuklukları tanılarının konmasıdır. Bu tanıların sınıflamalardaki yerlerine ilişkin tartışmaların yanısıra çocuklarda "borderline" denen durumların tam olarak neleri kapsadığı da tartışılmalıdır. DSM IV'ün ele aldığı biçimde erişkinlerdeki "sınırdaki kişilik bozukluğu" tablolarının bazı koşullarda çocuk ve ergenlerde de tanınabileceği düşüncesinden hareketle, altı yıllık bir izlemede çeşitli özellikleri bakımından "borderline" bulgular sergilediği ve ergenliğinde de sınırdaki kişilik bozukluğu tanısı aldığı düşünülen bir olgunun gösterdiği belirtiler, gidiş boyutu ve tanı süreci geniş açıdan tartışılacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Borderline, sınırdaki kişilik bozukluğu, çocukluk çağı.

**SUMMARY:** "FROM CHILDHOOD TO ADOLESCENCE" A CASE OF BORDERLINE DISORDER

The most controversial issue in child psychiatry is about the diagnosis of personality disorders in children. Along with the nosological validity of these diagnosis, debates about what to include under the syndrome "borderline" has been widely discussed with different definitions in time. In accordance with the view in DSM IV that borderline personality disorders can be diagnosed in children and adolescents in some instances, a case report will be presented for whom borderline features has been identified as a child and in whom borderline personality disorder was diagnosed as an adolescent in a six year follow-up. The symptomatology, prognosis and diagnosis will be discussed thoroughly in the report.

**Key words:** Borderline, borderline personality disorder, childhood.

DSM-IV ölçütlerine göre kişilik bozukluğu tanısı 18 yaş altında "uyum bozucu kişilik özelliklerinin yaygın, sürekli olduğu ve tek bir gelişimsel evreyle ya da eksen I'de yer alan bir bozuklukla daha iyi açıklanamadığı" durumlarda konulabilmektedir (APA 1994). Bu yaklaşıma göre de belirtilerin süregelenlik gösterdiği ve erişkin ölçütlerinin gözlemlendiği çocuk ve ergenlerde de sınırdaki kişilik bozukluğu tanısından söz edilebilir. Ancak yine de, çocukluk çağında sınırdaki kişilik bozukluğu tanısından söz etmek pek çok yönüyle tartışmalara açıktır. Öncelikle sınırdaki (borderline) kavramının yazında değişik anlamlarda kullanılmış olması bu terimle anılan çocukların psikopatolojilerinin net olmayan bir sınıflandırmada yer almasına neden olmuştur. Konuyla ilgili yazında sınıflandırmanın iki yönde geliştiğine dikkat çekilmektedir. Psikanalitik görüşü savunanların benimsediği şekilde bir grup, psikotik ya da psikonevroitik olmayan ve ağır ego gelişim bozuklukları, aşırı kaygı durumları ve stres karşısında ego regresyonları ve parçalanmaları gösteren çocukları sınırdaki kabul ederken, bir diğer

grup da şizotipal/otistik/şizofrenik yelpazenin üzerinde yoğunlaşarak daha tanımlayıcı yaklaşımlar arayışına girmişlerdir. 1983 yılında Vela ve arkadaşları o güne kadar kullanılmış psikanalitik terimleri tanımlayıcı kılarak altı temel belirtiden söz etmişlerdir (Petti ve Vela 1990):

1. Bozuk ve yoğun kişilerarası ilişkiler
2. Gerçeklik duygusunda bozukluk
3. Dürtüsel davranışlar
4. Aşırı ve yoğun kaygı
5. Dalgalanma gösteren nevrotik belirtiler
6. Bozuk ya da kesintili gelişim

Her ne kadar sınırdaki bozukluk kavramının ele alınması yıllar içinde değişiklik göstermişse de dengeli olmayan ve yoğun kişilerarası ilişkiler, aşırı değer verme ve değersizleştirme arasında gidip gelmeler, gerçek ya da kurgulanan terkedilme kaygılarından kurtulma çabaları, bozuk kendilik algısı, dürtüsellik, yineleyici özkıyım davranışları, aralıklı ve yoğun öfke ile birlikte duygulanım dalgalanmaları, süregelen boşluk duygusu ve öfkeyi kontrol etme güçlüğü bozukluğun temel zorluk çerçevesini belirlemektedir

\* Dr., İstanbul Üniv. İstanbul Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul.

\*\* Doç. Dr., İstanbul Üniv. İstanbul Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul.

(Hill ve-Rutter 1995).

Bu yazıda çocuk psikiyatrisinde konsültasyon istemiyle ilk kez incelemeye alınan ve altı yıllık izlemeyle sınırda kişilik bozukluğu olarak değerlendirilen bir olgu, sergilediği psikopatoloji, ortaya çıkan zorluklar ve sağaltım süreci bakımından yazında yer alan bilgiler eşliğinde tartışılacaktır.

### Olgu:

**Yakınma ve öykü:** AB, 1991 tarihinde 8 yaş 4 aylık iken çocuk psikiyatrisinden konsültasyon istemi ile kliniğimizde değerlendirilmeye alındı. Göz kliniğinden Coats hastalığına bağlı ikincil glokom nedeniyle izlenmekteydi. Glokomu için üç kez genel anestezi altında sağ gözüne siklokriyoterapi uygulandığı öğrenildi. 1990 yılına ilişkin göz kliniği raporlarında zaman zaman göz içi basıncına uyumlu olmadığı için bakılmadığı, hiç rahat muayene olmadığı, negativist olduğu belirtilmişti. 1990 yılında 12 gün arayla üç kez geçirdiği siklokriyoterapi girişimlerinin ikincisinden sonra doktorlarla ilişkisinin bozulduğu bildirilmekteydi. Hasta uyanırken gözünü muayene ettirmiyordu. Sol gözünde organik bir patoloji gözlenmemesine karşın sürekli ağlamakta, muayeneyi reddetmekte ve aşırı fotofobiden söz etmekteydi. Doktorlarla konuşmaması ve bu tablonun 16 gün boyunca sürmesi üzerine çocuk psikiyatrisinden konsültasyon istenmişti.

**Ruhsal değerlendirme:** İlk psikiyatrik değerlendirme yapıldığında hastanın yaşına uygun gelişmiş olduğu, gözlerini paltosunun şapkası ile kapattığı dikkat çekmektedir. Dedesine tutunarak yardımla yürüdüğü, devamlı ve ısrarlı bir şekilde ağlayarak ve tıbbi kelimeler kullanarak soruları yanıtladığı, arada mantıklı açıklamalarla karşı koyduğu gözlenmiştir. Sağlam olan gözünü açmama nedenini ağrı ve ışıktan rahatsız olması olarak belirten hastanın sağaltımı yapan ekiple ev iznine gönderilmesi konusunda anlaşılıp, izlemeye alınması planlanmıştır. Hafta sonu izninden dönen hastanın daha rahatlamış olduğu, konuşmalarının daha doğal ve tavrının olumlu olduğu dikkat çekmiştir.

**İlk değerlendirme ve gidiş:** Konsültasyon çerçevesinde değerlendirmeler sürerken uyumu dü-

zelmiş, şapkasını çıkarmayı kesinlikle istemese de kendi başına kitap okumaktan hoşnut olduğunu anlatmaya başlamıştır.

Bir sonraki görüşmede 4. sınıfa devam eden hastanın hiç arkadaşı olmadığını, hep kendisini dövdüklerini anlattığı dikkat çekmektedir. Anne babası çalıştığı için okul sonrası zamanlarını klüp adı verilen dernek lokalinde geçirmektedir. Anne ve çocuk, babanın alkol kullanımından ve kendileriyle ilgilenmediğinden yakınmaktadır. Daha çok Uyum Bozukluğu sağaltımına yönelik olarak önerilerde bulunulmuş, tutum değişikliği, babanın daha etkin olarak sağaltıma katılması ve paylaşımın artırılması konusu üzerinde durulmuştur. Bundan sonra AB bazı görüşmelere babası ile birlikte gelmeye başlamış, uyumlu ve neşeli olmaya başladığı, yakın bir arkadaş edindiği aktarılmıştır. Her istediğini önce ağlayarak anlatması en temel yakınma olarak dile getirilmektedir. Babanın alkol aldığı dönemlerde AB'ye kötü davrandığından söz edilmekte, karnesinin iyi olmasına bile babanın kızdığı söylenmektedir. Kız kardeşin karnesinin başarısız olması üzerine babanın oyuncakları sobada yaktığı anlatılmaktadır. Tüm bu anlatımlarda ev içindeki örseleyici ortam, babanın alkol kullanımı, çelişik tutumları ve annenin hoşnutsuz tavırları dikkat çekmektedir.

Hasta il dışında oturduğu için kendilerine uygun olan aralıklarla izlenmesine karar verilmiştir.

**Kişisel öykü ve gelişim:** Hasta 2800 gr doğum ağırlıyla dünyaya gelmiş ve iki gün sonra oksijen alması gerekmiştir. Psikomotor gelişimi normal olan hastaya anne altı ay süt vermiş, bakımı ise ilk aylardan başlayarak babaanne tarafından sağlanmıştır. Kişilik özellikleri olarak titiz biri olarak tanımlanan babaannenin, annenin çocuk bakımına karışmasına izin vermediği söylenmektedir. İlk bir yaş içerisinde babanın alkol kullandığı dönemlerden birinde hastayı duvara fırlattığı şeklinde bilgi verilmektedir. 3,5 yaşında yuvaya gitmeye başlayan AB bebekliğinden bu yana hep hareketli olmuştur; çok konuştuğu ve dürtüsel olduğu anlatılmaktadır. Bu nedenle yuvadan sık sık yakınmalar gelmiştir. Tehlikeli işlere giriştiği için sık sık yaralandığı söylenen hastanın aşırı hareketliliği nedeniyle aile hiçbir taşı-



ta bınemediklerini söylemektedir. Okula başladığında dürtüsel davranışlar ve hareketliliğin sürmesine karşın bir zorluk yaşanmamış, başarısı etkilenmemiştir. Erken çocukluğunda başlayan trafik korkusu nedeniyle AB'yi karşıdan karşıya geçiremedikleri ve "annem beni öldürüyor" diye bağıracağı hatırlanmaktadır.

Coats hastalığı dışında kızamık, suçiçeği ve kabakulak geçirmiştir; havale öyküsü tanımlanmamaktadır.

**Aile öyküsü:** Hasta 30 yaşında memur olarak çalışan anne ile 35 yaşında işçi olarak çalışan babanın iki çocuğundan ilkidir. Kendinden üç yaş küçük olan bir kız kardeşi vardır. Anne ve baba gençliklerinde başladıkları politik etkinliklerini kısmen sürdürmekte ve bu konuyla ilgili olarak çeşitli örgütlerde görev almaktadırlar. Anne AB'ye hamileliğini zor geçirilmiş bir dönem olarak anlatmaktadır. Anneliğe hazır olmadığını ve evliliğin bir gereği olarak 22 yaşındayken çocuk sahibi olduğunu söylemektedir. Babanın alkol kullanımı yüzünden evde sık sık tartışmalar olmakta, anababa arasında ve zaman zaman da çocuklara yönelik fiziksel şiddet yaşanmaktadır. Bunun dışında bir hastalık ya da aile öyküsü anlatılmamaktadır.

**İzleme süreci:** Konsültasyon bağlamındaki ilk değerlendirmelerden sonra 1991 tarihinden 1992'ye kadar en uzun bir aylık aralarla görülen hasta 1992 yılında yalnız iki kez kliniğimize getirilmiştir. Babanın kız kardeşe olumlu AB'ye karşı sert tutumları, çocuğun genel mutsuzluğu görüşmelerde ele alınan temel konulardan olmuştur. Bu yıl içinde uygulanan psikometrik testlerde IQ: 105 (Cattell 2A) olarak bulunmuş, Rorschach testi ise güçlü nevrotik bulgular göstermiştir.

1993'te Anadolu lisesine girmeye hak kazanan hasta babasının giyimi konusunda sürekli yasaklar koyduğundan söz etmekte ve kaygılı bir görünüm sergilemektedir. Anadolu Lisesini kazandığı gün "... Bu geri zekalı ve aptal ve manyak ...leri ve ayrıca İngilizleri ve daha önemlisi devlet büyüklerimizi zehirlemek istiyorum. Defterim bomboş, suratım solgun, sınırlarım alt üst oluyor. Eğer dünyaya bir daha gelseydim sarı bir ayçiçeği olmak isterdim. Niye mi? Düşünmek istemiyorum bu pis katliam. Düşünmek istemiyorum

bu saçma.... üzerine kurulmuş bu saçma ülkeyi insanları. Evet evet onlar. Bizi kötü emellerine alet ediyorlar ve ben düşünüyorum. Öyleyse vurun... " şeklinde tuttuğu notları doktora vermiştir.

Bir ay sonraki görüşmede hastanın kendiliğinden, saldırgan tonlamayla ve yüksek sesle konuştuğu farkedilmiştir. Bu görüşmede AB kimsenin kendisini anlamadığından, beyninin değişik şeyler ürettiğinden söz etmektedir. Bu arada kurduğu mahalle lokalinde başkanlık yaptığını, arkadaşları ile gazete çıkartıp, mahalledeki park bakımı ve hayvanların beslenmesi gibi işleri yerine getirdiklerini anlatmaktadır. Klüpte bu yıl başkan seçilme olasılığının %25'lerde olduğundan söz etmektedir. Evde konuşulan konuları (maaşlar, hak, özgürlük, mücadele) gibi bazı kavramları görüşmelerde kullanmakta ama bazı kavramları tam anlamadığını da eklemektedir. Görüşmenin gündemini bu tür konular belirlemede, hızlı ve konudan geçişlerle dolu konuşma biçimi, yoğun fantazileri, konuları kolayca tartışmalara döken tutumu süregelenlik göstermektedir. Arada başka politik görüşlerden kimselerin kendisine ve ailesine zarar verebileceği korkusundan söz etmektedir.

11 yaşına uygun olmayan ifade ve ilgileri dikkat çekmektedir. Çocuk hakları bildirgesine göre babasının kendisini dövme hakkının bulunmadığını, oyun oynamasına izin verilmediğini, babasının oyuncaklarını çöpe attığını saldırgan bir biçimde anlatmaktadır.

1994 yılında (12 yaşındayken) iki görüşme için kliniğimizi ziyaret etmiştir. Bunlardan ilkinde son aylarda kendisini çok gergin ve sinirli hissettiğini söylemekte, derslerinde düşmeden söz etmektedir. Uykularının düzensiz olduğundan, bütün gün kafasının çeşitli düşüncelerle dolu olduğundan, gördüğü herşeyin dinamiğini, nasıl çalıştığını ve anlamını sık sık merak ettiğinden, bir zaman makinası geliştirmek istediğinden, insanların halen beyinlerinin ancak %20'sini kullanabildiği ve eğer daha fazlasını kullanabilseler ileri zamana gidebileceklerinden söz etmektedir. Okulda yüksek sekle küfürlü konuşması üzerine okulun disiplin cezası verdiğini anlatmakta ve insanların kendisine garip geldiğini eklemektedir. Annesi de evde ve okulda ani ve beklenme-

dik öfke patlamalarına değinmektedir. Bu yıl yinelenen IQ testinde Cattell 2A ile 110 puan alırken, Rorschach'ı borderline bulgular sergilemektedir.

Aynı yılın ikinci görüşmesinde huzursuzluk, uykusuzluk, okula devam edememe, kabuslar görme yakınmalarının sürmesi üzerine anksiyolitik ilaç tedavisi başlanmıştır.

1995 yılında görüşmelere aylık randevularla devam edilmiştir. Sinirlendiğinde çevresine zarar vermesi, kardeşini dövmesi ve derslerinde zaman zaman görülen başarısızlık sürmektedir. Bazı geceler "Ben senin içgüdünüm" diyen bir şeylerin kendisini ziyaret ettiğini, bunun uykusuzluk ve yorgunluktan ortaya çıkmış olabileceğini, ışığı açınca kaybolan bu görüntüden korktuğunu anlatmakta, annesi de zaman zaman yastığı ve oyuncak köpeği ile konuştuğunu söylemektedir. Kendisi de "Maddelerin içinde atomlar vardır; onun için canlıdır" şeklinde açıklamalar yapmaktadır. Kendi görüntüsünün aynısını karşısında gördüğünü ve fotoğrafını çekmek istediğini ama resinde çıkmadığını söylemektedir. Cinlerin etkisinde olabileceğini ya da kendi deyimiyle halüsinasyon görmüş olabileceğini anlatmaktadır. Tüm bu yaşantılar öncesinde ev içinde örseleyici ortamın şiddetlendiği dikkat çekicidir. Bu yakınmalar için ilaç kullanımında glokomu nedeniyle yapılan göz kliniği ile konsültasyon sonucunda tiyoridazin 25 mg/gün seçilmiştir.

Görüşmelere kendi isteğiyle haber vermeden 3 aylık bir ara verdikten sonra aynı yılın son ayında (13 yaşındayken) yeniden başvuran hasta bu sürede ortaya çıkan ölüm düşüncelerini dile getirmektedir. Yasa dışı çalışan bir örgüte girmek istediğini anlatmaktadır. Uykusuzluk başladığını, adına "Buddy" dediği saydam bir varlıkla tek başına kaldığında konuştuğunu, kendini çok kötü hissettiğini, bazı günlerin sürekli ağlayarak geçirdiğini aktarmaktadır. Depresif ve özkıyına yatkın düşünce içeriğinin bir nedenle ilgili olduğunu söylemekte, bu nedeni vurgulamasına karşın ne olduğunu anlatmayacağını eklemektedir. Sürekli kendisiyle savaştığını anlatıp "Beynim çabala derken, kalbim öl diyor" gibi tanımlamalar kullanmaktadır. Bu "öl" düşüncesinin içine giren birisi olduğunu, bunun kendisi olmadığını,

son altı aydır ortaya dolaşan kişinin AB olmadığını söylemektedir.

Bu görüşmelerde görünüm olarak 13 yaşa hiç uymayan iri ve uzun boylu yapısının hastaya yaşından çok büyük bir hava verdiği ilk bakışta dikkat çekmektedir. Kendine bakımının orta düzeyde olduğu farkedilmekte, tümüyle amoretik olan sağ gözünün zaman zaman göz hareketleriyle kanlı bir görünüme bürünmesi ile fizyonomisi belirginleşmektedir. Konuşması hızlı, konudan konuya atlayan tarzda, enkoheransa kayışı düşündürecek kopukluklar göstermektedir. Sürekli olarak görüşmecinin kendi düşüncelerini sormakta ve tüm anlattıklarına somut örnekler göstermektedir.

Annesi oğlunun iki yıldır çok karamsar olduğunu, odasında oturduğunu, bazen masasının altına girip orada uzun süre kalabildiğini, aniden ağlamaya başlayıp sinirlendiğini, yaşından büyüklerle arkadaşlık ettiğini anlatmaktadır. 1993'ten bu yana (yani kendisinin sendikacılık yaptığı tarihten başlayarak) AB'de polis korkusu olduğunu söylemektedir. Polislerin kendisini ve annesini izlediğini düşünmektedir. Son bir yıldır iştahsızlığının da olduğu farkedilmiş, kendine zarar verici davranışları başlamış, örneğin, enjeksiyon olmamak için arabaların önüne atlama gibi hareketleri gözlenmiştir. Kliniğimizden daha önce önerilen ilaçları düzenli kullanmamıştır. Görüşmeden bir ay önce okulda herkesin içinde söylemediği bir nedenle pencereden atlamak yoluyla özkıyına kalkışmış, arkadaşları ve öğretmenleri tarafından engellenmiştir.

İlgilendiği konuların politik yasa dışı çalışan örgütlerle sınırlı olduğu görülmektedir. Bağlı olduğu görüşleri sloganlar şeklinde ve fanatikçe aşırı değerlendirdiği izlenmektedir. Bu arada anne eşinden alkol kullandığı için ayrılmak istediğini söylemekte ama AB'nin buna karşı olduğunu ve bu yüzden ayrılmadığını eklemektedir. Herşeye AB için katlanıyor mesajı tüm açıklamalarında belirginleşmektedir. Hastanın giriştiği özkıyım deneyiminden sonra çevreyi kendini öldürmekle tehdit ettiği söylenmektedir. Anne kendisinin de gençliğinde yüzünde akne olduğu için özkıyım girişiminde bulunduğunu, bunun doğal bir tepki olduğunu sezdirir biçimde anlatmaktadır. Özkıyım anlaşmasına karşın bunu en-

gellemede güçlüğü olabileceği düşünülen hasta ertesi gün de görüşmeye çağrıldığında annesi evde AB'yi kontrol edemediklerinden, çok sinirli olduğundan, kapları çarpıp, yüksek sesle konuştuğundan söz etmekte ve kendini öldürmeyi denerse buna engel olamayacaklarını belirtmektedir. Oğlunun yaşamını sürdürmesi ya da bitirmesi kendileri için önemsizmiş gibi kayıtsız ve yüzeysel bir tutumla "Bu onun hayatı" ifadesini kullanmaktadır. Oğlunu tanımlarken "Hiç çocuk olmayı başaramamış biri" demekte, bir taraftan da onu hiç çocuk olarak görmediklerini söylemektedir.

Özkıyım düşüncelerinin sürmesi, bunları kontrol etme yönündeki güçlük ve ailenin yeterli destek ortamından yoksun olması nedeniyle yatışına karar verilmiştir. İki ay psikiyatri servisinde yatarak izlenen hastanın dürtü kontrolündeki güçlük dikkat çekmektedir. Yatış sırasında yapılan ayrıntılı değerlendirmelerde psikotik belirtilerin olmadığı, düşünce bozukluklarının epizodik ve stresle ilgili olarak yaşandığı, ailenin yasal olmayan uğraşları olduğu için paranoid gibi görünen belirtilerin gerçek tehditler olabileceği, algı bozukluğunun bulunmadığı saptanmıştır. Serviste kaldığı süre içinde bir kez kollarını çizeyerek kendisine zarar vermeye çalıştığı gözlenmiştir. Zaman zaman kontrolünü kaybetmekle birlikte özellikle yaşına uygun gençlerle arkadaş olabildiği, bu kişilerle daha çok politik görüş benzerliği nedeniyle yakın olduğu izlenmiştir. Servis içindeki genel kurallara uyum sağladığı, sağaltım ekibi ve diğer hastalarla iyi ilişkiler kurabildiği, günlük etkinliklere rahatça katılabildiği gözlenmiştir. Nöroleptik kullanımı ile ölüm düşünceleri kaybolan, depresif duygudurumu da silinen hastanın, ergenlik kimlik krizi/gelişmekte olan sınırdaki bozukluk-psikotik alevlenme öntanularıyla çıkışı yapılmıştır.

Çıkıştan sonra ise aile ve kendisi sinirlilikten yakınmaktadır. Polislin saldırması durumunda kendisinin de kesinlikle onlara zarar vereceğini anlatmaktadır. Evde ders çalışmakta zorlanmakta, verilen ilaçları kullanmamaktadır. Bu tür ilaçların beyin hücrelerine zarar verdiğini söylemektedir. Günlerini derneğin çay ocağında çalışarak geçirmektedir. Oğlu hastanede iken bir süre alkol kullanımını terkedene baba AB eve dönünce alışkanlığına geri dönmüştür. Bazı görüş-

melere babasıyla geldiğinde babanın oğlunu suçladığı ve kendisini bu duruma getirdiği için onu sorumlu tuttuğu izlenmekte, sürekli oğlunun kendisine işkence ettiğini söylemektedir. İlaç konusunda yapılan tüm anlaşmalara karşın kullanmamakta direnmektedir. Tüm polislerin hareketlerine karşı referans düşünceleri bulunmaktadır. Evlerine gelen tanıdık bir polisin annesine sarkıntılık yaptığıyla ilgili yoğun kaygıları olmuş, bu durumda tüm sorumluluğun kendisinin olduğuna değinmiştir. İçindeki yalnızlık ve boşluk duygularından, yaşamanın anlamını aradığından, boşluğu dolduran şeylerin bitip, bir yerde tıkanp kaldığından söz etmektedir.

Üç yıl önce, yani 10 yaşındayken camiye gitmeyi denediğini ama bir şey bulamadığını, sıkıldığını, sonra ders çalışmaya eğildiğini ama bundan da sıkıldığını sonra da şimdiki görüşünü benimseydiğini anlatmaktadır. Hem korktuğunu, hem de bu işi yapmaktan hoşlandığını söylemektedir. Ölmekten korktuğunu ama şehit olmak istediğini, bu işin sonunda ölüm olduğunu belirtmektedir. Hasta özkıyım düşünceleri silinmiş, evdeki uyumu henüz düzenlemişken görüşmeleri bırakmıştır. Dört ay sonra geldiğinde babasıyla kavga sonrası kendini camdan atmaya kalkışmış, yine çevredekiler tarafından engellenmiş, evde bunun üzerine saldırganlaşmış, eşyaları kırıp dökmüştür. Ölüm düşüncelerinin ve uykusuzluğunun çok şiddetli olduğundan söz etmektedir; bu görüşmede oldukça saldırgan olan hastanın oda içinde oturmakta zorlandığı gözlenirken, konudan konuya geçip bir gezegenden gelen varlıklarla ilişki kurduğundan, bunları görüp dokunduğundan, onlarla üç aydır konuştuğundan söz etmektedir. Evden çıkmadığı, insanlarla görüşmek istemediği, kimseyle konuşmadığı, partiyle de ilişkisini kestiği, iştahsız olduğu, kilo kaybettiği söylenmektedir. Görüşme boyunca görüşmeyi yapan hekimle alışılmadık şekilde tartışma eğilimi gösterip, reenkarnasyonla ilgili doktorun düşüncelerini öğrenmek istediğini söylemektedir. Evde kapısının kolunu yalnız içerden açılacak şekilde çıkarttığını anlatmaktadır. Annesi sürekli izlenmekten ve öldürülmekten korktuğunu söylemektedir. Bu durumda hastanede yatışının uygun olduğu söylendiğinde, uzaylılarla ilgili anlattığı şeylerin uydurma olduğunu söylemeye başlamış, saldır-

gınlığı artmış ve medikasyon uygulanması ve yatış için acil birime götürülmek üzereyken, kliniğin dışında doktora "seni öldüreceğim" diyerek saldırmıştır.

Dokuz gün bir kapalı serviste yatırılarak izlenen hasta beynindeki ışık dalgalanmalarının seçilmiş kişi olduğunu işaret ettiğini söylemektedir. İnsanlara güvenemediğinden, herkesten kötülük gördüğünden söz edip, ilaç kullanımı ile ilgili pazarlıklar yapmakta ayrıca ilaçların yemeğine katılmasından korktuğunu da belirtmektedir. Gözü, uzun boyu ve iri yapısı nedeniyle yaşadıklarının ne kadar olumsuz olduğunu deyinmektedir. Hastane yatışından sonra sinirliliği ve mantık dışı düşünceleri azalmış, gerçekçi beklentilerden söz etmeye başlamıştır.

İl dışından gelmeleri dolayısıyla çok düzenli olmamakla birlikte hasta yaklaşık her hafta görüşmeye gelmiştir. Okula gitmesinde arada öğretmenleriyle tartışmaları dışında sorun çıkmaktadır. Moral bozukluğu, uykusuzluk ve iştahsızlık, uzaylılarla ilişki gibi konular bitmiştir. Konuşmalarında parapsikolojik ve metafizik konulara eğilimi belirgindir. Nirvanaya erişmeyi hedeflediğini söylemektedir. Bu arada evde çıkan olaylardan sonra annesi AB'yi kızkardeşini alarak evi terketmiş ve boşanma davası açmıştır. Annenin boşanmayı anlatmasında da yine oğlunun isteğine boyun eğerek karar vermiş olduğu mesajı belirgindir. AB de annesi ve kız kardeşinin sorumluluğunun kendi üzerinde olduğunu düşünmekte ve bunun endişesini taşımaktadır.

Boşanmadan sonra yeni taşındıkları semtte ev içi şiddetin ortadan kalkmasıyla birlikte oldukça düzenli bir yaşam sürmeye başladıkları anlaşılmaktadır. Görüşmelerde ağırlıklı olarak AB'nin insanlara karşı olan korkuları konuşulmaya başlanmıştır. Bu arada annenin zaman zaman şiddetlenen depresif duygudurumu ve huzursuzluğu aile içinde gerginlik yaratmaktadır. Okulda AB büyük sorunlar yaşamakla birlikte derslerinde başarılı olmamaktadır. Ancak arkadaş ilişkileri iyiye gitmekte, edebi yazılara ağırlık veren bir derginin hazırlanmasına katkıda bulunmaktadır. Babasına yönelik olumsuz duyguları azalmış daha önceden görmeyi reddetmesine karşın, alkolizm sağaltımı için yattığı hastanede onu ziyaret etmeye başlamıştır.

Hastanın arkadaş ilişkilerinde belirgin bir düzelme görülümüşse de okulda hoşlandığı kızın kendisine karşılık vermemesiyle birlikte sorunlar başgöstermiştir. İlk özkıym tehditlerini de bu kızın kendisini reddetmesi üzerine yaptığını anlatan hasta aynı kıza aşkına karşılık vermesze öldürmekle tehdit ettiği için müdüre bildirildiğinden ani bir kararla okul değiştirmiştir. İlk başta bunun çok doğru bir karar olduğunu düşünmesine karşın zaman içinde gelişen depresyon ile birlikte görüşmeciyi sağaltımın yaramadığı ve anlamsız olduğuyula ilgili olarak suçlamaya başlamıştır. Artan huzursuzluk dönemleri, geceleri meditasyon yaparak uykusuz kalmaları sıklaşmıştır. Görüşmeleri bırakmak istediğini gündeme getirse de daha sonra günlerde tam tersi düşüncede olduğunu savunmaktadır. Kimi zaman fiziksel huzursuzlukları görüşme sırasında da yaşanmaktadır. Antidepresan ilaç kullanımına düzensiz olarak devam etmektedir. Yeni okulunda yeni bir kıza aşık olmasıyla belirtilerde düzelme gözlenmiştir.

**Sağaltım yöntemi ve gidiş:** Hasta zaman zaman alevlenen zaman zaman da dizginlenen yakınmaları için ağırlıklı olarak destekleyici psikoterapi ve semptomatik ilaç sağaltımı almaktadır. Özellikle stres dönemlerinde yakınmalarının belirginleşmesi ve psikotik belirtiler sergilemesi nedeniyle hastane yatışlarına da başvurulmuştur. Tüm çalkantılı ilişkileri ve duygudurumuna karşın ders başarısı ileri derecede etkilenmemiş, stres yaratan etkenin ortadan kalkmasıyla belirtilerin düzeldiği görülmüştür. Hasta aynı yöntemle izlenmekte, geçireceği göz protezi işleminin kendilik algısını ve dolayısıyla da sağaltım sürecini olumlu yönde etkilenmesi beklenmektedir.

## TARTIŞMA

Çocuk psikiyatrisinde en karmaşık ve sorunlu konulardan birisi tanı konusudur. Her yaş döneminin bir gelişim basamağı olarak sergilendiği doğal özellikleri bir yana, bu evrelerde ortaya çıkan bozukluklar oldukça farklı ve sınıflandırmalarda yer alamayacak kadar çelişkili olabilmektedir. KLP birimine başvurduğunda basit korku tepkisi ya da uyum bozukluğu denebilecek türden tepkiler veren bir çocuğun uzun dönemde

çok daha farklı belirtiler sergiliyor olması düşündürücüdür. İlk görüşmeler sırasında yaşına uygun olmadığı saptanan düşünce yapısı, psödomatür ilgi ve istekleri, gösterdiği karşı koyma davranışının yadırganır ve alışılmadık özellikte olması gerçekte gelişmekte olan kişiliğin temel özelliklerini o zamandan ele vermektedir. Uzun dönemde izlendiğinde ve ayrıntılı bilgi alındığında içinde bulunduğu ailenin tüm niteliklerinin de bir patoloji gelişimi ne kadar kolaylaştırabileceği farkedilmektedir. Kliniğimizde "sınırda kişilik bozukluğu" olarak değerlendirilen hastanın ergenlik döneminin kimlik bunalımı ve dürtüsellik gibi temel özellikleri ile zorlandığı, aile içi örselleyici koşulların hep yüksek düzeyde kalması nedeniyle sık psikotik kayışlar gösterdiği söylenebilir.

Yazımızın ilk başında da değindiğimiz gibi çocuklarda kişilik bozukluğu tanısı çeşitli tartışmalara konu olmuştur. Bununla birlikte ergenlik çağında görülen tablolarda tanının daha güvenilir olduğundan sözedilmektedir. (Pinto ve ark. 1996).

Çocuk ve ergenlerde sınırda durumları tanımlamada netliğin olmaması iki grupta da sorunların aynı olup olmadığı bilinmemesinde yatmaktadır. Bunun nedenlerinden birisi de çocuklarda sınırda durum tablolarının yalnız çocuk psikiyatrisi, ergenlerdeki ise erişkin psikiyatrisi yazınından kaynak alıyor olmasıdır. Eldeki çalışmaların çoğunda çocuklukta verilerle ergenlikteki veriler arasında ilişki kurulmadığı dikkat çekicidir (Meijer ve Treffers 1991).

Tanı alanındaki zorluklar her nasıl olursa olsun, çocuk psikiyatrisi uzun yıllardan bu yana duygulanımları düzenlemede zorlukları olan, garip ya da bozuk kişiler arası ilişkiler yaşayan, sosyal becerilerinde sorunlar olan ve arada hafif ya da ağır düşünce bozuklukları gösteren özel bir tip klinik sendromla uğraşmışlardır. Bu tür zorluklar çocukluğun erken yaşlarından beri bunun, sürekli olmasına karşın değişken dışı vurumlar gösteren belirtilerle karakterizedir. Pek çok bozukluğu düşündürmekle birlikte bir tanının konamadığı bu çocuklar tanımlayıcı sınıflandırmalarda şizotipal kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği - hiperaktivite bozukluğu (DEHB), kaçınan bozukluk, psikotik depresyon, iki uçlu duygu-

durum bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk gibi tanılara yakıştırılmışlardır (Towbin ve ark. 1993).

Çocuklardaki "sınırda durumların" erişkin sınırda kişilik bozukluğunun öncülü olmadığını savunan görüşlerle (Towbin ve ark. 1993) birlikte kişilik bozukluğu teriminin çocuk ve ergenlikte kullanılmaması gerektiğini vurgulayan görüşler (Shapiro 1990) tanı üzerindeki tartışmaları arttırmışlardır. Bununla birlikte 12 yaşından küçük çocuklarda kişilikten ve dolayısıyla da kişilik bozukluklarından sözeden yazarlar "sınırda kişilik bozukluğu" tanısının çocuklarda da konabileceğine değinmişlerdir (Kernberg 1990).

Bu görüşler ışığında sunduğumuz olgunun çocukluktan başlayarak sınırda bir tablo sergilediğini ve ergenliğe geçtiğinde de erişkin tip sınırda kişilik bozukluğuna ilişkin tüm özellikleri sergilemekte olduğunu öne sürmekteyiz. Dürtüsel davranışların erken çocukluktan beri gözlemlendiği hastada dengesiz ve yoğun kişilerarası ilişkiler, aşırı değerlendirme ve değersizleştirme arasında gidip gelmeler, yineleyen özkıyım davranışı ve tehditleri, yoğun aralıklı öfke ile karakterize duygulanım değişkenliği, süregen boşluk duygusu, öfkeyi kontrol güçlüğü ve fiziksel kavgalara karışma eğilimi olgunun tanımlanmasını ve stresle ilgili olarak belirginleşen paranoid fikirler ve disosiyatif belirtiler olgunun tanımlanmasını ve tanıyı kolaylaştırmaktadır (APA 1994).

Aktarılan çocuğun, Bemporad'ın 1982'de "çocuklukta sınır durumlar"da genel patoloji alanları olarak öne sürdüğü:

1. Başkalarıyla olan ilişkiler
2. Düşünce içeriği ve süreçleri
3. Kaygı düzeyi ve tipi
4. Kontrol kaybı
5. İşlevsellikte dalgalanmalar
6. Sosyal işlev yetersizliği, deneyimlerden öğrenememe, düşük özbakım düzeyi şeklindeki alan tanımlamalarından en az 5 tanesini {1,2,3,4,5} içerdiği dikkat çekmektedir (Petti ve Vela 1990).

Aynı şekilde Lewis'in 1994'te öne sürdüğü;

1. Düşünce, gerçeği değerlendirme ve duygulanım kontrolü
2. Strese karşı aşırı duyarlılık, psikotik dalgalan-

malar

3. Süregeen regresif durum
4. Ciddi ayrılık kaygısı ve regresyon
5. Yaygın gelişim kısıtlılığı (duygulanım, düşünce ve dil alanlarında)
6. Fantazi dünyasıyla aşırı uğraşma ve ilişkilerden kaçış şeklinde şizoid çekilmeler
7. Kontrol kaybı ve yoğun kaygıyla birlikte aşırı öfkelenme ve vahşi fantaziler şeklinde tanımlanan değişkenlerden en az 5 tanesinin {1,2,3,4,5} bu çocukta bulunduğu gözlenmektedir (Lewis 1996).

Konsültasyon istenmesine neden olan aşırı korku tepkisi ile regresyonu kimi zaman kaygı bozukluğu tanısını düşündürmüş, çocukluğundan bu yana tanımlanan dürtüsel ve aşırı hareketli yapısıyla DEHB; oyuncakları ile konuşma, kendi içinde başka bir varlık hissetme gibi yakınmalarını ile başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif kimlik bozukluğu tanılarını akla getirmiştir. Ayrıca depresif duygudurum yinelenmeleri ile de majör depresif bozukluk tanısı olasılığı belirlemiştir. Bununla birlikte hiçbir tanı tek başına hastanın gösterttiği işlev kaybını açıklamaya yeterli olmamış, tüm bu durumların birlikte bulunduğu ve altta yatan patolojinin farklı bir eksenenden kaynaklandığı düşünülmüştür. Nitekim sınırda kişilik bozukluğu durumlarında, birlikte bulunan belirti kümelerinin komorbidite olarak ele alınması görüşü (Lewis 1996) hem değerlendirme hem de sağaltım açısından önemlidir.

Ayrıca tanının belirginleşmesi açısından bakıldığında sergilediği tablonun süregeen olması, çocukluğundan beri bulunuyor olması yüzünden, hastanın yalnız ergenliğe özgü bir kimlik krizi içinde olmadığı anlaşılır. Ayrıca pek çok normal ergenin bu dönemde ciddi sorunlar yaşamadığı ve uygun başa çıkma yöntemleri kullanarak erişkinliğe yumuşak bir geçiş yaptığı da bildirilmektedir (Offer ve ark. 1996).

Olgumuz açısından yeniden baktığımızda etyopatogeneze yazınla uyumlu bilgiler de dikkat çekmektedir. DEHB belirtilerinin bulunuşu ve erken yaşta tıbbi sorunlarla karşılaşmış olması gibi özgül olmayan bedensel etkenlerin varlığı kadar anne çocuk ilişkisinde bozukluk, bozuk ayrılma / bireyselleşme süreci, splitting ve bozulmuş ego gelişimi gibi dinamik etkenler ile bozuk aile sınırları, aile bireyleri arasında öngörülemez yakınlık ve uzaklaşmalar ve uygun dizinsel düzenlemenin bulunmaması gibi aile görüşlerine ilişkin pek çok özellik bulunmaktadır (Robson 1996). Ayrıca erişkin sınırda kişilik bozuklukları için tartışılan etkenler olan çocukluk çağı cinsel, fiziksel tacizleri, ciddi ihmaller, ana-babada madde kullanımı öyküsü ya da suçluluk gibi örseleyici yaşantıların çocukluk çağındaki sınırda durumlarda için de söz konusu olduğu gösterilmiştir (Guzder ve ark. 1996). Bu bakış açısından ele alındığında hastamız ciddi fiziksel ve duygusal örselenmelerin bulunduğunu gözlemek zor değildir.

Her ne kadar sağaltım konusu yazının temel hedeflerinden değilse de özetle sağaltım konusunda söyleyebileceğimiz destekleyici, ilaç sağaltımının da eşlik ettiği, kimi zaman hastane yatışlarından yararlandığımız çok yönlü bir yaklaşımı benimsediğimizdir. Yazımızda hedeflediğimiz sağaltım yaklaşımlarını ele almakta çok altı yıl gibi uzun bir zaman diliminde gelişen psikopatolojiye geniş açıdan bakmaktır. Petti ve Vela (1990) "bir konuyu sunarken gerek duyulan yer miktarı eldeki bilimsel verilerin kesinliğiyle ters orantılıdır" demişlerdir. Gerçekten de yazımızda ele aldığımız olgunun bu denli ayrıntılı tartışılmasının nedeni çocukluk çağında sınırda kişilik bozukluğunun tanımlanmasına somut örnek oluşturmak içindir. Varolan çelişkili görüşlerle birlikte, çocukluk başlangıçlı sınır tablolarının ilerde gelişecek sınırda kişilik bozukluğunun öncülleri olabileceğini düşünmek ve bunların yakından izlenmesinin önemini kavramak gerekir.

## KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (Fourth Edition)*. Washington D.C., s:631.

Guzder J, Paris J, Zerkowitz P, Marchessault K (1996) *risk factor for borderline pathology in children*. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 35(1):26-33.

Hill J, Rutter M (1995) *Personality disorders. Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches third edition* içinde, M Rutter, E Taylor, L Hersov (eds.) Blackwell Science, Oxford, s: 688-696.

Kernberg PF (1990) *Affirmative Debate forum Resolved: borderline personality exists in children under twelve*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 (3): 478-480.

Lewis M (1996) *Borderline features in childhood disorders. Psychoses and Pervasive Developmental Disorders in Childhood and Adolescence* içinde, FR Volkmar (ed). American Psychiatric Press, Washington D.C., s:89-105.

Meljer M, Treffers PD (1991) *Borderline and schizotypal disorders in children and adolescents*. *Br J Psychiatry* 158: 205-212.

Offer D, Schonert - Reichl KA; Boxer Am (1996) *Normal adolescent development: empirical research findings. Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook, second edition* içinde, M Lewis (ed). Williams & Wilkins, Baltimore, s: 278-290.

Petti TA, Vela RM (1990) *Borderline disorders of childhood: an overview* *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29(3): 327-337.

Pinto A, Grapentine WL, Francis G, Picariello CM (1996) *Borderline personality disorder in adolescents: affective and cognitive features*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(10): 1338-1343.

Robson KS (1996) *Borderline disorders. Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook, second edition* içinde, M Lewis (ed). Williams & Wilkins, Baltimore, s:732-736.

Shapiro T (1990) *Negative Debate forum Resolved: borderline personality exists in children under twelve*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 (3): 480-482.

Towbin KE, Dykens EM, Pearson GS, Cohen DJ (1993) *Conceptualizing "borderline syndrome of childhood" and "childhood schizophrenia" as a developmental disorder*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32(4): 775-782.

# DİKKAT EKSİKLİĞİ HIPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU ETYOPATOGENEZİ ÜZERİNE VARSAYIMLAR

Özgür Yorbık\*, Rıdvan Akın\*\*, İsmail Yavaş\*\*\*

**ÖZET:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Etiyopatogenezi Üzerine Varsayımlar

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB)'nin etyopatogenezinde bir çok etken rol oynamakta ve yeni varsayımlar üzerinde durulmaktadır. Frontal korteks ile sensoriyal assosiyasyon korteksi ve frontal korteks ile lokus sereleus (LS) arasındaki paralel nöronal bağlantıların dikkat düzenlenmesinde rolü olduğu düşünülmektedir. Prefrontal korteks (PFK), sensoriyal assosiyasyon korteksine olan inhibitör nöronal bağlantıları ile ilgisiz (dikkati dağıtan) uyarıları inhibe eder. Böylece kişi ilgilendiği uyarana dikkatini verip, konsantrasyonunu arttırmaktadır. PFK'in bu fonksiyonunun bozulması dikkatin sürdürülmesinde güçlükler neden olmaktadır. Son zamanlarda, çok basamaklı hipotez ile; norepinefrin, epinefrin ve dopamin arasındaki ilişkiler sonucunda, dikkatin ve impuls kontrolünün düzenlendiği ileri sürülmektedir. DEHB etyopatogenezinin dominant hemisferin inhibisyon yetersizliği ve hemisferik asimetri, tiroid hormonlarına genel direnç sendromu, gıda duyarlılığı ve allerji, otoimmünite, frajil x sendromu, eser elementler, kurşun zehirlenmesi, prenatal ve perinatal etkenler, prematürite, beyin hasarı, alle, çevre, psikososyal ortam, cinsiyet ve genetik etkenler ile ilgili olabileceği de ileri sürülmüştür.

**Anahtar Sözcükler:** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, etyoloji, çok basamaklı hipotez.

**SUMMARY:** HYPOTHESIS ABOUT THE POSSIBLE ETIOLOGIC FACTORS AND PATHOGENESIS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

A millennium of etiologic factors to explain pathopsychophysiologic events leading to attention-deficit hyperactivity disorder are proposed. In modulation of attention, parallel neuronal projections of frontal cortex to sensorial association cortex and to locus cereleus are thought to involve. Prefrontal cortex (PFK) inhibits irrelevant stimulations with inhibitory neuronal projections to sensorial association cortex. Thus distractibility is lessened and concentration is improved. Recently a multistage hypothesis is proposed, which emphasizes the interaction of norepinephrine, epinephrine, and dopamine in modulation of attention and impulse control. Other reported factors included in the etiology of ADHD are; fragile X syndrome, prenatal and postnatal risks, allergy, sex, deficiency of trace elements, autoimmunity, the syndrome of generalized resistance to thyroid hormones, ineffective, inhibition of dominant hemispheres, lead poisoning, prematurity, brain damage, family and psychosocial environment.

**Key Words:** Attention deficit hyperactivity disorder, etiology, multistage hypothesis.

## GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), azalmış dikkat süresi, yaşa uygun olmayan hiperaktivite ve impulsivite, ya da her ikisinin birden görülmesiyle karakterize bir bozukluktur. DEHB şimdiye kadar farklı isimlerle adlandırılmıştır. 1900'lü yılların başlarında, geçirilmiş ensefalit nedeniyle nörolojik hasarı olan, yerinde duramayan, impulsif, aşırı hareketli çocuklar, hiperaktif sendrom tanısı alıyordu. 1960'larda ise özgün nörolojik hasarı olmayan, ancak öğrenme güçlüğü, emosyonel değişkenlik ve koordinasyon bozukluğu olan vakalar mini-

mal beyin hasarı olarak adlandırılıyordu. Sonraları bu durumun genetik temele bağlı olarak gelişen, anormal düzeyde uyarılma ve duyguları kontrolde yetersizlikle ilişkili olabileceği ileri sürüldü. Günümüzde ise etyolojide; beyin hasarı, genetik, nörokimyasal, nörofizyolojik, allerjik, psikososyal etkenler sorumlu tutulmaktadır (Harold ve ark. 1994). İleri sürülen etkenlerin neden sonuç ilişkisi olabileceği kadar, DEHB ile birlikte bulunabileceği unutulmamalıdır. Bu yazıda DEHB etyolojisinde sorumlu olduğu düşünülen etkenler gözden geçirilmiş ve özellikle, beyindeki çeşitli merkezlerin, nöronal bağlantıların ve nörotransmitterlerin fonksiyon bozuklukları üzerinde durulmuştur.

## DEHB'nda Prefrontal Korteks'in Rolü

\* Uzm. Öğr. Dr., GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

\*\* Yrd. Doç. Dr., GATA Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

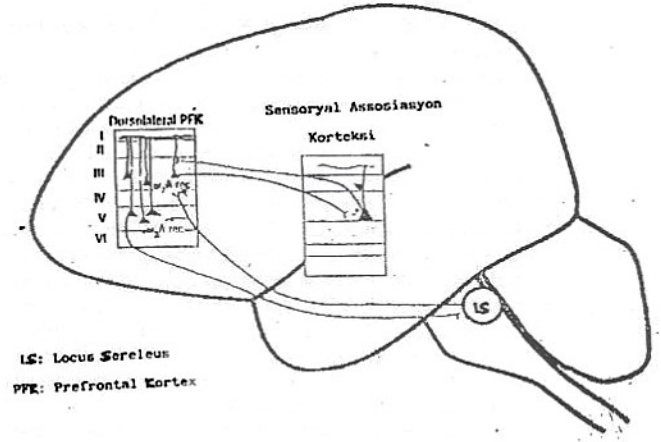
\*\*\* Yrd. Doç. Dr., GATA Çocuk Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara



DEHB olan hastalar ile, prefrontal korteksinde (PFK) lezyonu olan hastalar arasında klinik tablo yönünden benzerlikler vardır. DEHB'nda gözlenen, dikkatin düzenlenmesinde yetersizlik, aşırı hareketlilik gibi belirtiler özellikle sağ hemisferin tutulduğu PFK lezyonu olan insanlar ve hayvanlarda görülebilmektedir. Sağ dorsal PFK'deki lezyonlarda ise, dikkati devam ettirmede yetersizlikler gözlenir. Aksine sağ orbital PFK'deki lezyonlarda, duygulanım bozukluklar, immatür davranışlar, sınırsızlık, aşırı hareketlilik oluşabilmektedir. Bununla uyumlu olarak DEHB olan hastalar, aynı yaştaki kontrol grupları ile karşılaştırıldığında, daha küçük sağ PFK'e sahip oldukları gösterilmiştir. Görüntüleme çalışmalarında, PFK ve striatumda azalmış aktivite, posterior sensoryal ve motor kortekslerde ise artmış aktivite gösterilmiştir. Bu değişiklikler metilfenidat ile normale dönmektedir. DEHB olan hastalarda, frontal lob volümünde azalma, kaudat nukleusun normal simetrisinde azalma, ve rostral korpus kallosumda daha küçük kesit alanı gösterilmiştir. Yine frontal lob testleri ve nörofizyolojik testler de PFK disfonksiyonunu desteklemektedir (Arnsten ve ark. 1996).

Maymunlar üzerinde yapılan araştırmalarda; PFK'ten çeşitli bölgelere uzanan paralel bağlantıların, işlev halindeki bellek fonksiyonlarına yardımcı olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte PFK'in başlıca görevinin işlev halindeki bellek fonksiyonları üzerine etkili olarak davranışa rehberlik etmek olduğu ortaya konmuştur. Dorsolateral PFK'in piramidal hücreleri, sensoryal assosiyasyon korteksine, inhibe edici bağlantılar olarak ulaşır (Şekil 1). Elektrofizyolojik çalışmalar bu bağlantıların, sensoryal assosiyasyon korteksinde ilgisiz uyarıları inhibe ettiğini göstermiştir. Böylece PFK bağlantıları dikkat dağınıklığını azaltır, konsantrasyonu artırır. Ventromedial ve / ya da orbital PFK'ten subkortikal limbik nukleuslara uzanan paralel bağlantılar aracılığı ile, uygun olmayan duygusal yanıtlar inhibe edilmektedir. Prefrontal korteks ve anterior singulat korteksin bağlantılarının inhibitör özellik taşıdığı düşünülmektedir. Anterior singulatın, PFK bağlantılarına ek olarak, sensoryal assosiyasyon korteksi ile de bağlantıları vardır. Bu bölgenin uyarılması, ses uyarısına işitsel kortikal yanıtları inhibe etmektedir. SPECT, PET, fonksiyonel MRI ile yapılan görüntüleme çalışmaları, dikkatin

düzenlenmesinin anterior kortekslerin posterior kortekslere olan inhibitör etkileriyle olduğu hipotezini desteklemektedir. PFK bu fonksiyonlarını başlıca norepinefrin (NE) ve dopamin nörotansmitterleri aracılığıyla yerine getirmektedir (Arnsten ve ark. 1996).



Şekil 1.

#### DEHB'da Katekolaminler

Norepinefrin, PFK'te postsinaptik alfa-2A reseptörlerine etki ederek bilişsel fonksiyonları iyileştirir. Norepinefrin ile PFK'in inhibitör etkileri, dikkat ve bellek yetilerini arttırabilmektedir. Bilişsel fonksiyonlarla ilgili olduğu düşünülen Alfa-2A reseptörleri, 46 alan, PFK ve lokus sereleusta (LS) fazla olarak bulunur. Alfa-2 reseptörlerinin uyarılması, PFK ve lokus sereleus arasındaki karşılıklı etkiler ile bilişsel fonksiyonları düzenlemeye yardımcı olabilmektedir. Bunun yanında Alfa-2 agonistlerinin lokus sereleusa doğrudan etkileri bulunmaktadır. Alfa-2 agonistlerinin PFK ve anterior singulat kortekste bölgesel kan akımını arttırması da PFK'in düzenleyici mekanizmasını desteklemektedir (Arnsten ve ark. 1996).

Hayvanlarda, çıkan dopaminerjik sinir hücrelerinin zedelenmesi, amfetamine duyarlı hiperaktivite ortaya çıkarmaktadır. (Rutter ve ark. 1994). Frontal loblar, ventral tegmantal alan (VTA) ve substansia nigradan zengin dopaminerjik uyarılar alır. Maymunlarda dorsolateral kortekste dopamin miktarı azaltılırsa, bu bölgenin doğrudan çıkarılmasına benzer, işlevsel bellek fonksiyonlarında bozukluklar gözlenir. Stimulanların yararlı bir etkisi de, santral sinapslarda dopamini arttırmaktır. Bununla birlikte dopaminerjik agonistler DEHB semptomlarını iyileştirmede yeterli değildir. Kaldı ki dopaminin başlı-

ca metaboliti olan homovalinik asit (HVA) ile beyin omurilik sıvısı (BOS) ve idrarda yapılan çalışmalar DEHB'da dopamin eksikliği hipotezi ile uyumlu sonuçlar vermemiştir. Bunun nedeni; dopamin farklı reseptör tipleriyle, mezokortikal ve mezolimbik bağlantılarda farklı roller oynamaktadır. Örneğin D-1 reseptörleri işlev halindeki bellek için önemli iken, mezolimbik alandaki dopamin reseptörleri (özellikle D-3) kişinin ödülle verdiği yanıtta önemlidir. Maymunlarda bu alana dopamin verilmesi aktivite düzeyinde artmaya neden olur. Böylece mezolimbik dopamin sisteminin hiperfonksiyonu DEHB'da önemli olabilir (Pliszka ve ark. 1996).

### Lokus Seroleus, Sempatik Sinir Sistemi ve Dikkat Sistemleri

DEHB'da ileri sürülen varsayımları daha iyi anlayabilmek için lokus seroleus, sempatik sinir sistemi ve dikkat sistemlerinden söz etmek yerinde olacaktır:

Hayvan araştırmalarına dayanarak, lokus seroleus, dikkat fonksiyonunda önemli rol oynadığını ve başlıca Noradrenerjik nöronları içerdiğini söyleyebiliriz. Noradrenerjik sistem iki öğeden oluşur.

1) Santral norepinefrin sistemi (başlıca lokus seroleustan kaynaklanır).

2) Periferik sempatik norepinefrin sistemi (spinal kordtaki intermediolateral hücre alanlarından kaynaklanır)

Lokus seroleustan kaynaklanan norepinefrin nöronları, tüm serebral korteksi, ortabeyni ve spinal kordu tutar. (Şekil 2). Bununla birlikte lokus seroleus, intermediolateral hücre alanlarıyla dorudan bağlantı yapmaz. Lokus seroleus ve sempatik sinir sistemi birbirinden bağımsızdır ve kısmen bilinen yollarla etkileşirler. Dışarıdan gelen bir uyarı hem santral norepinefrin sistemini hem de periferik sempatik sistemi aktive eder. Santral norepinefrin beyin sinyali / gürültü oranını arttırmada, periferik epinefrin ise vücudun strese yanıtını harekete geçirmede rol oynar. Lokus seroleus özgül uyarılara yanıtta çok aktiftir. Lokus seroleus nöronları, norepinefrin salgılandığında, postsinaptik kortikal nöronların spontan aktiviteleri azalır. Fakat kortikal nöronlar özgül uyarılara daha güçlü yanıt verirler. Böylece sinyal/gürültü oranı gelen uyarı için arttırılır.

Uyarıya verilen yanıtta, periferik sempatik sistem de rol oynar. bunu daha iyi anlayabilmek

için lokus seroleusun afferent bağlantılarını tanımlamak yerinde olacaktır. Şekil 2'de gösterildiği gibi lokus seroleus, propositus hipoglossi (PrH) den inhibitör uyarılar alırken, parajigantosellularis (PGi)'ten güçlü eksitator uyarılar alır. PFK'ten olan bağlantılar lokus seroleusun aktivitesini etkileyebilir. Hayvanlarda yapılan çalışmalarda, propositus hipoglossinin davranışları yönlendirmek için, uyarıya yönelik olan kafa, göz ve kulak kepçesi hareketlerini etkileyerek rol oynadığı ortaya konulmuştur. Parajigantosellularis; nukleus traktus solitariustan vücudun vejetatif durumunu bildiren (kan basıncı, volüm, kan pH'ı gibi) kompleks uyarılar alır. Yine spinal kordtan ve beyin sapı sensoryal nukleuslarından duyu uyarıları alır. Parajigantosellularisin yalnızca lokus seroleus ile bağlantıları olmayıp, intermediolateral hücrelere eksitator uyarılar göndererek, periferik sinir sistemini güçlü bir şekilde aktive eder. Böylece değişik uyarılar lokus seroleus ve sempatik sinir sistemini aynı anda aktive ederler ki, lokus seroleus aktivasyonu ile sempatik sinir sistemi aktivasyonu arasında önemli bir ilişki gözlemlenir. Her iki sistem de dışarıdan gelen uyarılara yanıtta önemlidir. Lokus seroleus, bilgi işlemi için korteksi hazırlar, periferik sempatik sinir sistemi ise yanıt için fiziksel olanakları (kan akımı değişikliği gibi) hazırlar (Pliszka ve ark. 1996).

Strese uyum ve görevdeki iyi performansın; katekolaminlerin temel düzeylerinin düşüklüğü ve mental stres sırasında akut salınımın yüksekliği ile ilgili olduğu ileri sürülmüştür. Bu açıktan ortaya koymaktadır ki katekolaminlerin statik temel düzeylerinden çok, dinamik katekolamin salınımını araştırmak gerekmektedir (Pliszka ve ark. 1996).

Yukarıda belirttiğimiz gibi periferik sinir sisteminin aktivitesi, lokus seroleus aktivitesiyle bağlantılıdır. Her iki sistemin aktivasyonu parajigantosellularis ile olmaktadır. Üstelik değişen periferik katekolamin miktarlarının santral etkileri olduğu bulunmuştur. Sağlıklı erişkinlerde, kan beyin engelini geçemeyen epinefrinin intravenöz verilmesi, plaseboya göre bilişsel fonksiyonları daha iyi düzeye getirmiştir. Yine stres süresince, idrar epinefrin düzeyinde artma gösteren normal çocuklar, seçici dikkat ve dikkatin sürdürülmesinde daha iyi iken, epinefrin düzeyleri düşük olanların verilen görevleri yapmada daha başarısız oldukları gösterilmiştir. DEHB'da temel periferik norepinefrin salınımı yüksek

iken, stres süresince çok az arttığı ileri sürülmüştür. Oysa DEHB olan çocuklarda kontrol gruplarına göre daha düşük idrar epinefrin düzeyleri bulunmuştur. Stimulanlar idrar epinefrin miktarını arttırmaktadırlar. Mc Cracken (1991) stimulanlara bağlı epinefrin yükselmesinin ilaç etki mekanizmasının bir parçası olabileceğini belirtmiş ve iki mekanizma ileri sürmüştür (Şekil 2):

1. Stimulanlar, santral epinefrin geri alınımını bloke ederek, epinefrin miktarını arttırabilirler. Santral epinefrin, lokus sereleus'u inhibe eder.

2. Kan akımında periferik epinefrin etkileri (artmış nabız, kan basıncı gibi), lokus sereleus'a sensoryal afferentler ile taşınır. Lokus sereleus inhibe olur, dışarıdan gelen uyarılara daha güçlü yanıt verir (Pliszka ark. 1996).

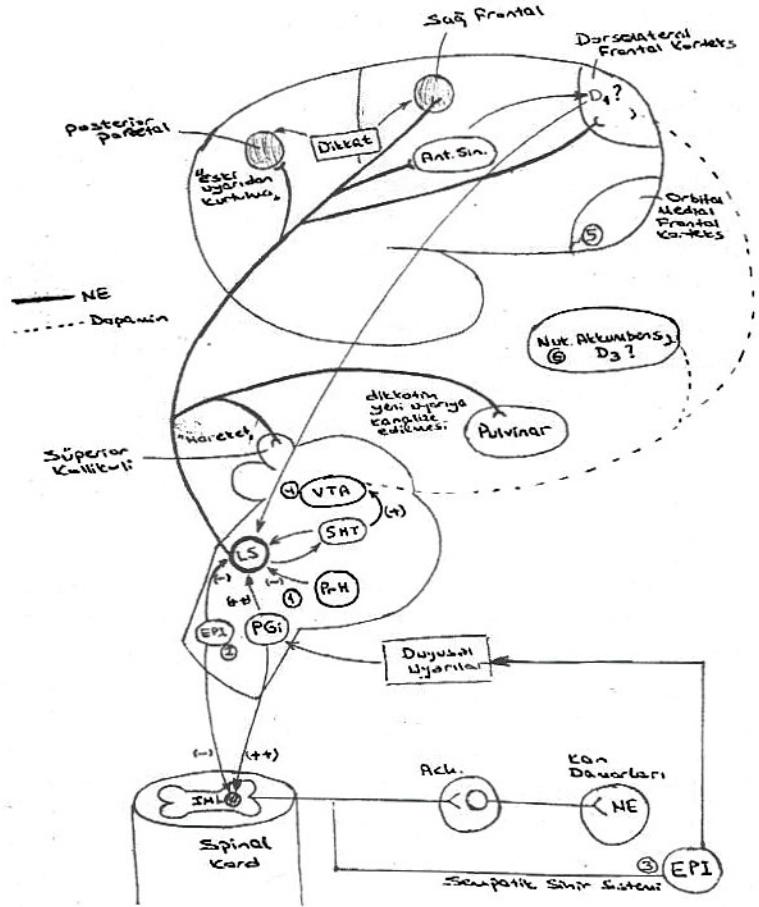
Dikkat fonksiyonları beyinde her birinin özgül rolü bulunan çeşitli alanlara dağılmıştır. Görsel dikkat sistemi başlıca ikiye bölünebilir (Şekil 2):

1) Posterior dikkat sistemi; sağ süperior parietal alan, süperior kollikuli ve pulvinar içerir. Posterior sistem mevcut uyarıları geri plana iter ve yeni uyarılara yönelir.

Sağ süperior parietal alanın, yeni bir uyarı geldiğinde, eski uyarıdan kurtulmada görevi vardır. Süperior kollikuli yeni uyarıya dikkatin odaklanmasındaki harekette rol oynar. Pulvinar ise dikkatin yeni uyarıya kanalize edilmesinde önemlidir. Posterior dikkat sisteminde başlıca noradrenerjik sistem görev yapar. Yazılar posterior dikkat sisteminde, norepinefrinin yeni uyarıya yönelme ve kanalize olmada önemli olduğunu ileri sürmektedirler.

2) Anterior ya da yönetici sistem; anterior singulat girus ve bunun prefrontal yapılarla bağlantılarını içerir. Anterior sistem, frontal lob fonksiyonlarını etkiler. Eğer bir kişi bilgiyi işleyip, bu-

na bir yanıt verecekse, anterior singulat aktif hale geçer. Anterior singulatın parietal lob ve dorsolateral PFK ile yoğun bağlantıları vardır. Anterior singulat hem dopamin hem de Noradrenerjik sistemlerin etkisi altındadır. Norepinefrin, PFK nöronlarının spontan aktivitesini azaltır, ancak özgül uyarılara yanıtını artırır. Dopamin ise PFK spontan aktivitesini ve kortikal nöronların yeni uyarılara yanıtını baskılar. PFK'e gelen dopaminerjik uyarılar, yeni bilgileri dışlamaya ve bireyi yanıt hazırlamaya yardımcı olurlar.



Şekil 2. VTA: Ventral Tegmental Alan; 5HT: Serotonin; LS: Lokus Sereleus; PrH: Propositus Hipoglassi; PGI: Parajigantosellularis; Ant. Sin: Anterior Singulat Girus; IML: Intermediolateral hücre kolun; NE: Norepinefrin; ACh: Asetilkolin; EPI: Epinefrin

(J. Am. Child Adolesc. Psychiatry, 35:3, March 1996'dan alınmıştır.)

### Çok Basamaklı Hipotez

(Şekil-2'deki sayılar, lezyonların nerede olabileceğini göstermektedir.)

1. Parajigantosellüleris (PGI) deki temel bozukluk lokus sereleus ve sempatik sinir sisteminin

aşırı tonik aktivitesine neden olur. Strese yanıt olarak çıkan fazık bir aktivasyon yerine, norepinefrin sistemi çok yüksek bir düzeyde boşuna, amaçsız çalışır. Merkezi sinapslarda norepinefrinin fazla salınımı kortikal aktivitenin inhibisyonuna ve gelen uyarılar için, lokus sereleusun sinyal/gürültü oranını arttırabilme yeteneğinin kaybına yol açar. Posterior dikkat sistemi eski uyarıları geri plana atıp, yeni verilere geçiş yapma yeteneğini kaybedecektir. Bunun sonucu olarak dikkat dağınıklığı oluşacaktır.

2. Santral Epinefrin (EPI)'de eksiklikler olabilir. Bu da lokus sereleus ve periferik sempatik sistemin tonik aktivitesine neden olur.

3. Periferik epinefrin sisteminde disfonksiyon bulunabilir. Mc Cracken'in (1991) ileriye sürdüğü gibi stimulan yanıtında periferik epinefrin artışı önemli olabilir. Böylece lokus sereleus, periferden gelen sensoryal afferentler aracılığıyla, daha düşük aktivite düzeyinde tekrar düzenlenir.

4. Beyin sapı mekanizmalarında yetersizlik olabilir. Beyin sapı işitsel uyarılma potansiyelleri ile yapılan çalışmalar beyin sapı disfonksiyonunu desteklemektedir (Lahat ve ark. 1995). Normalde, ventral tegmantal alandan, frontal kortekse olan dopaminerjik uyarılar yeni bilgileri dışlamaya ve bireyi yanıt hazırlamaya yardımcı olurlar. Ventral tegmantal alanın bu aktivasyonundaki yetersizlik lokus sereleustan kaynaklanıyor olabilir. Şöyle ki normalde, lokus sereleus ile Raphe çekirdeği ve Raphe çekirdeği ile Ventral tegmantal alan arasında bağlantılar vardır. Raphe çekirdeğindeki serotonerjik nöronlar, ventral tegmantal alandaki dopaminerjik nöronların ateşlenmesini kolaylaştırır. Lokus sereleus Raphe çekirdeğine inhibitör uyarılar gönderir. Bir uyarı geldiğinde, lokus sereleus, posterior dikkat sistemini hazırladıktan sonra, Raphe çekirdeğine ulaşan inhibitör uyarıları keser ve Raphe çekirdeğindeki serotonerjik nöronlar ile ventral tegmantal alandan dopamin salınımı kolaylaştırır. Dopamin dikkat fonksiyonunun yerine getirilmesinde geç olarak rol oynar. Yoğun lokus sereleus ateşlenmesi Raphe çekirdeğini uygun şekilde inhibe edecek ve ventral tegmantal alandan, yeni bilgileri dışlamaya ve bireyi yanıt hazırlamaya yardımcı olan dopamin fonksiyonu aksayacaktır.

5. Dorsolateral ya da mediyoorbital kortekste bozulmalar olabilir. Burada dopamin reseptör alt

grupları önemli olabilir. İşlev halindeki belleğin yalnızca D-1 reseptörleri ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Böylece DEHB olan çocuklar global dopamin eksikliğine sahip olmayabilirler, fakat tedavide D-1 agonistleri genel dopamin agonistlerine göre daha yararlı olabilir.

6. Ventral striatal alandaki nukleus akkumbenste dopamin aktivitesinin artması, hayvanlarda aktivitenin artmasına neden olur. Quay (1988) bu mezolimbik sıklustaki daha yüksek aktivitenin ödüllendirici uyarıya karşı daha büyük duyarlılığa yol açtığını ileri sürmüştür. Bu alanda dopamin reseptörleri özellikle D-3 subtipi çokça bulunur ve hipersensitif olabilir.

7. Son olarak, dorsolateral korteksin, lokus sereleus ile doğrudan bağlantısı vardır. Böylece bağlantı tam bir siklus haline gelir. Bu bölgenin primer lezyonu lokus sereleus kontrolündeki hiyerarşik yapılanmada yetmezliğe neden olabilir (Pliszka ve ark. 1996).

DEHB patofizyolojisinde düşünülen diğer mekanizmalar ise şunlardır:

#### **Dominant Hemisferin İnhibisyon Yetersizliği ve Hemisferik Asimetri**

DEHB olan çocuklarda, sağlıklı çocuklar ile karşılaştırmalı yapılan MRI tetkiklerinde kaudat nukleusun başı değerlendirilmiştir. Normal çocukların %72,7'sinde sol<sağ asimetrisi varken, DEHB olan çocukların %63,6'sında sol>sağ asimetrisinin olduğu bulunmuştur. DEHB'da bu asimetrisinin, sol kaudat nukleusun küçüklüğünden kaynaklandığı ve erkek hastalarda bunun daha belirgin olduğu gösterilmiştir. Araştırmacılar kaudat nukleus asimetrisinin nörotransmitter sistemindeki asimetriyle ilgili olabileceğini ve yine bununla ilgili olarak DEHB'da dominant hemisferin inhibisyon yetersizliğinin, davranışsal belirtileri ortaya çıkarabileceğini ileri sürmektedirler (Hynd ve ark. 1993).

Castellanos ve arkadaşlarının (1994) yaptıkları çalışmada MRI ile sol ve sağ kaudat nukleuslar volümetrik olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada farklı olarak, DEHB olan çocuklarda sol ve sağ kaudat nukleusların eşit büyüklükte olduğu, ancak kontrol grubundaki çocuklarda sağ>sol asimetrisinin bulunduğu ileri sürülmüştür.

#### **Tiroid Hormonunda Yaygın Direnç Sendromu**

DEHB'nun, tiroid hormonuna yaygın direnç sendromu olan çocuklarda daha sık görüldüğü

ileri sürülmüştür (Weiss ve ark. 1993, Hauser ve ark. 1993). Bu hastalığın  $\beta$  tiroid reseptörlerini etkileyen genetik mutasyondan kaynaklandığı, tiroid hormonlarına pitüiter ve periferik doku yanıtının azaldığı ileri sürülmektedir (Male 1994, Usala 1994). Bununla birlikte DEHB olan çocuklarda tiroid hormonuna yaygın direnç sendromu prevalansı oldukça seyrek (Weiss ve ark. 1993) ve yapılan çalışmalarda DEHB ile bu sendrom arasında genetik bağlantıyı destekleyen sonuçlar bulunamamıştır (Weiss ve ark. 1994).

#### **Otoimmünite**

Antinöronal antikorlara bağlı olarak oluştuğu düşünülen, merkezi sinir sistemi disfonksiyonunun prototipi Sydenham Koresi'nde DEHB ile uyumlu semptomlar görülebilmektedir (dürtüsellik, konsantrasyonda güçlük, dikkat süresinin kısalığı). Bu çalışmalar Grup A (beta) hemolitik streptokok enfeksiyonlarıyla hiperaktivitenin birlikte olabileceğini ortaya koymaktadır (Louise ve ark. 1993, Swedo ve ark. 1994, Swedo ve ark. 1993).

#### **Anne Sütü, Gıda Duyarlılığı ve Allerji**

Öktem ve Sonuvar (1993)'ın yaptıkları çalışmada, anne sütü alma süresi dikkat eksikliği grubunda ortalama 5.5 ay, hiperaktiviteli dikkat eksikliği gösteren çocuklarda 1-2 ay iken, kontrol grubundaki ortalama 12 ay olarak belirlenmiştir.

DEHB etyolojisinde gıda duyarlılığının da rol oynadığı düşünülmektedir (Boris ve Mandel 1994). Diet ve enzim potansiyel desensitizasyon (EPD) tedavisinden hastaların yarar görmesi hiperkinetik sendromda gıda allerjisini desteklemektedir (Egger ve ark. 1992). Feingold (1976), gıda eklerinin (suni renklendiriciler ve unlar) ve doğal salisatların hiperaktiviteye neden olduğunu ve bunların eliminasyonunun dramatik iyileşme meydana getirdiğini ileri sürmüştür. Ancak çeşitli çift kör çalışmalarda bu gösterilememiştir. Bazı yazarlar diet yönelimli tedaviyi uygun görmemektedirler (Kraummel ve ark. 1996).

DEHB olan hastalarda 9-13 yaş grubunda, allerjik hastalıklar (astma, kronik dermatitis, rinit, ürtiker) daha sık görülmektedir (Mc Gee ve ark. 1993).

#### **Frajil X Sendromu**

Frajil X sendromu olan hastaların %35'inde DEHB, %51'inde öğrenme güçlüğü vardır (Hegaman ve ark. 1994). Ancak DEHB olan çocukla-

rın zekalarıyla ilgili problemleri yok iken (Öktem ve Sonuvar 1993), frajil X sendromunda zeka problemleri vardır (Cavines 1991). Ayrıca DEHB'nda frajil X sendromu çok küçük bir oranı oluşturmaktadır (Öktem 1996).

#### **Prenatal ve Perinatal Etkenler**

DEHB etyolojisinde prenatal ve perinatal etkenlerin de önemli olabileceği vurgulanmıştır. DEHB'nun doğum öncesi kanama, annenin yaşı, sosyal sınıf, travmanın uzaması (2. Dönem), birinci dakikadaki apkar skoru ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Chandola ve ark. 1992). Doğum sırasında bebeğin karşılaştığı zorluklar (kordon dolanması, mor doğum, sezeryen, forseps uygulanması) dikkat eksikliği grubunda daha yüksektir (Öktem ve Sonuvar 1993). Çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin de dikkat eksikliği bozukluğu belirtileri bilinmektedir. Erken doğum öyküsü, dikkat eksikliği grubunda %20 iken, bu oran kontrol grubunda %8'dir. (Öktem 1996). Hamilelikte sigara içenlerin çocuklarında (Milberg ve ark. 1996) ve özellikle gebeliğin 3. trimestrine kadar alkol alanların çocuklarında DEHB belirtilerinin daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Korkman ve ark. 1994). Bu etkenler merkezi sinir sisteminde minimal ve kolayca ayırt edilemeyen beyin hasarı meydana getiriyor olabilir (Kaplan 1994).

#### **Merkezi Sinir Sistemi İmmatüritesi ya da Hasarı**

Merkezi sinir sistemi immatüritesi ya da hasarı DEHB'nda olası etyolojik etkenlerdendir. DEHB olan bazı çocukların nörolojik muayenelerinde minör anormallikler görülmektedir (Martin ve ark. 1984). Bununla birlikte hastaların çoğunda doğum travması ya da serebal zedelenme öyküsü yoktur ve bilgisayarlı tomografi çalışmalarında anatomik farklılık gözlenmemiştir (Harcherick ve ark. 1985). Ancak bazı araştırmalarda ise, hafif kafa travmalarıyla dikkat eksikliği arasında önemli bağlantılar olduğu ileri sürülmüştür (Segalowitz ve ark. 1995).

#### **Eser Elementler, Kurşun Zehirlenmesi**

Etyolojide rol oynadığı düşünülen diğer etken eser elementlerdir. Serum çinko düzeylerinde (Bekaroğlu ve ark. 1996), plazma, eritrosit, saçlarda, magnezyum, bakır, demir, kalsiyum düzeylerinde düşüklükler saptanmıştır (Kozielec ve ark. 1994). Kan ve saçta araştırılan kurşun düzeylerinde ise artma gösterilmiş ve kurşun ze-

hirlenmesinin etyolojide rol oynayabileceği ileri sürülmüştür (Eppright ve ark. 1996, Minder ve ark. 1994, Leung ve ark. 1994).

### EEG Anormallığı

DEHB'nda EEG anormallikleri saptanmıştır EEG'de %44.4 normal bulgular; %28.89 oranında özgül olmayan bulgular; %26.67 oranında ise belirgin bozukluklar görülmüştür (Öktem ve Sonuvar 1993). Bazı olgularda zamanla bulgular normale dönmektedir (Kaplan ve ark. 1994). Bazı araştırmacılar DEHB'nun alt tiplerini ayırt etmede EEG tekniklerinin yararlı olduğunu ileri sürmektedirler (Kuperman ve ark. 1996).

### Genetik Etkenler

Genetik etkenlerin de etyolojide yeri vardır. DEHB'da monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre konkordans daha yüksektir. Hiperaktif çocukların kardeşlerinde genel populasyona göre iki kat daha fazla DEHB görülür. Bir kardeşte önde gelen belirti hiperaktivite iken diğerinde dikkatsizlik olabilir. Evlat edinilmiş DEHB olan çocukların biyolojik anne babalarında, daha yüksek oranda DEHB görülmektedir (Kaplan 1994). Günümüzde daha çok polijenik geçiş düşünülmektedir (Goodman 1989).

### Aile, Çevre, Psikososyal Ortam

Aile, çevre ve psikososyal ortamın etyolojideki yeri araştırılmıştır. Ciddi evlilik sorunları, evlat edinilmiş olma, düşük sosyoekonomik düzey, geniş aile yapısı, anne ve babanın suç işlemeye yatkın yapılarının bulunması, annenin mental hastalığının olması, risk etkenleri olarak değerlendirilmiştir (Biederman ve ark. 1995). Çevresel etkenler, tüm sosyal olumsuzluklar olasılıkla hastalığın dikkat eksikliği kısmında rol oynar; mutsuz aile ortamı, evlilik sorunları, birbiriyle çelişen anne baba tutumları hiperaktivitenin eşlik ettiği davranım bozuklukları riskini arttırmaktadır (Sandberg 1996). Kurumlardaki çocuklar sıklıkla DEHB semptomlarını gösterirler. Bu belirtilerin uzamış emosyonel yoksunluktan ileri geldiği ileri sürülmüştür. Nitekim evlat edinme gibi çözümlerle yoksunluk etkenleri ortadan kaldırıldığında belirtiler kaybolmaktadır (Kaplan ve ark. 1994).

### Cinsiyet

DEHB'nda cinsiyetin de rolü olduğu ileri sürülmüştür. DEHB erkeklerde daha sık olarak gözlenir (Öktem ve Sonuvar 1993). Kızlarda hastalığın

daha çok dikkat ögesi belirginken, erkeklerde hiperaktivite ögesi belirgindir. Cinsiyet farklılığına dayanan bu deliller, genetik geçişli, biyolojik temeli olan hiperkinetik hastalığın etyolojisini güçlendirmektedir (Sandberg 1996).

### Sonuç

DEHB etyolojisinde bir çok etken öne sürülmektedir. Çok basamaklı hipotezde, norepinefrin, epinefrin, dopamin, serotonin fonksiyonlarının aksaması ve beyinde dikkat ile ilgili çeşitli merkezlerin yeterince fonksiyon görmemesi sonucunda dikkat dağınıklığı olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalar gıda duyarlılığının etyolojideki yerinin tartışmalı olduğunu ortaya koymuştur. Genetik etkenler, prenatal ve perinatal etkenler, aile, çevre, psikososyal ortamın önemli olduğu vurgulanmıştır. Tiroid hormonuna genel direnç sendromunun etyolojideki yeri tartışmalıdır. Eser elementlerin eksikliği ve kurşun zehirlenmesi olası etyolojik etkenlerdir. İleri sürülen bütün etkenlere karşın DEHB'nun kesin nedeni bilinmemektedir.

### KAYNAKLAR

- Arnsten AFT, Steere JC, Hunt RD (1996) The contribution of alfa-2 Noradrenergic mechanism to prefrontal cortical cognitive function. *Arch. Gen. Psychiatry.* 53: 443-455
- Bekaroğlu M, Arslan Y, Gedik Y (1996) Realationships between serum free acids and zinc and attention deficit hyperactivity disorder. *J. Child, Psychiatry* 37(2): 225-227.
- Biederman J, Milberger S, Faraone SV ve ark. (1995) Family-environment risk factors for attention deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity. *Arch-Gen-Psychiatry.* 52(6): 464-70.
- Boris M, Mandel FS (1994) Foods and additives are common causes of the attention deficit hyperactivity disorder in children. *Ann-Allergy.* 72(5): 462-8.
- Cavines VS (1991) *Fragile X. Harrison's Principle of internal Medicine* içinde Wilson JD, Braunwald E, Isselbacher KJ ve ark (ed). Mc Graw-Hill, Inc. New York. S: 2057.
- Chandola CA, Robling MR, Peters TJ ve ark. (1992) Pre and perinatal factors and the risk of subsequent referral for hyperactivity. *J-Child-Psychol-Psychiatry.* 33(6):1077-90.
- Castellanos FX, Giedd JN, Eckburg P ve ark. (1994) Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *Am. J. Psychiatry.* 151: 1791-1796.
- Egger J, Stolla A, Mc Ewen LM (1992) Controlled trial of hyposensitisation in children with food-induced hyperkinetic syndrom. *The Lancet* 339: 1150-53.

- Eppright TD, Sanfacon JA, Horwitz EA (1996) Attention deficit hyperactivity disorder, infantile autism, and elevated blood lead. *Mo-Med*. 93(3): 136-8.
- Feingold BF (1976) Hyperkinesis and learning disabilities linked to the ingestion of artificial food colors and flavors. *J. Learning Disabil*. 58(154).
- Goodman R (1989) Genetic factors in hyperactivity. *BMJ*. 298(6685): 1407-8.
- Harcherick DF, Cohen DJ, Ort S ve ark. (1985) Computed tomographic brain scanning in four neuropsychiatric disorder of childhood. *Am J Psychiatry* 142(6):731-4.
- Hauser P, Zametkin AJ, Martinez P ve ark. (1993) Attention deficit hyperactivity disorder in people with generalized resistance to thyroid hormone. *N Eng J Med* 328:997-1001.
- Hegaman RJ, Wilson P, Stalay LW ve ark. (1994) Evaluation school children at high risk for fragile x syndrome utilizing buccal cell FMR-1 testing. *Am-J-Med-Genet*. 51(4): 474-81.
- Hynd GW, Hem KL, Novoy ES ve ark. (1993) Attention deficit-hyperactivity disorder and asymmetry of the caudate nucleus. *J-Child-Neurol*. 8(4): 339-47.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Greb JA (1994) Kaplan And Sadock's Synopsis of Psychiatry. Wililam & Wilkons, Baltimore, Maryland.
- Kiessling LS, Marcotte AC, Culpepper L (1993) Antineuronal antibodies in movement disorder. *Pediatrics* 92: 39-43.
- Korkman M, Hilakivi CLA, Autti RI (1994) Cognitive impairments at two years of age after prenatal alcohol exposure or perinatal asphyxia. *Neuropediatrics*. 25(2): 101-5.
- Kozielec T, Starobrat Hermelin B, Katkowiak L (1994) Deficiency of certain trace elements in children with hyperactivity. *Psychiatry-Pol* 28(3): 345-53.
- Kraummel DA, Seligson FH, Guthrie HA (1996) Hyperactivity is candy cause? *J-Child-Neurol*. 6 Suppl:S9-12.
- Lahat E, Avital E, Barr J ve ark. (1995) BAEP studies in children with attention deficit disorder. *Dev-Med-Child-Neurol*. 37(2):119-23.
- Leung AK, Rabson WL, Fagon JE ve ark. (1994) Attention deficit hyperactivity disorder. Getting control of impulsive behavior. *Postgrad-Med*. 95(2): 153-60.
- Mala E (1994) Hyperkinetic disorder-a new wiew? *Cesk-Psychiatry*. 90(4): 209-12.
- Martin CA, Welsh RJ, Mckay SE ve ark. (1984) Hyperactivity (attention deficit disorder). *J Fam Pract* 19(3):372-3.
- Mc Gee R, Stanton WR, Sears MR (1993) Allergic disorders and attention deficit in children. *J-Abnorm-Child-Psychol*. 21(1):79-88.
- Milberg S, Biederman J, Faraone SV ve ark. (1996) Is maternal smoking during pregnancy a risk faktör for attention deficit hyperactivity disorder in children. *Am-J-Psychiatry*. 153(9):1138-42.
- Minder B, Das Smaal EA, Brant EF ve ark. (1994) Exposure the lead and specific attention problems in school children. *J-Learn-Disabl*. 27(6):393-9.
- Öktem F, Sonuvar B (1993) Dikkat eksikliği tanısı alan çocukların özellikleri *Türk Psikiyatrisi Dergisi* 4:(4) 267-272.
- Öktem F (1996) Dikkat eksikliği bozukluğu. *Katkı Pediatrı Dergisi Cilt:17 Sayı:5*. 826-849.
- Pliszka SR, Mc Cracen JT, Mass JW (1996) Catecholamines in attention deficit hyperactivity disorder. *J. Am. Ac Child. Adolesc. Psychiatry*. 35:3.
- Rutter M, Taylor E, Hersov L (1994) *Child and Adolescent Psychiatry*. Blackwell Science LTD Editorial Office. Cambridge.
- Kuperman S, Johnson B, Arndt S ve ark. (1996) Quantitative EEG difference in a nonclinical sample of children with ADHD and undifferentiated ADD. *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry*. 35(8):1009-1017.
- Sandberg S (1996) Hyperkinetic or attention deficit disorder. *British Journal of Psychiatry*. 169. 10-17.
- Segalowitz SJ, Lawson S (1995) Subtle symptoms associated with self reported mild head injury. *J-Learn-Disabl*. 28(5): 309-19.
- Swedo SE, Leonard HL, Kiessling LS (1994) Speculation antineuronal antibody-mediated neuropsychiatric disorder of childhood. *Pediatrics* Vol. 93 No. 2, 323-326.
- Swedo SE, Leonard HL, Scapiro MB ve ark. (1993) Sydenham's chorea: physical and psychological symptoms of St vitus dance *Pediatrics* 91: 706-713.
- Usala SJ (1994) Resistance to thyroid hormone in children. *Curr-Opin-Pediatr*. 6(4): 468-75.
- Weiss R, Stein M, Duck S ve ark. (1994) Low intelligence but not attention deficit hyperactivity disorder is associated resistance to thyroid hormone caused by mutation R316H in the thyroid hormone receptor  $\beta$  gene. *J Clin Endocrinol Metab* 78:1525-1528.
- Weiss RE, Stein MA, Trommer B ve ark. (1993) Attention deficit hyperactivity disorder and thyroid function. *J Pediatrics*. 123(4): 539-545.

# ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERNEĞİ ADOLESAN SORUNLARI ÇALIŞMA GRUBU (11 Ocak 1997 - Ankara)

## TARTIŞMA GRUPLARININ RAPORLARI

**Grup I** : Sosyal Yönden Adolesan Sorunları

**Yönetici** : Prof. Dr. Saynur Canat (Ankara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri AD)

**Katılanlar**: Av. Türkay Asma (Çocuk Mahkemeleri üyesi)  
Prof. Sos. Hiz. Uzm. Sevil Atauz (Sokak Çocuklarını Koruma Derneği)  
Toksall Başara (Gençlik ve Spor Bakanlığı Gençlik Hizmetleri Dairesi)  
Uz. Ped. Tülay Eraslan (Adalet Bakanlığı, Küçükleri Koruma Şubesi)  
Uz. Dr. Nalan İşcan (S.S.K. Ankara Hastanesi Gençlik Ünitesi)  
Özcan Kars (H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu)  
Neşe Özen (Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu)  
Leyla Yıldız (Kredi Yurtlar Kurumu)

**1) Durum saptama:** Toplumun ergenlere ve ergenlerin topluma bakış açısı

- 1938 yılında çıkarılan yasa ile Gençlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuş olmasına karşın bu genel müdürlük amacına ulaşabilmiş değildir. Bağlı olduğu bakanlık (Gençlik ve Spor Bakanlığı) günümüzde yalnızca "spor" alanında yoğunlaşmış olup, "gençlik" hizmetleri çok geri planda kalmıştır. Bugün hizmet kalitesinde bir yükselme olmakla birlikte gene de Genel Müdürlüğün ergenler ya da gençler için belirlenmiş bir "bakış açısı" bulunmamaktadır. Bu alandaki bir diğer eksiklik, 42 Avrupa ülkesi içinde gençler tarafından oluşturulmuş bir sivil toplum örgütü olmayan tek ülkenin Türkiye olmasıdır.

- Belirli bir bakış açısının olmadığı en önemli göstergesi çocuk ve ergenlere ilişkin istatistiksel verilerin olmamasıdır.

- Genel olarak bir güvensizlik sözkonusudur.

Toplum ergene güvenemiyor ve aynı şekilde ergen topluma güvenmiyor denebilir. Hem koruma altında olan çocuk ve ergenler ve hem de hüküm giymiş gençler amaçsız olarak yetiştirilmektedir.

- Sokakta çalışan çocuklar sorunu herkesin gözü önünde olduğu halde görmezden gelinmektedir. Çalışan çocukların büyük bir kısmı yasal biçimde çalışmamakta ve çıraklık kapsamı dışında kalmaktadır.

- Aile açısından ele alındığında anne-babaların da gençlere karşı bir güvensizliği söz konusudur. Aileler 20'li yaşlardaki gençlere bile çocuk gibi davranmaktadır.

- Çocuk suçlarının büyük bir bölümünde aile teşviki söz konusudur.

**2) Sorunların belirlenmesi:** Yapılanlar ve yapılmayanlar

- SHÇEK kurumlarında çocuk ve ergenler devlet tarafından koruma altına alındığı halde bu kurum aşırı bir yüklenme altındadır. Dolayısıyla kurum korumasındaki çocukların sayısını azaltmak amacıyla ailelere sosyal ve ekonomik açıdan destek sağlanarak, sadece anne-babası olmayan çocuklar koruma altına alınarak daha sağlıklı bir hizmet verilebilir.

- Çıraklık yasası işlememekte dolayısıyla çocuk ve ergenlerin emekleri sömürülmektedir. Sokakta çalışan çocuklar ve çalışan çocuklarla ilgili çeşitli örgütler vardır; fakat bunlar dağınık durumda olup, aralarında bir koordinasyon ve işbirliği yoktur. Çalışan çocukların büyük bir kısmı çıraklık eğitiminden yararlanamamakta ve çok ağır işlerde çalıştırılmaktadır. Bu tür durumlarda hukukçuların mağdur çocuklara yapmak istedikleri yardım sonuç verememektedir.



- Tutaklu çocuk ve ergenler özellikle yargılama öncesi dönemde yetişkinlerle aynı ortamda tutulmaktadır. İslahevleri ise yetersiz sayıdadır ve programlarının yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.

- Çocuk Mahkemeleri dosyaları ilgili uzmanlara vermemektedir. Hakimler konularında uzman değildir ve yasaları işletmemekte ya da verilen raporları uygulamamaktadırlar.

- Parçalanmış ailelerde çocuğun velayeti herhangi bir inceleme yapılmaksızın hangi taraf isterse ona verilmekte ve çocuklar bu konuda korunmamaktadırlar.

### 3) Çözüm önerileri:

- İlgili kurumlara somut öneriler götürülmesi. Bu konuda ayrı ayrı hizmet veren kurumlar arasında bütünleşmeye gidilerek kaynak israfının önlenmesi, oluşacak sivil toplum örgütünün uluslararası sivil toplum örgütleriyle ilişkide olması gerekmektedir.

- Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'nda hizmetin kalitesinin düşmesine neden olan kabarıklığı azaltmak için ailelere ekonomik ve sosyal yardım yapılması ve gerçekten gereksinimi olanlara daha sağlıklı bir hizmet götürülmesi uygun olur.

- Çocuk İhmalini ve İstismarını Önleme Derneği tarafından Alo Çocuk Hattı oluşturularak doğrudan yardım aramaları sağlanabilecek ve istismara uğramış çocuklara ilişkin veriler bilgisayar ağına yüklenecektir.

- Suçlu çocuklara ilişkin istatistiksel veriler jandarma ve polis karakollarında bilgisayar kaydına girecek ve bu alanda daha sağlıklı veriler elde edilecektir. Hüküm giymiş çocukların tahliye sonrası sabıka kayıtları iki yıl sonunda otomatik olarak silinmeli ve böylelikle toplumsal yaşama kaygı duymadan katılabilmeleri sağlanmalıdır.

- Çocuk Mahkemeleri ilgili uzmanlardan oluşan bilirkişilere başvurulmalıdır.

- Gençlik ve Spor Bakanlığı Gençlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü doğrudan doğruya gençlerin katılımıyla oluşacak bir "Gençlik Kurultayı"nın toplanması için harekete geçmiş durumdadır. Bu kurultay sonucu gençlerin her alandaki sorun ve beklentileri kendileri tarafından ele alınıp tartışıl-

acak ve çözümler bulmada yol gösterici olacaktır.

### Grup II : Eğitim Alanında Adolesan Sorunları

**Yönetici :** Doç. Psk. Ferhunde Öktem (Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD)

**Katılanlar :** Doç. Psk. Yasemin Akman (Hacettepe Üniv. Psik. Dan. Reh. Bölümü)  
Uzm. Psk. Neslihan Rugancı (Bilkent Üniv. Öğrenci Gelişim ve Danışma Merkezi)  
Psk. Aynur Göncü (Kredi Yurtlar Kurumu)  
Psk. Beyza Ögetürk (TED Ankara Koleji)  
Sos. Hiz. Uz. Uğur Özdemir (Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu)  
Psk. Gülnur Tekeli (Kara Kuvvetleri Harp Okulu)

**1) Durum saptama ve sorunların belirlenmesi:** Eğitim kurumlarındaki psiko-sosyal hizmetlerin yeterliliği (Orta Öğretim/Kredi Yurtlar Kurumu/Yüksek Öğrenim)

#### A. İstihdam

M.E.B.'nin kayıtları, orta öğretimde 250 öğrenciye psiko-sosyal hizmet veren 1 uzman (rehberlik uzmanı, danışman ya da psikolog) gerekli olduğunu belirlemekte, ancak uygulamada 600/1000 öğrenciye 1 uzmanın hizmet verdiği gözlenmektedir.

Bilindiği kadarıyla Çıracılık Okullarında bu tür hizmetler hiç verilmemektedir. ILO çalışan çocuklara bağlantılı olarak Çıracılık Okullarına psiko-sosyal destek verilmesine ilişkin proje oluşturmaktadır.

Kredi Yurtlar Kurumunda 1000 öğrenciye 1 psikolog atanmakta, ancak 1000'in altında öğrenci barındıran yurtlara psikolog atanmamaktadır. Yüksek öğrenimde, bir iki üniversite (Bilkent, ODTÜ gibi) dışındaki üniversitelerin çoğunda 10.000/20.000 kişilik öğrenci kadrosu olmasına karşın sağlık merkezlerinde 1 psikolog bulunmaktadır.

## B. Uygulama

Orta öğretim ve Kredi Yurtlar Kurumu'na atanan psikologlara M.E.B.'nce yapılan kadro tanımlarında Rehber Öğretmen ve Rehber Uzman birbirinin yerine geçerek kullanılmaktadır. Bu görevin algılanışı, uygulama sınırları konusunda bir kargaşa yaratmaktadır.

Orta öğretim, askeri okullar, Yüksek Öğretim ve Kredi Yurtlar Kurumu'nda psikososyal hizmet veren kişiler, çoğunlukla hizmetlerini danışmanlık olarak algılamakta ve bunun dışındaki konsültasyon, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine yer vermemektedirler. Birçok okulda bu tür hizmetler öğrencilerin dosyalarının tutulması dışına çıkmamakta, öğrencilerden alınarak dosyalanan bilgiler kullanılmamaktadır.

Kredi Yurtlar Kurumu'nda çalışan psikologların görev tanımlarının sınırları ve yetkileri belirgin değildir. Ayrıca mesleki donanımlarını geliştirici ve koruyucu hizmetlere ilişkin yetersiz kalabilmektedirler.

Orta öğretimde, rehber uzman/rehber öğretmen kadrolarında istihdam edilen kişilerin mesleki donanımlarına, kişiliğine, yaratıcılığına, yönetici ilişkilerine, yöneticinin eğitim hedefine bağlı olarak hizmetlerin kalitesi değişebilmektedir. Bu koşullar yeterlilik göstermiyorsa, hizmet vermesi beklenen kişiler yalnızca kadro doldurmaktadırlar. Orta öğretimde grup rehberliği, fazla sayıda öğrenciye ulaşmak ve gereksinim belirlemek anlamında özellikle önemlidir. Ancak, böyle bir hizmet sunulmuyor denilebilir. Rehberlik saatlerine giren öğretmenlerle konsültasyon anlamında işbirliği yapılabilir, ancak bu da yapılmamaktadır. Danışmanlar eğitilirken kişisel bilgi kaydı nasıl tutulur ve hangi araçlar kullanılır konusunda yetiştirilmekte, ancak bunları uygulamada kullanmamaktadırlar.

Orta öğretim, Yüksek Öğrenim ve Kredi Yurtlar Kurumu'nda disiplinler arası bir ekip çalışması gerekmektedir. Ancak, kadrolaşma bu yönde değildir ve özel okul uygulamalarında da çoğunlukla böyle bir çalışma sistemine rastlanmamaktadır.

Yüksek Öğrenimde Danışma Merkezlerinin, öğrenciyi geliştirici ve koruyucu hizmetlere de ağırlık vermesi anlamında Sağlık Merkezlerin-

den ayrı bir birim olarak, ancak işbirliği içinde çalışması gerekmektedir. Bilkent ve Boğaziçi Üniversiteleri dışında yapılanmış bu tür bir uygulama henüz gözlenmemiş, ancak YÖK'ün böyle bir yaptırım getireceği haberi alınmıştır. (Bilkent Üniversitesi, Hacettepe Merkez Kampus, O.D.TÜ., Akdeniz Üniversitesi, Koç Üniversitelerine kendi çalışma sistemi konusunda briefler vermiş bulunmaktadır.)

Özetle, Orta Öğretimde ve Kredi Yurtlar Kurumu'nda kadrolaşma, mesleki donanım, uygulamada verilen hizmetlerin kalitesi ve yaygınlığı (geliştirici, önleyici hizmetlerin uygulanmaması) Yüksek Öğretimde de hizmetlerin yapılandırılışı ve yaygınlığı konusunda yetersizlikler bulunmaktadır.

## C. Disiplin Uygulamalarında Rehberlik Ünitelerinin Rolü:

T.E.D. Ankara Koleji rehber uzmanları, disiplin uygulaması aşaması öncesinde öğrencileri ele alan önleyici/koruyucu bir yaklaşım başlatmıştır. Bilkent Üniversitesi, Hazırlık Okulu'nda disipline aykırı davranış gösteren öğrencileri danışmanlık becerileri ile donatılmış mentorlar saptamakta, zaman zaman disiplin uygulamasını durdurarak, zaman zaman da uygulama başlatılmasına karşın Öğrenci Gelişim ve Danışma Merkezine (ÖGDM) sevk etmektedirler. ÖGDM'deki uzman psikologlar öğrencinin davranışının kendine, çevreye ve yine dönüşümlü olarak kendine verdiği zarar konusunda bir bilinç oluşturmaya yönelik çalışmakta ve bu süreci disiplin cezasından bağımsız algulamalarını sağlamaktadırlar. Sağaltımı öğrencinin kendi isteğiyle kabul etmesi önemlidir. Sevk edilen her öğrenciye özel bir süre tanınmakta ve bu süre içinde öğrencinin belli davranışlarındaki değişimin gözlenmesi mentorlara bildirilmektedir.

Kredi Yurtlar Kurumu'nda, yurtlarda kalan öğrencilere ilişkin disiplin sürecinden, bilindiği kadarıyla, rehber uzmanın haberi olmamaktadır.

Rehber uzmanların disiplin uygulamaları içinde bir yeri olmalı, ancak bu yer kesinlikle öğrenci hakkında alınan bilgilerin disiplin kuruluna aktarılması anlamında dedektifiğe benzer bir işlev taşımamalıdır.

Disiplinle aykırı davranışta bulunan bir öğrencinin psikolojik bir destekle bu davranışa neden olan sıkıntılarının ele alınması yönünde bir danışmanlık sistemi olmalıdır. Öğrencinin davranış bozukluğu düzeyinde bir örüntüsü var ise Orta Öğretimde ve Kredi Yurtlar Kurumun'da görev yapan rehber uzmanların, bu öğrenciyi ve çevresini korumak adına, ailesiyle işbirliğine geçerek sağaltılabileceği bir kuruma yönlendirmesi gerekmektedir. Davranış bozukluğu olan öğrencilerin eğitimlerine devam edebilmeleri için okulun öğrencinin sağaltımı konusunda bir yap-tırımı olabilmelidir.

**2) Çözüm Önerileri:** Orta öğretim ve Kredi Yurtlar Kurumu'ndaki psiko-sosyal hizmetlerin kalitesinin artırılması için yapılabilecekler

- MEB ile bağlantıya geçilip istihdam edilen kişilerin mesleki statülerine göre bağlı buldukları derneklerle işbirliğine geçmesine ve hizmet içi eğitim çerçevesinde bu dernekler tarafından verilecek kurslara maddi destek sağlanmasına, konunun gereğini anlatarak öncülük edilebilir.

- Kredi Yurtlar Kurumu'nda çalışan psikologların görev sınırlarını ve yetkilerini yeniden ele alıp yapılandırmak amacı ile Türk Psikologlar Derneği ile işbirliğine geçilip MEB'na bir plan sunulması uygun olabilir.

- ILO'nun Bakanlıkla işbirliği içinde oluşturmakta olduğu Çıraklık Okulları'nın psiko-sosyal hizmet anlamında donatılmasına yönelik projeye nasıl bir destek verebileceğini belirleyip işbirliğine geçilebilir.

- Müfredat dışı eğitim, önleyici/koruyucu ve geliştirici programlar çerçevesinde, öğrencilerin eğitilmesinin önemli olduğu madde bağımlılığı ve cinsel gelişim gibi konularda, uzmanlardan oluşan bir komisyon kurulması ve her okulda uygulanacak paket programlar oluşturulması, gerektiğinde uygulayıcıların (okuldaki rehber uzman gibi) bu konularda eğitilmesi sağlanmalıdır.

- Dernek yukarıda belirtilen tüm konularda uzun dönem içinde bir iletişim ve dökümantasyon merkezi haline getirebilir.

**Grup III : Klinik Yönden Adolesan Sorunları**

**Yönetici :** Doç. Dr. Füsün Çuhadaroğlu (Serbest hekim)

**Katılanlar :** Prof. Dr. Aysel Ekşi<sup>1</sup> (İstanbul Üniv. Çocuk Sağ. Ens. Adolesan Bilim Dalı)

Doç. Dr. Ferhan Dereboy<sup>1</sup> (Adnan Menderes Üniv. Psikiyatri AD)

Yrd. Doç. Dr. Selahattin Şenol (Gazi Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD)

Uzm. Psk. Sevda Sakarya (Bilkent Üniv. Öğrenci Gelişim ve Danışma Mer.)

Dr. Nurper Özerk (PAUD temsilcisi)

**1) Durum saptama ve sorunların belirlenmesi:**

**A. Tanım ve Klinik Başvurular**

- Adolesan tanımı ne olmalıdır? Yaş sınırları belirlenmelidir. Yaş sınırları kliniklerde başvuru açısından ne olmalıdır?

**B. Sık görülen klinik sorunlar**

- Erken ve orta adolesanda depresyon, anksiyete, aile ilişkileri ile ilgili sorunlar, intihar girişimleri, ADHD gibi sorunlar sıktır. Bu dönemde yapılan klinik başvurularda cinsiyet açısından kızlar daha fazladır.

- Geç adolesanda en sık görülen sorunlar depresyon, anksiyete, uyum sorunları, ayrılma-bireyleşme sorunları ve kimlik sorunlarıdır. Bu dönemdeki klinik başvurularda cinsiyet dağılımı eşit görülmektedir.

**C. Risk gruplarının belirlenmesi**

- Parçalanmış (bölünmüş) ailelerin çocukları ve aileler

- Disfonksiyonel ailelerin çocukları ve aileler

- Psikiyatrik bozukluk (afektif bozukluklar, psikoz, alkol ve madde bağımlılığı) öyküsü olan aileler

- Ders başarısızlığı, sosyal uyumsuzluğu ve içe kapanıklığı olan öğrenciler.

- Göç etmiş ailelerin çocukları.

- Din kötüye kullanımı yapan gruplar.

<sup>1</sup> Yazılı raporlarıyla katkıda bulunmuşlardır.

#### D. Eğitim sorunu

- Yatarak uzun süre tedavi görmek zorunda kalan ergenlerin eğitimleri aksamaktadır.

- Çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanlık eğitimi almakta olanlara ergenlere yönelik eğitim ne şekilde verilmelidir?

#### 2) Çözüm önerileri

##### A. Ergenliğin tanım ve yaş sınırlarına yönelik öneriler

- Ergen, gençlik, delikanlılık, erken gençlik gibi tanımlar üzerinde yeniden durulması. Farklı kurumlar açısından bu durum incelenerek bir standart sağlanmaya çalışılması.

- Adolesan hastaların kliniklere başvurularının doğrudan yapılması, pediatriден geçerek olmaması. Böylece iki kademeli randevu alma sorunun ortadan kaldırılarak başvuru oranının artırılabilmesi.

- Adolesanların ruh sağlığı sorunlarını çözümlenebilmek amacıyla kliniklere başvurularını arttırabilmek için ayrı merkezler açılması.

##### B. Klinik sorunların erken tanınması için yapılabilecekler:

1. Ailelere ve eğitim kurumlarına yönelik bilgilendirme

- Klinik belirtileri tanıtma.

- Adolesanlarla iletişim becerilerini kazandırmaya yönelik yol gösterme.

- Sorun durumlarında nerelere başvurabilecekleri konusunda bilgilendirme.

- Okullardaki rehberlik servisleri ve idarelerle işbirliği yapılması; öğretmenlere gözlem yoluyla saptanabilecek (ders başarısında düşme gibi, davranış bozuklukları gibi, içe çekilme gibi) ruh sağlığı bozukluğuna işaret eden belirtileri tanıttak broşürler hazırlanması.

2. Toplum sağlığı açısından semptom profillerinin çıkarılmasına yönelik (semptom tarama ölçekleri geliştirme komisyonu kurulabilir) taramalar yapılması. Bunun için üniversitelerin "toplum sağlığı" bölümleriyle işbirliği kurulması.

- Adolesanlarla ilgili yapılmış olan araştırma ve ölçeklerin taranması.

#### C. Risk gruplarına yönelik öneriler:

1. Aile değerlendirme ölçeklerinin araştırılması.

2. Aileleri bilgilendirmeye yönelik çalışmalar.

3. Ayaktan gruplar yapılması.

4. Semptom taramaları ile risk gruplarının belirlenmesi.

5. Risk altındaki gençlerin (örneğin intihar girişimi olanlar) belirli aralarla izlenmesi.

#### D. Madde bağımlılığı, davranış bozukluğu gibi kliniğe başvurunun istekle yapılmadığı durumlarda yapılabilecekler

- Yaşam becerileri geliştirme çalışmaları (sosyal beceri, atılganlık eğitimleri, kendine güven, stresle başa çıkma grupları vb.) yapılması, genci tehdit etmeyecek programlarla durumun saptanması ve işbirliği sağlanmaya çalışılması.

- Ailelerin ve okulun (eğitim kurumlarının) erken belirtiler konusunda bilgilendirilmesi için broşürler hazırlanması, aile grupları oluşturulması.

#### E. Klinikte Tedavi Gören Adolesanların Eğitimleri:

- Klinik içi okulların açılması için Sağlık Bakanlığı ve MEB'na görüş bildiren mektuplar yazılması,

#### F. Uzmanlık Eğitiminde "Ergen" Psikiyatrisinin Yeri

- Genel psikiyatri uzmanlık eğitiminde ergenlere yönelik eğitimin uzmanlık eğitiminin erken döneminde verilmesi. Bu amaca yönelik olarak çocuk psikiyatrisi rotasyonlarının ilk yıllara alınması.

- Ergen psikiyatrisi alanında meslek içi eğitim kursları düzenlenmesi.

- Çocuk psikiyatrisi uzmanlık eğitiminde "ergen" rotasyonunun sağlanması (sürenin belirlenmesi).

#### G. Hizmet İçi Eğitim

- Sempozyum, vaka toplantısı ve meslek içi kurslar düzenlenmesi

- PAUD'la işbirliği ile ergen eğitiminin nasıl olmasına ilişkin anket uygulanması.

**Grup IV : Konsültasyon - Liyazon Alanında  
Adolesan Sorunları**

**Yönetici :** Uzm. Dr. Talat Parman (İstanbul  
Üniv. Çocuk Sağlığı Enstitüsü)

**Katılanlar:** Prof. Dr. Erol Kınık (Hacettepe  
Üniv. Tıp Fak. Pediatri AD Adolesan Birimi)  
Doç. Dr. Uğur Altuğ (Ankara Hastanesi Üroloji Kliniği)  
Doç. Dr. Serap Saygı (Hacettepe  
Üniv. Tıp Fak. Nöroloji AD)  
Uzm. Dr. Bilge Şener (Zekai Tahir  
Burak Kadın Hastalıkları Hastanesi)  
Uzm. Dr. Zeynep Atbaşoğlu (Ankara  
Üniv. Mediko-Sosyal Merkezi)

**1) Durum saptama ve sorunların belirlenmesi**

- Ergenler çeşitli tıp dallarında özel bir "kategori" altında, genel olarak hasta popülasyonunun %10'unu oluşturmaktadır (çalışma grubuna katılan hekimlerin pratiği içinde).
- Üreme fizyolojisi ve cinsellikle ilgili sorun ve hastalıklar bu yaş döneminde baskın olarak görülmektedir. Gebelik gibi fizyolojik bir olayda bile ergen olmak riskli gebelik tanımı için yeterlidir. Akne, hirsütizm, jinekomasti gibi sorunlara pubertedeki hormonal değişiklikler nedeniyle bu dönemde çok daha sık rastlanmaktadır.
- Son yıllarda sıklığı artan cinsiyet değiştirme başvurularında psikiyatrik konsültasyonun zorunluluğu dikkate alınmalıdır.
- Ergenlerde cinsel eğitim yetersizliği oldukça yaygındır. Cinsel eğitimin bu dönemde yapılması önem taşımaktadır.
- Psikiyatri konsültasyonu istemleri genellikle belirli ölçütlere göre değil de hekimlerin kendi mesleki deneyimlerine göre ya da kronik veya ölümcül bir hastalıkta destek istemek amacıyla yapılmaktadır.

- Konsültasyonu yapan psikiyatrden hastayı benimsemesi, aydınlatması, konsültasyonu isteyen hekimle iletişim içinde olması ve onu desteklemesi beklenmektedir. Hekim-psikiyatr ilişkisinde iletişim, karşılıklı güven ve destek önem taşımaktadır. Tüm sağlık kuruluşlarının ya da ünitelerinin kendi psikiyatrları olmasının ve hep aynı kişiyle çalışmanın hekimler açısından önemi vardır.

**2) Çözüm önerileri**

- Cinsiyet değiştirme ameliyatlarında psikiyatri konsültasyonunun önemini ilgili tüm tıp dallarınca benimsenmesi için bu dallarla iletişimi arttıracak şekilde vaka sunumu gibi ortak toplantıların düzenlenmesi uygun olur.
- Gençlere yönelik cinsel eğitim programlarının düzenlenmesi, bu programların rehber öğretmenleri ve okul psikologlarını özellikle hedeflemesi uygun olacaktır. Bu eğitim programlarının mültidisipliner bir ekip tarafından hazırlanması önerilir. Hekimler ve tıp öğrencileri de cinsel eğitim eksiliği içinde olduklarından, bu konuda tıp fakültelerinde ve eğitim hastahanelerinde de programlar düzenlenmesi uygun olur.
- Derneğin adolesan dönemindeki ruhsal gelişim ve sorunlar konusunda pediatri, jinekolog, ürolog ve diğer hekimlere yönelik etkinlikler düzenlemesi ve bunun için çeşitli uzmanlık dernekleri ile işbirliği yapılması uygun olacaktır.
- Liyazon psikiyatrisinin önemi göz önüne alınarak her kurumda bir psikiyatrin liyazon çalışması için eğitilmesi uygun olacaktır. Liyazon psikiyatrisi dayanışma grupları oluşturularak hekimlerin bu konuda bilgilendirilmeleri ve desteklenmeleri düşünülmelidir.
- Derneğin belirli aralarla çeşitli tıp dallarını kapsayan ortak kongre, panel ve toplantılar düzenleyerek bu alandaki sorunların ele alınıp çözümler üretilmesini sağlaması yararlı olur.

# GÖRÜŞLER

*"...aydınlara ve okumuşlara düşen çok yüksek bir görev vardır. Bu görev halkın içine girmek ve onlara yol göstericilik yapmak, onlara zenginliğe ve mutluluğa kavuşmak için öncülük etmek, onları aydınlatmak, bilgilendirmek ve başarılı kılmaktır. Sanıyorum ki memlekette bilginlerin en insancıl, milli ve vatani görevi yalnız ve ancak bu olabilir..."*

M.K.Atatürk

## **Çocuk Ruh Sağlığı Alanında Koruyucu Adımlar**

Ülkemizde çocuk ruh sağlığı alanında çalışanların çoğu, zamanlarının büyük bir bölümünü odalarında, onlara başvuran hastalar ve aileleri ile geçiriyorlar. Bu alanda çalışanların sayısının her yıl giderek artmasına karşın, birçok hastanede bu elemanlar yapılan başvurulara yetişemiyor. Toplumun önemli bir kesiminin ruhsal bir sorun nedeniyle hastaneye başvurmakta zorlandığı göz önünde bulundurulursa; giderek büyüyen bir buzdağının, görünen bölümü ile uğraşırken bile güçlük çektiğimiz ileri sürülebilir. Oysa bu buzdağının eritilmesi için 'olanaksızlıkların' arkasına sığınmadan da birçok şey yapılabilir. Koruyucu ruh sağlığı alanında atılan en küçük adımın bile uzun vadede, hastanelerde harcanan onca emekten daha etkili ve daha ekonomik olduğu konusunda bu derginin okurlarının kuşkusu olmadığını biliyorum. Yine de bu adımların burada somutlaştırılmasının yararına inanıyorum.

Koruyucu ruh sağlığını, yaptığımız işin tüm ayrıntılarında kendini gösteren, genel bir anlayış, bir yaklaşım biçimi ve bir amaç olarak benimsememiz önemli bir 'ilk adım' olabilir. Böylece daha odalarımızdan çıkmadan koruyucu ruh sağlığı adına birçok şey yapılabiliriz. Bize getirilen çocuğun ailesini de 'içeri almak', bize getirilmeyen kardeşi de sormak, yakınmaların dışına çıkıp 'aileyi bir bütün olarak anlamaya çalışmak; en azından o aile için koruyucu birer adım olarak değerlendirilebilir. Okul ve ev ziyaretleri ile bu adımlar güçlendirilebilir. Biraz dışarı çıkıp, çalıştığımız kurumun koridorlarında dolaştığımızda, koruyucu ruh sağlığı açısından ele alınması gereken çok şey farkedebiliriz. Örneğin ülkenin en köklü üniversite hastanelerinin birinde, annelerin bebeklerinin yanında kalmalarına izin verilmeyebilir. Bu durumda yöneticilerden hemşirelere kadar her aşamadaki yetkili ile ayrı ayrı çalışılmalı; her konsültasyon, koruyucu ruh sağ-

lığı alanında çalışılabilecek birer fırsat olarak değerlendirilmelidir.

Koruyucu ruh sağlığı alanında bireysel olarak çeşitli yollarla yaşama geçirilebilen bu anlayışın gücünü ancak örgütsel bir yapılanma arttırabilir. Ülkemizde, amaçlarından biri de koruyucu ruh sağlığı alanında çalışmak olan Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği, daha etkin katılımı bu alandaki adımların atılmasını hızlandırabilir. Kitle iletişim araçlarını hem denetlemeye çalışmak, hem de eğitim için programlı bir şekilde kullanmak, anababa okulları açmak, örgün ve özel eğitim kurumlarının, yatılı kurumların iyileştirilmesi için kamuoyu oluşturmak, sokak çocuklarını ve işçi çocukları korumak, ilgili derneklerle, erişkin psikiyatrisi ve halk sağlığı alanında çalışanlarla işbirliği yapmak ve risk altındaki çocukları belirleyebilecek alan çalışmaları yapmak için bu derneğin olanakları kullanılabilir.

Derneğin üyesi olsun ya da olmasın, birçok meslektaşımızın koruyucu ruh sağlığı alanındaki bu gelişmelere daha çok bireysel olarak katkıda bulunduğu bilinmektedir. Kitap yazmak, radyo ve televizyon konuşmaları yapmak ya da okul konferansları vermek gibi geniş kitlelerin yararına yapılan bireysel girişimler sevindiricidir. Ancak kurumlardaki değişimi sağlamak ya da herhangi bir konuda kamuoyu oluşturmak gibi daha uzun vadedeki hedeflere örgütlenmeden ulaşılması zor görünmektedir. Bu maddelerin bazıları, dernek çatısı altında birkaç üyenin çabalarıyla planlı bir şekilde yürütülmeye çalışılmaktadır. Ancak bu alanda çalışabilmek için daha fazla heves, insan gücü ve ekonomik desteğe gereksinim duyulduğu; dolayısıyla bir derneğin verimliliğinin, üyelerinin katılımı ile sınırlı olduğu unutulmamalıdır.

Bütün bu gelişmelerin ve belki burada adı geç-

*Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 4(3) 1997*

meyen birçok yeniliğin ancak koruyucu ruh sağlığını önemseyen bu anlayışın sürekli taze tutulmasıyla sağlanabileceği açıktır. Bu durumda zamanın yetmemesi ile ilgili yakınmalar, yerini zamanı daha geniş bir kitlenin yararına nasıl kullanmak gerektiğine ilişkin arayışlara bırakmalıdır. Örneğin bir öğretmene ayrılan zamanın, öğrencilerinin sayısı ile doğru orantılı bir etkisi olacağı göz önünde bulundurulmalıdır. Birinci basamakta çözümlenebilecek sorunlar yüzünden asıl uzmanlık gerektiren bozukluklara zaman ayrılmaması önlenmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini iyileştirmeyi amaçlayarak başlatılan mezuniyet sonrası eğitim programlarının yaygınlaştırılması, hem üniversitelere gereksiz başvuruyu önleyecek, hem de koruyucu çocuk ruh sağlığı kavramını yerleştirecektir. Kurumları, yöneticileri, politikacıları yalnızca eleştirmek

yerine onları yönlendirmeyi başarabilecek bir örgütsel yapılanmayı geliştirmek daha uygun bir hedef olacaktır. Koruyucu ruh sağlığı konusunun işleneceği önümüzdeki sempozyum ve bu yılki ulusal kongre, elimizdeki olanaklarla yapabilecekleri tartışmak ve derneğin bu alandaki gücünü arttırmanın yollarını aramak için iyi birer fırsat olarak değerlendirilebilir.

Yukarıdaki maddelerin her biri için sayfalarca ayrıntıyı yinelemektense, harekete geçmenin ve başkalarını harekete geçirmenin önemini vurgulamayı yeğliyorum. Bu ülkenin çocuk ruh sağlığı politikalarını oluşturmak için hepimizin yapabileceği şeyler olduğunu biliyorum ve bunun için mutlaka 'odalarımızdan' dışarı çıkmamız gerektiğine inanıyorum.

*Dr. Fatih Ünal*

# YENİ YAYINLARDAN ÖZETLER

## Çocuklarda ve Ergenlerde Trikotilomani ve İlişkili Bozukluklar

Hanna GL. (1997) *Trichotillomania and related disorders in children and adolescents. Child Psychiatry Hum Dev, 27 (4): 255-68*

Trikotilomani, obsesif-kompulsif bozukluk ya da anksiyete bozukluğu tanısı alan on birer çocuk ve ergenden oluşan 3 grup, yapılandırılmış görüşmeler ve ölçeklerle değerlendirilmiştir. Her 3 grupta da içe vuruk (internalizing) belirtilerinin dışa vuruk (externalizing) belirtilerinden daha fazla olduğu görülmüştür. Trikotilomanisi olan 7 kişinin (64%) en az bir ek tanı aldığı anlaşılmıştır. Sonuçlar trikotilomaninin bu yaş grubunda kronik seyirli, içe vuruk belirtilerle birlikte giden ve psikiyatrik bozuklukların sıklıkla eşlik ettiği bir sorun olduğunu göstermiştir.

Dr. Fatih Ünal

## Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile Komorbidite Erken Başlangıçlı Mani Bir Gösterge mi?

Faraone S, Biederman J, Wozniak J ve ark. (1997) *Is Comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36(8) 1046-1055.*

Bu çalışmada, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun (DEHB), çok erken başlangıçlı manik bozukluk için bir gösterge olup olmadığı araştırılmıştır. Herhangi bir nedenle bir pediatrik psikofarmakoloji kliniğe başvuran 637 çocuk ve ergen arasından, DSM-III-R manik bozukluk ölçütlerini karşılayan 68 çocuk (12 yaş altı) ve 42 ergen (12 yaş üstü) seçilmiş; bu gruplar manik bozukluğu olmayan 527 çocuk-ergen ve sağlıklı

100 çocuk-ergen ile karşılaştırılmıştır. DEHB eş hastalanım oranı ile manik bozukluğun başlama yaşı arasında ters orantılı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre DEHB eş hastalanım oranı, çocukluk başlangıçlı manik bozukluk tanısı alan çocuklarda en sık, çocukluk başlangıçlı manik bozukluğu olan ergenlerde orta sıklıkta ve ergen başlangıçlı manik bozukluğu olan ergenlerde en az sıklıkta bulunmuştur. Bazı olgular için DEHB'nun çok erken başlangıçlı mani olguları ile ergen başlangıçlı manik bozukluk için bir ön belirti olabileceği bildirilmiştir. Çocukluk başlangıçlı mani olguları arasında klinik görünüm açısından fark bulunmamış olmasının, çocukluk başlangıçlı manik bozukluk tanısının klinik geçerliliğinin kanıtı olabileceği öne sürülmüştür.

Dr. Özlem Erman

## Çocuklarda Sedasyonsuz Magnetik Rezonans Görüntüleme: Yapay Hazırlama

Rosenberg DR, Sweeney JA, Gillen JS ve ark. (1997) *Magnetic resonance imaging of children without sedation: preparation with simulation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36(6): 853-859.*

Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG) radyasyon olmaması nedeni ile diğer görüntüleme yöntemlerinden üstündür ve özellikle çocuklarda bu özelliği nedeni ile yeğlenmektedir. Fakat MRG değerlendirmesi öncesi çocukları hazırlamak erişkinlere göre çok güç olmaktadır. Sedasyon için kullanılan klorahidrat, tiopental, meperidin gibi güçlü merkezi sinir sistemi ilaçları çeşitli yan etkilere ve sorunlara neden olabilmektedir.

Bu çalışma farmakolojik sedasyon yapmadan, MRG ortamını taklit eden bir yapay ortamda çocuklar hazırlandığında başarılı bir MRG incelemesi yapılabileceği varsayımı ile yapılmıştır. Bu amaçla 6 ile 17 yaşları arasında olan, 16 sağlıklı çocuk ve psikotrop ilaç alan obsesif kompulsif

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 4(3) 1997



bozukluğu olan 16 çocuk çalışmaya alınmıştır. Yapay ortam ve asıl görüntüleme sırasında yaşanan gerginlik, kalp hızı izlenmesi ve öz- bildirim gerginlik ölçekleri ile değerlendirilmiştir. Ayrıca yine yaşları 6 ile 17 arasında değişen 10 sağlıklı çocuk yapay ortamda bulundurulmadan asıl görüntüleme işlemine alınmıştır.

Yapay ortamda bulundurulan tüm çocukların anlamlı olarak kalp hızlarında azalma ve öz- bildirim ölçeklerinden düşük puan aldıkları saptanmıştır. Herhangi bir 'kimyasal zaptetme' olmadan MRG çalışmasını başarılı olarak tamamlamışlardır. Yapay ortamda bulundurulmayan ve bilgilendirilip, eğitilmeyen çocuklarda kalp hızlarının ve ölçek puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak farmakolojik sedasyon yapılmadan yapay ortam ile çocuklar başarılı bir şekilde MRG çalışmasına hazırlanabilmişlerdir.

*Dr. Berna Pehlivan Türk*

## **İlaç Kullanmayan Otistik Erişkinlerde Triptofan Kısıtlamasının Etkileri**

*McDougle J, Taylor S, Cohen D ve ark. (1996). Effects of tryptophan depletion in drug free individuals with autistic disorder. Arch. Gen. Psychiatry, 53: 993-1000,*

Bu çalışma, otistik bozukluk tanısı konmuş erişkin hastalarda akut triptofan kısıtlamasının biyokimyasal ve davranışsal etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

İlaç kullanmayan ortalama  $30.5 \pm 8.5$  yaşlarında olan 16'sı erkek ve 4'ü kadın 20 otistik hastaya, çift kör plasebo kontrollü olarak planlanan bir çalışmada kısa dönem triptofan kısıtlaması uygulanmıştır. Yirmidört saat triptofandan fakir diyet uygulandıktan sonra aminoasit karışımı verilen hastaların hemen o andaki (bazal), 180., 300. ve 420 dakikalardaki davranışları değerlendirilmiştir. Plazma serbest ve total triptofan düzeyleri bazal olarak ve aminoasit karışımı verildikten 5 saat sonra ölçülmüştür. Yedi gün sonra

kontrol testleri yapılmıştır.

Her iki test gününü tamamlayabilen 17 hastanın 11'inde (%65) kısa dönem triptofan kısıtlaması ile davranışsal belirtilerde anlamlı olarak kötüleşme olmuş ve 17 hastanın hiçbirinde kontrol testi sırasında klinik durumda bir farklılık oluşmamıştır. Triptofan kısıtlaması dönme, kanat çırpma, kendine vurma, etrafa vurma, sallanma ve parmak ucunda yürüme gibi davranışlarda anlamlı olarak bir artışa neden olmuştur. Ayrıca hastaların belirgin olarak daha az mutlu, daha az sakin ve daha çok kaygılı oldukları gözlenmiştir. Sosyal ilgide ve yineleyici hareket ve düşüncelerde bir değişime saptanmamıştır. Plazma serbest (%69) ve total (%86) triptofan düzeyleri triptofan içermeyen aminoasit karışımı verildikten 5 saat sonra azalma göstermiştir. Belirtilerinde anlamlı olarak alevlenme görülen hastaların bazal plazma total triptofan düzeylerinin Otizm Davranış Kontrol Listesi puanlarının, belirtilerinde değişime gözlenmeyen hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bu araştırmanın sonuçları otistiklerde serotonin işlevinde bir bozukluk olduğunu düşündüren önceki çalışmaların sonuçları ile uyumlu bulunmuştur. Sonuç olarak yazarlar otizmin patogenezi ve tedavisinde serotoninin rolüne ilişkin daha fazla araştırmalara gereksinim olduğunu vurgulamaktadır.

*İnt. Dr. Barış İkitimur*

## **Otistik Bozukluğu Olan Erişkinlerde Fluvoksamin İle Yapılan Çift-Kör Plasebo Kontrollü Bir Çalışma**

*McDougle CJ, Naylor ST, Cohen DJ, ve ark. (1996). Arc. Gen. Psychiatry, 53: 1001-1008.*

Otistik bozukluk; sosyal iletişim ve etkileşimde bozulma, ilgi ve etkinlikler dağarcığında önemli derecede kısıtlılık ile belirgin bir bozukluktur. Otistik hastaların bir bölümünde serotonin sinir iletim dizgesinde bozukluklar saptanmıştır. Otizm belirtilerinin sağaltımı için etkin ve gü-

*Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 4(3) 1997*

venli bir ilaç şu ara kadar geliştirilememiştir.

Bir çift kör, plasebo kontrollü çalışmada; otistik belirtilerin sağaltımında seçici serotonin geri alım inhibitörü olan Fluvoksaminin etkinliği araştırılmıştır. Bu amaçla, yaş ortalaması  $30.1 \pm 7.1$  olan, 13'ü erkek, 2'si kadın toplam 15 otistik hastaya Fluvoksamin verilmiş ve yaş ortalaması  $30.1 \pm 8.4$  olan, 14'ü erkek, 1'i kadın toplam 15 otistik hasta da plasebo grubuna alınmıştır. İlaç verilmeden önce ve ilaç verildikten sonra 4., 8., 12. haftalarda davranışsal değerlendirmeler yapılmıştır. Fluvoksamin 50 mg/gün olarak verilmeye başlanmış ve günde 50 mg/gün artırılarak 300 mg/gün dozuna kadar çıkarılmıştır.

Fluvoksamin verilen 15 hastanın 8'inde sağaltıma yanıt alınırken, plasebo grubunda bulunan hastaların hiçbirinde bir değişiklik saptanmıştır. Fluvoksamin yineleyici davranış ve düşünceleri azaltmada, uyumsuz davranış ve saldırganlığı azaltmada ve sosyal ilişkilerde özellikle dil kullanımının gelişmesinde plaseboya anlamlı olarak üstün bulunmuştur. Az sayıda hastada görülen hafif sedasyon ve bulantı yakınmaları dışında Fluvoksamin iyi tolere edilmiş, kardiyovasküler yan etkiler, diskinezi ve nöbetler gözlenmemiştir.

Özetle, Fluvoksamin erişkin otistik hastalarda görülen belirtilerin kısa dönem sağaltımında plasebodan daha etkili bulunmuştur.

*İnt. Dr. Üzeyir Kalkan*

## **Tetrahydrobiopterin Tedavisinin Altı Otistik Çocuk Üzerindeki Olası Etkileri - Klinik ve PET Bulguları: Pilot Çalışma**

*Fevnell E, Watanabe Y, Adolfsson J ve ark. (1997). Possible effects of tetrahydrobiopterin treatment in six children with autism - clinical and positron emission tomography data: A pilot study. Dev Med Child Neurology, 39:313-318.*

Bu çalışmada, beyin omurilik sıvılarında katekolamin ve serotoninin biyosentetik yolundaki tirozin hidroksilaz enzimlerinin bir kofaktörü olan 6R-L eritro 5,6,7,8 - tetrahydrobiopterin (R-

BH4) düzeyi düşük olan otistik çocuklarda R-BH4 tedavisinin etkinliği değerlendirilmiştir. Buna ek olarak beyin dopaminerjik işlevleri (dopamin sentez hızı ve D2 reseptör bağlanması) pozitron emisyon tomografi (PET) yardımı ile incelenmiştir. Bu amaçla DSM III-R'ye göre otizm tanısı alan, 3 ile 5 yaş arasında ikisi kız, dördü erkek toplam altı çocuk, R-BH4 ile üç ay tedavi edilmişlerdir. Hastaların hepsinde zeka gerilği bulunmaktadır.

Klinik değerlendirme için PASS (Parental Satisfaction Survey) her 4 haftada bir ve Griffiths Geleşimsel Skalası tedaviye başlamadan önce ve tedavi bittikten 3 ay sonra uygulanmıştır. Tedavi sırasında bütün anne babalar çocuklarının sosyal işlevleri (özellikle göz teması ve iletişim kurma isteği) ve kullandıkları sözcük ve seslerin sayısına ilişkin bilgi vermişlerdir.

Tedavi öncesi R-BH4 düzeyi en düşük olan çocuk, PASS raporunda en yüksek puanı almıştır. Tedaviden sonra beyin omurilik sıvısında R-BH4 düzeyleri belirgin olarak artmıştır. Tedavi sonlandıktan 3 ay sonra yapılan Griffiths testinde, 6 çocuktan 5'inde çok az ilerleme olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, ana babaların çocuklarının davranışlarına ilişkin değerlendirmelerinde sosyal alanda ve iletişim yeteneklerinde ilerleme bulunmuştur. Yan etki olarak bildirilen uyku sorunları ve saldırganlık, hastaların hiçbirinde tedavinin kesilmesine neden olmamış ve tedavi sonlandıktan sonra da kaybolmuştur.

R-BH4 tedavisi sonrası yapılan PET çalışmalarında kondat ve putamendeki D2 reseptör bağlanmasının %10 azalarak normal düzeye yaklaştığı görülmüş ve bu sonuç dopaminerjik işlev bozukluğu olabileceğini düşündürmüştür. Fakat PET bulguları yeterli bilgi ve sonuç verememiştir. Çalışmaya alınan çocukların etyoloji ve zeka düzeyleri açısından heterojen bir grup olmasının buna neden olduğu düşünülmüştür.

Sonuç olarak R-BH4 uygulamasının kolay olduğu, iyi tolere edildiği, ağır yan etkileri olmadığı, çocuklarda sosyal ve iletişim alanlarında ilerlemelere neden olduğu belirtilmektedir. Ancak daha uzun süreli tedavinin yapılabileceği çift kör araştırmalara gereksinim vardır.

*İnt. Dr. Güliz Kiracıoğlu*

# TEZ TANITIMI

## ÖĞRENME BOZUKLUĞU VE DİKKAT EKSİKLİĞİ AŞIRI HAREKETLİLİK BOZUKLUĞU OLGULARININ NÖROPSİKOLOJİK VE NÖROFİZYOLOJİK YÖNTEMLERLE İNCELENMESİ

Uzm. Dr. Özlem Erman

*Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 127 sayfa, 139 kaynak, Ankara 1997.*

Bu çalışmada, öğrenme bozukluğu (ÖB), dikkat eksikliği aşırı hareketlilik bozukluğu (DEHB) ve bu iki bozukluğun birarada görüldüğü ÖB+DEHB olgularının, bir dizi nöropsikolojik ve nörofizyolojik değerlendirmelerle karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmada bu üç grubun birbirlerinden ve normal çocuklardan farklılıkları ortaya konulurken, aynı zamanda bu öznel değerlendirme araçlarının ayırdediciliği ve kilinge ne ölçüde yardımcı olabileceği de incelenmiştir.

DSM-IV tanu ölçütlerine göre ÖB, DEHB ve her iki bozukluğun ölçütlerini aynı anda karşılayan ÖB+DEHB olgularından toplam 36 çocuk ile klinik grup oluşturulmuştur. Kontrol grubu ise klinik grupla yaş, cinsiyet ve anne baba eğitimi açılarından eşleştirilmiş sağlıklı 10 çocuktan meydana gelmiştir. Tüm olgular DSM-IV ölçütlerine göre değerlendirildikten ve ailelerle yarı yapılandırılmış görüşmeler yapıldıktan sonra, WISC-R zeka testi, okuma testi, Bender Gestalt Görsel Motor Algılama Testi, Görsel - İşitsel Sayı Dizileri, Benton Görsel Bellek Testi uygulanmıştır. Gruplar arasındaki elektrofizyolojik farklılıkların belirlenebilmesi için ise kantitatif EEG tekniği kullanılmıştır. Tüm bu değerlendirmelerden elde edilen bulgular dört grup arasında tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır.

Örnekleme oluşturan dört grup arasında yaş, cinsiyet, okul türü, anne-baba eğitimi, zeka düzeyle-

ri açılarından fark yoktur. Böylece bu değişkenlerin nöropsikolojik ve nörofizyolojik değerlendirmeler üzerinde etkisini kontrol etmek mümkün olmuştur. Gelişim basamakları, akademik başarı düzeyleri açısından gruplar karşılaştırılmış ve anlamlı farklar bulunmuştur. WISC-R'in aritmetik alt testi ve kazanılmış bilgi ve sıraya koyma kategorileri her üç hasta grubunda normalere göre anlamlı yüksektir. Her iki grupta da şekilde bozulma ve birleştirme hataları en fazladır. Görsel İşitsel Sayı Dizileri Testinde gerek toplam puan gerekse alt test puanları açısından her üç klinik grubun puanları normalerden anlamlı derecede düşük bulunmuş, bu grupları birbirinden ayıran bir fark bulunmamıştır. Benton Görsel Bellek Testinde ÖB+DEHB grubunun toplam hata puanı diğer üç gruptan anlamlı düzeyde yüksektir.

Beyin haritalarının kantitatif incelemesinde her üç hasta grubunda beta oransal gücü sol arka frontal bölgede (F7) artarken, delta mutlak gücü sağ ve orta frontal'de (FP2 ve FPZ) normalere göre anlamlı derecede azalmış bulunmuştur. Beta dalgasının mutlak gücü ÖB+DEHB ve DEHB olgularında sağ temporal bölgede artmıştır. Delta oransal gücünün sağ frontal de (F4) DEHB olgularında diğer üç gruba göre anlamlı derecede artmış olduğu gözlenmiştir. Teta bandının oransal güç değerleri ise ÖB+DEHB grubunda diğerlerine göre farklılık göstermiştir. Buna göre ÖB+DEHB grubunun teta oransal güç değerleri Fp1, F7, T3, T4 ve C4'de diğerlerine göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur.

Sonuç olarak bazı testlerde her üç grup birbirlerine yakın puanlar alırken (WISC-R kategorileri ve GISD); bazı testlerde ÖB ve ÖB+DEHB grupları diğer gruplardan anlamlı farklar göstermiştir (Bender, Benton, okuma hızı). Genel olarak bakıldığında mikst grubun (ÖB+DEHB) tüm testlerde daha fazla hata yaptığı söylenebilir. Elektrofizyolojik değerlendirmelerde ise hastalık gruplarını normalerden ve birbirinden ayıran farklılıklar elde edilmiştir. Bu farklılıklar yine en fazla mikst grupta gözlenmiştir. Bu sonuçlar her üç hastalık grubunda beyin yapı ve fonksiyonları açısından farklı bölgelerde, farklı bozuklukların bulunduğu ve ayrıntılı değerlendirmelerle bu farklılıkların gösterilebileceğini düşündürmüştür.

*Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 4(3) 1997*

## THALASSEMİLİ ÇOCUKLARDA BİLİŞSEL, RUHSAL DURUM ARAŞTIRMASI

Uzm. Dr. Nüket İştien

*Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. 122 Sayfa, 135 kaynak, Ankara 1997.*

Thalassemi otozomal, resesif geçiş gösteren hemoglobin globin zincirlerinden bir ya da birkaçının sentez hızında azalma ya da hiç sentez edilmemesi ile karakterize heterojen hastalıklar grubudur. Dünya sağlık örgütünün yayımlarına göre, dünyada en az 70 milyon taşıyıcı vardır ve her yıl en az 42 000 homozigot çocuk dünyaya gelmektedir.

Kronik hastalıklar hasta bireyler üzerinde çeşitli ruhsal problemlere yol açmaktadır. Thalassemi de kronik bir hastalıktır. Ayrıca aneminin, algılama, bellek ve bilişsel işlevler üzerinde etkisi olabileceği bilinmektedir. Bu çalışmanın desenini hazırlarken bir kronik kan hastalığı olan Thalasseminin hasta bireyler üzerinde çeşitli psikolojik problemlere neden olduğu hatta bu problemlerin psikiyatri kliniklerine başvuranlardan bile daha fazla olabileceği düşünülmüştür. Bu amaçla Thalasseminin çocukları bilişsel ve ruhsal olarak etkileyip etkilemediği araştırılarak; sonuçlar herhangi bir ruhsal yakınma ile kliniğimize başvuran bedensel bir patalojisi olmayan, yaş, cinsiyet ve sosyokültürel düzey olarak eşleştirilmiş bir grupta karşılaştırılmıştır. Bu araştırmanın örnekleri 14 hasta ve 14 kontrol grubu olmak üzere 28 çocuktan oluşmaktadır. Araştırmanın amacına ulaşabilmek için;

- Bender Gestalt Görsel Motor Algılama Testi (B.G.)
- Benton Görsel Bellek Testi (B.T.)
- Görsel İştisel Sayı Dizisi Testi (G.İ.S.D.)
- Piers-Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği
- 4-18 yaş Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği
- 11-18 yaş Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği
- Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (W.Ç.Z.Ö)

- Cümle Tamamlama Testi

- Goodenough İnsan Resmi Çizme Testi olmak üzere 9 ayrı ölçek kullanılmıştır.

Çalışmadaki olgular, Bender Gestalt Görsel Motor Algılama Testi'nde ve Görsel İştisel Sayı Dizisi Testi'nde istatistiksel farklılık göstermemişlerdir. Berton Görsel Bellek Testinde gördükleri şekli kapattıktan sonra çizmeleri istenmiştir. Yapılan hata sayısı Thalassemi çocuklarda daha fazla bulunmuştur. Piers-Harris özkavram ölçeği; 9-16 yaş grubu için geliştirilmiş bir özkavram ölçeği olup; düşük puanlar olumsuz öz kavramına işaret eder. Çalışmadaki Thalassemi çocuklarda kontrol grubundan istatistiksel olarak da anlamlı olacak şekilde daha düşük puanlar saptanmıştır. 4-18 yaş çocuk ve ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeğinde; Thalassemi çocukların anneleri yeterlik alanlarında; sosyallik alt testi, okul problemleri ve toplam yeterliklerde kontrol grubuna oranla çocuklarını daha yeterli algılamaktadır. Sorun davranışlarda ise hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. 11-18 yaş gençler için Kendini Değerlendirme Ölçeğinde ise sonuçlar annelerden elde edilen davranış değerlendirme ölçeği ile paralellik taşımaktadır ve Thalassemi çocuklar anneleri gibi psikiyatrik örneklere göre kendilerini daha yeterli algılamaktadırlar. Olgulardan elde edilen verilerde WÇZÖ puanları kontrol grubunda daha yüksek, hasta grubunda ise daha düşük bulunmuştur.

Projektif testlerde, Cümle Tamamlama, Goodenough, İnsan Resmi Çizme Testi, Üç Dilek Testi'nde Thalassemi çocukların yaşamlarını kısıtlayıcı ve yönlendirici olabilen bu hastalıkla ilintili olarak; kaygılar, çözümsüzlük, güvensizlik, iyileşebilmek, çaresizlik ve v.b. duygularını aktardıkları saptanmıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgular; Thalassemi çocukların, psikiyatrik yakınması olan çocuklarla karşılaştırıldıklarında kısa süreli bellek ve algılamada sorunlar yaşadıkları ve bilişsel konularda güçlükleri olduğu yönündedir. X'e bağlı Thalassemler dışında Thalassemi'nin zeka ile ilgili bir soruna neden olmadığı, çalışmadaki çocuklardan alınan düşük sonuçların ise, kronik hastalığın süregen olumsuz etkileri, çocuklardaki okul devamsızlıkları, motivasyon düşüklükleri gibi nedenlerden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.

*Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 4(3) 1997*

# HABERLER

## **Türk Dili Konuşan Ülkelerin Milli Pediatri Dernekleri Birliği IV. Uluslararası Katılımlı Bölgesel Kongresi**

Türk Dili Konuşan Ülkelerin Milli Pediatri Dernekleri Birliği (Union of National Pediatric Societies of Turkish Republics), Uluslararası Pediatri Kurumu'nun (IPA, International Pediatric Organization) bölgesel bir kuruluşudur. Bu birliğin kurucu üyeleri Azerbaycan, Kazakistan, Kırgızistan, Türkiye, Türkmenistan ve Özbekistan Milli Pediatri Dernekleri'dir. Birlik bu ülkelerde sıra ile uluslararası katılımlı bölgesel toplantılar düzenlemektedir. Bu toplantılardan ilki 1993 yılında Ankara'da, daha sonrakiler 1994'de Taşkent'te ve 1996'da Almatı'da yapılmıştır. 21-25 Eylül 1997 tarihlerinde Bakü'de yapılan toplantı (IV Regional Congress of Pediatric Societies of Turkish Speaking Countries with International Participation) ve bu toplantıdan hemen önce 20-21 Eylül 1997 tarihlerinde IPA, WHO ve UNICEF'in düzenlediği çalışma grubunun ana konuları "Kız Çocuklar" ve "Mikronütrient Eksiklikleri" olmuştur. Gerek kongrenin gerekse çalışma grubunun ana konularından biri olarak kız çocuklarının yalnız tıbbi sorunlarının değil, sosyal ve psikolojik sorunlarının ele alınması, konunun çocuk hekimleri açısından da giderek önem kazandığını göstermektedir. Kongrenin Onursal Başkanlığını Azerbaycan Cumhuriyeti Devlet Başkanı Haydar Aliyev ve Prof. Dr. İhsan Doğramacı'nın yapması da konuya verilen önemi göstermektedir. Bu toplantılarda ülkemizden Prof. Dr. Çiğdem Kağıtçıbaşı "Cinsiyet ayrımı ve çocuğun değeri" IPA'dan P. Santos-Ocampo "Cinsiyet ayrımcılığı ve yoksunluğu: Şu andaki durum ve gelecek için beklentiler", WHO'dan M. Belsey "Kız çocuğunun hukuki yönleri ve çocuk hakları", Kırgızistan'dan R. Achylova "Kız çocuklarının durumu" konularında konferanslar vermişlerdir.

*Dr. Murat Yurdakök*

## **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Seminerleri - I**

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği'nin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Seminerleri'nin birincisi "Temel Sağlık Hizmetlerinde Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı" başlığı altında, 4-5 Ekim'de Antalya'da düzenlenmiştir.

Koruyucu çocuk ve ergen ruh sağlığına yönelik bu etkinliklerin farklı kurumların sorumluluğunda ülkemizin değişik yörelerinde her yıl yapılması planlanmaktadır. Bu yıl Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı adına sorumluluğu üstlenen Yrd. Doç. Dr. Esin Özatalay ve Antalya Tabip Odası Pratisyen Hekim Komisyonu işbirliğinde yürütülen seminere, değişik kurumlardan, dernek üyesi öğretim üyeleri konuşmacı olarak katılmışlardır. Doç. Dr. Ayla Aysev (Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD), Doç. Dr. Meral Berkem (Marmara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı), Prof. Dr. Bahar Gökler (Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD), Yrd. Doç. Dr. Şenay Kükner (Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı), Yrd. Doç. Dr. Esin Özatalay (Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı), Doç. Dr. Ümran Tüzün (İstanbul Üniv. Çapa Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD) ve Dr. İsmail Yavaş çeşitli başlıklar altında derledikleri konuşmalarıyla çocuk ve ergen ruh sağlığında normal gelişim ve sık görülen psikopatolojilerden söz etmişlerdir. Konuşmacı ve izleyicilerin ortak katılımıyla seminer, etkin bir çalışma grubu niteliğinde işlev görmüştür.

*Prof. Dr. Bahar Gökler*

## American Academy of Child And Adolescent Psychiatry 44. Yıllık Toplantısı

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry bu yılki toplantısını Canadian Academy of Child Psychiatry ile birlikte 14-19 Ekim 1997 tarihlerinde Toronto-Kanada'da düzenledi. Oldukça zengin içerikli ve yoğun bir program kapsamında gerçekleştirilen toplantı gün boyunca süren kurslar, paneller, çalışma grupları, klinik vaka toplantıları ve bildiriler şeklinde düzenlenmişti. Yedi farklı konuda açılan kurslar içinde en ilgi çeken, genel psikiyatrideki eğilime paralel olarak çocuk ve ergen psikiyatrisinde de son yıllarda üzerine çok eğilinen "psikofarmakoloji" kursu oldu. Diğer kurslar "Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar", "Ergenlerde Madde Kötüye Kullanımı:Nörolojiden Değerlendirme ve Tedaviye", "Psikopatolojiye Gelişimsel Yaklaşımlar", "Asperger Bozukluğu", "Ergenlerde Yeme Bozuklukları", "Çocuk Psikiyatrisinde Genetik" konularındaydı. Kongrede en çok işlenen konu DEHB-DEB oldu. Çeşitli panel, çalışma grupları, vaka tartışmalarında konu çeşitli boyutlarıyla ele alınarak çok yönlü sunuldu ve tartışıldı.

Sabah kahvaltıları şeklinde küçük gruplar halinde düzenlenen klinik vaka tartışmaları ilginç ve komplike vakaların ele alındığı oturumlar oldu. Panel ve çalışma gruplarında çocuk ve ergen psikiyatrisini ilgilendiren çeşitli konularda biyolojik (genetik, nörolojik), psikiyatrik ve psikososyal çalışmalar sunuldu, tartışıldı.

Çocuk ve ergen psikiyatrisi alanının büyük isimlerinden, Şubat 1997'de vefat eden Joseph Noshpitz yakın arkadaşlarından Vivian Rakoff'un verdiği "Heroic Adolescence" konferansı ile anıldı.

Bunun yanı sıra sanat etkinliklerinin (örneğin 'Shine') analitik açıdan tartışıldığı "Media Theatre" başlıklı oturumlar da oldukça ilginçti.

*Doç.Dr.Fusun Çuhadaroğlu*

## Ergen Günleri - II

Ergenlik Döneminde Cinsellik: Gelişim ve Sorunlar

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Ergen Komisyonu etkinliklerden Ergen Günleri'nin ikincisi 5-6 Aralık 1997 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi R Salonunda yapıldı. İlki geçen yıl düzenlenen etkinlikte bu yıl "Ergenlik Döneminde Cinsellik: Gelişim ve Sorunlar" başlığı altında ergenlik döneminde cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve cinsellik başlığı altında değerlendirilebilecek sorunlar ele alındı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın katkılarıyla gerçekleştirilen sempozyumun açılış konuşmasını Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Başkanı Prof. Dr. Bahar Gökler yaptı.

Açılış Konferansında Prof. Dr. Cengiz Güleç "Kültürel Açından Ergen Cinselliği" konusunu kültürümüzden örneklerle ele aldı. "Cinsel Gelişim ve Sorunları" paneline konuşmacı olarak Prof. Dr. Saynur Canat, Yrd. Doç. Dr. Birsen Sonuvar, Prof. Dr. Nurşen Yordam ve Uzm. Dr. Talat Parman katıldılar. Gelişim dönemlerinde ortaya çıkan cinsel sorunlar, fiziksel ve ruhsal özellikleri ile böylesi olgularda konsültasyon psikiyatrisinin önemi vurgulandı, "aşk, cinsellik ve ölüm" başlığı altında psikanalitik açıdan ergenlik dönemi cinselliğine farklı bir bakış sunuldu.

Öğleden sonraki konferansta Prof. Dr. Ayşe Yalın "Cinsel Travmalar" konusunu ele aldı. "Cinsel Eğitim" başlıklı panele ise Prof. Dr. Ayşen Bulut, Doç. Dr. Mehmet Sungur, Doç. Dr. Ayla Aysev, Doç. Dr. Ferhunde Öktem ve Psikolog Birsen Özkan konuşmacı olarak katıldılar.

Sempozyumun ikinci gününde sabah Uzm. Dr. Tülin Dabakoğlu'nun "Adolesan Gebelikleri" başlıklı konferansından sonra "Cinsel Yolla Geçen Hastalıklar" paneli yapıldı. Prof. Dr. Serhat Ünal, Doç. Dr. Can Cimilli, Doç. Dr. Uğur Altuğ ve Uzm. Dr. Kubilay Vicdan'ın panelist olarak yer aldığı oturumda cinsel yolla geçen enfeksiyon hastalıklarına ilişkin bilgiler yanında özellikle AIDS'in psikiyatrik görünümü ile konsültasyon psikiyatrisine değinildi.

Öğleden sonraki konferansta İsrail'den gelen konuk konuşmacı Prof. Dr. Alan Apter "Adolesansda Cinsel Sorunlar" ve daha sonra da "Tedavileri" anlattı. Prof. Apter, psikoseksüel bozukluklar baş-

lığı altında oluşturduğu sınıflandırmada; cinsel kimlik bozukluklarını, cinsel yönelim bozuklukları, ego distonik homoseksüalite ve cinsel işlev bozukluklarını ayrıntılı olarak anlattı. Sempozyumun son bölümünde "Cinsel Kötüye Kullanma ve Kullanılma" başlığı altında yer alan çalışma grubuna katılan Prof. Dr. Ayşe Yalın, Uzm. Dr. Mazlum Çöpür, Danışman Psk. Dr. Şule Man, Av. Türkay Asma ve Neşe Şahinci izleyicilerle birlikte konuyu çeşitli boyutlarıyla ele alarak tartıştılar.

Ergen komisyonunun psikiyatri dışında ergenlerle ilgili diğer tıp dallarının da katılımını sağladığı; ilkinde yeme, ikincisinde ise cinsellik başlığı altında ilgili branşları kaynaştıran Ergen Günleri etkinliklerinin ikincisi yoğun bir katılımla gerçekleştirildi. Düzenli sürecek bir etkinlik olacağı umulan sempozyumların ergenlerle çalışan çeşitli branştan uzmanların bilgi ve deneyimlerini paylaşmaları yanında birbirlerini tanımaları ve ortak çalışmalarla daha sık bir araya gelmelerini sağlayacağını düşünüyorum. Böylece ergenlerle ilgili neler yapıldığı ve daha neler yapılabileceği açıklık kazanacaktır.

*Doç. Dr. Füsün Çuhadaroğlu*

## **VI. Anadolu Psikiyatri Günleri**

VI. Anadolu Psikiyatri Günleri 10-14 Aralık 1997 tarihinde Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Psikiyatri Derneği işbirliği ile Erzurum Palandöken Dedeman otelde yapıldı. "Zihin beyin ilişkisi bağlamında psikiyatri ve felsefe", "Transkültürel açıdan psikiyatri", "Psikolojide inanç sistemleri", "Bilimlerin vicdanı psikiyatri", "Uygulamalı felsefe açısından psikiyatri'de "öteki" sorunu" başlıkları altında yapılan ilginç konferansların yanısıra, Kadın ruh sağlığı, Anadolu tıp fakülteleri psikiyatri bölümleri: Sorunlar ve öneriler, Türkiye'de psikoterapi uygulamaları ve eğitim olanakları gibi panellerden oluşan yoğun bir toplantı yaşandı. Ayrıca serbest bildirilerin sunulduğu VI. Anadolu Psikiyatri Günleri 1998 yılında Malatya ve 1999 yılında Diyarbakır'da buluşmak üzere sonlandı. Erzurum gecesi, cirit gösterisi, şehir gezisini de kapsayan yoğun bir sosyal programı olan VI. Anadolu Psikiyatri Günleri'nden bilimsel ve sosyal etkinliklerin dışında akıllarda, bembeyaz karlar ile buram buram geleneksel Anadolu konukseverliğinin kokusu ve dinginlik duygusu kaldı.

*Dr. Z. Bengi Semerci*

## **Otizm Tanı Görüşmesi Eğitim Semineri**

15 - 18 Aralık 1997 tarihleri arasında ODTÜ Psikoloji Bölümü, H.Ü.T.F. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği'nin işbirliğiyle ADI-R (AUTISM DIAGNOSTIC INTER VIEW-REVISED) "Otizm Tanı Görüşmesi Eğitim Semineri" düzenlenmiştir. MRC Çocuk Psikiyatrisi Ünitesinden Prof. Dr. Micheal Rutter ve O.D.T.Ü.'den Psk. Yrd. Doç. Dr. Sibel Kazak tarafından verilen seminere ülkemizin hemen hemen her kurumundan birer temsilci katılmıştır.

Ayrıca seminerin ilk gününde Prof. Dr. Micheal Rutter "Genetik Bir Bozukluk olarak Otizm: Klinik Göstergeler" başlıklı konferansını sunmuştur. Geniş bir katılım ile gerçekleşen konferansın tartışma bölümü süre olarak uzun tutularak katılımcıların otizm ile ilgili sorularının ayrıntılı olarak ele alınması sağlanmıştır.

*Dr. Fatih Ünal*

## **Kitle İletişim Araçları, Aile ve Çocuk Paneli (22 Aralık 1997)**

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın Prof. Dr. Atalay YÖRÜKOĞLU'nun onuruna düzenlediği panel merkez kampüsü R salonunda yapıldı. Yoğun katılım olan panel H.Ü. Rektörü Prof. Dr. Süleyman Sağlam ve H.Ü.T.F. Dekanı Prof. Dr. Yavuz Renda'nın açılış konuşmaları ile başladı. Daha sonra Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu'nun slayt gösterisi eşliğinde özgeçmiş sunuldu ve onunla ilgili anılar aktarıldı. Dr. Yörükoğlu'nun yönettiği "Kitle iletişim araçları, aile ve çocuk" başlıklı panele katılan gazeteci-yazar Dr. Erdal Atabek, gazeteci Can Dünder, gazeteci Mahmut Tali Öngören ve İletişim Fakültesinden Prof. Dr. Oya Tokgöz çeşitli yönleri ile iletişim araçlarının çocuklar ve aileler üzerine olan olumlu-olumsuz etkileri konusundaki görüşlerini aktardılar. Dinleyicilerin de soruları ile katılımında buldukları panel bu konuda yapılabilecek düzenlemelerin tartışılması ile son buldu.

*Dr. Z. Bengi Semerci*

*Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 4(3) 1997*

## YAZAR DİZİNİ

Akın R. 171  
Aktaş Y. 74  
Alparslan N. 65  
Aras Ş. 97  
Arı M. 3  
Aslan O. 65  
Aslan SH. 65  
Aşkın R. 19  
Aydın C. 97, 105, 145  
Bayrak A. 113  
Boztepe AV. 92  
Cenkseven F. 65  
Coşkunol H. 145  
Çakışoğlu M. 74  
Çilli AS. 19  
Çöpür M. 157  
Darıca N. 3  
Denizoğlu A. 97  
Dereboy Ç. 10  
Dereboy İF. 10  
Ekmekçi H. 92  
Ercan ES. 105  
Erermiş S. 97, 145  
Gökçay A. 145  
Gürkan SB. 65  
Karacan E. 31,84, 135  
Kargın ŞE. 135  
Kaya N. 19  
Kora ME. 162  
Mangır M. 24  
Metin N. 3  
Musabali S. 97  
Özdemir YD. 135  
Özer DS. 24  
Polvan Ö. 157  
Saraç ŞT. 157  
Sayıl M. 129  
Sertcan Y. 10  
Şahinoğlu DG. 19  
Şener Ş. 10,31,135  
Şenol S. 31,84, 135  
Tamar M. 97, 145

Tüzün Ü. 162  
Uslu R. 39  
Ülkü A. 145  
Veznedaroğlu B. 105  
Yakıncı C. 92  
Yavaş İ. 171  
Yıldız M. 92  
Yorbık Ö, 171



## KONU DİZİNİ

Oyun 3  
Ruhsal belirtiler 19

Cinsel kimlik bozukluğu	97
Risk etmenleri	97
Connors öğretmen derecelendirme ölçeği	10
Davranış Sorunları	145
Diyabetik çocuklarda	145
Epileptik çocuklarda	145
Dikkat eksikliği aşırı hareketlilik bozukluğu	10, 171
Etyopatogenez	171
Connors öğretmen derecelendirme ölçeği	10
Duygusal yüz ifadesi çizimleri	129
Enürezis	92
Demografik özellikler	92
Genetik	92
Klein Levin Sendromu	157
Konversiyon bozukluğu	105
Korunmaya muhtaç çocuklar	3,74
Oyun	3
Ruhsal belirtiler	74
Oyun	3,113
Korunmaya muhtaç ve zihinsel özürlü çocuklarda	3
Tedavi edici etki	113
Selektif mutizm	31
Tedavi	31
Sınırdaki kişilik bozukluğu	162
Stres	65
Üniversite öğrencileri	65
Aile ortamı	65
Başa çıkma yolları	65
Şizofreni	39
Çocukluk başlangıçlı	39
Etyoloji	39
Tedavi	39
Travma sonrası stres bozukluğu	135
Doğal felaketler	135
Trikotilomani	84
Eşlik eden bozukluklar	84
Tedavi	84
Zeka geriliği	3,19,24
Aile özellikleri	24

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi: Cilt 4. 1997