

# ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

CİLT : 5 SAYI : 2

1998



# ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Cilt: 5 Sayı:2, 1998 Mayıs, Eylül ve Aralık aylarında olmak üzere 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

Yardımcı Yayın Yönetmenleri

Doç. Dr. Belma Ağaoğlu

Doç. Dr. Füsün Çuhadaroğlu

Doç. Dr. Fatih Ünal

## Üyeler

Psk. Doç. Dr. Melda Akçakın

Prof. Dr. Saynur Canat

Uzm. Dr. Hakan Erman

Uzm. Dr. Özlem Erman

Psk. Prof. Dr. Ferhunde Öktem

Uzm. Dr. Berna Pehlivan Türk

Doç. Dr. Bengi Semerci

Yrd. Doç. Dr. Birsen Sonuvar

Doç. Dr. Selahattin Şenol

## DANIŞMA KURULU

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)

Doç. Dr. Ümran Tüzün (İstanbul)

Prof. Dr. Aysel Ekşi (İstanbul)

Psk. Doç. Dr. Neşe Erol (Ankara)

Doç. Dr. Levent Kayaalp (İstanbul)

Prof. Dr. Efser Kerimoğlu (Ankara)

Yrd. Doç. Dr. Esin Özatalay (Antalya)

Doç. Dr. Haluk Özbay (Ankara)

Prof. Dr. Teoman Söhmen (Ankara)

Prof. Dr. Şahnur Şener (Ankara)

Prof. Dr. Suna Taneli (Bursa)

Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın (Ankara)

Doç. Dr. Yankı Yazgan (İstanbul)

## KAPAK RESMİ

Damla Deniz AKCAN

## BASKIYA HAZIRLIK VE BASKI

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

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

**REKLAM:** Reklam koşulları ve diğer ayrıntılar için yayın yönetmeniyle iletişime 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 Sımsıpazarı, 06202 ANKARA

Tel: (0.312) 388 50 15 - (312) 310 35 45 / 1151

Fax: (0.312) 310 00 12 E-Posta: ccs@gim.hun.edu.tr

ISSN: 1301-3904

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi Tübitak Tıp Dizinine alınmıştır.

# İÇİNDEKİLER

---

Önyazı .....	59
B. Gökler	
<b>Bir Grup Üniversitesi Öğrencisinde Yeme Tutumu İle Obsesif Kompulsif Belirtiler, Aleksitimi ve Cinsiyet Rollerini Arasındaki İlişki</b> .....	61
H. Aslan, N. Alparslan	
<b>Yeme Bozukluğu Olan Ergenlerde BTL-90 ile Psikiyatrik Belirti Dağılımının Araştırılması</b> .....	70
T. Demir, D.E. Demir, M.L. Kayaalp, B. Büyükkal	
<b>11-15 Yaş Grubu Çocuklarda Cinsel Suçlar</b> .....	79
B. Tüzün, İ. Elmas, E. Akkay	
<b>Evlat Edinilmiş Bir Annenin Evlat Edinmesi</b> .....	84
A. Zafer Atasoy	
<b>Seçici Konuşmazlık Sosyal Fobinin Bir Belirtisi mi?</b> .....	93
Ö. Yorbık, T. Söhmen	
<b>Bebeklikte Beslenme İlişkisi, Sorunları ve Tedavi Yaklaşımları</b> .....	99
Gülşen Erden	
<b>Görüşler</b> .....	112
E. Atabek	
<b>Yeni Yayınlardan Özetler</b> .....	115
<b>Haberler/Toplantı – Kongre</b> .....	118-120
<b>Yazım Kuralları</b> .....	121

# TÜRKİYE SINIR VE RUH SAĞLIĞI DERNEĞİ

## Prof. Dr. MUALLA ÖZTÜRK ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ÖDÜLÜ 1999

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. 1999 ödülü olarak 75.000.000 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 1998 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 Sınır ve Ruh Sağlığı Derneği  
Büklüm Sokak 89/3  
Kavaklıdere, 06700 ANKARA

# ÖNYAZI

## ÇOCUK VE GENÇLERDE YURTTAŞ OLMA BİLİNCİ VE YURTTAŞLIK KİMLİĞİ

Toplumumuzun tarihsel ve sosyolojik süreçlerine baktığımızda, Cumhuriyetin kurulması ile birlikte, ülkemizde, çocuğa ve gence verilen değer çok yükseldiği görülmektedir. Çocuğa ve gence ülkenin geleceğini belirleyen en önemli ulusal kaynak olma özelliği verilirken, bir yandan da bu özelliği bilinçle, işleve dönük bir biçimde üstlenmesi, benimseyerek kimliğine katması ve onurla taşınması yönünde desteklenmekte, yüreklendirilmektedir. Cumhuriyetin, ülkemiz insanlarında yerleştirmeyi amaçladığı önde gelen toplumsal niteliklerden birisi de çocuğa ve gence özen göstermektir. Çocuklar ve gençlerin öğretimsiz ve eğitimsiz kalması, yetilerinin olanaklar çerçevesinde geliştirilmemiş olması; devletin, ele alınması gereken sorunlar arasında öncelikli olarak yer verdiği bir durum olmuştur. Toplumsal sınıf farkı gözetilmeksizin, çocuk ve gençlerin varolan koşullarda en iyi biçimde eğitilebilmeleri ve kendilerini gerçekleştirebilmeleri amacıyla Köy Enstitüleri, Halkevleri açılmıştır. Günümüz Türkiye'sinde, bilim ve sanat alanında ülkemizi yönlendiren bir çok kişi, Cumhuriyetin bu aydınlanma kurumlarında yetişmişlerdir.

Cumhuriyetin ilk yıllarında, gençlere güven tam; ülkenin gençlerin itici güç ve çabalarıyla uygarlık düzeyine erişme beklentisi yüksektir. Onların ortak evrensel insancıl ve ulusal amaçlar çerçevesinde birleşen, her türlü gelişime ve yeniliğe açık, çalışkan, kendilerine ve ülkelerine yararlı, barışçıl, yurtsever, eşitlikçi ve paylaşımcı bireyler olarak yetişmelerini bekleme ve onları bu yönde destekleme, Cumhuriyetin çocuklara ve gençlere bakışının ana çizgilerini oluşturmaktadır. Böylesi bir bakış açısı, gençlerde özdeğer duygusunu besleyen, kimlik gelişmelerini belli amaç ve hedefler doğrultusunda biçimlendirmelerini sağlayan bir yaklaşımdır. Cumhuriyetin o erken yıllarında yaşayan şimdiki erişkinler kuşağı, benliklerinde hâlâ o aydınlanma ateşini, kendilerine aşılana o yurttaşlık bilincini kimliklerinin en ayrılmaz parçası olarak taşımaktadırlar. Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte, ülkemizde çocuk ve gençlere yönlendirilen bu beklenti, bu yurttaş olma sorumluluk ve coşkusu, bir yandan gençleri belirsiz bir arayıştan kurtarıırken; toplumda herkes tarafından desteklenen bir ortak hedefle kimliğini buluşturmak, gençlikte yaşanması olası bir kimlik karmaşasından onları uzaklaştırmaktadır. Cumhuriyetin Türk gençlerine kazandırdığı bu kimlik YURTTAŞLIK KİMLİĞİDİR. Bir ülkenin ana kaynağını, özsumusunu oluşturduğunu bilmenin kıvanç ve onurunun kazandırdığı yüksek benlik saygısı ve özgüven, ülkenin geleceğini belirleyecek çağdaş atılımların öncülüğünü üstlenmenin getirdiği sorumluluk duygusu, Türkiye'yi uygar, gelişmiş, özgür ve bağımsız bir ülke olarak yaşatma ve geliştirme ülküsü, bu kimliği biçimlendiren, çocuklukta başlayan ve gençliğe doğru güçlenerek özümseenecek olan bu kimliğin ana öğeleridir.

Günümüz Türkiye'sine bakıldığında ise, değişen toplumsal süreçler, yaşanan sosyo-politik değişimlerle birlikte, Cumhuriyetin getirdiği, çocuk ve gençleri de sarmalayan toplumsal değerlerin çözülmekte; ülkemizin yıllarca önce Cumhuriyetin kurulması ile birlikte elde ettiği kazanımların giderek yitirilmeğe olduğu yadsınamaz bir biçimde farkedilmektedir. Toplumumuzdaki önceliklerin değişmesi, değer yargılarının, amaçların farklılaşması, ne yazık ki gelişme, uygarlaşma ile ters orantılı bir akış izlemektedir. Çocuklarını seven, onlara özen gösteren, gençlere ülkeyi onlara emanet edecek denli güvenen Cumhuriyetimizde bugün erişkinlerin, özellikle devletin yönetiminden sorumlu kurumların gençlerden korktuklarını, gençleri gizil bir tehlike gibi algıladıklarını ve onları eğitime yerine cezalandırma ya yatkın olduklarını görmekteyiz. Uygarlaşma, gelişme, ileriye, aydınlık, özgür günlere açılma ülküsü ile başlayan Türkiye Cumhuriyeti'nde, ortaçağ kalıntısı bir bağınazlığın gençleri tutsak etme tehlikesinin yeniden başgösterdiğine tanık olmaktayız.

Günümüzde, ortak toplumsal değerler çözülmüş, çocukları ve gençleri özenle eğitime, Cumhuriyetin kanatları altında eşit güvencelerle yetiştirme ülküsünün yerini, onları çok farklı koşullarda sürdürmek

zorunda kaldıkları bir koşunun karanlık labirentlerinde yalnız bırakan acımasız bir yarışmacılık tutkusunu almıştır. Gençlere ulaşmaları gereken hedeflerin akılcı ve gerçekçi yolları gösterilmeksizin; yapay ve büsbütün yollarını kesen, özgüvenlerini sarsan bir özendirme yaygınlaştırılmıştır. Pek çok gencin kiminle ve ne yolla, hangi donanımla yarışacaklarını bilemeden, kararsız bir biçimde, belirsiz hedef arayışlarına yönelmiş olduklarını; bir kısmının da bu karmaşadan kurtulabilmek için kendini bireyselliğe kapattığı ve paylaşımdan uzak, öznel bir ben-merkezcilik içinde ülkesinden, toplumundan ve çağından uzaklaşıp yabancılaştığı görülmektedir.

Bugün dünyada çocuk işçiliğinin son bulmasına yönelik gelişmeler varken, ülkemizde çok sayıda çocuk işçinin var olduğu, çocukların emek sömürüsünün ağır çarkları altında ezilip madde bağımlılığı riski ile karşı karşıya bırakıldıkları bilinmektedir.

Köyden kente göç, yoksullaşma ve ailenin dağılması gibi toplumsal zorlanmalar sonucu sayıları giderek artan sokak çocuklarına, ne yazık ki, toplumumuzda duygusal sömürü aracı ya da ortadan kaldırılması gereken yaratıklar gözüyle bakılmaktadır. Yazılı ve görsel iletişim araçlarının bazıları bu çocukları izlem oranı yükseltme aracı olarak kullanmakta, toplumu bu çocuklara yönelik olumsuz tutumlar bağlamında kışkırtmaktadır. Kendi özgün kültürel yapımızda "çocuk yetiştirmeye önem verme" benimsenmiş, yerleşik bir toplumsal tutum özelliği ve "annelik" çok saygın bir konum olarak bilinirken, biz "Cumartesi Anneleri"ni yaratan ve üstelik onları hırpalayan ve örseleyen bir topluma dönüştük.

Cumhuriyetin ülkemiz insanlarına getirdiği "insan olma", "yurttaş olma" onuru, devlet yönetimindeki bilinçsizlik ve aksamalar sonucu, cumhuriyetin özüne gerektiğince sahip çıkamama ile birlikte gelişen toplumsal değerler çalkantısı içinde gölgelendi, "yurttaş olma" bilinci silikleşti.

Ancak sanıyorum ki, toplumumuzda hele de çok zorlu ve özverili uğraşlar sonunda elde edilmiş ortak bir kazanım olan bu "onur" ve "bilinç" öylesine kolay yitirilecek ve vazgeçilebilecek bir nitelik değildir.

Çocuk ve gençlere yönelik olarak "Eğitim Birliği Yasası"ndan çok daha sonraları ve gecikmeli olarak gerçekleştirilebilmiş olsa da "sekiz yıllık zorunlu eğitim"in ülkemizde uygulamaya geçirilmiş olması, üniversitelerde gençleri din sömürüsüne araç kılan eylemlerin bastırılmasına yönelik alınan ortak önlemler, hele de en önemlisi Cumhuriyetin 75. Yılı'nın böylesine bir coşkuyla, kıvançla, halk katılımı ve özlemle kutlanması, toplumumuzdaki cumhuriyetçi özün bugün de yaşamakta olduğunu ve bu "yurttaşlık bilinci"nin artık bu toplumdaki kolayca sökülüp atılmayacak denli derinlere, ülkemizin sıcak ana toprağına kök salmış bulunduğunu göstermektedir.

Ülkemiz çocuk ve gençlerine Cumhuriyet Türkiyesinin yurttaşı olma hakkını tanımak, "yurttaşlık" bilincini aşılacak ve onlara bu "yurttaşlık kimliği"ni, doğru örnekler sunarak kazandırmak, onlar için kendilerini geliştirebilmelerini ve kişiliklerini sağlam temeller üzerinde bocalamadan, özgürce oluşturmalarını sağlamanın en geçerli yolu olacaktır.

Ülkemiz, Türkiye Cumhuriyeti, çocuk ve genç yurttaşları ile birlikte gelişecek ve ileriye doğru yol alabilecektir. Bir ülke çocuk ve gençlerine özen gösterdiğinde ancak; bu özen, onlar yetiştiğinde kendisine geri dönebilecektir.

*Prof. Dr. Bahar Gökler*

# BİR GRUP ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİSİNDE YEME TUTUMU İLE OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLER, ALEKSİTİMİ VE CİNSİYET ROLLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Halime Aslan\*, Nazan Alparslan\*\*

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada Kocaeli Üniversitesi'nde okuyan 164'ü (%53.9) erkek, 140'ı (%46.1) kız, toplam 304 öğrencide yeme tutumları ile obsesif kompulsif belirtiler, aleksitimi ve cinsiyet rolleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. **Yöntem:** Çalışmada Yeme Tutum Testi (YTT), Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) ve Bem Cinsiyet Rolü Envanteri (BEM) kullanılmıştır. **Sonuç:** Analizler YTT üzerine cinsiyet ve aylık gelir düzeyinin önemli etkisi olduğunu göstermiştir; kızlarda ve yüksek gelir düzeyine sahip olanlarda YTT puanları daha yüksektir. YTT ve MOKSL toplam ve kontrol, temizlik, yavaşlık alt ölçekleri puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. TAÖ puanları ile YTT puanları arasında anlamlı korelasyon yoktur; ancak TAÖ'de "duyguları ve bedensel duyuları tanımlamada güçlük" ile ilgili maddeler YTT puanları ile ilişkilidir. Kızlarda erkeklik puanları YTT puanları ile pozitif korelasyon gösterirken, cinsiyet rolü yönelimi ile YTT puanları arasında her iki cinsten de anlamlı ilişki bulunmamıştır.

**Tartışma:** Sonuçlar obsesif kompulsif belirtilerin, özellikle de kontrol, temizlik ve yavaşlığın yeme tutumlarıyla ilgili olduğunu göstermektedir. Duygularını ve bedensel duyularını ayırtmakta güçlük çekenlerin YTT'de daha yüksek puanlar almaları kimi aleksitimik özelliklerin yeme bozukluklarına yatkınlık sağladığını gösterebilir. Kız öğrencilerde BEM'de erkeklik puanları yükseldikçe YTT puanlarının da yükselmesi, kadınlığın reddi ile açıklanabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Yeme tutumu, aleksitimi, obsesif kompulsif belirtiler, cinsiyet rolleri, üniversite öğrencileri.

## SUMMARY

### THE RELATIONSHIP BETWEEN EATING ATTITUDES AND OBSESSIVE COMPULSIVE SYMPTOMS, ALEXITHYmia AND SEX ROLES IN A GROUP OF UNIVERSITY STUDENTS

**Objective:** In this study the relationships between eating attitudes, and obsessive-compulsive symptoms, alexithymia and sex roles were investigated among 164 (53.9%) male, 140 (46.1%) female, total 304 students from Kocaeli University. **Method:** The Eating Attitudes Test (EAT), Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI), Toronto Alexithymia Scale (TAS) and Bem Sex Role Inventory (BEM) were used. **Result:** Analyses conducted on the EAT revealed a main effect for gender and level of monthly income. Female gender and higher monthly income were associated with higher scores on the EAT. The scores of the EAT and MOCI total, and control, cleanliness and slowness subscales were positively correlated. The scores of TAS did not show a significant correlation with the scores of EAT; but the items on TAS reflecting "difficulty differentiation between feelings and bodily sensations" were related to higher scores on EAT. The masculinity scores on BEM were positively correlated with the scores of EAT among females, but there were no significant differences on EAT according to sexual orientation among both gender. **Discussion:** The results indicated that obsessive compulsive symptoms, particularly control behaviors, cleanliness and slowness were related to the eating attitudes. The subjects who were less able to differentiate their feelings and bodily sensations tended to have higher scores on EAT indicating that some alexithymic characteristics may represent a vulnerability to eating disorders. The positive correlation of dysfunctional eating attitudes and the masculinity scores on BEM among females can be explained through the "rejection of femininity".

**Key words:** eating attitudes, alexithymia, obsessive-compulsive symptoms, sex roles, university students.

\* Dr., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

\*\* Prof. Dr., ÇÜTF Biyoistatistik Anabilim Dalı, Adana.

Yeme bozukluklarıyla ilgili toplum çalışmalarının çoğu patolojik yeme davranışına daha çok endüstrileşmiş batı toplumlarında rastlandığını, batı toplumlarındaki sosyokültürel etkenlerin ve zayıflık konusundaki toplumsal baskıların yeme bozuklukları gelişmesine yatkınlık sağladığını bildirmektedir (Cooper ve ark. 1987, Halmi ve ark. 1993). Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalar geliştirmekte olan toplumlarda da yeme bozukluğu oranlarının batı toplumlarındaki denli yüksek olduğunu desteklemektedir (Grange ve ark. 1998). Risk etkeni olarak cinsiyet, sosyoekonomik durum, kişilik özellikleri üzerinde durulmuşsa da en önemli risk etkeninin "kadın" cinsiyeti olduğu ortaya konmuştur. (Healy ve ark. 1985, Cantrell ve Ellis 1991, Grange ve ark. 1998).

Subklinik belirtilere göre toplumda kadınların %20'sinin yeme bozukluğu gelişmesi açısından risk altında olduğu belirtilmektedir (Van Thorre ve Vogel 1985). Yeme bozukluklarının daha çok kadınlarda görülmesi, toplumsal cinsiyet rolleri ile açıklanmaya çalışılmış; toplumsal cinsiyet rollerinden beklenildiği gibi kadınların özerkliklerini doğrudan ifade edemedikleri, boyun eğici davrandıkları, bu özelliklerin de öz kavramında düzensizlikler ve benlik saygısında azalma ile yeme bozukluğu gelişmesine zemin hazırladığı ileri sürülmüştür (Cantrell ve Ellis 1991). Toplum zayıflık, narinlik gibi özellikleri kadına atfederken, gürbüzlük, güçlülük, kuvvetlilik gibi özellikleri erkeğe atfetmektedir (Mahovald 1992). Cinsiyet rolleriyle yeme tutumları arasındaki ilişkiyi araştıran 22 çalışmanın sonuçlarını değerlendiren meta-analitik bir çalışmada yeme davranışı bozukluklarıyla kadınsı cinsiyet rolü arasında pozitif, erkek cinsiyet rolü arasında ise negatif bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (Murnen ve Smolak 1996). Bir çalışmada kadınlarda beden doyumu ve diyet yapma davranışının hem kadınsı hem de erkeksi rol puanları ile ilişkili olduğu (Van Strien 1989), bir başka çalışmada erkeksi roldeki kadınlarda yeme davranışı bozukluklarına daha çok rastlandığı (Cantrell ve Ellis 1991), diğer bir çalışmada ise bulimik hastaların kadınsı cinsiyet rolü puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirtilmektedir (Lewis ve Johnson 1984). Yeme bozukluklarıyla cinsiyet rolleri arasında ilişki bulunmadığını belirten çalışmalar da vardır (Timko ve ark. 1987).

Yeme bozukluklarında obsesif kompulsif belirtilerin, obsesif kompulsif bozuklukla da yeme

davranışı bozukluklarının birlikteliğini destekleyen birçok çalışma vardır. Her iki bozukluğun fenomenolojisinin benzer olduğu belirtilmekte, her iki bozuklukta da katı, mükemmeliyetçi bir yapı olup, bilişsel çarpıtmaların ve zihinsel aşırı uğraşların benzer olduğu, sorun davranışın bir kez başladı mı durdurulamadığı dikkati çekmektedir (Halmi ve ark. 1991, Pigott ve ark. 1991, Fahy ve ark. 1993, Thiel ve ark. 1995, Kaye 1997).

Aleksitimi duygularını tanıma, tanımlama ve ifade etmekte yetersizlik, duygusal durumlarla bedensel duyuları ayırt edememe, işlemsel ve yararcı düşünme ve düşlem yaşamında kısıtlılık olarak tanımlanmaktadır (Sifneos 1973). Yeme bozukluğu olanlarla yapılan çalışmalar bu kişilerde aleksitiminin yaygın olduğunu göstermektedir (Legorreta ve ark. 1988, Schmidt ve ark. 1993, Jimerson ve ark. 1994, Troop ve ark. 1995). Yeme bozukluklarıyla depresyon ve kaygının sıklıkla birlikte görülmesi aleksitiminin ikincil olarak gelişebileceğini düşündürmüştü, ancak yeme bozukluğu belirtileri düzelse de aleksitiminin düzelmemesi daha çok altta yatan birincil bir kişilik özelliğine bağlanmıştır (Pierloot ve ark. 1988, Schmidt ve ark. 1993). Ülkemizde ruhsal ve fiziksel hastalıkların aleksitimiyle ilişkisini araştıran birçok çalışma (Şahin 1991, Dereboy ve ark. 1994, Aslan ve ark. 1996, Aslan ve ark. 1997a, Aslan ve ark. 1997b, Aslan ve ark. 1997c, Kuloğlu ve ark. 1997) olmasına karşın yeme davranışındaki sorunlarla aleksitimi arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Ülkemizde yeme bozukluklarıyla ilgili çalışmaların oldukça az olduğu dikkati çekmektedir. Bu konuda ulaşılabilen Yeşilbursa ve arkadaşlarının (1992) çalışmasında 1978 lise öğrencisi değerlendirilmiş, öğrencilerin %2.5'inde bulimiya nervoza, %0.2'sinde anoreksiya nervoza, %0.86'sında subklinik bulimiya, %0.4'ünde subklinik anoreksiya nervoza belirlenmiştir. İzmir ve arkadaşlarının (1994) çalışmalarında, Ankara'da farklı sosyoekonomik düzeyden üç lisenin son sınıf öğrencileri YTT ile taranmış, YTT puanlarına göre "hasta" olduğu düşünülebilecek kız öğrencilerin oranı %9.9, erkek öğrencilerin ise 1.34 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, YTT puanlarının gerek cinsiyet gerekse okul açısından anlamlı farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Özer ve arkadaşlarının (1997) hemşirelik yüksek okulu öğrencileriyle YTT ve CIDI kullanarak yaptıkları tarama çalışmasında, öğrencilerin %3.3'ünün YTT puanları



na göre risk altında olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada amaç üniversite öğrencilerinde yeme tutumlarıyla sosyodemografik değişkenlerin yanı sıra, obsesif kompulsif belirtilerin, aleksitimik özelliklerin ve cinsiyet rollerinin ilişkisinin araştırılmasıdır.

## YÖNTEM:

**Örnekleme:** Çalışmaya Kocaeli Üniversite'sinin merkez kampüsündeki mühendislik, tıp, fen-edebiyat fakültelerinde okuyan 164 erkek, 140 kız, 304 öğrenci katılmıştır. Öğrencilere anket formları ders aralarında, öğretim görevlilerinden izin alınarak, dersliklerde doldurtulmuştur. Çalışmanın amacı açıklanmış, katılmak isteyen öğrencilere anket formları verilmiştir.

### Kullanılan ölçekler:

1- *Sosyodemografik Veri Toplama Formu*: Tarafımızdan düzenlenen bu formda öğrencinin cinsiyeti, yaşı, gelir düzeyi, kardeş sırası, anne-baba eğitimi, boyu, beden ağırlığı ile ilgili sorular yer almaktadır.

2- *Yeme Tutum Testi (YTT)*: Anorektik davranış ve tutumları belirlemeye yönelik 40 maddeden oluşan altılı likert tipi bir ölçektir. Test Garner ve Garfinkel (1979) tarafından geliştirilmiş, yeme davranışı bozukluklarını taramada ve bu bozukluklara yatkınlığı belirlemede kullanılmaktadır. Kesme noktası 30 puan olarak bildirilmiştir. Ülkemizde ilk kez Doğan (1985) tarafından kullanılmış, 11 anorektik ve 11 normal kişide denenmiş, ancak ölçeğin psikometrik incelemeleri yapılmamıştır. Türk toplumu için uyarlanması ise Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır.

3- *Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)*:

Obsesif kompulsif belirtilerin türünü araştırmayı amaçlayan bu ölçek Hodgson ve Rachman (1977) tarafından 30 madde olarak geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Erol ve Savaşır (1988) tarafından yapılmış, eksikliği belirlenen obsesif düşünce boyutuna MMPI testinden 7 madde eklenerek soru listesi 37 maddeye çıkarılmıştır. Doğru-yanlış olarak işaretlenmekte, kontrol, temizlik, yavaşlık ve kararsızlık-kuşku olmak üzere dört alt ölçekten oluşmaktadır (Erol ve Savaşır 1988).

4- *Toronto Aleksitimi Ölçeği*: Taylor ve arkadaşları (1985) tarafından geliştirilmiş, 26 maddelik beşli

likert tipi bir ölçektir. Ülkemizde uyarlama çalışması Dereboy tarafından (1992) yapılmış, ancak ölçek özgün beşli likert biçimi yerine "evet" ya da "hayır" biçiminde "zorunlu seçim" yanıtlama sistemi kullanılmıştır.

5- *Bem Cinsiyet Rolü Envanteri (BEM)*: Bem (1974) tarafından geliştirilen, Kavuncu (1987) tarafından Türkçe'ye uyarlanan bu ölçek, her sıfatın kişiye ne denli uygun olduğunun yedi basamaklı seçenek üzerinden yanıtlandığı, kadınlık, erkeklik ve sosyal beğeni ölçeklerinden oluşmaktadır. Ancak bu çalışmada, 20'şer maddeden oluşan ve geçerlilikleri sınanmış (Dökmen 1991) ilk iki ölçek, maddeleri karışık sıralanmış olarak tek bir ölçek biçiminde uygulanmıştır. Bu ölçekten kadınlık ve erkeklik olmak üzere iki ayrı puan elde edilmekte, bu puanların ortancaları hesaplanmaktadır. Kadınlık puanı kadınlık ortancasının, erkeklik puanı erkeklik ortancasının üzerinde olanlar androjen; kadınlık puanı kadınlık ortancasının altında, erkeklik puanı erkeklik ortancasının altında olanlar kadınsı; iki puanı da ortancaların altında olanlar ise belirsiz cinsiyet rolüne sahip olarak değerlendirilmektedir (Dökmen 1991). Bu araştırmada kadınlık ve erkeklik ortancaları her iki cins için ayrı ayrı hesaplanmıştır.

## BULGULAR

### *Sosyodemografik değişkenlerle analizler:*

1- *Cinsiyet*: Kız öğrencilerin YTT puan ortalamalarının erkeklerden belirgin olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Tablo 1). YTT'de kesim puanı olan 30'un üzerinde alan 15 öğrenciden (%4.9) 13'ü (4.2) kız, 2'si (%0.7) erkektir.

2- *Yaş*: Öğrenciler 18-25 yaşları arasında olup, yaş ortalamaları 20.4+/-2.2'dir. Yaşla YTT puanları arasında Pearson korelasyon analizine göre anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $r:0.14$   $p>0.05$ ). Savaşır ve Erol'un çalışmasında (1989) 16-20 yaş grubundaki deneklerin YTT puan ortalamaları 21-25 yaş grubundakilere göre belirgin olarak yüksek bulunduğu için bu çalışmada da öğrenciler 20 yaş ve altı ile 21 yaş ve üzeri olmak üzere iki gruba ayrılarak incelenmişler; sonuçta 20 yaş ve altındaki öğrencilerle (N: 177) 21 yaş ve üzerindeki öğrencilerin (N: 127) YTT puan ortalamalarının farklı olmadığı bulunmuştur (Tablo 1).

Yaş ve cinsiyet birlikte ele alındığında, 20 yaş ve altındaki erkek öğrencilerin (N:82) YTT puan ortalamalarının, 21 yaş ve üzerindeki erkek öğren-

Tablo 1: Yaş ve cinsiyete göre Yeme Tutum Testi Puan Ortalamaları

	Yeme Tutum Testi		Analiz
	Ortalama	SS	t -testi
Erkek (n: 164)	13.4	6.1	3.6***
Kız (n: 140)	16.5	8.9	sd: 302
≤ 20 yaş (n:177)	14.2	7.4	1.6 AD
> 20 yaş (n:127)	15.7	8.1	sd: 302
≤ 20 yaş erkek (n: 82)	12.3	5.7	2.2*
> 20 yaş erkek (n:82)	14.4	6.4	sd: 162
≤ 20 yaş kız (n:95)	15.8	8.2	1.3 AD
> 20 yaş kız (n:45)	17.9	10.2	sd:138
≤ 20 yaş erkek (n:82)	12.3	5.7	3.3***
≤ 20 yaş kız (n:95)	15.8	8.2	sd: 175
> 21 yaş erkek (n:82)	14.4	6.4	2.4*
> 21 yaş kız (n:45)	17.9	10.2	sd:125

AD:  $p>0.05$  \*: $p<0.05$  \*\*: $p<0.01$  \*\*\*: $p<0.001$

cilere (N: 82) göre belirgin olarak daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 1). 20 yaş ve altındaki kız öğrencilerle (N: 95), 21 yaş ve üzerindeki (N:45) YTT puan ortalamaları arasında ise farklılık yoktur (Tablo 1).

20 yaş ve altındaki kızlarla aynı yaş grubundaki erkekler karşılaştırıldığında kızların YTT puanlarının belirgin olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Aynı karşılaştırma 21 yaş ve üzeri gruplarla yapıldığında da benzer bir bulgu elde edilmiş, yine kızların YTT puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

YTT'de kesim puanı olan 30'un üzerinde (N:15) alan öğrencilerin yaş ortalaması belirgin bir farklılık göstermemektedir (Tablo 2).

Tablo 2: Gelir düzeyi ile YTT puan ortalamaları arasındaki ilişki

Gelir düzeyi	Yeme Tutum Testi		Analiz
	Ortalama	SS	ANOVA
Düşük (n:88)	13.3	7.0	F: 8.7
Orta (n:142)	14.1	6.5	sd: 2
Yüksek (n:74)	17.9	9.4	$p<0.001$

3- Anne eğitimi: Öğrencilerin 146'sının (%48.0) annesi ilkokul, 100'ünün (%32.9) orta öğrenim, 58'inin (%19.1) yüksek okul çıkışlıdır. Anne eğitimi ile YTT puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır (F: 0.5, sd:2,  $p>0.05$ ).

4- Baba eğitimi: Öğrencilerin 71'inin (%23.4) babası ilkokul, 105'inin (%34.5) orta öğrenim, 128'inin (%42.1) yüksek okul çıkışlıdır. Baba eğitimi ile YTT puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır (F: 0.5, sd:2,  $p>0.05$ ).

5- Kardeş sırası: Öğrencilerin 131'i (%43.1) ilk, 78'i (%25.7) ortanca, 95'i (%31.3) sonuncu çocuktur. Kardeş sırası ile YTT puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır (F:0.9, sd:2,  $p>0.05$ ).

Tablo 3: YTT'de kesim puanına göre yaş, MOKSL ve TAÖ puanları.

	YTT Puanı ≤30 (n: 289 )		YTT Puanı >30 (n: 15 )		Analiz
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Yaş	20.3	2.0	20.4	2.2	0.1 AD
MOKSL-Toplam	13.9	5.8	18.9	8.1	3.2***
MOKSL-Kontrol	4.2	3.0	3.7	2.5	2.2*
MOKSL-Temizlik	2.1	1.8	2.6	1.9	1.8 AD
MOKSL-Yavaşlık	3.2	2.2	3.7	1.4	1.0 AD
MOKSL-Kuşku	3.2	2.2	3.7	1.4	0.9 AD
TAÖ	8.4	3.7	9.1	4.3	0.8 AD

AD: p>0.05 \*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001 sd: 302

Tablo 4: YTT ile ilişkili bulunan TAÖ maddeleri

	Yeme Tutum Testi		Analiz
	Ortalama	SS	
2. madde "hayır" (n:268)	14.4	7.4	2.5**
2. madde "evet" (n:36)	17.8	9.0	
4. madde "hayır" (n:156)	13.9	7.2	2.0*
4. madde "evet" (n:148)	15.7	8.2	
10. madde "evet" (n:258)	14.0	7.1	4.4***
10. madde "evet" (n:46)	19.3	9.2	
14. madde "hayır" (n:174)	14.0	7.6	2.0*
14. madde "evet" (n:130)	15.8	7.7	
5. madde "hayır" (n:216)	14.0	7.0	2.9***
25. madde "evet" (n:88)	16.8	9.0	

AD: p>0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001 sd: 302

2. madde: Hayal kurmak boşa zaman harcamaktır.

4. madde: Çoğu zaman duygularımın ne olduğunu tam olarak bilemem.

10. madde: Bedenimde öyle şeyler hissediyorum ki doktorlar bile ne olduğunu tam olarak anlamıyorlar.

14. madde: Sınırlarım bozuk olduğunda üzüntülü mü, korkulu mu yoksa öfkeli mi olduğumu bilmem.

25. madde: İçimde neler olup bittiğini bilmiyorum.

6- Gelir düzeyi: Öğrencilerin ailelerinin aylık gelir düzeyleri 50 milyon lira ve altındakiler düşük,

50 milyon -150 milyon lira arası orta ve 150 milyon liradan çok olanlar yüksek olarak üçe ayrılıp

incelendiğinde, YTT puan ortalamalarının gelir düzeyi yüksek olanlarda belirgin olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

**Obsesif kompulsif belirtilerle ilişkiler:** YTT puanları ile MOKSL'nin toplam (r:0.39, p>0.001) ve kontrol (r:0.30, p>0.001) temizlik (r:0.21, p>0.001), yavaşlık (r:0.21, p>0.001) alt ölçekleri arasında pozitif korelasyon vardır. YTT'de kesim puanı olan 30'un üzerinde alanların ise yalnızca MOKSL'nin toplam ve kontrol alt ölçeği puanları farklılık göstermektedir (Tablo 3).

**Aleksitimik özelliklerle ilişkiler:** YTT puanları ile TAÖ puanları anlamlı korelasyon göstermemektedir (r:0.12, p>0.05). YTT'de kesim puanı olan 30 ve üzerinde alanlarla 30 puanın altında alanların TAÖ puanları da benzerdir (Tablo 3).

TAÖ'nin kesim puanı olan 11 ve üzerinde (N: 92) alanların TAÖ'den 10 puan ve altında alanlara göre YTT puan ortalamaları belirgin olarak yüksek bulunmuştur (14.2+/-7.7 ve 16.3+/-7.6; t:2.2, sd:302, p0.05).

Ayrıca TAÖ'ndeki her maddeyi "evet" ya da "hayır" olarak işaretleyenlerin YTT puan ortalamaları karşılaştırılmış; 2., 4., 10., 14. ve 25. maddeleri "evet" ya da "hayır" olarak işaretleyenlerin YTT puan ortalamaları arasında belirgin farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

**Cinsiyet rolleri ile ilişkiler:** Erkeklerin ve kızların benimsediği cinsiyet rollerinin dağılımı ve cinsiyet rollerine göre YTT puanları Tablo 5'te görülmektedir. Varyans analizine göre, YTT puan ortalamaları ile cinsiyet rolleri arasında ne kızlarda ne de erkeklerde anlamlı ilişki vardır (Tablo 5).

Pearson korelasyon analizine göre değerlendirildiğinde, erkeklerde YTT puanları ile ne erkeklik ne de kadınlık puanları arasında anlamlı korelasyon bulunmaktadır (r:0.05, p>0.05, r:0.06, p>0.05). Kızlarda ise YTT puanları ile erkeklik puanları arasında belirgin pozitif korelasyon varken (r:0.24, p<0.05), YTT puanları ile kadınlık puanları arasında ilişki yoktur (r:0.11, p>0.05).

YTT'de kesim puanı olan 30'un üzerinde alan 2 erkek öğrenciden biri androjen, diğeri belirsiz cinsiyet rolüne sahipken, 13 kızdan 7'sinin androjen, 3'ünün erkeksi, 2'sinin belirsiz, 1'inin kadınsı cinsiyet rolünü benimsediği bulunmuştur.

**Tablo 5: Cinsiyet rollerine göre dağılım ve YTT puan ortalamaları**

ERKEK	Yeme Tutum Testi		Analiz
Cinsiyet rolü	Ortalama	SS	ANOVA
Erkeksi (n:78, %47.6)	13.1	6.0	F 0.3 AD
Kadınsı (n:9, %5.5)	13.3	6.1	
Belirsiz (n:41, %25.0)	13.1	5.5	
Androjen (n:36, %22.0)	14.2	7.3	
<b>KIZ</b>			
Erkeksi (n:26, %18.6)	17.3	10.1	F 1.1 AD
Kadınsı (n:26, %18.6)	15.8	8.2	
Belirsiz (n:47, %33.6)	15.0	7.9	
Androjen (n:41, %29.3)	18.2	9.7	

AD: p>0.05 sd:3

**Beden kütle indeksi (BKİ) ile ilişkiler:** Kişinin beden ağırlığının boyuna oranını tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Şişmanlığın ya da zayıflığın geçerli ve güvenilir bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Ağırlık (kg)/boy(m<sup>2</sup>) formülü ile hesaplanmaktadır (Keys ve ark. 1972). Öğrencilerin BKİ %15.6-%35.3 arasında olup, ortalaması %21.3+/-2.9 olarak belirlenmiştir. YTT puanları ile BKİ arasında ilişki yoktur (r:-0.02, p>0.05). ICD-10'a (Dünya Sağlık Örgütü1993) göre anoreksiya indeksi olan BKİ'nin %17.5'in altında olduğu öğrencilerin (N:13) YTT puan ortalamalarının BKİ %17.5'in üzerinde olanlardan anlamlı olarak farklılık göstermediği bulunmuştur (t:1.7, sd:302, p>0.05).

YTT'de kesim puanı olan 30'un üzerinde alan öğrencilerin BKİ belirgin olarak farklılık göstermemektedir (t:0.2, sd:302, p>0.05).

## TARTIŞMA

Bu çalışmanın sonuçları YTT sonuçlarına göre "hasta" olarak değerlendirilebilecek öğrenci oranının %4.9 olup, bunların %4.2'sinin kız, %0.7'sinin erkek olduğunu göstermektedir. Bu oranların ülkemizde yapılan çalışmalar içinde, daha

çok Özer ve arkadaşlarının (1997) sonuçlarıyla benzer olması her iki çalışmadaki örneklemin yaş gruplarının benzer olmasıyla açıklanabilir.

YTT'deki puan ortalamaları açısından aynı yaş grubundaki kızlarla karşılaştırıldığında Savaşır ve Erol'un (1989) çalışmasındaki 17.79+/-8.5 puana yakın bir değer elde edildiği görülmektedir. Özer ve arkadaşlarının (1997) benzer yaş grubundaki kızlarda belirledikleri YTT puanı ise 14.16+/-8.2'dir. İzmir ve arkadaşlarının (1994) lise son sınıf öğrencilerinden elde ettikleri puan ortalamaları ise erkekler için 13.49+/-6.86, kızlar için 17.8+/-9.83 olup, bizim bulgularımızla uyumluluk göstermektedir.

Yaşa göre değerlendirildiğinde, Savaşır ve Erol'un (1989), 20 yaş ve altındakilerle 20 yaşın üzerindeki arasında elde ettiği farklılık çalışmamızda elde edilmemiştir. Ancak 20 yaş üzerindeki erkek öğrencilerin 20 yaş ve altındaki erkeklere göre, YTT'de daha yüksek puanlar aldıkları bulunmuştur. Bu bulgu, kadınlarda YTT puanlarının 16-20 yaş arasında yükseklik gösterdiğini bildiren Savaşır ve Erol'un (1989) bulgularının tam tersidir ve erkeklerde yaşla yeme davranışı bozukluğu etkileşiminin farklı olabileceğini düşündürülebilir.

Kimi çalışmalarda yeme bozukluklarının daha çok yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olanlarda geliştiği bildirilse de kimi çalışmalar her sosyoekonomik düzeyde yeme bozukluğuna yatkınlığın olabileceğini bildirmektedir (İzmir ve ark. 1994). Son çalışmalarda ise yeme davranışı bozukluklarına her sosyoekonomik düzeyde rastlanabileceğine, ancak belirtilerde farklılık olduğuna dikkat çekilmektedir (Gürdal ve ark. 1997, Rogers ve ark. 1997). Çalışmamızda yüksek gelir düzeyine sahip olanlarda YTT puanları belirgin olarak daha yüksek olsa da sosyoekonomik düzeyin bir başka göstergesi olan anne ve baba eğitimiyle YTT puanları ilişkisiz bulunmuştur.

Bulgularımız kızların yeme davranışı bozuklukları açısından daha yüksek risk altında olduğunu destekleyen diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur (Cantrell ve Ellis 1991, Yeşilbursa ve ark. 1992, İzmir ve ark. 1994, Grange ve ark. 1998). Ancak cinsiyet rolleri puanlarına bakıldığında, erkeklerde cinsiyet rolleri puanları ile YTT puanları arasında ilişki bulunmazken, kızlarda erkeksi rol puanları yükseldikçe, YTT puanlarının da yükseldiği bulunmuştur. Bu bulgu, batıda yapılan, kadınlarda yeme davranışı bo-

zukluklarıyla daha çok "kadınsı" rolün pozitif, "erkeksi" rolün ise negatif ilişkili olduğu yönündeki çalışmalardan farklıdır (Murnen ve Smolak 1996). Bunda kültürel etkenlerin rolü olabileceği düşünülmüştür; batıda "ince, zayıf" kadınlar daha "kadınsı" özelliklere sahip olarak algılanırken, toplumumuzda daha "dolgun bedenli" kadınlar daha "kadınsı" olarak algılanabilmektedir. Ayrıca yeme bozukluklarında, özellikle anoreksiya nervozada, amenore, göğüsler ve kalçaların görünümüyle ilgili uğraşlar bulunmakta, sanki birincil ve ikincil cinsiyet özellikleri yok edilmeye çalışırken, genelde "kadınlık" reddedilmektedir (Mahowald 1992). Bu hastalarda "kadın" olma yönünde korku ve çatışmalar bulunmaktadır (Gökler 1998, Heilbrun ve Putter 198). Bu görüşler çerçevesinde değerlendirildiğinde, yeme davranışı bozukluğu daha yoğun olan kızların, erkeksi cinsiyet rolüne ait özelliklerini daha çok benimsemeleri "kadın" olmaktan korkma ile açıklanabilir. Her ne kadar tek tek cinsiyet rollerine bakıldığında, cinsiyet rolleri ile yeme tutumu arasında ilişki belirlenmese de, YTT'de kesim puanı olan 30'un üzerinde alan 13 kızdan 10'unun yüksek erkeksi rol puanına sahip olması da bu görüşü desteklemektedir.

Çalışmada obsesif kompulsif belirtilerle yeme tutumları arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu birçok çalışmada ortaya konmuş, yeme bozukluğu olanlarda temizlik, kontrol, düzenlilik, sayma gibi kompulsiyonların sık görüldüğü bildirilmiştir (Erol ve Savaşır 1989, Halmi ve ark. 1991, Thiel ve ark. 1995). Obsesif kompulsif bozukluğu olan yeme bozukluklu hastaların YTT puanlarının obsesif kompulsif bozukluğu olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Thiel ve ark. 1995). Çalışmada, YTT sonuçlarına göre "hasta" olduğu düşünülebilecek öğrencilerin, obsesif kompulsif belirtilerin, özellikle kontrol puanlarının farklılık göstermesi, bu öğrencilerin, obsesif kompulsif belirtilerinin, öğrencilerde diyet, beden ağırlığı ve yiyecekler üzerindeki aşırı denetim davranışının bir sonucu ya da göstergesi olarak yorumlanabilir.

Çalışmada öğrencilerin yeme tutumları ile aleksitimik özelliklerinin ilişkili olmadığı görülmüştür. Ancak TAÖ'de kesim puanının üzerinde alanların, yani aleksitimik olanların yeme ile ilgili daha çok sorunu olduğu belirlenmiştir. Ayrıca "duyguları ve bedensel duyuları ayırtmede güçlük" ile ilgili maddeleri YTT puanları ile ilişkili bulunması aleksitiminin bu boyutu-

nun yeme davranışı bozukluklarıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalar da sonuçlarımızı desteklemekte, yeme bozukluğu olanlarda, bozukluğun türüne bağlı olmaksızın, aleksitiminin, özellikle "duygularını ifade etmede güçlük" boyutu puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Troop ve ark. 1995). Bu kişiler kendi iç dünyalarından çok, dış olayların ayrıntılarıyla ilgilenmekte, kendi duygularını tanımada ve ifade etmede güçlük çekmektedirler. Sonuçta, duygularını daha az paylaşmakta, duygusal iletişime daha az girmekte, uygun duygusal tepkiler verememekte, duygusal çatışmalarını çözmek için iç dünyalarına başvurmaktan çok aşırı yeme, çıkarma gibi bir "harekete" geçmekte, "yiyebilecekleri" kullanarak duygusal dengelerini korumaya çalışmaktadırlar (Logorreta ve ark. 1988, Schmidt ve ark. 1993, Jimerson ve ark. 1994, Troop ve ark. 1995).

BKİ ile YTT puanları arasında ilişki olmadığı görülmektedir. Bu bulgu, şişmanlık ya da nesnel beden ağırlığının yeme davranışı bozukluklarıyla ilişkili olmadığını düşündürmektedir. Olasılıkla yeme tutumu üzerinde kişinin kendi bedenini nasıl algıladığının rolü vardır, ancak bu çalışmanın sonuçlarına göre böyle bir varsayım ileri sürülememektedir.

Sonuç olarak yeme davranışı bozukluklarında cinsiyetin ve ailenin gelir düzeyinin önemli risk etkeni olduğunu, obsesif kompulsif ve kimi aleksitimik özelliklerin yeme davranışı bozukluklarıyla birlikte olduğu görülmektedir. Cinsiyet rollerine bakıldığında, kızlarda erkeksi cinsiyet rolünün daha çok benimsenmesinin yeme davranışında daha çok bozukluğa yol açtığı düşünülmektedir.

Bu çalışma, yalnızca bir grup üniversite öğrencisi ile yapılmış olduğu için sonuçların genellebilirliği sınırlıdır. Sonuçların değişik yaş grupları, sosyoekonomik düzey ve klinik örneklerle yapılacak çalışmalarla da desteklenmesine gereksinim vardır. Özellikle toplumsal cinsiyet rolleriyle yeme tutumları arasındaki ilişkinin ortaya konmasında kültürümüze özgü değerlerin araştırılması ilgi çekici olabilir.

## KAYNAKLAR

- Aslan SH, Gürkan SB, Alparslan ZN ve ark. (1996) *Psikiyatrik ve psikosomatik hastalıklarda aleksitimi. Nöropsikiyatri Arşivi* 33:13-18.
- Aslan SH, Diler RS, Alparslan ZN ve ark. (1997a) *Diya-betik hastalarda depresyon, kaygı, aleksitimi ve kan şekeri kontrolü. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 22:48-52.
- Aslan SH, Alparslan ZN, Ünal M (1997b) *Turnak yiyen tıp öğrencilerinde kaygı, aleksitimi ve obsesif kompulsif belirtiler. Türk Psikiyatri Dergisi* 8: 50-54.
- Aslan SH, Alparslan ZN, Gürkan SB ve ark. (1997c) *Üniversite öğrencilerinde sosyal anksiyete düzeyleri, aleksitimi ve stresle başaçıkma. Nöropsikiyatri Arşivi* 34: 127-134.
- Bem SL (1974) *The measurement of psychological androgyny. J Consult Clin Psychol* 42: 155-162.
- Cantrell PJ, Ellis JB (1991) *Gender role and risk patterns for eating disorders in men and women. J Clin Psychol* 47:53-57.
- Cooper PJ, Charnock DJ, Taylor MJ (1987) *The prevalence of bulimia nervosa: a replication study. Br J Psychiatry* 151: 684-686.
- Dereboy Ç, Dereboy İF, Yiğitöl F ve ark. (1994) *Premenstrüel değerlendirme formunun psikometrik verileri: küme analitik bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi* 5:83-91.
- Dereboy İF (1990) *Aleksitimi öz bildirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir araştırma. Basılmamış uzmanlık tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.*
- Doğan O (1985) *Anoreksiya nervozada bir izleme çalışması. Basılmamış uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.*
- Dökmen ZY (1991) *Bem cinsiyet rolü envanterinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi* 35:81-89.
- Dünya Sağlık Örgütü (1993) *Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırılması (ICD-10). Öztürk O, Uluğ B (eds) Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, Medikomat, Ankara.*
- Erol N, Savaşır I (1988) *Maudsley obsesif kompulsif soru listesi. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi'nde serbest bildiri, Ankara.*
- Fahy TA, Osacar A, Marks I (1993) *History of eating disorders in female patients with obsessive disorder. Int J Eat Disord* 14: 439-443.
- Garner D, Garfinkel P (1979) *The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychol Med* 9: 273-279.

- Grange D, Telch CF, Tibbs J (1998) Eating attitudes and behaviors in 1435 South African Caucasian and non-Caucasian college students. *Am J Psychiatry* 155:250-254.
- Gökler B (1998) Anoreksiya nervoza: üç örnek üzerinden tedavi yaklaşımı ve klinik gidişin tartışılması. *3 P Dergisi* 5 (Ek sayı 4):12-16.
- Gürdal A, Mirsal H, Ciğeroğlu B (1997) Farklı sosyoekonomik gruplarda anoreksiya nervoza. *33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Tam Metin Kitabı*, s:257-261.
- Halmi KA, Falk JR, Schwartz E (1981) Binge eating and vomiting: asurvey of a college population. *Psychol Med* 11: 697-706.
- Halmi KA, Eckert E, Marchi P ve ark. (1991) Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 48: 712-718.
- Healy K, Conroy RM, Walsh N (1985) The prevalence of binge-eating and bulimia in 1063 college students. *J Psychiatr Res* 19: 161-166.
- Heilbrun AB, Putter LD (1986) Preoccupation with stereotyped sex role differences, ideal body weight, and stress in college women showing anorexic characteristics. *Int J Eat Disord* 5: 1035-1049.
- Hodgson RJ, Rachman S (1977) Obsessional-compulsive complaints. *Behav Res Ther* 15:389-395.
- İzmir M, Erman H, Canat S (1994) Ankara'da üç değişik okulda uygulanan yeme tutumu testi sonuçlarının değerlendirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1: 70-74, 1994.
- Jimerson DC, Wolfe BE, Franko DL ve ark. (1994) Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates. *Psychosom Med* 56: 90-93.
- Kavuncu N (1987) Bem cinsiyet rolü envanterinin Türk toplumuna uyarılama çalışması. *Basılmamış yüksek lisans tezi*, HÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Kaye WH (1997) Anorexia nervosa, obsessional behavior, and serotonin. *Psychopharmacol Bull* 33: 335-344.
- Keys A, Fidanza F, Karvonen MJ ve ark. (1972) Indices of relative weight and obesity. *Journal of Chronic Disease* 25:329.
- Kuloğlu M, Ülkeröğlu F, Tezcan AE ve ark. (1997) Fibromiyaljili hastalarda psikiyatrik semptomatoloji ve tanı dağılımı. *VI. Anadolu Psikiyatri Günleri Bilimsel Çalışmalar Kitabı*, s. 299-306.
- Legorreta G, Bull RH, Kiely MC (1988) Alexithymia and symbolic function in the obese. *Psychother Psychosom* 50: 88-94.
- Lewis LD, Johnson C (1984) A comparison of sex role orientation between women with bulimia and normal controls. *Int J Eat Disord* 4: 247-257.
- Mahowald MB (1992) To be or not to be a women: anorexia nervosa, normative gender roles, and feminism. *J Med Phil* 17: 233-251.
- Murnen SK, Smolak L (1996) Femininity, masculinity, and disordered eating: a meta-analytic review. *Int J Eat Disord* 22: 231-242.
- Özer H, Ekinci M, Bağ B ve ark. (1997) Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinden yeme bozuklukları taraması. *VI. Anadolu Psikiyatri Günleri Bilimsel Çalışmalar Kitabı*, s:283-286.
- Pierloot RA, Houben M, Acke G (1988) Are anorexia nervosa patients alexithymic? *Acta Psychiatr Belg* 88: 222-232.
- Pigott TA, Altemus M, Rubenstein CS ve ark. (1991) Symptoms of eating disorders in patients with obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 148: 1552- 1557.
- Rogers L, Resnick MD, Mitchell JE ve ark. (1997) The relationship between socioeconomic status and eating-disordered behaviors in a community sample of adolescents girls. *Int J Eat Disord* 22: 15-23.
- Savaşır I, Erol N (1989) Yeme tutum testi: anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi* 7:19-25.
- Schmidt U, Jiwany A, Treasure J (1993) A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Compr Psychiatr* 34: 54-58.
- Sifneos P (1973) The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 22: 255-262.
- Şahin AR (1991) Peptik ülser ve aleksitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2: 189-196.
- Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM (1985) Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom* 44: 191-199.
- Thiel A, Broocks A, Ohlmeier M ve ark. (1995) Obsessive compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 152: 72-75.
- Timko C, Striegel-Moore RH, Silberstein LR ve ark. (1987) Femininity/masculinity and disordered eating in women: how are they related? *Int J Eat Disord* 6: 701-712.
- Troop NA, Schmidt UH, Treasure JL (1995) Feelings and fantasy in eating disorders: a factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale. *Int J Eat Disord* 18: 151-157.
- Van Strien T (1989) Dieting, dissatisfaction with figure, and sex role orientation in women. *Int J Eat Disord* 8:455-462.
- Van Thorre M, Vogel F (1985) The presence of bulimia in high school females. *Adolescence* 20: 45-51.
- Yeşilbursa D, İmre HH, Türkcen S ve ark. (1992) Lise öğrencilerinde anoreksiya nervoza-bulimia nervoza. *Nöropsikiyatri Arşivi* 29: 138-144.

# YEME BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERDE BTL-90 İLE PSİKİYATRİK BELİRTİ DAĞILIMININ ARAŞTIRILMASI

Türkay Demir\*, Demet Eralp Demir\*,  
M. Levent Kayaalp\*\*, Banu Büyükkal\*

## ÖZET

**Amaç:** Bu araştırmada lise öğrencileri arasındaki yeme bozukluğu olgularının belirlenmesi ve psikiyatrik belirti dağılımının BTL-90 ile sorgulanıp normal kontrollerle karşılaştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu amaçla İstanbul'daki dört lisenin öğrencilerine Yeme tutum Testi verilmiş, daha sonraki ikinci aşamada kesme puanı üzerinde puan alanlarla yapılandırılmış tanısız görüşme yapılarak yeme bozukluğu tanısı alanlar belirlenmiştir. Bu öğrencilere ve aynı lise öğrencilerinden oluşturulan kontrol grubu öğrencilerine BTL-90 verilerek iki grup sonuçlar bakımından karşılaştırılmıştır. **Sonuç:** Yeme bozukluğu grubunun BTL-90'daki alt ölçeklerin tümünde; ayrıca genel belirti düzeyi, pozitif belirti toplamı ve pozitif belirti düzeyinde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan ortalamaları olduğu bulunmuştur. **Tartışma:** Bu araştırmanın sonuçlarıyla, klinik çalışmada gerek yeme bozukluğu belirtileriyle başvuran hastalarda başka alanlardaki psikiyatrik belirtilerin, gerekse başka psikiyatrik belirtilerle başvuran hastalarda yeme bozukluğu belirtilerinin sorgulanmasının önemi ortaya çıkmaktadır.

**Anahtar Sözcük:** Yeme bozuklukları, ergenlik dönemi, belirti dağılımı, BTL-90.

## SUMMARY: AN INVESTIGATION OF PSYCHIATRIC SYMPTOMATOLOGY USING SCL-90-R IN ADOLESCENTS WITH EATING DISORDERS

**Objective:** In this study we aimed to detect cases of eating disorders among high school students, to investigate psychiatric symptomatology using SCL-90-R and then compare the cases with normal controls. **Method:** Eating Attitudes Test was administered to the students of four high schools in İstanbul and with those students whose test scores are above the cutoff point diagnostic interview was carried out. A control group of the same size from the same schools was constructed. Then, SCL-90-R was administered to both groups. **Results:** Eating disordered students were found to have higher mean scores in all of the nine subscores, positive symptom index, positive symptom total and positive symptom distress index. **Discussion:** The importance of screening psychiatric symptomatology in adolescents with eating disorders and symptoms of eating disorders in other psychiatric disorders was emphasized.

**Key words:** Eating disorders, adolescence, symptomatology, SCL-90-R.

## GİRİŞ

Yeme bozuklukları, eşlik eden psikiyatrik belirtilerin yaygınlığı bakımından dikkat çekmektedirler. Bunların duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları ile birlikte bulunma oranları hayli yüksektir (Mitchell ve ark. 1991, Vandereycken 1987, Kennedy ve Garfinkel 1992, Antony ve ark. 1994). Hatta bu durum pek çok araştırmacının, yeme bozukluklarının başka psikiyatrik bozuklukların bir biçimi olup olmadığını sorgulamalarına yol açmıştır. Yeme bozuklukları duygudurum ve obsesif kompulsif spektrum

bozuklukları içinde değerlendirilmiştir. Özellikle yeme bozukluklarını duygudurum bozukluklarının bir çeşidi gibi ele alan görüşler bir dönem boyunca oldukça etkili olmuşlardır. Ancak şimdilerde, eşlik eden psikiyatrik belirtilerin yaygın ve şiddetli olmasına karşın, yeme bozukluklarının kendilerine özgü ayırteci nitelikleri olan ayrı tanısız kategoriler olarak ele alınmaları daha çok kabul görmektedir (Cantwell ve ark. 1977, Holden 1990, Kennedy ve Garfinkel 1992, Hudson ve ark. 1982, Levy ve ark. 1989, Cooper ve Fairburn 1986).

Yaygın olarak kullanılan DSM ve ICD sınıflama sistemlerinde yeme bozuklukları bölümünde özgül olarak belirlenmiş olan yalnızca iki tanı kategorisi, anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza

\* Uzm. Dr., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

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



vardır. Atipik ya da sınıflandırılmayan yeme bozuklukları olarak adlandırılan ve bu iki kategoriden birine sokulamayan olguların çokluğu, DSM'nin son versiyonunda tikanırçasına yeme bozukluğu (binge eating disorder) için araştırma ölçütleri belirlenmesine ve böylece yeni bir tanı kategorisi önerilmesine yol açmıştır (APA 1994). Tikanırçasına yeme bozukluğu (TYB) henüz kesinleşmiş bir tanısal kategori değilse de önerilen tanı ölçütleri kullanılarak yapılmış bazı çalışmalar vardır. İlk bilgilere göre bu yeme bozukluğu da psikiyatrik belirtilerin yaygınlığı bakımından diğerlerine benzemektedir (Fichter ve ark. 1993, Yanovski ve ark. 1993, Antony ve ark. 1994).

Bu çalışmada yeme bozukluğu için en çok risk altında olduğu kabul edilen genç nüfus içinde yeme bozukluğu bulunan bireyleri belirleyerek, bu kişilerde yeme bozukluğuna eşlik eden diğer psikiyatrik belirtileri araştırmak ve normal kontrollerle karşılaştırarak farklılıkları ortaya koymak amaçlanmıştır. Yeni bir tanı kategorisi olarak TYB'nun değerlendirilmesine ve TYB olgularının diğer yeme bozuklukları olgularıyla ve normal kontrollerle ilişkisinin incelenmesine de çalışılmıştır.

#### ARAÇ VE YÖNTEM

Çalışmada şu araçlar kullanılmıştır:

**Yeme Tutum Testi (Eating Attitudes Test):** Yeme bozukluğu olan ergenleri belirlemede, tarama amacıyla Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilen 11 yaş ve üzerindeki kişilere uygulanabilen, 6 dereceli Likert tipi yanıtlanan ve 40 maddeden oluşan öz bildirim dayalı bu ölçek uygulandı. Türkiye'de ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erol ve Savaşır (1989) tarafından yapılmıştır.

**DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu-Sağlıklı Kişi (SCID-I-NP):** Spitzer, Williams ve Gibbon tarafından geliştirilen yapılandırılmış görüşme formu tanısal görüşme için kullanıldı. Formun Türkçe versiyonu Sorias ve arkadaşları (1990) tarafından hazırlanmıştır.

**Belirti Tarama Listesi - 90 (Symptom Check List 90-R):** Bu ölçek Derogatis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Türkçede geçerlilik - güvenilirlik çalışması Fidaner ve Fidaner (1984) ve Dağ (1991) tarafından yapılmıştır. Somatizasyon, obsesyon ve kompulsyon, kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke ve hostilité, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psiko-

tizm olmak üzere dokuz alt bölümü vardır. Türkçe'deki çalışmada bu alt ölçeklerin de güvenilir bulunması ancak ölçeğin faktör analizinin bu alt ölçeklere denk düşecek faktör yüklemeleri ortaya koymaması bulgularımızı değerlendiren dikkate alınması gereken bir noktadır (Dağ 1991).

Çalışma için İstanbul Milli Eğitim Müdürlüğü'nün, ilgili okullarının yönetiminin ve öğrencilerin onayı alınmıştır. Çalışmanın ilk aşamasında, yeme bozukluğu bulunan öğrencileri belirlemek için küme örnekleme yoluyla seçilen İstanbul İli Bakırköy İlçesi'ndeki dört lisenin birinci sınıf öğrencilerine Yeme Tutum Testi verildi. Öğrenciler ölçeği sınıflarında ve topluca doldurdular. Bu sırada araştırmacılar en az biri sınıfta bulundu ve ölçeğin doğru biçimde doldurulmasını denetledi. Testi tamamlayan öğrencilerden (n=944) kesme puanı olan 30 ve üzerinde puan alanlar (n=101) belirlendi. Daha sonraki ikinci aşamada DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID) kullanılarak bu öğrencilerle tanısal görüşme yapıldı. SCID formu DSM-III-R'yi esas aldığından konan tanılar DSM-IV'e uygunlukları açısından denetlendi. Ancak bu formda özgül olarak yer almayıp "başka türlü sınıflandırılmamış yeme bozukluğu" kategorisi içinde bulunan TYB için DSM-IV'te öngörülen ölçütler doğrudan araştırıldı. Kontrol grubundaki öğrenciler, olgu grubundakilerin sıra arkadaşlarından oluşturuldu. Birçok sınıfta öğrencilerin sıralara yerleşiminde boyları esas alınmıştı. Ancak öğrenciler kiminle oturacaklarını kısmen seçebiliyorlardı. Kontrol grubunun sıra arkadaşlarından seçilmesi, hem boy değişkenini kontrol etme olanağı sağladığı, hem de iki gruba benzer öğrencileri seçmeye yaradığı için uygun bulunmuştur. Sıra arkadaşlarının ölçek puanları da kesme puanının üzerindeyse (n=6) aynı sınıftan cinsiyete göre eşleştirilmiş gelişigüzel seçilen başka bir öğrenci kontrol grubuna alındı. Kontrol grubu öğrencileriyle de yapılandırılmış görüşme yapıldı. Daha sonra olgu ve kontrol grubundaki öğrencilere BTL-90 (SCL-90-R) formu verilerek işaretlemleri istendi.

İstatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows paket programı ile yapıldı. Grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı.

#### BULGULAR

25 öğrenci yeme bozukluğu tanısı aldı (%2.65). Bu öğrencilerin 17'sinde bulimia nervosa, 8'inde

TYB vardı. Tanı alan öğrencilerin 21'i (%84) kız, 4'ü (%16) erkekti. Yeme bozukluğu tanısı alan erkek olguların tümünde tanı TYB idi. Yalnızca anoreksiya nervoza tanısı alan öğrenci olmadı; bulimia nervoza tanısı alan öğrencilerden ikisi daha önce anorektik bir dönem geçirmişlerdi. Olgu grubundaki öğrencilerin ortalama yaşı  $15.8 \pm 0.6$ , kontrol grubundakilerin ise  $15.5 \pm 0.6$  idi. Yeme bozukluğu tanısı alan 25 öğrenciden ikisi BTL-90 formlarını yanlış ya da eksik doldurdıkları için değerlendirme dışı tutuldu. Bu öğrencilerin ikisi de kızdı. Böylece olgu grubunda 19'u kız 4'ü erkek olmak üzere toplam 23 öğrenci, kontrol grubunda 21'i kız 4'ü erkek olmak üzere toplam 25 öğrenci bulunmaktadır. Aşağıdaki istatistiksel değerlendirmeler her iki gruptaki erkek öğrenciler çıkarılarak yinelenildiğinde hemen hiç değişmemektedir. Bunun iki nedeni olduğu düşünülebilir. İki grup genellikle çok ileri derecede anlamlı olarak birbirlerinden ayrıldıklarından, sayıca az olan erkek öğrenciler anlamlılık düzeyini bir ölçüde değiştirirler bile önemli farklılıklar yaratmamaktadırlar. Ya da erkek öğrenciler belirti dağılımı bakımından kız öğrencilerle benzerlik göstermektedir. Erkek öğrencilerin sayısının azlığı sağlıklı istatistiksel incelemeleri güçleştirmekteyse de, bizim değerlendirmelerimize göre ikinci olasılık daha güçlüdür.

Tüm maddelerden alınan puanların toplanıp 90'a bölünmesiyle elde edilen "Genel Belirti Düzeyi" olgu grubunda ortalama 1.58, kontrol grubunda ise 0.59 idi. Sıfırdan farklı işaretlenen maddelerin sayısı "Pozitif Belirti Toplamı" nı vermektedir. Bu sayı olgu grubu için ortalama 54, kontrol grubu için 36 idi. Sıfırdan farklı işaretlenen maddelerin puanlarının toplanarak madde sayısına bölünmesiyle elde edilen "Pozitif Belirti Düzeyi" olgu grubunda ortalama 2.27, kontrol grubunda 1.37 idi. Tablo 1'de görüldüğü gibi bu farklılıkların tümü istatistiksel bakımdan önemliydi (Tablo 1).

**Tablo 1:** Grup ortalamalarının genel olarak karşılaştırılması

	olgu <sup>a</sup>	kontrol <sup>a</sup>	p değeri
Genel Belirti Düzeyi	1.58	0.59	.0001**
Pozitif Belirti Toplamı	54	36	.005*
Pozitif Belirti Düzeyi	2.27	1.37	<.0001**

<sup>a</sup> ortalama puanlar \* p<0.001 \*\* p<0.001

BTL-90 yaygın olarak kullanılan, elde edilmesi kolay bir ölçek olduğundan, sorgulanan belirtiler için her iki grubun ortalama puanlarını ve aralarındaki istatistiksel farkın anlamlılık derecesini tek tek sorular için vermeyi uygun bulduk. Böylelikle, örneğin obsesyon-kompulsiyon alt ölçeğinde "kafanızdan atamadığınız, tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünce ve sözcükler" biçiminde tanımlanan belirti için iki grubun ortalamaları arasındaki istatistiksel farkın ileri derecede anlamlı olduğu, buna karşılık, "dokunma, sayma yıkama gibi davranışları zorunluluk hissederek tekrarlama" diye tanımlanan belirti için iki grubun ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülebilir. Ayrıca yeme bozukluğu grubundaki deneklerin verdiği bazı yanıtları bağlamı içine yerleştirme olanağı doğar. Örneğin psikotizm alt ölçeğinde iki grubu en iyi ayıran maddelerden birisi "bedeninizde ciddi bir bozukluk olduğu düşüncesi" maddesidir ve bu durum yeme bozukluğu olgularının bilişsel yapıları hakkında fikir verebilmektedir.

Bedensil işlev bozukluğu algısından doğan sınırları yansıtan somatizasyon puanı olgu grubunda ortalama 1.24, kontrol grubunda ise 0.45'ti. İki grup arasındaki fark istatistiksel bakımdan önemliydi (p=0.001). Tablo 2'de her soru için olgu ve kontrol gruplarının ortalama puanları ve iki grup ortalamaları arasındaki farkın anlamlılık derecesi verilmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2:** Grupların somatizasyon alt ölçeğindeki ortalama puanlarının karşılaştırılması

Madde no	olgu <sup>a</sup>	kontrol <sup>a</sup>	p değeri
1.	2.21	0.92	.0031**
4.	1.30	0.40	.0081**
12.	1.04	0.52	.1547 <sup>AD</sup>
27.	1.43	0.68	.0322*
40.	1.26	0.32	.002**
42.	1.22	0.48	.0186*
48.	1.08	0.24	.0017**
49.	0.43	0.08	.08 <sup>AD</sup>
52.	1.65	0.60	.0113*
53.	0.69	0.32	.3269 <sup>AD</sup>
56.	1.43	0.36	.0086**
58.	1.08	0.52	.1832 <sup>AD</sup>

<sup>a</sup> ortalama puanlar \* p<0.05 \*\*p<0.01<sup>AD</sup> anlamlı değil.

Aynı adlı klinik sentroma ilişkin düşünce ve davranışlarla daha genel kognitif güçlükleri sorgulayan obsesyon-kompulsiyon alt ölçeği ortalama puanı olgu grubunda 1.7, kontrol grubunda 0.45'ti. Bu farklılık istatistiksel bakımdan önemliydi ( $p<0.0001$ ) (Tablo 3).

**Tablo 3:** Grupların obsesyon kompulsiyon alt ölçeğindeki ortalama puanlarının karşılaştırılması

Madde no	olgu <sup>a</sup>	kontrol <sup>a</sup>	p değeri
3.	2.00	0.76	.0007***
9.	1.40	0.80	.3923AD
10.	2.50	0.96	.0003***
28.	1.65	0.72	.0338*
38.	1.35	0.48	.0336*
45.	1.74	0.76	.0398*
46.	2.60	1.32	.003**
51.	0.96	0.36	.0211*
55.	2.00	0.72	.0005***
65.	0.61	0.48	.9427AD

<sup>a</sup> ortalama puanlar \*  $p<0.05$  \*\* $p<0.01$  \*\*\* $p<0.001$  AD anlamlı değil.

Kişisel yetersizlik ve aşağılık duygularını araştırmaya yönelik olan üçüncü alt ölçekte, olgu grubunun ortalama puanı 1.88, kontrol grubunun ise 0.84'tü. Ortalamalar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak önemliydi ( $p=0.0001$ ). (Tablo 4)

**Tablo 4:** Grupların kişiler arası ilişkiler alt ölçeğindeki ortalama puanlarının karşılaştırılması

Madde no	olgu <sup>a</sup>	kontrol <sup>a</sup>	p değeri
6.	1.30	0.96	.2261AD
21.	1.21	0.92	.9912AD
34.	1.91	1.08	.0567AD
36.	2.65	1.00	.0002***
37.	2.39	0.56	.0001***
41.	1.40	0.28	.0022**
61.	2.56	1.40	.0057**
69.	1.74	0.68	.0241*
73.	1.74	0.72	.0209*

<sup>a</sup> ortalama puanlar \*  $p<0.05$  \*\* $p<0.01$  \*\*\* $p<0.001$  AD anlamlı değil.

Depresif belirtilere ilişkin sorulardan oluşan dördüncü alt ölçekte, olgu grubunun ortalama puanı, 1.67, kontrol grubunun ise 0.62 idi. İki grubun ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemliydi ( $p=0.0001$ ) (Tablo 5).

**Tablo 5:** Grupların depresyon alt ölçeği ortalama puanlarının karşılaştırılması

Madde no	olgu <sup>a</sup>	kontrol <sup>a</sup>	p değeri
5.	0.47	0.24	.3824AD
14.	1.40	0.50	.0128*
15.	1.20	0.50	.0099**
20.	1.95	1.28	.2404AD
22.	1.08	0.48	.1123AD
26.	2.00	0.56	<.0001***
29.	2.04	0.52	.0002***
30.	2.60	1.00	.0002***
31.	2.13	0.84	.0031**
32.	1.21	0.48	.0048**
54.	2.04	0.84	.0116*
71.	1.83	0.68	.0102*
79.	1.65	0.20	.001***

<sup>a</sup> ortalama puanlar \*  $p<0.05$  \*\* $p<0.01$  \*\*\* $p<0.001$  AD anlamlı değil.

5. alt ölçek anksiyete belirtilerine ilişkindir. Bu alt ölçekte olguların ortalama puanı 1.66, kontrollerinki 0.48 idi. İki grup istatistiksel bakımdan anlamlı biçimde ayrılıyordu ( $p<0.0001$ ). Bu alt ölçekteki sorular ayrı ayrı değerlendirildiğinde de, tümünde iki grup arasında istatistiksel bakımdan anlamlı düzeyde fark vardı. (Tablo 6)

**Tablo 6:** Grupların anksiyete alt ölçeği ortalama puanlarının karşılaştırılması

Madde no	olgu <sup>a</sup>	kontrol <sup>a</sup>	p değeri
2.	2.47	0.96	.0004***
17.	1.30	0.28	.0004***
23.	1.43	0.60	.0179*
33.	1.43	0.51	.0123*
39.	1.35	0.24	.0006***
57.	1.57	0.48	.0006***
72.	1.26	0.28	.0244*
78.	1.65	0.48	.0039**
80.	2.00	0.68	.0008***
86.	2.13	0.32	<.0001***

<sup>a</sup> ortalama puanlar \*  $p<0.05$  \*\* $p<0.01$  \*\*\* $p<0.001$

6. alt ölçek, hostile davranışın üç boyutuna, düşünce, duygu ve eyleme ilişkin soruları içermektedir. Olgu grubunun puan ortalaması 1.79, kontrol grubunun 0.57'dir. İki grup bu alt ölçekte de istatistiksel bakımdan anlamlı biçimde farklılık gösteriyordu ( $p=0.0001$ ) (Tablo 7).

**Tablo 7:** Grupların öfke-hostilite alt ölçeği ortalama puanlarının karşılaştırılması

Madde no	olgu <sup>a</sup>	kontrol <sup>a</sup>	p değeri
11.	2.70	1.20	.0004***
24.	1.47	0.48	.0137*
63.	0.87	0.16	.0051**
67.	2.17	0.44	.0002***
74.	1.65	0.64	.0185*
81.	1.82	0.48	.001***

<sup>a</sup> ortalama puanlar \*  $p<0.05$  \*\* $P<0.01$  \*\*\* $p<0.001$

7. alt ölçek agorafobi, sosyal fobi gibi durumları sorgulamaktadır. Olgu grubunun puan ortalaması 0.91, kontrol grubunun ise 0.35'tir. Bu alt ölçekte de diğerleri kadar belirgin olmamakla birlikte iki grup arasında istatistiksel bakımdan anlamlı fark vardı ( $p=0.0012$ ). Bu alt ölçek, olgu grubunun ortalama puanının 1'in altında olduğu tek alt ölçektir (Tablo 8).

**Tablo 8:** Grupların fobik anksiyete alt ölçeği ortalama puanlarının karşılaştırılması

Madde no	olgu <sup>a</sup>	kontrol <sup>a</sup>	p değeri
13.	0.70	0.20	.1776 <sup>AD</sup>
25.	0.60	0.24	.6238 <sup>AD</sup>
47.	0.57	0.40	.9895 <sup>AD</sup>
50.	1.56	0.40	.0003**
70.	1.17	0.48	.6042 <sup>AD</sup>
75.	1.26	0.36	.0125*
82.	0.52	0.36	.2817 <sup>AD</sup>

<sup>a</sup> ortalama puanlar \*  $p<0.05$  \*\* $P<0.001$  <sup>AD</sup> anlamlı değil

8. alt ölçekte ele alınan paranoid fenomen, "bir düşünme tarzı" olarak ele alınmış ve ilgili maddeler buna göre düzenlenmiştir. Bu alt ölçekte

olgu grubunun puan ortalaması 2.04, kontrol grubunun ise 0.76 idi ( $p<0.0001$ ). Soruların tümü için istatistik anlamlılık söz konusuydu. Bu alt ölçek olgu grubunun puan ortalamasının 2'nin üzerine çıktığı tek alt ölçektir (Tablo 9).

**Tablo 9:** Grupların paranoid düşünce alt ölçeği ortalama puanlarının karşılaştırılması

Madde no	olgu <sup>a</sup>	kontrol <sup>a</sup>	p değeri
8.	1.80	0.70	.0041**
18.	2.70	1.08	.0002***
43.	1.87	0.56	.0018**
68.	1.78	0.48	.0012**
76.	2.08	0.68	.0027**
83.	1.96	1.04	.0406*

<sup>a</sup> ortalama puanlar \*  $p<0.05$  \*\* $P<0.01$  \*\*\* $P<0.001$

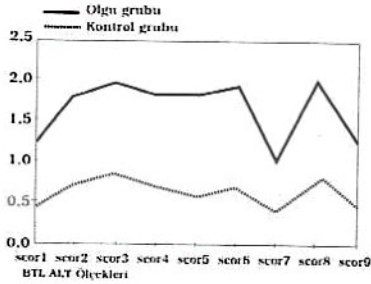
Psikotik davranışları bir süreklilik içinde değerlendirerek hazırlanan 9. alt ölçekte, şizoid yaşam tarzından açık psikotik belirtilere dek değişen belirtiler sorgulanmıştır. Olgu grubunun bu alt ölçekteki ortalama puanı 1.28, kontrollerindeki 0.35'tir. İki grup arasındaki fark istatistiksel bakımdan önemlidir ( $p=0.0001$ ) (Tablo 10).

**Tablo 10:** Grupların psikotizm alt ölçeği ortalama puanlarının karşılaştırılması

Madde no	olgu <sup>a</sup>	kontrol <sup>a</sup>	p değeri
7.	1.00	0.40	.2146 <sup>AD</sup>
16.	0.60	0.24	.0923 <sup>AD</sup>
35.	1.70	0.64	.0059**
62.	2.00	0.68	.0018**
77.	1.60	0.44	.0144*
84.	1.08	0.24	.0212*
85.	1.44	0.24	.0006***
87.	1.74	0.24	.0004***
88.	1.35	0.44	.0171*
90.	0.30	0.08	.263 <sup>AD</sup>

<sup>a</sup> ortalama puanlar \*  $p<0.05$  \*\* $p<0.01$  \*\*\* $p<0.001$  <sup>AD</sup> anlamlı değil

Olgu grubuyla kontrol grubunun alt skorlarının grafik ifadesi aşağıdaki şekilde gibidir. Çizgi-ler arasında bir koşutluk görülmekte ve olgu grubunun puanları tüm alt ölçütlerde kontrol grubunun üzerinde seyretmektedir (Şekil 1).



Bulimia nervoza tanısı alan ergenlerle TYB tanısı alanları karşılaştırdığımızda, alt ölçeklerden yalnızca birinde, anksiyeteye ilişkin belirtilerin sorgulandığı 5. alt ölçekte iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu bulduk. Tüm alt ölçeklerde TYB grubunun ortalama puanları daha düşüktü. İki grup arasında genel belirti düzeyi anlamlı düzeyde farklıydı. Pozitif belirti toplamları ve pozitif belirti toplamları ve pozitif belirti düzeyi bakımından iki grup arasında istatistiksel fark saptanmadı (Tablo 11).

**Tablo 11:** Bulimik olgularla TYB olgularının alt ölçeklerdeki ortalama puanlarının karşılaştırılması

Madde no	BN <sup>a</sup>	TYB <sup>b</sup>	p değeri
somatizasyon	1.36	1.01	.32AD
obsesif-kompulsif	1.90	1.26	.07AD
kiş. ara. iliş. duy.	2.00	1.67	.37AD
depresyon	1.89	1.25	.08AD
anksiyete	2.03	0.96	.015*
öfke-hostilite	1.85	1.67	.37AD
fobik anksiyete	1.11	0.53	.086AD
paranoid düş.	2.22	1.69	.17AD
psikotizm	1.53	0.81	.08AD
genel belirti düzeyi	1.78	1.19	.039*
poz. bel. toplamı	55.8	50	.28AD
poz. bel. düzeyi	2.44	1.96	.081AD

<sup>a</sup> Bulimia nervoza grubu ortalama puanları.

<sup>b</sup> Tikanırcasına yeme bozukluğu grubu ortalama puanları.

\* p<0.05 AD anlamlı değil

TYB olgularının puan ortalamaları bulimiklerden daha düşük olduğu için onları kontrollerle karşılaştırdığımızda, tüm alt ölçeklerde puan ortalamalarının kontrollerden yüksek olduğunu; depresyon, anksiyete ve fobik anksiyete alt ölçeklerinde farkın istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine yakın, diğer tüm ölçeklerde ise anlamlı olduğunu bulduk.

## TARTIŞMA

Yeme bozukluklarına eşlik eden çeşitli alanlardaki psikiyatrik belirtileri araştıran bu çalışmada elde edilen sonuç, yeme bozukluğu olgularının incelenen tüm alanlarda kontrollerden daha fazla psikiyatrik belirti sergiledikleridir. TYB olguları bulimiklere göre daha düşük puan ortalamalarına sahiptirler. Ancak kontrollerden belirgin biçimde ayrılmaktadırlar. Bulgularımız, yeme bozukluğu olgularının diğer psikiyatrik bozukluklar bakımından daha yüksek risk altında olduğunu düşündürmektedir.

Literatürde de yeme bozukluklarında diğer psikiyatrik belirtilerin ve hastalıkların oldukça sık görüldüğü bildirilmektedir. Yeme bozukluklarında en çok araştırılan psikiyatrik bozukluklar duygudurum bozukluklarıdır. Değişik tanısal araçlar kullanılarak yapılan araştırmalarda %24 ile %88 yaşamboyu duygudurum bozukluğu prevalansı bildirilmiştir (Mitchell ve ark 1991). Hudson ve arkadaşları (1987), 70 bulimik hastayla yaptıkları çalışmada yaşam boyu duygudurum bozukluğu oranını %70; Yanovski ve arkadaşları (1993) ise TYB olgularında majör depresyon sıklığını %51 olarak bulmuşlardır. Laessle ve arkadaşları (1987), 52 hastayla yaptıkları çalışmada duygudurum bozukluğu oranını %44 bulmuşlardır.

Swift ve arkadaşları (1986), yeme bozuklukları ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişkiyi ele alan yayınları inceleyerek yaptıkları değerlendirmede, BTL 90 ile yapılan çalışmalarda anorektik hastalarda depresif belirtilerin gerek normal deneklerden gerekse anksiyete bozukluğu olan hastalardan fazla bulunduğunu; bulimiklerin ise depresyon ve kişiler arası duyarlılık alt ölçeklerinde normal kontrollerden anlamlı derecede yüksek puan ortalamaları olduğunu, diğer alt ölçeklerde ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmadığını aktarmaktadırlar. Çalışmamızda ise, depresif belirtiler ve kişiler arası duyarlılık yanında diğer alt ölçekler bakımından da olgu

gurubu kontrol grubunda anlamlı ölçüde yüksek puan ortalamalarına sahipti.

Anksiyete bozuklukları ile komorbidite ancak yakın zamanlarda dikkat çekmiş ve bu alandaki çalışmalar ilginç sonuçlar vermiştir. Bulimiklerle yapılan bir çalışmada, olguların %56'sında en az bir anksiyete bozukluğu bulunmuştur. Aynı araştırmacılarla yapılan daha sonraki bir çalışmada ise bu oran %91 olarak belirlenmiştir (Mitchell ve ark 1991). Thiel ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan bir araştırmada obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) anoreksiya ve bulimia nervosa olgularındaki oranı %37 olarak saptanmış ve OKB'un prevalansının yeme bozukluğunun şiddeti ile bağlantılı olduğu öne sürülmüştür. Panik bozukluk için %2-31 arasında değişen oranlar verilmiş, OKB içinse %3-80 arasında değişen oranlar elde edilmiştir (Mitchell ve ark 1991). Hudson ve arkadaşları (1987) ise duygudurum bozuklukları oranını %71, anksiyete bozuklukları oranını %41 ve alkol ve/ya da madde kötüye kullanımını %51 olarak belirlemişlerdir. Çalışmamızda olgu grubu kontrol grubundan anksiyete belirtileri açısından belirgin biçimde farklılık sergilemektedir. Ayrıca bulimiklerle TYB olgularının puan ortalamalarının tüm alt ölçekler içinde yalnızca bu alt ölçekte istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği, bulimiklerin TYB olgularına göre daha fazla anksiyete belirtisi bildirdikleri görülmektedir.

Antony ve arkadaşları (1994), TYB olgularıyla yaptıkları bir çalışmada olguların kontrollerden belirgin biçimde daha fazla anksiyete ve depresyon belirtileri gösterdiklerini bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda ise TYB grubunun puan ortalamaları bu belirtileri sorgulayan alt ölçeklerde kontrollerden daha yüksek olmakla birlikte farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Antony ve arkadaşları (1994), depresif belirtileri Beck Depresyon Ölçeği ile, anksiyete belirtilerini ise Spielberger Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği ile araştırmışlardır. Farklı ölçeklerin kullanılmasının yanı sıra, çalışmamızda bu alt ölçeklerde iki grup arasındaki farkın anlamlılığa yakın olmasının da dikkate alınması gerekmektedir.

Yeme bozukluklarında şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarla ilgili çalışmalar görece azdır ve bildirilen oranlar, diğer psikiyatrik bozuklukların aksine genel popülasyondan bir farklılık göstermemektedir (Hudson ve ark. 1987). Çalışmamızda psikotizm alt ölçeğinde olgu grubu kontrollerden belirgin bir biçimde farklılık göster-

mişse de, verilen yanıtların psikotik belirtilerden daha çok belirli bir bilişsel biçimlenmeyi gösterdiği düşüncesindeyiz. Olgu grubunun bu alt ölçekte en yüksek ortalama puan aldığı sorular "aklınıza size ait olmayan düşüncelerin gelmesi" ve "bedeninizde ciddi bir bozukluk olduğu düşüncesi" şeklindedir. "Herhangi birinin düşüncelerini yönetebileceğiniz hissi" ya da "başkalarının duymadığı sesler işitme" gibi yeme bozukluğu bağlamında özel bir anlam kazanmayan sorularda ise olgu grubuyla kontroller arasında farklılık yoktur.

Fichter ve arkadaşları (1993) tarafından yapılan ve bulimikleri, TYB olgularını ve beden kitle indeksi 30'un üzerinde olan şişman bireyleri inceleyen araştırmada 19'ar kişiden oluşan BN ve TYB gruplarının ortalama BTL alt ölçek puanları ve genel belirti düzeyi ile bizim bulgularımız Tablo 12'de yan yana verilmiştir. Sonuçlar arasındaki benzerlik çarpıcıdır. İki ayrı çalışmadaki TYB grupları için hem alt ölçek puan ortalamalarının hem de genel belirti düzeyinin bu denli koşutluk göstermesi, yeni bir tanı kategorisi olarak TYB'nin geçerliliğini de desteklemektedir. (Tablo 12)

## SONUÇ

Alan çalışmasında saptanan yeme bozukluğu olgularında eşlik eden psikiyatrik belirtiler dikkat çekicidir ve kontrollere göre daha yaygın hem de daha şiddetlidir. Çalışmamızda saptanan olgu sayısının yeterli olmaması nedeniyle DSM-IV'te önerilen yeme bozukluğu kategorilerinin alt tiplerine göre bölümlene yapılarak, bunlar arasında fark olup olmadığını inceleyemedik. Bununla birlikte yine DSM-IV'te yer alan ve henüz öneri aşamasında olan TYB kategorisine ilişkin olarak bazı ilk bilgilere ulaşabildik ve TYB olgularının genel olarak psikopatolojik belirtiler bakımından bulimiklerden daha az yüklü olduklarını, fakat kontrollerden belirgin biçimde ayrıldıklarını saptayabildik. Yeme bozukluğu olgularının tedavi için başvuruları çok düşük oranda olduğundan, psikiyatrik bakımdan özel bir risk altında bulunan bu gruba ilişkin bilgilere ulaşmada alan çalışmaları yol göstericidir. Bu araştırmanın sonuçlarıyla, klinik çalışmada gerek yeme bozukluğu belirtileriyle başvuran hastalarda başka alanlardaki psikiyatrik belirtilerin, gerekse başka psikiyatrik belirtilerle başvuran hastalarda yeme bozukluğu belirtilerinin sorgulanmasının önemi ortaya çıkmaktadır.

Tablo 12: İki ayrı çalışmadaki bulimia nervoza ve TYB olgularının BTL-90 alt ölçek puan ortalamaları

	BN-1 <sup>a</sup>	BN-2 <sup>b</sup>	TYB-1 <sup>c</sup>	TYB-2 <sup>d</sup>
somatizasyon	1.36	1.46	1.01	1.05
obsesif-kompulsif	1.90	1.64	1.26	1.04
kiş. ara. iliş. duy.	2.00	2.04	1.67	1.50
depresyon	1.89	1.89	1.25	1.47
anksiyete	2.03	1.29	0.96	1.11
öfke-hostilite	1.85	1.04	1.67	1.07
fobik anksiyete	1.11	0.59	0.53	0.74
paranoid düş.	2.22	1.25	1.69	1.29
psikotizm	1.53	1.16	0.81	0.88
genel belirti düzeyi	1.78	1.46	1.19	1.16

<sup>a</sup> Çalışmamızdaki bulimia nervoza olguları.

<sup>b</sup> Fichter ve ark.'nın çalışmasındaki bulimia nervoza olguları.

<sup>c</sup> Çalışmamızdaki TYB olguları.

<sup>d</sup> Fichter ve arkadaşlarının çalışmasındaki TYB olguları.

#### KAYNAKLAR

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

Antony MM, Johnson WG, Carr-Nangle RE ve ark. (1994) Psychopathology correlates of binge eating and binge eating disorder. *Comp Psychiatry*, 35:386-392.

Cantwell DP, Sturzenberger S, Burroughs J ve ark. (1997) Anorexia nervosa - an affective disorder? *Arch Gen Psychiatry*, 34: 1087-1093.

Cooper PF, Fairburn CG (1986) The depressive symptoms of bulimia nervosa. *Br J Psychiatry*, 148: 268-274.

Dağ İ (1991) Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2:5-12.

Erol N, Savaşır İ (1989) Yeme tutum testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23:132-136.

Fichter MM, Quandt N, Brandl B (1993) Recurrent overeating: An empirical comparison of binge eating disorder, bulimia nervosa and obesity. *Int J Eating Disorders*, 14:1-16.

Fidaner H, Fidaner C (1984) SCL-90 ruh sağlığı testinin uygulanması ve metodolojik sorular. XX.Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresine sunulmuş bildiri, Bursa.

Holden NL (1990) Is anorexia nervosa an obsessive compulsive disorder? *Br J Psychiatry*, 157:1-5.

Hudson JI, Laffer PS, Pope HG (1982) Bulimia related to affective disorders by family history and response to dexamethasone suppression test. *Am J Psychiatry*, 139:685-687.

Hudson JI, Pope HG, Jonas JM ve ark. (1987) A controlled study of lifetime prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic outpatients. *Am J Psychiatry*, 114:1283-1287.

Kennedy S, Garfinkel PE (1992) Advances in diagnosis and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 37: 309-315.

Laessle RG, Kitti S, Fichter MM ve ark. (1987) Major affective disorders in anorexia nervosa and bulimia. *Br J Psychiatry*, 151: 785-789.

Levy AB, Dixon KN, Stern SL (1989) How are depression and bulimia related? *Am J Psychiatry*, 146: 162-169.

Mitchell JE, Specker SH, de Zwaan M (1991) Comorbidity and medical complications of bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry*, 52: 13-20.

Sorias S, Saygılı R, Elbi H ve ark. (1990) DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu (SCID) kullanım kılavuzu. Ege Üniversitesi Yayınevi, İzmir.

Swijt WJ, Andrews D, Barklage NE (1986) The relationship between affective disorder and eating disorder: A review of the literature. *Am J Psychiatry*, 143: 290-299.

Thiel A, Broocks A, Ohlmeier M ve ark. (1995) Obsessive compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 152: 72-75.

Vandereycken W (1987) Are anorexia nervosa and bulimia variants of affective disorders. *Acta Psychiatr*. 87: 267-280.

Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK ve ark. (1993) Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry*, 150:1472-1479.

# 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 arasında belirlenecektir. Ödül alan yazı, her yıl Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kongresinde duyurulacaktır.

### SEÇİCİ KURUL :

Prof. Dr. Cahide Aydın

Prof. Dr. Saynur Canat

Doç. Dr. Füsün Çuhadaroğlu

Prof. Dr. Bahar Gökler

Psk. Doç. Dr. Ferhunde Oktem

Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın



# 11-15 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA CİNSEL SUÇLAR

Birgül Tüzün\*, İmdat Elmas\*\*, Erdem Akkay\*\*\*

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada 11-15 yaş grubundaki çocukların cinsel suç işlemesinde etkili olan faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** 1994 yılında İstanbul Çocuk Mahkemeleri'nde yargılanan 11-15 yaş grubu toplam 2281 çocuk içerisinde cinsel suç işlemiş 92 çocuğun yaş, cinsiyet, eğitim ve meslek durumları gibi sosyodemografik özellikleri, suçun anlam ve önemini kavrayabilme (farik ve mümeyyizlik) durumları ve suça ilişkin özellikler (suç öyküsü, suç türleri, suçun işleniş şekli suçun kime karşı işlendiği) değerlendirilmiştir. **Sonuç:** Cinsel suç işleyen olguların %99.0'ı erkek, %1.0'ı kız çocuğudur. En sık suç işlenen yaş, erkek çocuklarda %47.3 oranıyla 14 yaştır. Suç işleyen tek kız çocuğu ise 15 yaşındadır. Yargılanan çocukların %48.9'unun ilkokulu bitirdikleri, %63.7'sinin vasıfsız işçi olarak çalıştıkları saptanmıştır. En sık işlenen suç türü 'ırz ve namusa tasaddi' (%33.3) olup, Türk Ceza Kanu (T.C.K.)'nun 415. maddesi kapsamında değerlendirilmiştir. Suçlar %63.0 oranında rıza ile işlenmiş olup, %87.0 oranında yargılanan çocuk ile suçun yöneldiği çocuğun önceden birbirlerini tanıdığı belirlenmiştir. **Tartışma:** Bu çalışmada olduğu gibi, yapılan birçok araştırmada, yetersiz eğitim düzeyi ile suçluluk arasında yüksek korelasyon saptanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Çocuk suçluluğu, cinsel suç, cinsel örseleme.

## SUMMARY: SEXUAL CRIME PATTERNS IN JUVENILE PERIOD

**Objective:** The purpose of this study was to investigate the etiological factors in juvenile sexual crimes. **Method:** 92 cases out of 2281 juvenile cases in the 11-15 age group, who were convicted of sexual offences in Istanbul Juvenile Courts during 1994 have been evaluated according to various personal attributes such as age, sex, education, occupation, criminal history and criminal responsibility as well as the characteristics of the crime (such as type of crime, the nature of its execution, identity of the victim). **Results:** The results showed that sexual offences were more frequent among the male convicts (99.0%). Forty three (47.3%) boys were at the age of 14 and the only one girl was 15 years old. 48.3% had primary school education and 63.7% were employed in manual labour. The most common crime type was shown to be sexual abuse (33.3%) and was evaluated according to Act 415 of the Turkish Criminal Code. In 63.0% of the sexual crime cases, the victims were reported to be willing and in 87.0% of the crimes, the offender and the victim were found to be previously acquainted. **Discussion:** As in many other studies, the correlation between sexual crime rates and insufficient education were remarkable.

**Key words:** Juvenile delinquency, sexual crime, sexual abuse.

## GİRİŞ

Cinsel suçlar, insanların temel hak ve özgürlüklerine, bireysel özerkliğine ve bütünlüğüne yönelik en ağır ve en yüz kızartıcı fiziksel saldırı türü olarak tanımlanmaktadır (Polat ve ark. 1994). Bu suçlar, kişiye yönelik işlendiği halde hukuk sistemimizde, toplum kuralları ve aileye karşı işlenen suçlar olarak kabul edilmektedir.

Araştırmamızda 11-15 yaş grubu çocuklar tarafından işlenen bu gruba giren suçlar; cinsel örseleme (ırza geçme), cinsel örseleme girişimleri (ırz ve namusa tasaddi), sarkıntılık ve alıkoyma eylemlerini içermektedir. Bu suçlar, Türk Ceza Kanunu'nun (T.C.K.) 414., 415., 421. ve 430. maddeleri kapsamında değerlendirilmektedir. Onbeş yaşını bitirmemiş bir küçüğe veya onbeş yaşını bitiren bir kimseye zorla ya da akıl ve beden hastalığından yararlanılarak ve aldatıcı yollar kullanılarak eyleme karşı koyamayacak hale geldikten sonra vulva yolu ya da anus yolu ile ilişki kurulması cinsel örseleme (ırza geçme), ilişki kurulmaksızın yalnızca cinsel dürtülerin doyurul-

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

\*\* Doç. Dr., İstanbul Üniv., İstanbul Tıp Fak. Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul.

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

ması için yapılan bazı davranışlar ise, cinsel örseleme girişimleri (ırz ve namusa tasaddi) olarak tanımlanmaktadır (Özen 1976).

Çocuklar tarafından işlenen cinsel suçların nedenleri ve açıklamaları oldukça karmaşık olup, araştırmacılar tarafından birçok görüş ortaya atılmıştır. Bunlardan en önemlisi, psikoanalizin kurucusu Freud tarafından açıklanan biyolojik büyüme ve buna bağlı ruhsal gelişme şeklinde bir bütünlüğü ifade eden psikoseksüel gelişim kuramıdır. Bu görüşe göre doğuştan varolan cinsel dürtü, insan davranışlarında önemli bir etken olarak belirtilmektedir. Çocuğun kişilik yapısı, bedensel ve sosyo-kültürel özellikleri ile bağlantılı olan bu gelişim, yaşlara göre belirli evreler izlemektedir. Bunlar sırasıyla oral evre (0-18 ay), fallik evre (3-7 yaş), latent evre (7-12 yaş) ve cinsel evredir (12-18 yaş) (Öztürk 1988). Cinsel evre, puberte ve ergenlik dönemlerini içermektedir. Pubertenin fizik ve fizyolojik değişimleri, çocuğun cinsel davranışlarını uyarmaktadır. Bu dönemde cinsel ve saldırgan dürtülerin yeterince kontrol edilmemesi, toplum kurallarına aykırı davranışlar sergilenmesine neden olmaktadır (Copeland 1993). Ülkemizde bu dönemde kurulan arkadaş gruplarında çocukların, çoğunlukla merak veya özentisi sonucu bu suçları işledikleri belirtilmektedir (Dinçmen 1985). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan 9-14 yaş grubu çocukları içeren bir araştırmada da cinsel saldırı davranışının, antisosyal davranış bozuklukları grubunda değerlendirilmesi gerektiği görüşü vurgulanmaktadır (Shaw ve ark. 1993).

Bazı araştırmalarda ise sosyal çevrenin, özellikle de aile ortamının, suça hazırlayıcı etkileri üzerinde durulmaktadır. Cinsellik konusunda aile tarafından çocuğa yeterli eğitim verilmemesi ya da eksik ve kusurlu bilgilendirme, konut yetersizliği nedeniyle çocukların, küçük yaşlardan itibaren büyükler arasındaki cinsel ilişkilere tanık olmaları ve toplumun aşırı baskıcı, katı kuralları çocuğu suça hazırlayan etkenler olarak görülmüştür (Polat ve ark. 1994, Yavuzer 1994).

Çocuklar tarafından izlenen şiddet içerikli programların da, öğrenilmiş davranış biçimi şeklinde bu suçların işlenmesinde etkili olduğu görüşü savunulmaktadır (Yavuzer 1994).

Çalışmamızda, çocuklar tarafından cinsel suçların işlenmesinde etkili olabilecek yaş, cinsiyet, eğitim ve meslek durumları gibi sosyodemografik özellikler, suçun anlam ve önemini kavraya-

bilme (farik ve mümeyyizlik) durumları ile suç öyküsü, türleri, işleniş şekilleri ve kimlere karşı işlenmiş olduğu gibi suça ait özelliklerin irdelenmesi amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

1994 yılında İstanbul Çocuk Mahkemeleri'nde yargılanan 11-15 yaş grubu toplam 2281 çocuğa ait dava dosyaları, karar kartonları ve sosyal inceleme raporları incelenerek; toplam 2266 suç olgusu saptanmıştır. Çalışmaya yalnızca cinsel suç işleyen toplam 92 çocuk alınarak yaş, cinsiyet, eğitim ve meslek durumları gibi sosyodemografik özellikler, suçun anlam ve önemini kavrayabilme (farik ve mümeyyizlik) durumları ile suça ilişkin özellikler (suç öyküsü, suç türleri, suçun işleniş şekli, suçun kime karşı işlendiği) irdelenmiştir. Olgularımıza ait adli değerlendirmeler; 84 olguda Adli Tıp Şube Müdürlükleri'nde görevli Adli Tıp uzmanı hekimlerce, 8 olguda ise Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu'nca yapılmıştır.

## BULGULAR

Çalışmamızda, yargılanan çocukların %77.4 oranında mala yönelik suçlar (%72.2 oranında hırsızlık), %16.2 oranında kişiye yönelik suçlar ve %3.2 oranında devletin koyduğu kural ve yasaklara karşı suçlar (%1.6 oranında silah taşıma ve bulundurma) işledikleri saptanmıştır.

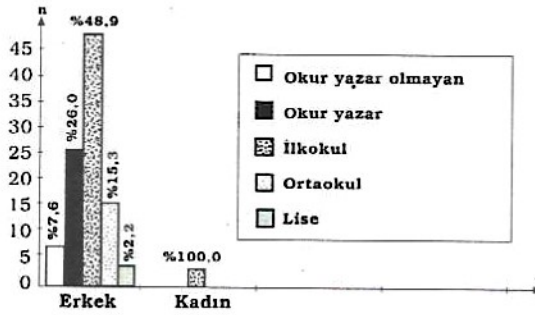
Cinsel suç işleyen olguların %99.0'ı erkek, %1.0'ı kız çocuğudur. en sık suç işlenen yaş, erkek çocuklarda %47.3 oranıyla 14 yaşdır. Suç işleyen tek kız çocuğu ise 15 yaşındadır (Tablo 1).

**Tablo 1:** 1994 yılında İstanbul Çocuk Mahkemelerinde cinsel suçlar nedeniyle yargılanan çocukların yaş ve cinsiyet dağılımları.

YAŞ	ERKEK		KIZ		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
12	-	-	-	-	-	-
13	9	9.8	-	-	9	9.8
14	43	47.3	-	-	43	47.3
15	39	42.9	1	100.0	40	43.4
TOPLAM	91	100.0	1	100.0	92	100.0

Olguların eğitim ve meslek durumları incelendiğinde, erkek çocukların %7.6'sının okur yazar olmadığı, %48.9 oranında ilkököl düzeyinde eğitim aldıkları, %16.5'inin öğrenci, %63.7'sinin ise vasıfsız işçi olarak çalıştıkları belirlenmiştir (Grafik 1).

**Grafik 1:** Yargılanan çocukların eğitim durumları



Olgularımızın tümünün işledikleri suçların suçun anlam ve önemini kavrayabilecek durumda oldukları saptanmıştır. Suç öyküleri incelendiğinde, yalnızca 3 olgunun önceden hırsızlık suçu nedeniyle sabıka kaydı bulunmaktadı. Olgularımızın işledikleri suç türleri incelendiğinde, en sık işlenen suç türünün %33.3 oranında cinsel örseleme girişimleri olduğu, bu suçu işleyen 32 çocuğun 21'inin 14, 11'inin ise, 15 yaşında oldukları belirlenmiştir. Suç işleyen tek kız çocuğunun, alıkoyma suçuna katıldığı görülmektedir (Tablo 2).

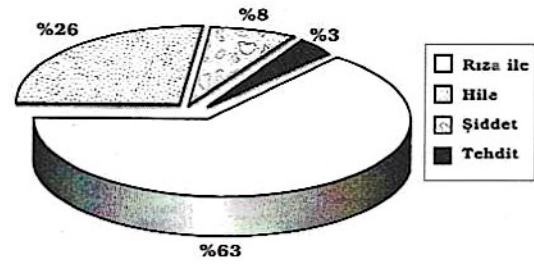
**Tablo 2:** İşlenen suç türleri ve suç türlerine göre yargılanan çocukların dağılımı.

Suç Türü	Olgular		Yargılanan Çocuk	
	n	%	n	%
Cinsel örseleme				
Vajinal yolla	7	9.7	7	7.6
Anal yolla	15	20.9	16	17.4
Cinsel örseleme girişimleri	24	33.3	32	34.8
Sarkıntılık	14	19.5	20	21.7
Alıkoyma	12	16.6	17	18.5
TOPLAM	72	100.0	92	100.0

\* 16 olguda alıkoyma suçu birlikte işlenmiştir.

Tüm suçların %63.0 oranında rıza ile işlendiği ve %87.0 oranında yargılanan çocuk ile suçun yönlendiği çocuğun, suç öncesinde birbirlerini tanıdığı belirlenmiştir (Grafik 2).

**Grafik 2:** Suç türlerinin suçun işleniş şekline göre dağılımı.



## TARTIŞMA

Toplumsal cinsel suçlardan kaynaklanan sorunlar, hem oldukça geniş ve karmaşıktır hem de hukuk ve psikiyatri açısından giderek daha çok önem kazanmaktadır (Packard ve ark. 1985). Ancak cinsel suçlara ilişkin yapılan araştırmalar oldukça az sayıdadır. Yapılan araştırmalarda da, bildirilen sayısal verilerin, gerçek sonuçların çok küçük bir bölümünü yansıttığı belirtilmektedir (Myers 1994). 11-15 yaş grubundaki toplam 2266 suç olgusunu kapsayan çalışmamızda, suçların ancak %3.2'si cinsel suçları içermektedir. İstanbul 1. Çocuk Mahkemesi'nde 1988-1993 yılları arasında yapılan benzer bir araştırmada bu oran %5.3, 1988-1991 yılları arasında Elazığ'da yapılan bir diğer araştırmada ise, %3.4 olarak belirlenmiştir (Dağlar 1994, Dülger ve ark. 1992). Tüm sonuçlar, cinsel suçların önemli bir kısmının adli makamlara yansımadığını ve genellikle örf ve adetler çerçevesinde, aileler arasında anlaşmalarla çözümlendiğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda, 14-15 yaş grubunda cinsel suç işleyenlerin, 12-13 yaş grubuna göre daha yüksek oranda olması benzer araştırmalarla uyumlu olarak, ergenlik döneminde artan cinsel dürtülerin etkisi ile açıklanabilmektedir (Dinçmen 1985, Offer 1987). 13 yaşındaki 9 olgunun ise, erkek çocukların puberte yaşı gözönünde alındığında daha çok tepkisel nitelikte olduğu, bu davranışların da suç kabul edilemeyeceği sonucuna varılmıştır.

Araştırmamızda, yargılanan çocukların tümünün "işlediği suçların anlam ve önemini kavrayabilecek durumda" görülmeleri, dikkati çekmektedir. Bu sonuç; çocuğun bedensel, zihinsel, ruhsal ve sosyal gelişim özelliklerinin bir bütün halinde değerlendirilmesi sürecini içeren hekim muayenelerinin halen yetersizliğini savunan çalışmalarını destekler nitelikte bulunmuştur (Dinçmen 1985, Aykaç 1993).

Yapılan araştırmalarda, yetersiz eğitim düzeyi ile suçluluk arasında yüksek korelasyon görülmektedir. 1994 yılında Adana'da yapılan bir araştırmada, 11-16 yaş grubu cinsel suç işleyen toplam 17 çocuğun 8'inin öğrenci, 6'sının işçi ve 3'ünün işsiz oldukları belirlenmiştir (Savran ve ark. 1995). 1994-95 yıllarını kapsayan Antalya'da yapılan bir diğer araştırmada da, suç işleyen çocukların %6.2'sinin ilkökul öğrencisi, %41.7'sinin ise ilkökul mezunu oldukları bildirilmektedir (Karagöz ve Demirçin 1995). Bu çalışmada da yargılanan çocukların %48.9'u ilkökulu bitirmiştir. Eğitim düzeylerine uygun olarak, %63.7 oranında vasıfsız işçi olarak çalışmaktadırlar. Çalışmayan %19.8'lik grubun ise daha çok arkadaş grupları şeklinde organize olarak, bu suçları işledikleri düşünülmektedir.

Araştırmamızda, yargılanan çocuklar tarafından en sık işlenen cinsel örseleme girişimlerinin, %66.6 oranında alıkoyma suçu ile birlikte işlenmiş olması ve cinsel örselemenin %59.0 oranında başlangıç aşamasında kalması, bu suçların oyun ve arkadaş grupları içerisinde sıklıkla merak ve özentisi sonucu işlendiği görüşünü savunan araştırma ile uyumlu bulunmuştur (Dinçmen 1985).

Yargılanan çocuk ile suçun yöneldiği çocuk arasındaki suç öncesi yakınlık derecesi de bu görüşü desteklemektedir. Araştırmamızda, suç öncesi birbirlerini tanıyan grubun, %52.5 oranında arkadaş, %11.2 oranında akraba %36.3 oranında uzaktan tanıdık oldukları belirlenmiştir. Bu sonuçlar, benzer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (Polat ve ark. 1994, Hancı ve Ege 1993). Suçların işleniş şeklindeki %62.5'lik rıza oranının, gerçekte çocuğun kolay kandırılabilme, ikna edilebilme özelliğini yansıttığı düşünülmektedir. %26.4'lük aldatmacalı yollara başvurma oranı, bu görüşümüzü destekler niteliktedir.

## SONUÇ

Yargı aşamasında bu suçlar değerlendirilirken, çocuğun psikoseksüel gelişim evrelerinde gös-

terdiği normal cinsel davranış özelliklerinin, suç olarak yorumlanmaması gerekmektedir. Bu nedenle, çocuğun işlediği suça karşı farik ve mümeyyiz olup olmadığı değerlendirmesinin tercihen çocuk psikiyatri uzmanı veya psikiyatri uzmanı tarafından yapılması son derece uygun bir yaklaşım olacaktır. Ergenlik sonu ya da ilk gençlik dönemlerinde çocukların, cinsellik konusundaki ayrıntıları gerektiği açıklıkla ve gerçek düzeyde öğrenmeleri son derece uygun bir yaklaşım olacaktır. Özellikle bu aşamada, çocuğun toplumsal değer yargılarının kazandığı aile ortamında eğitilmesi büyük önem taşımaktadır. Toplum olarak, cinsel suç olgularına bakış açımızı değiştirmemiz, daha yumuşak ve sıcak bir yaklaşım sergilememiz, çocuklarımızı yeniden topluma kazandırabilme açısından gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

Aykaç M (1993) *Adli Tıp. Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul* 294-5.

Copeland AD (1993) *Childhood symptoms of maladjustment. A prognostic indicator of adolescent psychopathology. Adolescence Psychiatry* 19:394-400.

Dağlar S (1994) *İstanbul Çocuk Mahkemeleri'ne yansımış cinsel suç olgularının incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul* 47,56.

Dinçmen K (1985) *Çocukluk yaşlarındaki cinsel suçların Adli Psikiyatrik yönden irdelenmesi. Adli Tıp Dergisi* 1(2):147-51.

Dülger H.E., Hancı İ.H., Ertürk S ve ark (1992) *1988-1991 yılları arasında suç işledikleri iddiasıyla Elazığ'da Farik ve Mümeyyizlik muayenesi için gönderilen çocukların demografik özellikleri. Adli Tıp Dergisi* 8:131-6.

Hancı İ.H., Ege B (1993) *İzmir İslahevi'ndeki hükümlü çocukların demografik özellikleri. 7. Ulusal Adli Tıp Günleri, 1-5 Kasım Antalya, Bilimsel Program ve Bildiri Özetleri Kitabı s:333-41.*

Karagöz M, Demirçin SK (1995) *Çocuk suçluluğu ve ailenin sosyoekonomik kültürel düzeyi: Bir anket çalışması. 8. Ulusal Adli Tıp Günleri 16-20 Ekim Antalya Poster Sunuları Kitabı s:161-6.*

Myers WC (1994) *Sexual homicide by adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33(7): 962-9.

Offer D (1987) In defence of Adolescents. JAMA, 26 June 257(24): 197-8.

Özen C (1976) Adli Tıp Ders Kitabı. Sermet Matbaası İstanbul s: 195-201.

Özlürk O (1988) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nurot Matbaacılık A.Ş. Ankara s:25-30, 55-7, 61-89, 369-83.

Packard WS, Rosner R (1985) Psychiatric evaluations of sexual offenders. J Forensic Sciences 30(3): 715-20.

Polat O, Topaloğlu Ş, Kesim NZ (1994) Irza geçme ve irza tasaddi suçlarında psikososyal faktörlerin araştırılması. 1. Adli Bilimler Kongresi 12-15 Nisan Adana Kongre Kitabı s:388-90.

Savran B, Çekin N, Özdemir M.H ve ark. (1995) Adana'da 1994 yılında Farik'i Mümeyyizlik muayeneleri yapılan olguların değerlendirilmesi. 8. Ulusal Adli Tıp Günleri, 16-20 Ekim Antalya Poster Sunuları Kitabı s:289-95.

Shaw JA, Campobowen AE, Applegate B ve ark (1993) Young boys who commit serious sexual offenses. demographics, psychometrics and phenomenology. Bull Am Acad Psychiatry Law 21(4): 399-408.

Yavuzer H (1994) Çocuk ve suç. Remzi Kitabevi 7. Basım İstanbul s: 66,192-8.

# EVLAT EDİNİLMİŞ BİR ANNENİN EVLAT EDİNMESİ

A. Zafer Atasoy\*

## ÖZET

*Bu yazıda evlat edinmenin kısa bir tarihçesi, zaman içinde yüklenen anlamlar ve sosyokültürel farklılıklar gözden geçirilmiştir. Değişik kültürlerde evlat edinme, tek tanrılı dinlerin evlat edinmeye yaklaşımları, psikodinamik yaklaşımın evlat edinmeye getirdiği açıklamalar, yürürlükte olan yasalarda evlat edinmeye ilişkin düzenlemeler üzerinde durulmuştur.*

*Sunulan olgular bir anne ve ikiz erkeklerdir. İkiz erkek çocuklar eş zamanlı olarak iki ayrı aile tarafından evlat edinilmişlerdir. Evlat edinilmiş bir anne, ikiz eşlerinden birini evlat edinmiştir. Bu yazıda, ilgili yazın eşliğinde olgular tartışılmaktadır.*

**Anahtar Sözcük:** Evlat edinme, evlat edinilmiş çocuk.

## SUMMARY: CASE STUDIES: ADOPTION OF A CHILD BY AN ADOPTED MOTHER

*In this article a short history of child adoption, meaning attributed to it and sociocultural differentiation have been reviewed and adoption in different cultures, rapprochement's of religions, explanations of psychodynamic rapprochement to the adoption, arrangement made by the actual legal order to the adoption are searched.*

*Presented cases are a mother and male twins who were adopted by two different families at the same time. An adopted mother adopted one of the twin pairs.*

*Cases were discussed together with the literature about adoption.*

**Key words:** Adoption, adopted child.

## GİRİŞ

Çocuk sevme ve anne ya da baba olma duygularını yaşayabilme, neslin sürdürülmesi gibi birçok nedenle erişkinler çocuk sahibi olmak istemektedirler. Anne babanın üretkenliği ile ilgili sorunlarda çocuk yapay yollardan elde edilmeye çalışılmaktadır. Günümüz tıp olanakları ile kısmen yetersiz üreme işlevlerine çözümler üretilmiştir (Tüp bebek; yapay döllenme, vb..). Ancak bir çok çift için bu olanaklar değişik nedenlerden dolayı yetersizdir (Tıbbi, sosyal, ekonomik, vb..). Bu durumda çözüm olarak karşımıza "evlat edinme" çıkmaktadır. Evlat edinme düşünce ve duygusunun altında öncelikle ana-baba olma isteği yeter.

Tarih boyunca evlat edinme kan akrabalığına dayanan tüm toplumlarda çok önemli yer tutmuştur. Evlat edinme ve evlatlık olma bir çok sanat eserinin konusu olmuş ve işlenmiştir (Örn: Bertolt Brecht'in Kafkas Tebeşir Dairesi). Eski toplumların evlat edinmeye verdikleri önem, bu işleme bir tören eklenmesi ile daha da belirginleştirilmiştir. Bu törenlerden bazıları annenin kendi

çocuğuna sahip olduğunu vurgular şekilde doğuma benzerlikler gösterir: Herakles'in Hera tarafından evlat edinilmesinde olduğu gibi (Büyük Larousse 1986). İngiliz Kolombiyasında evlat edinilen çocuk evlat edinen annenin bacakları arasına konur ve evlat edinme töreni doğumu çağrıştıran davranışlarla sürdürülür. Yeni Gine'de dulların ve tek çocuk sahibi olanların evlat edinme hakları vardır. Afrikada, bir çok yerleşim biriminde evlat edinme töreni sırasında evlat edinilen çocuk evlat edinen babanın göğsünden kan emer. Eski Çin'de erkek çocuğu olmayan evli erkek kendi ailesindeki erkeklerden birinin oğlunu evlat edinirdi (Hastings 1951). Eski Yunan ve Roma toplumlarında miras ve soyunu sürdürmek için erkek çocuk sahibi olmak çok önemliydi. Bu önem Hint toplumu içinde geçerlidir, ayrıca oğlu olmayanın Cennete gidemeyeceğine de inanılır (Hastings 1951).

Evlat edinme, doğanın insana oynadığı çocuk-suz bırakılma, miras bırakamama ve soyunun sürmemesi oyununa hukuk ve din kuralları içerisinde karşı gelmez (Hastings 1951). Musa Peygamber bulunmuş bir çocuktur ve evlatlıktır. İlk tek tanrılı din olan Museviliğin elçisidir ve

\* Uzm. Dr. S.S.K. Ankara Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Ankara

yetiştirildiği düzene karşı gelerek ilahi görevini gerçekleştirilmiştir. Hazreti Yusuf, öyküsünün aktarıldığı ilahi kitaplar, Tevrat ve Kur'an-ı Kerim'e göre evlatlıktır.

İlk kez 1917 yılında ve gözden geçirilmiş biçimde Papa II. Jean-Paul'un ön yazısı ile 1983'te Vatikan tarafından yayınlanan Code de Droit Canonique'in 110. Maddesine göre sivil yasalarla evlat edinilen çocuklar evlat edinenlerin çocukları olarak kabul edilmişlerdir. 1094. Maddeye göre evlat edinilmiş olanlar, biyolojik çocukların uymak zorunda oldukları evlenme yasalarına uymakla yükümlü kılınmışlardır.

İslam'dan önce Araplar arasında evlat edinme gelenekleri vardı. Evlat edinen kişi halkın önünde o çocuğu evlat edindiğini açıklar ve o çocuk onun öz çocuğu olurdu. İslam, Kur'an-ı Kerim, evlat edinme ve evlat olmayı düzenlemiştir. Evlatlık edinilen çocuk evlat edinenin öz çocuğu değildir, o her zaman öz babasının çocuğudur. Onu öz babasının adıyla birlikte çağırarak Allah katında adalete daha uygundur. Eğer babası tanınmıyorsa tüm müslümanların kardeşidir, dostudur. Babasından başkasının adına bağlanan kimse söz ile onun çocuğu olamaz, çocukları öz babalarının adıyla çağırarak uygundur. Ancak bir kişinin bir çocuğu sevip, ona çocuğu gibi davranması yasak değildir; özellikle yetim ve öksüz çocuklara sahip çıkılması özendirilmiş ve desteklenmiştir. Bu sevgi ya da evlatlık olma onunla kendisi arasında mirasçı olmaya, evlenme yasağına neden olmaz. Sahipsiz bir çocuk müslümanların koruması altındadır; yetim ve öksüzü bakmak, gözetmek, hakkını korumak sevaptır (Öztürk 1995, Ateş 1988).

Evlat edinme ve edinilme soyun sürmesi açısından ayrıcalıklı ve özel bir durumdur. Bu durumda evlat edinmenin yarattığı özgün ailesel ruhsal sorunlardan (Soulé, Noël 1997), çıkan özel aile-çocuk duygusal ilişkisi ile birlikte dinamiği farklı ödipal süreçler ve her bir bireyde değişik hayali varsayımlardan (fantazmlardan) söz edilebileceği kabul edilmektedir. Evlat edinme, ölüm ve yok olma kaygısına karşı gelmenin bir yolu; "çocuk sahibi olma" yüceleştirme savunma düzeneği yoluyla ölmektir. Evlat edinen çift bu varsayımları aracılığı ile kendi ana-babasıyla, cinsel özdeşimini (hetero-homoseksüel, ya da arkaik ve pregenital) gerçekleştirir (Soulé, Noël 1997). Bir çocuğa ismini verme isteği ve dürtüsü, bilinçli olarak en sık karşılaşılan durumdur.

Evrensel olarak iki değişik evlat edinme biçiminden söz etmek olasıdır. Basit evlat edinme sıklıkla aynı geniş aile içinde (örneğin kardeşler arasında) evlat edinmedir. Biyolojik anne baba hem çocuk, hem de evlat edinenler tarafından bilinir. Yasal evlat edinme işlemlerinin yerine getirildiği durumlar olduğu gibi olmadığı durumlar da vardır. Yasal evlat edinme işlemlerinin gerekli olduğu durumda genellikle biyolojik anne ve baba, unutulmaya ve unutturulmaya çalışılır ya da bilinmez. F. Dolto (Soulé, Noël 1997), terk edilmiş çocukların kan ve organ bağı gibi topluma yapılmış bağlar olarak görülmesi ve değerlendirilmesi gerekliliğinden söz etmektedir. Ancak çocuğunu terk etmek ya da evlatlık olarak vermek o çocuğu kastre etmek, yok etmekle eş değerdir; suçluluk duygularına yol açar.

Birçok aile evlatlık edindiği çocuğa evlatlık olduğunu açıklamada zorlanır. Biyolojik anne baba olmamanın çocuğu her an kaybetme riskini taşıdığını düşünürler. Bu durumda evlat edinilen çocuğun yaşayacağı ilkel sahnenin (scène primitive: kendisinin doğumuna neden olan anne ve babasının cinsel ilişkisinin canlandırıldığı sahne) oyuncusu olamama kaygısı bilinç dışında önemli bir yer tutar. Bilinçli ya da bilinç dışı olarak çocuğa evlatlık olduğunun açıklanmamasının altında, ailenin "kendi cinselliklerini değersizleştirmelerini kendi elleri ile yapmaları" kaygısının yattığı ileri sürülmektedir (Soulé 1968).

Annenin kısır olduğu durumda, annenin öz geçmişi jinekolojik incelemelerle doludur ve onda yoğun bir biçimde bedenini değersiz kılan izler bırakmıştır. Çocuk sahibi olmak için yaşadıkları, arkaik depresif eğilimlerini ve kastrasyon kaygılarını alevlendirmiştir. Evlat edinilen çocuk anne için eşinin çocuğudur. Dolayısıyla taşınması çok zor olan kaygılarının artmasına yol açabileceği gibi tam tersine azalmasına da neden olabilir (Soulé, Noël 1997). Kaygıların azaldığı durumda bile biyolojik annenin ortaya çıkıp çocuğunu alması olasılığı yaşanır, böylece evlat edinme çocuk kaçırma ile eşdeğer olur. Yaşanmış bir kaygı ortaya çıkar. Evlat edinme girişiminin başlaması ile birlikte anne adayını bilinç dışında, gebelikle birlikte canlanan "İmge Bebeğini" (Atasoy 1998) yaşatan annenin duygularına benzer bir süreç içine girer. Ancak bu kez yaşananlar karikatürize edilmiş özellikler taşır (Soulé, Noël 1997) : İmge bebek çok kısa ya da çok uzun, ancak hiç bir zaman gebelik süresine uymayan bir sürede canlanır ayrıca batında varlığı hissedilmez ve diğer

özelliklerini gebelik boyunca sergilediği gibi sergileyemez.

Babanın kısır olduğu durumda ise çocuk sahibi olma, libidinal nesne özelliğini daha az taşır, kastrasyon kaygılarını alevlendirir. Artan kaygı ise erkekte cinsel işlev bozukluklarına ya da aşırı cinsel eyleme yönelmeye neden olur.

Eşinin doğurganlığını engellemiş olma kaygısı kısır çiftlerde yaygındır. Bu kaygıdan kurtulmak için boşanma, böylece eşinin doğurganlığa kavuşmasına yol açma sık karşılaşılan bir durumdur. Birlikte evlat edinme ise evliliklerini onarma ve sürdürme olanağı sağlar. Evlatlığı evliliğin yürütülmesini sağlayan ve eşler için yapı harcı işlevi gören bir nesne olarak değerlendirilmek olasıdır. İnfertilite nedeniyle aile içinde (karşılıklı) yoğun öfke olabilir. Cinsel gücün sergilenmesinde eş engel olarak görülür, bu durumda aile içi öfke evlat edinilen çocuğa bulaşır.

Evlat edinilen çocuğa evlatlık olduğunu açıklamak evlat edinmiş bir çok çift için kendi yaralanmalarını tekrar hatırlama anlamını taşır. Dolayısıyla evlatlık çocuk evlat edinen çift için potansiyel travma nesnesidir. Ancak evlat edinmeyi açıklamak evlat edinmiş çiftlerin ödipal ve pre-ödipal çatışmalarına mutlu bir çözüm bulma özelliğindedir. Ayrıca bu açıklamaya bağlı sorunlar çocuğun değil de ailenin sorunudur.

S. Freud'un alın yazısı olarak nitelendirdiği Aile Romanı (Roman Familial-Family Romance) Otto Rank tarafından "Kahramanların Doğuşunun Mitosu"nda ayrıntılı olarak işlenmiştir (Rank 1909). Aile romanı ödipal dönemin mirası olarak latent dönemin tipik fantazisidir. Ödipal çatışmaların, latent dönemde soyunu, kökünü sorgulamak adına yeniden ele alınmasıdır (Fenichel 1974). Aile romanında baba çocuk tarafından değersizleştirilir (sembolik kastrasyona uğratılır). Çocuk babasının çocuğu olmaktan kurtulur. Anne de değişime uğratılır, dolayısıyla anne için kurduğu cinsel fantazilerinden faydalanabilir duruma kavuşur. Çocuk ilkel sahneyi inkar eder. Çok güçlendirilen anne, tanımlanan ya da tanımlanmayan, ancak güçlü ve kastre edilemez özellikler taşıyan eşe sahip olur. Çocuk megalomanisinin sonucunda yaratılan, fantastik özellikler taşıyan, gerçek ve imgesel kişiliklerin yardımıyla narsisistik onarma sağlanır. Ödipal dönem sürecince yoğun olarak yaşanmış olan kastrasyon kaygısı daha kabul edilebilir biçime sokulur. Gerçek ana babanın sıradanlığı ve güçsüz-

lüğünden de korunmuş olunur. Yaratılan ve yaşanan kahramanlar narsisistik özellikleri doyurur; yaratılan baba çok güçlüdür. Böylece ego ideali dışsallaştırılır ve gerçek baba ile olan çatışmalardan kurtulunur. Sadist özellikler taşıyan süperego'dan korunmuş olur. Bu fantazinin ego yararına olan sonuçları şunlardır: a) Preadolesansta narsisistik doyum sağlayan bilinçli gündüz rüyalarının ana konusuna ulaşılır, b) Psiko-dinamik tutku, mesleğe ve hatta alın yazısına yönelmeye neden olur. Bu tarihte bir çok ünlü kişinin ya da sanatçının özgeçmişinde izlenmektedir. Örneğin; Büyük İskender kendi aile romanını canlandırmak uğruna, öz ailesini bulmak üzere Makedonya'dan yola çıkar, savaşarak İran içlerine kadar ulaşır, ölümünden hemen önce biyolojik ana babasının öz ana babası olduğunu kabul eder (Soulé 1992), c) Psikotik hastalarda ise yansıtılan gerçeğin yerini tutar. Çocuk, edebiyatında ve sanatında nerdeyse her zaman 'Aile Romanı' önemli yerini korur ve sürdürür. Bu konu bir çok film ve romanda işlenmiştir (çizgi film Anastasia, dizi film Ayrı Dünyalar gibi...). Evlat edinilen çocuk özellikle erken yaşta evlat edinilmiş ise diğer çocuklardaki işlevine benzer biçimde 'Aile Romanı'nu oluşturur ve romanını yaşar. Kurguladığı Aile Romanı'na uygun bir biçimde evlatlık olduğunu öğrenmesi önemli bir zedelenmeye neden olmaz: Olabilecek zedelenme biyolojik ailesi içinde yetişen, ancak mutsuz olan ya da kırılan ana baba tarafından hayal kırıklıklarına uğratılmış çocuğun zedelenmesinden öteye geçmez. Aile Romanı evlatlık çocuk için çok daha kolay kurulurken, çözümlenmesi de o kadar zor, hatta olanaksızdır. Bazı ailelerde ise çocuk için hazır bir 'Aile Romanı'ndan söz edilebilir (Biyolojik çocukları çocuk hırsızları tarafından çalınmıştır, çocuklarını bulmak amacıyla onlarda şimdiki evlatlık çocuğu evlatlık edinmişlerdir, vb.). Evlat edinen aile çocuğun 'Aile Romanı' karşısında kendisini değersiz, kastre edilmiş hissedebilir. Diğer yandan terk edilmiş ve kimsesizler yuvalarında yetişen çocuklar ise her zaman ve çok travmatik bir biçimde 'Aile Romanı'nu oluşturur ve yaşarlar. Duygularını yansıtacakları sıcaklıkta bir anne babaya ulaşmaları olası değildir. Bu çocukların narsisistik zedelenmeleri daha derindir. Geç dönemde, 'Aile Romanı'nın oluşturulduğu süreç içinde evlatlık olan, evlatlık alınan çocuklarda ise yeni aileleri romandaki, masaldaki kişilerin yerine geçme özelliği taşıyabilir: Peri, iyilik meleği rolleri çok sıktır. Bu aktarım ise çocuğu kaygı yaratıcı yeni bir duruma



sokar, yepyeni Aile Romanı oluşturulması da artık olanaksızdır. Aile Romanı gerçek anne ve babanın cinselliklerinin geri verilmesi ile sonlanır. Bu sonuca ulaşılması için ise onların doğuran ve doğurtan olması tek başına gerekli ve yeterli değildir, ayrıca ödipal çatışmanın birlikte yaşandığı ve bir anlamda birlikte sonlandırıldığı kişiler olması gerekir. Dolayısıyla geç dönemde evlatlık alma önerilmesi patolojilere açıktır.

Yürürlükte olan Türk Medeni Yasasının 253. ve devamı (253-258) maddelerinde evlatlık olma ve evlat edinme düzenlenmiştir. Evlatlık kendisini evlat edinen ailenin ismini alır ve mirasçısı olur. Ancak asil ailesindeki mirasçılığı da devam eder. Evlat edinme ile ana babaya ilişkin hak ve yükümlülükler evlat edinen kimseye geçer. Eşler tarafından birlikte evlat edinilen küçüklerin nüfus kaydında evlat edinen eşlerin adı yazılır. Evlatlığın reşit olduktan sonra asil ana babasının adını kullanması mümkündür. Evlatlığın miras ve başka haklarının zarara uğramaması için her iki ailenin nüfus kaydına işlenir. Evlat edinme ile ilgili kayıtlar Mahkeme kararı olmaksızın yada evlatlığın izni dışında hiçbir şekilde açıklanamaz. Evlatlık ve evlat edinenin rızası ile her zaman kaldırılabilir. Evlatlık ilişkisi geçerli nedenler (Öldürme girişimi, kötü muamele, vb...) varsa evlat edinen kimsenin isteği üzerine yargıç tarafından da kaldırılabilir. Evlatlık ilişkisinin bitmesi ile geleceğe yönelik tüm işlemler de kalkar.

Bu yazıda, evlat edinme ve edinilmedeki sosyokültürel ve dinamik özellikler özetlenmeye çalışıldıktan sonra, evlat edinilmiş olan bir anne ile bir diğer annenin ikiz kardeşleri evlat edinmeleri sonrası yaşanan süreçlerin eş zamanlı olarak aktarılacağı bir olgu sunulacaktır. Sunulan olguda geçen isimlerin tümü yazar tarafından değiştirilmiştir, gerçek isimleri değildir.

## OLGULAR

Bülent Hakan ve Levent Botan 23.4.1990'da ikiz eşi olarak doğmuşlar. Anneleri doğum sonrasında, ilk çocuğu olan kızları gibi, erkek ikizlerini de evlatlık olarak vermek üzere Çocuk Esirgeme Kurumu Yuvasına başvurmuş.

Ayşe Hanım ve eşi Ali Bey ile Fatma Hanım ve eşi Veli Bey çok yakın arkadaş olan ve çocuk sahibi olamadıkları için evlatlık çocuk arayan ailelermiş. Bülent Hakan, Ayşe Hanım ve Ali Bey tarafından (Bülent ismi biyolojik anne babanın

verdiği isimdir, Ayşe Hanım ve Ali Bey oğullarına Hakan ismini evlat edinme işlemi sonrası koymuşlardır), Levent Botan da Fatma Hanım ve Veli Bey tarafından evlat edinilmiştir (Levent ismi biyolojik anne babanın verdiği isimdir, Fatma Hanım ve Veli Bey oğullarına Botan ismini evlat edinme işlemi sonrası koymuşlardır).

Ali Bey 49 yaşında, yüksekokul mezunu, bir yıl önce emekli olmuş. Ayşe Hanım 40 yaşında ilköğretim mezunu ev hanımı. 23 yıl önce görücü usulü ile evlenmişler. Evliliklerinin başından beri çok çocuk sahibi olmak istemişler. Çocuklarının olmayacağını evliliklerinin üçüncü yılında öğrenmişler ve Ali Bey bu nedenle ameliyat olmuş (testislerinden birinin tersiyone olması nedeniyle orşektomi ameliyatı) ve ilaç tedavileri başlamış. Gittikleri hiç bir hekim kesin bir biçimde çocuk sahibi olamayacaklarını söylememiş. Bu nedenle bir gün çocuk sahibi olacaklarını hep düşünmüşler. Evliliklerinin altıncı yılında Ali Bey eşine isterse ayrılacaklarını söylemiş. Bu isteğin tek nedeni çocuk sahibi olmayacakları ve bu durumdan kendisini sorumlu tutmasıymış. Bu dönemde Ali Bey çok huzursuzmuş uykusu bozulmuş, hiç bir şeyden zevk almaz olmuş, insanlarla konuşmuyormuş, içine kapanık bir durum içindeymiş. Bu teklifi Ayşe Hanım hemen geri çevirmiş. Önceki yıllarda kendi ailesinden de "madem çocuğun olmuyor, o zaman boşan" önerileri almış ve hemen red etmiş. Ayşe Hanım ilk kez eşinden dolayı çocuğunun olmayacağını öğrendiğinde çok üzülmüş, ancak bu durumu "Takdiri İlahi" olarak görmüş.

Ayşe Hanım beş çocuklu bir ailenin en küçük çocuğu olup, altı yaşındayken teyzesi tarafından evlatlık edinilmiş. Teyzesinin iki çocuğu olmuş ancak ikisi de yaşamayıp öldüğü için Ayşe Hanım evlatlık olarak almış. Kendisinden önce ablası teyzesine evlatlık olarak verilmiş ancak çok yaramaz bir çocuk olan ablası kısa bir sonra eve dönmüş. Teyzesinin evine gittiği ilk gün evine döneceğini düşünmüş. Evini ilk günden itibaren özlemiş. Babasının ki gibi şapka giyen bir erkek ne zaman evin önünden geçse heyecanlanır ve eve döneceğini sanırmış. Annesine öfkelenmiş ve küsmüş. Çok yakın zamana kadar bu öfkesi varmış. Ayşe Hanım evlatlık olmanın kendisine çok zor geldiğini eşine sık sık anlatırmış. Evlendiği onsekizinci yaşına kadar evlatlık olmayı hiç bir biçimde içine sindiremediğini eşine aktarmış. Annesi ve babasından daha çok evlat edinilen anne ve babası (teyzesi ve eniştesi) ile ilişki

içindeymiş, onları nerdeyse her ay bir kez ziyaret ederken diğerlerini yılda bir - iki kez ancak görmüş. Hakan'ı almadan yaklaşık 8 ay önce bir akciğer ameliyatı geçirmiş (lobektomi).

Her iki çiftten, Ali Bey ve eşi Ayşe Hanım ile Veli Bey 17.5.1990'da Hakan ve Botan'ı almak üzere biyolojik annenin evine gitmişler (Bu tarihte Fatma Hanım Ankara dışındaymış). 17 Mayıs Ayşe Hanım tarafından karmaşık duyguların birlikte yaşandığı bir tarih: Hem oğluna kavuştuğu, dolayısıyla çok sevindiği, hem de oğlunun annesinden ayrıldığı, dolayısıyla oğlu için çok üzüldüğü günmüş. Kendi kendine her yıl kutlanmış. Çocukların annesi ve anneannesi Ankara'nın gecekondu semtlerinden birinde, kentin sınırında yaşıyorlarmış. Çok kısa süren tanışma sonrasında bebekleri alıp evden ayrılmışlar. Evde hiç bir eşya yokmuş, ancak TV ve video dikkat çekici bir biçimde duruyormuş. Çamurlu bir sokakta oturuyorlarmış. Hakan ve Botan'ı iki çikın içindeki eşyaları ile vermişler. Ayşe Hanım kendi evlerinde kundakları açmakla bitirememiş; çocukları lahana gibi sarılı bulmuş. Çocuklar çok bakımsız bir durumdaymış. Her ikisinin de altları yara içindeymiş. İlk iş olarak aç oldukları için beslenmelerini sağlamışlar, daha sonra yara bakımlarını yapmışlar. Botan'ın durumu daha kötüymüş, bu nedenle Ayşe Hanım onu almak istemiş ancak daha sonra Fatma Hanım Botan'ı seçmiş. Ayşe Hanım bebeklerin her ikisini de çok sevmiş. Hiç bir ayırım yapmadan her ikisi ile ilgilenmiş.

Yeni ailesi ilk iş olarak Hakan'ı bir hastanede muayene ettirmiş: Hakan muayenede 1900 gr. gelmiş. Çok bakımsız bir bebekmiş, ancak bedensel bir sorun saptanmamış. Hızla gerçekleştirilen hukuki işlemler sırasında mahkemeye adres olarak Ali Bey bir yakınunun adresini vermiş. Aynı günlerde, aile oturmakta oldukları evden çıkarak Ankara'da başka bir semte taşınmış. İlk günlerden itibaren bebeklerinin bakımı ve beslenmesi için çok özenmişler, evlerinde Hakan'a vermek üzere vitamin hiç eksik olmamış, bu tutumlarını sürdürmüşler. Çok düzenli olarak hekim kontrolü altında bebeklerin büyümüşler. Veli Bey ve Fatma Hanım ile olan ilişkileri daha yoğun olarak devam etmiş. Bebeklerin büyütülmesinde karşılıklı birbirlerine destek olmuşlar.

Hakan'a adını Ali Bey koymuş, nüfus işlemleri sırasında daha önce taşıdığı, biyolojik annesinin koyduğu Bülent ismini nüfusa yazdırmak istememiş ancak bebekleri bulan hanımın karşı çık-

ması üzerine vazgeçmişler. Hakan 11 aylık yürümüş, aynı tarihlerde konuşmaya başlamış. 2 yaşında kendini çok güzel bir biçimde sözel olarak ifade ediyormuş. 3 yaşında tuvalet eğitimini tamamlamış. Kabakulak, suçiçeği dışında bir hastalık geçirmemiş. Hakan sokağa pek çıkmayan bir çocukmuş. Evde zamanının nerdeyse tümünü oyuncak otomobilleri ile oynayarak geçiriyormuş. İkiyüzden fazla her boy ve cinsten otomobili varmış. Büyükçe bir oyuncakçı dükkanını dolduracak kadar oyuncakçı olmuş. Bilgisayar oyunlarına çok meraklı ve becerikliymiş. Çekingen bir yapısı varmış. Paylaşmayı sevmiyormuş. İkizi en sık birlikte olduğu çocukmuş. Beraberliklerinde kısa süreli oyun sonrasında sıklıkla kavga çıkıyormuş. Son aylarda karşılıklı olarak fotoğraflarını gördüklerinde birbirlerinden habersiz birbirlerine ne kadar çok benzediklerini annelerine sormaya başlamışlar. Yaklaşık bir yıldır çok korkak bir çocuk olmuş, nerdeyse her gece korkarak uyanıyor ve anne-babasının yanına geliyor, babasına sarılıyormuş. Bu nedenle son 4-5 aydır babası ile birlikte yatmaya başlamış. Annesi evin başka bir odasına taşınmak zorunda kalmış. Babasına çok bağlı bir çocukmuş, babasız hiç bir işini yapmıyormuş. Babanın engellemelerine karşı gelmezmiş onun isteklerini yerine getirmiş. Anneye her istediğini yaptırır; hiç bir isteği anne tarafından engellenmemiş. Babanın karşı çıktığı her isteği bir biçimde anne tarafından yerine getiriliyormuş. Baba oğul pazar alışverişi için çıktıkları bir gün Hakan babasından pazarda gördüğü civcivlerden evde büyütmek için istemiş. Evde çeşitli evcil hayvanlar olması ve civcivlerin bir gün büyüüp tavuk olacakları, bakımlarının zor olacağı gerekçesi ile babası almak istememiş. İsteğini red edilmesini her zaman olduğu gibi Hakan çok ağlayarak karşılamış. Evlerine geldiklerinde ağlaması sürüyormuş. Annesi oğlunun isteğinin yerine gelmediğini öğrenince pazar yerinin çok uzak olmasına aldırmaksızın civciv almış, şimdi evlerinin balkonunda ana oğulun baktıkları civcivleri varmış. Yemekte çok seçici bir çocukmuş; her hafta Hakan için en az 5 kg patates alınıyormuş ve her öğün patates kızartması yemek istiyormuş, ancak nerdeyse önüne gelen patatesin yarısından fazlasını yemeden sofradan kalkıyormuş. Görüşmeye davet etmek için evlerini aradığım ve evde olmadıkları gün telesekretere kayıtlı ses olarak Hakan'ın sesi çıkmıştı.

Hakan 1996/1997 eğitim yılında okula başlamış, yarıyıl öncesinde okuma-yazmayı sökmüş. De-

vam ettiği sınıfın en başarılı öğrencisiymiş, özellikle aritmetik işlemlerini çok seviyormuş ve hızlı yapıyormuş.

Annesini evlat edinmiş olan anneannesi ve dedesi Hakan'ı çok seviyormuş ve şımartıyormuş, evde yapmakta sınırlandığı her yaramazlığı onların evinde yapıyormuş. Uslu durduğu zamanlarda yaramazlık konusunda anneannesi ve dedesi tarafından kışkırtılıyor, yaramazlıkları ödüllendiriliyor. Anneanne ve dede kızları Ayşe Hanım'a hiç bir zaman göstermedikleri yumuşaklığı ve ilgiyi Hakan'a gösteriyorlarmış. Bir sefer dedesi bilerek ve kışkırtarak yoğurt kasesini devirmesini istemiş. Hakan'ın devirmesi üzerine ödüllendirir gibi davranmış.

Aliesi Hakan için maddi olanaklarını çok zorlayarak bir sünnet düğünü yapmış. Sünnet düğününü izleyen aylarda, yazarın çok önce yaptığı öneri ile, Ali Bey Hakan'a evlatlık olduğunu açıklama girişiminde bulunmuş ve cümlelerini tamamlayamadan oğlu Hakan tarafından susturulmuş; Hakan babasından uzaklaşmış, bunları dinlemek istemediğini söylemiş. Önerilmesine karşın Ayşe Hanım bu açıklamayı yapamayacağını belirtmiş ve bu açıklama sırasında o ortamda bulunmak istememiş. Evlatlık konusu daha sonraları hiç bir biçimde gündeme getirilmemiş.

Botan'ı evlat edinen Veli Bey 46 yaşında, lise mezunu, lokanta işletmecisi, Fatma Hanım 37 yaşında, yüksekokul mezunu, halen bir kamu kuruluşunda memur olarak çalışıyormuş. Bir yıl öncesine kadar Fatma Hanım Ali Bey'in memuru olarak çalışıyormuş. Fatma Hanım memuriyete başladığından beri Ali Bey ve Ayşe Hanım ile tanışıyormuş. Veli Bey ile Fatma Hanım 9 yıl önce 4 yıl süren flört dönemi sonrasında evlenmişler. 8 yıl önce Fatma Hanım'a endometriyum CA (rahim kanseri) nedeniyle TAH + BSO (Total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo ooferektomi - rahim, tüpler ve yumurtalıkların alınması ameliyatı) yapılmış. Veli Bey 6 aydır Ankara dışında yaşıyormuş. Bir sayfiye kentinde kiraladığı lokantanın işletmesini üstlenmiş. Yakın zamanda bu kente taşınacaklarmış. Evlendiklerinden beri ciddi hiç bir sorunları olmamış. Fatma Hanım'a göre eşinin işinden dolayı o kadar az görüşüyorlar ki ilişkilerini kötü olarak etkileyebilecek bir olay gelişmiyormuş.

Fatma Hanımın jinekolojik ameliyatı öncesinde yaşadığı gebeliği düşük ile sonlanmış. Bu dönemde Veli Bey ile Fatma Hanım evliliklerinin

birinci yılındaymışlar. Ameliyat sonrası çocuğunun olamayacağını öğrenmesi sonrasında Fatma Hanım evlatlık bir çocuk almayı düşünmüş. Eşi de bu isteğine katılmış. Her iki ailede de aynı isteğin olması üzerine birlikte davranmayı kararlaştırmışlar. İlk girişimleri Fatma Hanım ve eşi başlatmış. Çocuk Esirgeme Kurumu'nda çalışan, tanıdıkları bir memur hanım öncülük etmiş. Evlatlık edinme işlemlerinin her aşamasında bu hanımdan yardım görmüşler. Fatma Hanım'ın girişimine Ali Bey çok istekli olarak katılmış ve çok sevinmiş. Ayşe Hanım istekli değilmiş. Kendi çocukluğunu ve yaşadıklarını başka bir çocukta tekrar yaşama düşüncesinden çok huzursuz olmuş. Hakan ve ikiz erkek kardeşi Botan'ın evlatlık olarak verileceği haber verilmiş. Fatma Hanım'ın iki çocuğa birden bakamayacağı gerekçesi ile paylaşmayı kararlaştırmışlar. Fatma Hanım'a göre kanser hastalığı nedeniyle yakın bir tarihte öleceğini düşünen Ali Bey ve Ayşe Hanım nasıl olsa bu çocukta daha sonra bize kalacak diye baştan beri düşünmüş olabilirlermiş.

Botan'a adını Veli Bey koymuş. Nüfus işlemleri sırasında daha önce taşıdığı, biyolojik annesinin koyduğu Levent ismini, ikinci ismi olarak korumuş. Botan ikiz eşine göre daha bakımsızmış. 1800 gr ilk ağırlığıymış. Botan 14 aylık yürümüş, aynı tarihlerde konuşmaya başlamış. 2-3 yaşında kendini çok güzel bir biçimde sözel olarak ifade ediyormuş. 2 yaşında tuvalet eğitimini tamamlamış. Tuvalet eğitimini annesi vermiş. Dokuz aylıktan beri tek başına yatıyormuş. Uyumadan önce çizgi romanlar okuyormuş. Susadığı ya da çiş geldiği zamanlar kendi başına yatağından çıkıp, işini bitirdikten sonra yatağına geri dönüyormuş. Bebekliğinden beri düzenli olarak uyurken dişlerini gıcırdatıyormuş. Özellikle son altı aydır, babasının evde olmadığı zamanlar annesinin davet etmesi nedeniyle ana oğul birlikte yatıyorlarmış. Suçiçeği dışında bir hastalık geçirmemiş. Evde zamanunun tümünü nerdeyse otomobilleri ile oynayarak geçiriyormuş. Her boy ve cinsten oyuncak otomobili, kamyonu varmış. İnşaat makinelerine karşı ilgiliymiş. Oyuncaklarının tamamına yakını annesi alıyormuş. İsteddiği bir oyuncak reddedilirse tutturamazmış. Ancak bu isteği de genellikle yerine getirilirmiş. Televizyon izlemeye düşkünmüş; çizgi filmleri, belgeselleri, yarışma programlarını izliyormuş. Liderlik yapmayı seven ve herkesin isteklerine uymasını isteyen bir yapısı varmış. Özellikle Hakan'a hükmedermiş. Paylaşan ve paylaşmayı sıırlı olsa da yapan bir çocukmuş. Annesi ile iliş-

kileri genelde çok iyiymiş. 3 yaşından beri kreşe devam ediyormuş, 1996/1997 eğitim yılında ilkokula başlamış. Ders çalışmaktan pek hoşlanmıyormuş. Bu nedenle annesi ile aralarında sık sık gerginlik oluyormuş. Sabah uyanmakta hep zorluk çeker ve annesi ile aralarında çekişmeler olurmuş. Devam ettiği okul ders programı yoğun olan özel bir okulmuş. Öğretmeni başarılı buluyormuş ancak daha başarılı olabileceğini düşünüyormuş. Evlatlık çocuk olduğunu öğretmeni ve okulun psikologu biliyormuş. Babası anneye göre sert yapılmış. Bu nedenle pek babayla birlikte olmuyormuş. İstekli olduğu konularda oldukça dikkatli bir çocukmuş. Anlayışlıymış ve söylenenleri, anlatılanları çabuk kavramış. Yemekte seçici bir çocukmuş; köfte, patates kızartması, pilav, makarna vazgeçilmez menüsüymüş.

Bir yıl önce Fatma Hanımın girişimi ile her iki aile çocuklarına gerçek anne baba olmadıklarını, evlatlık olarak alınıp, büyütüldüklerini söylemeye karar vermişler ve bu konuda danışmak için bir çocuk psikiyatrisi kliniğine başvurmuşlar. Öneri üzerine çocuklara eş zamanlı olarak evlatlık olduklarını açıklamayı planlamışlar ancak Ayşe Hanımın isteksizliği üzerine ertelemişler. Fatma Hanım, Botan 4-5 yaşlarında iken aileden bir hanımın gebeliği sırasında oğluna bazı çocukların annelerinin karnında büyüdükten sonra doğduklarını anlatmış. Kendisi ise oğlunu hastaneden aldığını söylemiş. Bu cümle Botan'ı çok huzursuz etmiş. Annesinden bir daha böyle konuşmamasını istemiş, "bende senin karnından çıktım" demiş ve bir daha kendisinin hastaneden alındığını söylemesini istememiş. Fatma Hanım'da oğlunun bu isteğine uyarak bir daha aynı konuyu açmamış.

## TARTIŞMA

Sunulan olgu öykülerinde her iki ailenin ana baba olma isteği ve bu nedenle evlat edinme öncesindeki çabaları göze çarpmaktadır. Çocuk sahibi olamamaları nedeniyle yaşamış oldukları ruhsal zedelenmeler giriş bölümünde vurgulananlara benzerlik göstermektedir. Her iki ailenin çocuk sahibi olma istekleri çocukların topluma yapılmış olan bağış (biyolojik aile donör) sonrası uygun alıcılara ulaştırılması ile karşılandığı ileri sürülebilir. Ali Bey'in kendisini suçlaması ve depresyon eş değeri duygusal bir döneminin olması, boşanmayı gündeme getirmesi, eşinin do-

ğurganlığını engelleyici olarak kendisini görmesi olarak değerlendirilebilir. Boşanma öncesi-ne Ayşe Hanımı evlat edinmiş olan teyze ve eniştesinin katılması, çocuk sahibi olmanın yücelleştirme savunma düzeneği ile ölüme karşı gelmede ne denli önemli olduğunu göstermektedir. Bu duruma çözüm olarak evlat edinmeyi buldukları izlenmektedir. Ali-Ayşe çiftinin cinselliklerini bir gebelikle sergileyememeleri, buna karşı Veli-Fatma çiftinin yaşadıkları gebeliğin ağır bir hastalıkla (Endometrium Ca) sonlanması önemli bir fark olarak karşımıza çıkmaktadır.

Gebelik yaşamamış Ali-Ayşe çiftinin Hakan'a karşı sergiledikleri tutum, Ayşe Hanımın evlatlık çocuk olarak büyümüş olmasının etkilerini de içermektedir. Evlat edinilmiş olduğunun farkında olup, kendi evine dönme arzusunu yıllarca içinde yaşatmış bir annenin evlat edinmesi ile ortaya çıkacak ruhsal süreç çok karışık özellikler sergileyecektir. Yaşadığı aktarım süreçlerinin yoğunluğu göz ardı edilemeyecek kadar fazladır. Bunların sonuçları olarak Hakan kırılğan, bağımlı, isteklerini yaptıran bir çocuk olarak karşımıza çıkmaktadır. Quinodoz (1996) yazısında beklenen anne-çocuk ilişkisinin yanı sıra, annenin de evlatlık olduğu durumda annenin evlatlık çocuğuna aktarımda bulunduğu ve bu aktarımın ilişkilerinde yoğun olarak yaşandığını vurgulamıştır. Gözlemimiz yazarın bulgusu ile paralellik sergilemektedir. Tanımlanan aktarım ilişkisi nedeniyle Botan'ın Hakan'a göre (böyle bir aktarım yaşamamış olmasından dolayı) çok daha sağlıklı tutum ve davranışlar sergilediğini ileri sürmek olasıdır.

Her iki ailenin çocukları evlat edinmeleri sonrasında sergiledikleri tutumlar koşutluklar içermektedir. Koydukları isimler özellikle babaların beklentilerini içeren anlamlar taşımaktadır: Hakan ismi ile Ali-Ayşe çifti ailelerinin reisini tanımlarken; Botan ismi ile Veli-Fatma çifti yerel özelliklerin sergilemektedirler. Ali-Ayşe çiftinin evlat edinme sırasında ve sonrasında kendi izlerini silercesine adreslerini değiştirmeleri ve her iki ailenin bedensel bakım konusunda sergiledikleri özen çocukları ne denli sahiplendiklerini vurgulamaktadır.

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanına başvurmalarının temel nedeni olan çocukların evlatlık olduklarının açıklanıp açıklanmayacağı, açıklanacaksa ne zaman ve ne biçimde açıklanacağı sorusu evrensel özellikler taşımaktadır. Çocuklara evlatlık olduklarını açıklama Ali-Ayşe çifti için

Veli-Fatma çiftine göre daha fazla zedeleyici olma potansiyeli taşımaktadır. Ayşe Hanımın açıklamaya hiç katılmaması bunu göstermektedir. Evlatlık olmayı açıklama öncelikle çocuğa kendi cinsel yetersizliğini, kısırlığını sergilemektir (Fatma Hanımın açıklamada istekli olması ve itici rol oynaması yaşadığı gebelikte ilişkili midir?). Buna bağlı olarak çocuğu kaybetme riski de taşımaktadır. Ancak her iki çocuk da ailelerin açıklama girişimlerini sonuna kadar dinlememiş ve bir ölçüde onlar için zedeleyici olan bu durumu red etmişlerdir. Açıklama sonrası her iki ailede yaşananlar, evlatlık olmayı açıklamamanın, çocuklardan çok ailenin sorunu olduğunu göstermektedir. Ancak çocukların yaşları göz önüne alındığında açıklamanın 'Aile Romanı'nı kurdukları bir döneme denk gelmesi nedeniyle, ailelerin Aile Romanının yaratılmasında etkin görev aldıklarını ileri sürmek olasıdır. Böylece çocuğun zedelenmesi en aza indirilmiştir. Diğer yandan açıklamanın çok ertelendiği (ergenlik ya da erişkinlik dönemleri) durumlarda ise kurgulanmış Aile Romanı tam olarak değersizleştirilir, işlevinden arındırılır ve evlat edinme daha travmatik olur. Fatma Hanımın oğlu Botan'a evlatlık olduğunu sezdirmiş olması ve bunu açıklamaya göreceli olarak daha yatkın olması ve diğer aileyi de zorlaması dikkat çekicidir. Ergenlik dönemi öncesinde, ruhsal gelişim dönemi olarak 'Aile Romanı'nın kurulduğu bir dönemde evlatlık olmanın açıklanması daha uygun bulunmuş ve her iki aile bu yönde desteklenmiştir. Hakan evlatlık olmayı konuşmak, açıklamaları dinlemek istemezken, Botan da bu durumu işaret eden cümlelerin annesi tarafından tekrar kullanılmasına olumsuz tepki vermiştir.

Howe (1997) 211 olgu ile yürüttüğü, uzunlamasına çalışmasında yeni doğan döneminde evlat edinilenlerin dörtte birinin ergenlik döneminde sorunlar yaşadıklarını bildirmiş, geç dönemde evlat edinilenlerin %28'inde sorun izlenmediğini saptamıştır. Benzer biçimde çok erken yaşlarda, yenidoğan döneminde evlat edindikleri için Ali-Ayşe ve Veli-Fatma çiftlerinin evlatlık çocuklarının olası biyolojik çocuklarının sergileyebilecekleri ruhsal sorunların ötesinde ruhsal sorunlar taşıdığı ya da taşıyacağı var sayılamaz. Ancak bu durum Ayşe Hanımın evlatlık olmasından dolayı farklılık içermektedir.

Goldstein ve Goldstein (1996) yazılarında Anna Freud'e atıfta bulunarak evlat edinilen çocukların da diğer çocuklar kadar, hatta daha fazla, de-

vamlılık ve süreklilik gösteren bakıma gereksinimlerinin olduğunu vurgulamışlardır. Evlat edinme öncesindeki fizik durumları değerlendirildiğinde Hakan ve Botan'ın gerekli bakımı gördükleri bireysel öykülerinden anlaşılmaktadır. Hakan, Botan'a göre annesinin (Ayşe Hanım) evlatlık olarak büyümüş olmasından dolayı gereksinimi olan bu bakımı abartılı bir biçimde fazlasıyla almıştır. Burada özellikle anneannesi ve dedesinin (Ayşe Hanımın evlat edinen teyze ve eniştesi) rolünün de önemli olduğu ileri sürülebilir.

DiLalla ve arkadaşlarının (1996) ayrı yetiştirilmiş 65 dizigot ve 54-monozigot ikize uygulanan MMPI değerlendirme sonuçlarını bildirdikleri çalışmalarında, evlatlık çocukların geliştirdikleri kişiliklerde genetik yüklülüğün altını çizmişlerdir. İkiz olmalarına karşın sergiledikleri ve yansıtılan kişilik özellikleri gözönüne alındığında DiLalla ve arkadaşlarının (1996) çalışmalarında tanımlanan genetik yüklülük işaretleri sunulan evlatlık kardeşlerde saptanmamıştır.

de Ajuriaguerra ve Marcelli'nin (1989) belirttikleri gibi sevginin hakim olduğu bir ortamda çocuğun sorduğu ya da ailenin doğrudan açıkladığı cinsellik, gebelik, doğum ve evlat edinme hakkındaki sorulara verilen uygun yanıtlar ilişkili etkilememektedir. Söz konusu bilginin geç dönemde verilmesinin ise (ergenlik ve sonrası) ilişkilerin zedelenmesine yol açtığı bilinmektedir. Bu yazarların aktardıklarına göre evlat edinilmiş çocukların psikopatolojileri özellik göstermez (Genel toplumda %1.3, evlat edinilenlerde %2.9 oranında çocuk psikiyatrisi kliniklerine başvuru vardır). Ancak ailelerin yardım talepleri daha sıktır.

Cohen (1996) psikanaliz ile üç yıl izlediği beşbuçuk yaşındaki evlat edinilmiş erkek çocuk olgusunda, biyolojik anababanın kaybını travmatik kayıp olarak nitelemektedir. İzlenen çocuklarda bu bulguyu destekleyecek belirti saptanmamıştır.

Derdeyn (1996) birçok çocuk için evlatlık olmanın yarattığı narsistik yaralanmanın sevilme, kirlilik, öfkeli olma ya da diğer kötülüklerle kapatılma çabası biçiminde dışa vurduğunu belirtmektedir. Yazara göre bazı çocuklar ise tüm olumsuzlukları biyolojik ailelerine yüklemek hafifletmeye çalışmaktadır, ancak bu süreç daha zordur. Birçok çocuk yeniden evlat edinilmesini düşünür, çok sıkıntılı bağlanma süreçleri sergiler.

yebilirler. Bu açıklamaları doğrulayacak veriler buradaki olgularda gözlenmemiştir.

Ergenlikle aile öyküsüne ilgi artmıştır. Evlatlık çocuk bu bakımdan iki kez zorlanır, aile öyküsü içine kendisini (öykü ile) yerleştirmekte güçlük çeker ve köklerini araştırma çabasına girer. Erişkin olduğunda ise en büyük korkusu ensest yaşamaktır.

de Ajuriaguerra ve Marcelli (1989) için iki sorun önemlidir: Ailenin kaygısı ve çocuğun var sayılan ya da gerçek olan kaygısı. Eğer aile bireyleri çift olarak kısırlıklarını cinsel güçsüzlük olarak algıyorlarsa, bu sorunu ana babalıklarının da yetersizliği gibi yansıtabilirler. Bu durumda özellikle evlat edinme işlemi öncesinde ruhsal desteğe gereksinimleri vardır. Eğer aile sevgi içinde, birlikte davranan bir çift ise; çocuğun zaman içinde soracağı cinsellik, gebelik, doğum ve evlatlık edinme hakkındaki sorulara uygun yanıtlar vermişse; bu durum çocuğu daha meraklı kılar ancak çocukla aile arasındaki duygusal ilişkiyi etkilemez. Yazarın tanımladığı bu özellik Botan'ın izlenmesi sırasında gözlenmektedir.

Sunulan olgular ve derlenmeye çalışılan bilgilerle çocuk psikiyatrisi günlük uygulamalarında hiç ender olmayan evlatlık alma ve evlatlık olmanın değerlendirilmesinin uygun olacağı, dinamik işleyişin gözönünde tutulmasının yapılacak çalışmaya katkıda bulunacağı kanısına varılmıştır.

## KAYNAKLAR

de Ajuriaguerra J, Marcelli D (1989): *L'Abandon - L'Adoption. Psychopathologie de l'Enfant içinde* Masson, Paris s:419-426.

Atasoy A Z (1998): *İmge bebek: Bir alan çalışması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 5(1): 3-8.

Ateş S (1988): *Kur'an-ı Kerim Tefsiri. Ahzab suresinin 4. 5., 37-40. ayetleri. Milliyet yayınları. İstanbul.*

Büyük Larousse (1986): Cilt:9 s:5194-5195 İstanbul.

Cohen S (1996): *Trauma and the developmental process. Excerpts from analysis of an adopted child. Psychoanal Study Child*. 51: 287-302.

*Code de Droit Canonique (1983): s:16 ve 192. Editions Centrion-Cerf-Tardy Paris.*

Derdeyn A P (1996): *Adoption. Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. içinde. M. Lewis (ed). Williams and Wilkins, Baltimore, s:1110-1118.*

DiLalla DL, Carey G, Gottesman I I., Bouchard T J Jr (1996): *Heritability of MMPI personality indicators of psychopathology in twins reared apart. J. Abnorm. Psychol.* 105(4): 491-499.

Goldstein J, Goldstein S (1996): *"Put yourself in the skin of the child" She said. Psychoanal Study Child*. 51:46-55.

Hastings J (1951): *Adoption. Encyclopedia of Religion and Ethics. Vol: 1-2 s:105-114. New York.*

Howe D (1997): *Parent-reported problems in 211 children: Some risk and protective factors. J. Child Psychol. Psychiat.* 38:401-411.

Quinodoz D (1996): *An adopted analysand's transference of a "Hole-Object". Int. J. Psycho Anal.* 77:323-336.

Rank O (1909): *Le Mythe de la naissance du héros. Edition Payot, 1983 Paris.*

Öztürk Y N (1995): *Kur'an-ı Kerim Meali. Ahzab suresinin 4., 5., 37-40. ayetleri. Yeni Boyut Yayınları, İstanbul.*

Soulé M (1968): *Contribution clinique à l'imaginaire des parents où le roman de polybe et mérode. Rev. Psychanal.* XXXII. 3. 419-459.

Soulé M (1992): *Filiatınon parental. Ders notları. Paris.*

Soulé M, Noël J (1997): *L'Adoption. Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (içinde). (Yayıncı: Lebovici S., Diatkine R. ve Soulé M.) Presses Universitaires de France PUF. Paris. Cilt:4, S.2679-2701.*

Tuncer S (1974): *Nevrozların psikoanalitik teorisi. Otto Fenichel (İngilizce aslından tercüme) Ege Üniversitesi Matbaası. Bornova-İzmir. s:87.*

# SEÇİCİ KONUŞMAZLIK SOSYAL FOBİNİN BİR BELİRTİSİ Mİ?\*

Özgür Yorbık\*\*, Teoman Söhmen\*\*\*

## ÖZET

**Amaç:** Seçici konuşmazlık, genellikle erken çocukluk çağında başlayan, seyrek olarak görülen bir psikiyatrik bozukluktur. Seçici konuşmazlığa sıklıkla sosyal fobinin belirtileri eşlik etmektedir. Bu yazıda seçici konuşmazlığı ve sosyal fobisi olan 8 yaşında bir kız çocuğu literatür ışığı altında tartışılmaya sunulmuştur. **Bulgular:** Seçici konuşmazlığı olan bu olguya da sosyal fobinin belirtileri eşlik etmekteydi (tanımadığı insanlarla birlikte olduğu toplumsal durumlardan ve bir eylemi toplum içinde gerçekleştirmekten ya da başkalarının gözünün üzerinde olmasından korkma, ağlama, dona kalma, yüz kızarması, tanımadığı insanların olduğu topluluklardan uzak kalma). **Sonuç:** Seçici konuşmazlığı olan çocuklarda sıklıkla sosyal anksiyete belirtileri de görülmekte ve yapılan sınırlı sayıda araştırmada bu çocukların büyük oranda çekinme bozukluğu ya da sosyal fobi tanımlarını da alabildikleri ileri sürülmektedir. Diğer taraftan toplum içinde konuşmadan kaçınma ya da korkma, sosyal fobisi olan yetişkinlerde bildirilen en sık belirtilerinden birisidir. Her iki hastalığın, cinsiyet oranlarındaki benzerlikler, aynı yaşlarda başlıyor olması, -seçici konuşmazlıkta sınırlı sayıda kullanılmış olsa da- aynı ilaçlardan fayda görmeleri, aynı aile içinde artmış prevalansları bu iki hastalığın doğasının aynı olabileceği kanısını uyandırmaktadır. Seçici konuşmazlığı olan bir çocuğun tedavisinde, sosyal fobide uygulanan tedavi yöntemlerinin de denenebileceği ileri sürülmüştür.

**Anahtar Sözcükler:** Seçici konuşmazlık, sosyal fobi.

## SUMMARY: IS SELECTIVE MUTISM A SYMPTOM OF SOCIAL PHOBIA?

**Objective:** Selective mutism is a rare psychiatric disorder that usually has its onset in early childhood. Selective mutism is frequently accompanied with symptoms of social phobia. A case of selective mutism associated with social phobia in an 8 year-old girl is discussed in light of the clinical literature in this article. **Results:** The case of selective mutism is associated with social phobia symptoms (i.e. fear of social or performance situations in which she is exposed to unfamiliar people or to possible scrutiny others, crying, freezing, blushing, shrinking from social situations with unfamiliar people). **Conclusion:** In limited case reports or studies suggest that large proportion of children with selective mutism meet avoidance or fear of speaking in public is the one of the most common symptoms reported in adults with social phobia. Similarity of sex ratio, developing same early age, -although limited experience in selective mutism- effective treatment with same drugs, high familial prevalence in same family suggested that these disorders may have the same nature. It is further speculated that treatment models of social phobia may be applied to a child who has selective mutism.

**Key words:** Selective mutism, social phobia.

## GİRİŞ

Seçici konuşmazlık, kişinin başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın, konuşması beklenen bir takım özgül durumlarda, sürekli bir konuşmazlık göstermesi ile karakterizedir (APA 1994). Hastalık seyrek olduğundan tüm belirtileri tam olarak bilinmemektedir. En sık okulda ve evin dışında konuşmama şeklinde görülür. Ancak evde kardeşleriyle, en az anne ya a babasın-

dan birisiyle konuşur. Görülme sıklığı 0.8-7.2/1000, erkek kız oranı 1/2 olarak bildirilmiştir (Baker ve Cantwell 1991). Koop ve Gillberg (1997)'in yaptıkları çalışma da, seçici konuşmazlığın görülme sıklığının 18/10000 olduğu ileri sürülmüştür. İlk kez 1877'de bu sorun, Kussmaul tarafından "istemli afazi" (aphasia voluntaria) olarak adlandırıldı (aktaran Dummit ark. 1997). Daha önce fonksiyonel konuşmazlık, konuşma fobisi, konuşmada tutukluluk, travmatik konuşmazlık, istemli konuşmazlık, Heinziyan mutism gibi isimlerle adlandırılmıştır (Baker ve Cantwell 1991). Seçici konuşmazlık (electiver mutis-

\* 8. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kongresi'nde bildiri olarak sunulmuştur.

\*\* Arş. Gör.Dr.. GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

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

mus bei kindern) terimi klinik literatürde ilk kez 1934'de Tramer tarafından kullanıldı. Tramer, psikotik olmayan bazı çocukların sadece yakınları ile konuştuğunu, bu çocuklarda utangaçlık, çekingenlik, sosyal içe çekilme gibi belirtilerin sıklıkla gözlemlendiğini ileri sürmüştür (aktaran Black ve Uhde 1992).

Sosyal fobinin başlıca özelliği, kişinin tanımadığı insanlarla karşılaştığı, başkalarının gözünde olabileceği, bir veya birden fazla toplumsal, ya da bir eylemi gerçekleştirdiği durumlarda belirgin ve sürekli kaygı duymasındır (APA 1994). Her ne kadar sosyal fobinin toplumda %5-10 oranında görüldüğü belirtilse de (Kaplan ve Sadock 1994), bazı araştırmacılar bu bozukluğun sık görüldüğünü, fakat tanı konulmayan ve tedavi edilmeyen olguların olduğunu ileri sürmektedirler (aktaran Lepine ve Pellissolo 1996). Toplum içinde ya da yabancılar ile konuşmaktan korkma ve çekinme sosyal fobide en sık görülen belirtilerdir (Black ve Uhde 1995). Başlangıç yaşı sıklıkla 10 yaşından sonradır. Ancak 5 yaşında ya da 35 yaşında da başlayabilen olgular vardır (Kaplan ve Sadock 1994).

Bu yazıda seçici konuşmazlık tanısı konulmuş, sosyal kaygısı ve çekingenliği de belirgin olan, 8 yaşında bir kız çocuğu tartışmaya sunulmuş olup, seçici konuşmazlığın sosyal fobinin bir belirtisi olabileceği ileri sürülmüştür.

## OLGU SUNUMU

İ.D. 8 yaşında, ilkökul birinci sınıf öğrencisi, sosyoekonomik düzeyi normalin biraz altında sayılabilecek bir ailenin altıncı ve en son kız çocuğu, büyükşehirde yaşıyor.

*Yakınması:* Okulda ve çeşitli sosyal ortamlarda konuşmama, çekingen olma, çabuk sinirlenme, ağlama.

*Özgeçmişi:* İ.D. normal bir hamilelik döneminden sonra, zamanında normal yolla doğmuş, doğar doğmaz ağlamış, morarması olmamış. İkinci ayda başını dik tutmaya, altıncı ayda desteksiz oturmaya, bir yaşında yürümeye ve kelime söylemeye, onbeş aylık iken kısa cümleler kurmaya, üç yaşında yemeğini kendisi yemeğe başlamış, iki yaşında tuvalet eğitimini tamamlamış. Ancak hala tuvalet temizliğini annesi yapıyor, zaman zaman annesi giydirmiş. Gece bir kardeşi ile birlikte yatıyormuş. İ.D. ailesinin yanında büyü-

müş, sürekli bakımını annesi yapmış. Önemli bir hastalık geçirmemiş.

*Soygeçmişi ve aile yapısı:* Baba, 45 yaşında, ilkökul mezunu, bir senedir emekli, sağlıklı, dışa dönük yapısı olan, gururlu, çabuk sinirlenip çabuk yumuşayan birisi olarak ifade ediliyor. Babanın si-gara ve hemen her gün olacak şekilde alkol alışkanlığı olduğu, ancak eve nadir olarak sarhoş geldiği bildiriliyor. Anne, 40 yaşında, ilkökul mezunu, sağlıklı, dışa dönük, titiz, gururlu, alıngan, kolay incinen, ancak kin tutmayan, sakin bir yapısının olduğu ifade ediliyor. İ.D.'nin 6 ablası var. Ablalarından yalnız birisinin içe dönük, çekingen, utangaç, büyükler ve eve gelen misafirler ile fazla konuşmayan, odasına kapanıp onların yanına çıkmayan, ancak kendi arkadaşlarıyla konuşan bir yapısının olduğu bildiriliyor. Genelde huzurlu bir aile olduğu, ancak babanın zaman zaman alkollü olarak eve gelmesinden dolayı tartışmalar olduğu ifade ediliyor. Ailede herhangi bir göç olayı, psikiyatrik ve önemli diğer tıbbi hastalık bildirilmiyor.

*Öyküsü:* Annesi İ.D.'nin çok belirgin olan çekingenliğinin ve utangaçlığının küçük yaşlardan beri var olduğunu, 2 senedir kendisinden büyüklerle, yabancı kişiler ile konuşmadığını, çok az arkadaşı olduğunu, okulda sadece 3 arkadaşı ile konuştuğunu ifade ediyor. İ.D. ilkökula başladığında hiç konuşmuyor, tahtaya kaldırıldığında soruları cevaplamıyor ve çeşitli işlemleri yapmıyormuş. Ancak ödevlerini düzenli ve eksiksiz olarak yapıyormuş. İlk senenin başlarında zaman zaman eve geri gelebilmek için altını ıslattığı ve bu şekilde okuldan uzak kaldığı oluyormuş. İlkokulda konuşmadığı ve takındığı bu tavırlar yüzünden bir sene sınıfta kaldığı belirtildi. İ.D.'nin yeni öğretmeni çok ilgili ve anlayışlı birisiymiş. Yeni öğretmeniyle az da olsa konuşmaya başlamış. Ancak, sokakta, alışveriş merkezlerinde konuşmuyormuş. Evlerine çocuklar geldiğinde onlarla konuşmaz, bütün oyuncaklarını toplar, kapısını kilitler, kendi kendisine oynarmış. Konuşması düzgün, kekemeliği yokmuş, yaşına uygun uzun, karışık cümleler kurabiliyormuş. Kelime dağarcığı yaşına göre iyiymiş. Kötü bir şey söylediğinde ailesinin azarladığı ya da yüzüne tokat attığı oluyormuş. Ancak toplum içinde veya yabancılarla konuşmamasının, böyle bir azarlamadan ya da vurmadan sonra başlayıp başlamadığını aile tam olarak netleştiremiyor. Ailesi daha çok sinsi bir başlangıç olduğunu, bu çocuğun zaten hep çekingen davrandığını ifade



ediyor. İ.D.'yi annesi, çok çekingen, utangaç, duygu ve düşüncelerini ifade etmeyen, inatçı, düzenli, titiz, kaprisli, içe dönük, çeşitli toplumsal durumlarda sıkıntı duyan, dona kalan, tanıdık olmayan insanların olduğu topluluklardan uzak kalan, istediği olmayınca hemen ağlayan ve sınırlenen, bu yolla isteklerini ailesine yaptırabilen, ağlamayı isteklerinin olmasında silah olarak kullanan, küçük duruma düşürüleceğinden ve utanç duyacağı bir davranışı yapmaktan sürekli korkan, ödevlerini düzenli ve titiz olarak yapan birisi olarak tanımlıyor. İ.D. kötü bir şey yaptığında annesinin tutumu, kızmak, bağır-mak, ağzına biber koymak, çok seyrek olarak poposuna vurmaya çalışıyor. Babasının tutumu, kızmak, poposuna vurup odasına kapatmış. Ablalarının tutumu, kızmak ve bağır-makmış, en büyük ablasının zaman zaman yüzüne vurduğu oluyormuş. İ.D.'ye verilen cezalarda aile üyeleri birbirine çok karışmazmış. İ.D. genelde ailede çok sevilir, şımartılır, annesi yapmasa da, ablaları ve babası hemen bütün istediklerini yaparmış.

**Gözlem:** İ.D. ile yapılan görüşmede, İ.D. göz teması kurmadı. Annesinin arkasına saklanmaya çalıştı. Sorulan soruları yanıtlamadı. Belirgin utangaçlığı ve çekingenliği vardı, sürekli önüne bakıyordu. Kendisine güzel sözler söylendiğinde göz teması kurmaksızın gülümsüyordu. İ.D. kendisine uygulanmak istenen psikolojik testleri reddetti.

**Tanı:** Ayırıcı tanıda iletişim bozuklukları, yaygın gelişimsel bozukluk, psikotik bozukluk, mental retardasyon düşünüldü. İ.D.'nin yaşına ve lehçesine uygun, gelişimsel olarak beklenen konuşma seslerini çıkartabilmesi ile fonolojik bozukluk, konuşmanın olağan akıcılığında ve zamanlamasında bozukluk olmaması ile kekemelik tanıları düşünülmeydi. Kullandığı sözcük sayısının çok sınırlı olmaması, dilbilgisi yönünden zaman seçiminde hatalar yapmaması, sözcükleri anımsamakta ya da gelişimine göre uygun uzunlukta ve karmaşıklıkta cümle kurmakta güçlük çekmesi ile sözel anlatım bozukluğu tanısı konulmadı. Sadece belirli toplumsal durumlarda konuşmaması, toplumsal etkileşimde ve iletişimde önemli nitel bozulmanın olmaması, davranış ilgi ve etkinliklerinde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntünün olmaması ile yaygın gelişimsel bozukluk tanısı düşünülmeydi. Hezeyanları, halüsinasyonları, dezorganize konuşması, dezorganize ya da katotonik davranışlarının olmaması ile psikotik bozukluk, entellektüel işlevselliğinin

yaşına uygun olması ile mental retardasyon tanıları konulmamıştır. İ.D. 'nin başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın özgül birtakım durumlarda konuşmaması ile seçici konuşmazlık, tanımadığı insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözü üzerinde olabileceği toplumsal durumlarda belirgin ve sürekli kaygı duyması ile sosyal fobi tanısı düşünülmüştür.

**Tedavi ve izlem:** İ.D. kliniğimizde on günde bir görülerek izlendi. İ.D.'ye oyun tedavisi, davranışçı tedavi yöntemleri, ilaçla tedavi uygulandı. Ailesi ve öğretmenine tutumlar konusunda önerilerde bulunuldu. İlaçla tedavide, sertralin 25 mg/gün kullanıldı. Bir buçuk aylık tedavi sonunda annesi İ.D.'nin ilaç tedavisinden fayda gördüğünü, mahalesindeki arkadaşları ile konuşmaya başladığını, sınıfında artık yüksek sesle şiir okuyabildiğini, okuldaki arkadaş ilişkilerinin arttığını bildirdi. Ancak polikliniğimizde devam ettiği gözleniyordu. Üç aylık ilaç tedavi yapıldıktan sonra, tedavide başka bir ilerleme kaydedilmemesi nedeniyle ilaç tedavisine son verildi. İ.D.'nin bölümümüz tarafından izlenmesine devam edilmektedir.

## TARTIŞMA

Seçici konuşmazlığın etyoloji ve patogenezinde çeşitli etmenlerin rol oynayabileceği ileri sürülmüştür. Seçici konuşmazlığa eşlik eden, konuşma/dil bozuklukları, enürezis, enkoprezis gibi diğer gelişimsel hastalıklar ve EEG immatüritesi, biyolojik temeli olan maturasyonel bir bozukluğun etyolojide önemli olabileceği izlenimini uyandırmaktadır (Baker ve Cantwel 1991). Psikolojik varsayımlarda ise, gelişimin anal dönemine saplanma ya da gerileme olduğu ileri sürülmekte ve bu kişilerin anne babaya karşı düşmanca ve yıkıcı dürtüleri olduğu, ancak anne babaya bu kızgınlığın gösterilmesinin yasak olduğu belirtilmektedir (Baker ve Cantwel 1991). Seçici konuşmazlıkta aile ve kişilerarası dinamikler araştırılmış ve etyolojide önemli rol oynadığı ileri sürülmüştür. Çalışmaların çoğunda olduğu, anne ya da babanın en az birisinde çekingenlik ya da iletişim güçlüğü olduğu, sıklıkla parçalanmış ya da insanlarla ilişkileri sınırlı olan ailelerde görüldüğü, anneye aşırı bağlanmanın olduğu ileri sürülmüştür. Ayrıca bazı olguların, çocuğun söylediği bir şey için ciddi bir şekilde anlamlama öyküsünden sonra hastalığın başladığı söylenmektedir (Baker ve Cantwel 1991). Seçici ko-

nuşmazlığın sıklıkla, çocuğun kötüye kullanımı, tecavüz, ağız yaralanmaları gibi fiziksel travmalar, farklı dil kullanan bir bölgeye göçme, hastaneye yatırılma, aileden önemli ayrılmalar gibi çevre değişikliğinden sonra başlaması, çevresel ve sosyal etkenlerin önemini göstermektedir (Baker ve Cantwel 1991). Ancak şimdiye kadar göreceli olarak denek sayısının en fazla olduğu iki çalışmada travma ya da kötüye kullanım öyküsü bildirilmemiştir (Black ve Uhde 1995, Dummit ve ark. 1997). Bizim olgumuzda travma, kötüye kullanım öyküsü ya da etyolojide önemli olabilecek çevresel ve sosyal etkenler yoktu.

Dil ya da artikülasyon sorunlarının diğer tiplerinden, belirgin davranışsal farklılıklar bulunuyor olmasına karşın, seçici konuşmazlık çocuk psikiyatrisi kitaplarında (Lewis 1991, Rutter 1994) dil ve konuşma bozuklukları içinde ele alınmıştır. Seçici konuşmazlığı olan olgularda %12 oranında dil sorunundan kaynaklanan öğrenme güçlükleri bildirilmiştir. Seçici konuşmazlık tanısı konulan çocuklarda, gösterilebilen artikülasyon bozukluğu ya da kortikal dil işlev bozuklukları yoksa, dil ya da konuşma bozukluğu tanısından kaçınılmalıdır (Dummit ve ark. 1997). Bizim olgumuzda, dil ya da artikülasyon kusuru yoktu. DSM-IV'te seçici konuşmazlık, bebeklik, çocukluk ya da ergenliğin diğer bozuklukları başlığı altında sınıflandırılırken (APA 1994), ICD-10'da, çocukluk ve delikanlılık döneminde başlayan sosyal işlev bozuklukları başlığı altında ele alınmıştır (DSÖ 1992).

Bazı araştırmacılar bu çocukların, utangaç, bağımlı, tedirgin, duyarlı, çekingen ve kaygılı olduğunu belirtirken, diğerleri pasif agresif, inatçı, söz dinlemez, kızgın, aksi, manipülatif, kontrol edici gibi olumsuz kişilik özelliklerinin olduğunu belirtmektedirler. Her iki klinik tabloda da sosyal kaygı ve pasif agresif davranış reddedilmemektedir (aktaran Dummit ve ark. 1997). DSM-IV'e göre, sosyal kaygı ve toplumdaki kaçınma, seçici konuşmazlık ile birlikte olduğu durumlarda, sosyal fobi ve seçici konuşmazlık tanuları birlikte konulmalıdır (APA 1994).

Bugüne kadar seçici konuşmazlık ile ilgili en geniş sistematik araştırma 50 çocuk ile yapılmıştır. Bu araştırmaya göre seçici konuşmazlığa eşlik edebilen başlıca klinik tablolar şunlardır: Sosyal fobi ya da çekinme bozukluğu (%100), anksiyete bozuklukları (%48), ayrılma anksiyetesi bozukluğu (%26), aşırı anksiyete duyma bozukluğu (%14), basit fobiler (%34), konuşma, dil ya da öğ-

renme güçlükleri (%11) olarak bulunmuştur. Hiç bir çocukta depresif bozukluk, davranım bozukluğu tanuları konulmamıştır (Dummit ve ark. 1997). Seçici konuşmazlık ile ilgili yapılan 100 olgu serisini içeren çalışmada, seçici konuşmazlıkta utangaçlığın en belirgin kişilik özelliği olduğu, ikinci en sık görülen özelliğin anksiyete olduğu bildirilmektedir. (Steinhausen ve Juzi 1996). Bazı yazarlar (Black ve Uhde 1995, Crumley 1993, Dummit ve ark. 1997), özellikle toplum içinde konuşma korkusu ile seçici konuşmazlığın ayrı bir psikiyatrik hastalık olmasından çok, sosyal fobinin bir belirtisi olabileceğini ileri sürmektedir. Bunu destekleyen başlıca kanıtlar şunlardır:

1) Göreceli olarak denek sayısının en fazla olduğu iki araştırmada, seçici konuşmazlıkta sosyal anksiyetenin çok yaygın olarak bulunduğu belirlenmiştir. Dummit ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları çalışmada seçici konuşmazlığı olan çocukların %100'ünün sosyal fobi tanısını da aldıkları belirtilirken, Black ve Uhde (1995)'nin yaptıkları çalışmada bu oran %97 olarak bulunmuştur. Black ve Uhde (1995) çalışmaya alınanların tümünde konuşmama ile birlikte sosyal anksiyetenin göze çarpan tek davranış anormalliği olduğunu belirtmektedirler. Ayrıca, yazma, iş yapma yetisi, yabancılarla karşılaşma, toplantılara gitme, dikkat odağı olma, göz teması kurma, toplum içinde yemek yeme gibi çeşitli sosyal durumlardaki anksiyete ve kaçınma skorları, bu çocukların konuşmanın gerektiği durumların dışında da, klinik olarak önemli sosyal anksiyetelerinin olduğunu göstermektedir (Dummit ve ark. 1997). Bizim olgumuzda da, çekingenlik, yabancılarla göz teması kurmama, toplum içinde bir eylemi gerçekleştireceği durumlarda kaygı duyma çok belirgindi.

2) Konuşmazlığın derecesi ile anne ve babaların derecelendirdiği anksiyete belirtilerinin (anksiyete, ayrılma anksiyetesi ve sosyal/performans anksiyetesi) arasında önemli korelasyon olduğu bulunmuştur. Bu, anksiyete ciddiyetinin konuşmazlığın ciddiyetini belirlemede önemli etken olduğu izlenimini uyandırmaktadır. Üstelik sosyal anksiyete ve seçici konuşmazlığın genellikle aynı yaşlarda geliştiği bildirilmektedir (Black ve Uhde 1995). Bizim olgumuzda, çok belirgin olan çekingenliğin ve utangaçlığın küçük yaşlardan beri varolduğu, 2 senedir kendisinden büyüklerle, yabancı kişiler ile konuşmadığı ifade ediyor.

3) Seçici konuşmazlıktaki cinsiyet oranları ile sosyal fobi ve çekinme bozukluğundaki cinsiyet oranları benzerdir (Black ve Uhde 1995). Seçici konuşmazlıkta 220 olgu sunumunun 143'ünün kız, 75'inin erkek olduğu (kız/erkek oranı 1.9/1) bulunmuştur (aktaran Black ve Uhde 1992). Çocukluk çağı çekinme bozukluğu ile ilgili olgu serisinde, 22 olgudan 16'sının kız olduğu (kız/erkek: 2.6/1) bildirilmiştir (aktaran Black ve Uhde 1992). Beidel (1991), okul çocuklarında sosyal fobinin ve aşırı anksiyete duyma bozukluğunun kızlarda daha sık görüldüğünü (sırasıyla 11 kız, 7 erkek ve 8 kız, 3 erkek) ileri sürmüştür. Klinik örneklemede de sosyal fobi ve çekinme bozukluğunun, kızlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Francis ve ark. 1992).

4) Toplum içinde, konuşmadan kaçınma ya da korkma, yetişkinlerde görülen sosyal fobinin en sık görülen belirtilerindendir. Bu kişilerin bazıları hiç konuşmayabilir. Aynı durumlarda, seçici konuşmazlığın ciddiyeti ile genel sosyal anksiyetenin ciddiyeti arasında benzerlik vardır. Yabancı ortamlarda yabancı kişiler ile konuşmayan çocukların ailelerinde sosyal fobi ya da çekinme bozukluğunun yaygınlığı yüksektir (aktaran Black ve Uhde 1995).

5) Black ve Uhde (1995)'nin yaptıkları çalışmada seçici konuşmazlığı olan çocukların ailelerinde, sosyal fobinin ve seçici konuşmazlığın prevalansının yüksek olduğu bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada, seçici konuşmazlığı olan çocukların anne ya da babalarından en az birisinin utangaç olmasının daha yüksek oranda (%7'ye karşı %51) görüldüğü bildirilirken, başka çalışmalarda seçici konuşmazlık ya da utangaçlık prevalansının yüksek olduğu ileri sürülmüştür (aktaran Black ve Uhde 1995). Olgumuzun sosyal anksiyete belirtileri gösteren bir ablası vardır.

6) Son olarak, yetişkinlerde sosyal fobide etkili olan ilaçların seçici konuşmazlıkta da etkili olduğu bildirilmektedir (aktaran Black ve Uhde 1995). Bizim olgumuz, sertralinden kısmen yararlanmıştı.

## SONUÇ

Seçici konuşmazlık, hakkında çok az sistematik araştırılma yapılmış cender bir hastalıktır. Seçici konuşmazlığı olan çocuklarda sıklıkla sosyal anksiyete belirtileri de görülmekte ve yapılan sınırlı sayıda araştırmada bu çocukların büyük

oranda çekinme bozukluğu ya da sosyal fobi tanılarını da alabildikleri belirtilmektedir. Diğer taraftan toplum içinde konuşmadan kaçınma ya da korkma, sosyal fobinin en sık görülen belirtileri arasındadır. Her iki hastalığın, cinsiyet oranlarındaki benzerlikler, aynı yaşlarda başlıyor olması, seçici konuşmazlıkta sınırlı sayıda kullanılmış olsada aynı ilaçlardan fayda görmeleri, aynı aile içinde artmış prevalansları bu iki hastalığın doğasının aynı olabileceği kanısını uyardırmaktadır. Bu bağlamda seçici konuşmazlığı olan bir hastanın tedavisinde sosyal fobide uygulanan tedavi yöntemlerinin de denenmesinde yarar vardır.

## KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-IV)*, çeviren E. Koroğlu Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Baker L, Cantwell DP (1991) *Disorder of language, speech, and communication. Child and Adolescent Psychiatry içinde M. Lewis (ed). Willtams & Wilkins, Baltimore, Maryland, s:516-521.*
- Beidel DC (1991) *Social phobia and overanxious disorder in school age children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 30:545-552.*
- Black B, Uhde TW (1992) *Elective mutism as a variant of social phobia. J. Am Acad. Child Adolesc Psychiatry, 31:6. 1090-1094.*
- Black B, Uhde TW (1995) *Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34:7. 847-846.*
- Crumley Fe (1993) *Is elective mutism a social phobia? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 32: 1081-1082.*
- Dummit ES, Klein RG, Tancer NK ve ark. (1997) *Systematic assessment of 50 children with selective mutism. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36:5. 653-660.*
- Dünya Sağlık Örgütü (1993) *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukları Sınıflandırması içinde, çeviren F.Çuhadaroğlu Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği yayını, Ankara.*
- Francis G, Last CG, Strauss CC (1992) *Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 31:1086-1089.*

Kaplan HI, Sadock BJ (1994) *Selective Mutism*. Synopsis of Psychiatry seventh edition içinde, Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, s:592-598.

Kopp S, Gillberg C (1997) *Selective mutism: A population-based study: A research note*. J Child Psychol Psychiat 38: 257-262.

Lepine JP, Pelissolo A (1996) *Comorbidity and social phobia: clinical and epidemiological issues*. Int Clin Psychopharmacol, 11: 35-41.

Lewis M (1991) *Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive textbook*. Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland.

Rutter M (1994) *Child and Adolescent Psychiatry: Modern approaches 3rd ed*. Blackwell Scientific Publication, Oxford.

Steinhausen HC, Juzi C (1996) *elective mutism: An analysis of 100 cases*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35: 606-614.

**IX. ULUSAL ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI  
VE HASTALIKLARI KONGRESİ  
ADANA**

**28-30 Nisan 1999**

İletişim Adresi:

Dr. Rasim Soner Diler Çocuk Ruh Sağlığı  
ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Balcalı 01330 ADANA.

Tel: 0.322 338 68 75 – 0.322 337 60 60 / 3246

Fax: 0.322 338 68 75

E-mail: ayseavci@pamuk.cu.edu.tr

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı  
Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Güçlendirme Vakfı

# BEBEKLİKTE BESLENME İLİŞKİSİ, SORUNLARI VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Gülşen Erden\*

## ÖZET

**Amaç:** Bu yazıda beslenme ilişkisinin ve anne çocuk etkileşiminin önemi vurgulanarak, bebeklik ve çocukluk çağında ortaya çıkan, beslenme bozukluklarının gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca beslenme bozukluklarının tedavisi ve daha da önemlisi önleme çalışmaları tartışılmıştır. **Yöntem:** Beslenme ilişkisi ve anne çocuk etkileşimi üzerinde yoğunlaşan kitap, dergi, araştırma yazıları geniş kapsamlı bir araştırma ile incelenmiştir. Gözden geçirilen yayınların 112'sinden yararlanılmıştır. Bu yayınlar seçilirken, içeriklerine, geçmişten günümüze geniş bir yelpaze çizilebilmesine ve sıklıkla adından söz edilen yayınlar olmasına özen gösterilmiştir. **Sonuçlar:** Gözden geçirilen yayınlara göre; beslenme çocuğun ve annenin özelliklerine bağlı olarak, karşılıklı gelişen bir süreçtir. Bebekler emme ve yutma yetisine doğuştan sahip oldukları gibi besinin kalori durumuna ve vücudun gereksinimine bağlı olarak kendi beslenmelerine bir yön çizerler. Beslenme ilişkisinin başlamasıyla birlikte, anne ve çocuk değişik biçimlerde birbirlerinden etkilenirler. Bazı anneler bebeği besleme konusunda rahat, çok yetenekli ve esneklerdir. Bazıları ise kaygılı, acemi ve katıdır. Benzer şekilde bazı çocuklar beslenmeye olumlu yanıt verir, uyum sağlarlar. Bazıları ise, geri çekilir ve beslenmeyi reddederler. Bebekler beslenme gereksinimlerini, ağlama ve huzursuzlanma ile belli ederken, annenin bu mesajı doğru algılayıp zamanında ve uygun yanıt vermesine bağlı olarak besini kabul ederler ya da zor beslenirler. **Tartışma:** Beslenme bozukluklarının ortaya çıkışında, beslenme ilişkisi ve anne çocuk etkileşimi kavramları önemli rol oynamaktadır. Beslenme ilişkisi ve anne çocuk etkileşimine odaklanma, beslenme bozukluklarının önlenmesine katkıda bulunacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Bebek ve çocuklarda beslenme bozukluğu, beslenme ilişkisi, önleme, tedavi.

## SUMMARY

### FEEDING RELATIONSHIP, PROBLEMS AND TREATMENT APPROACHES IN INFANCY

**Objective:** The aim of this paper is to review the feeding disorders of infancy emphasizing on feeding relationship and mother child interaction. Treatment and prevention studies are discussed as well. **Method:** Books and articles on feeding relationship and mother child interaction are reviewed by an extensive research on the subject. 112 of the reviewed articles are used for this article. The articles have been selected by considering their content, broad scope and frequent referencing. **Results:** According to reviewed material, feeding is a reciprocal process that depends on the abilities and the characteristics of both mother and child. Infants have the capability of sucking and taking semisolid foods. When feeding starts, the mother and child work on the process with more or less flexibility and skill. Some mothers are very skillful and resourceful, and some are awkward or rigid. The child also responds to his mothers' limitations with the same manner. He may react positively and adaptively or he may withdraw or scream. The process of feeding infant goes best when mothers adjust their approach to the infant's timing, preference, pacing and eating capability. **Discussion:** Feeding relationship and mother child interaction emerges as a very important concept in relation to feeding disorders of infancy. Stressing on this relationship and interaction will bear importance in prevention of feeding disorders.

**Key words:** Feeding disorders in infants and children, feeding relationship, intervention, treatment.

Normal ve sağlıklı olarak doğan bebekler emme ve yutma yetilerine sahiptirler. Vücudun gereksinimine ve besinin kalori durumuna göre kendi beslenmelerini düzenleyebilirler (Laupus 1976, Barness 1992, Fomon 1974, Rosenberg ve Battag-

lia 1991). Kendi beslenme düzenlerini sağlama da bebeklere, açlık ve doyumluk döngüleri yardımcı olur. Yani açlığa bağlı rahatsızlık hissettiklerinde, fiziksel gereksinimlerini giderebilecek sıvı ya da katı besinleri alırlar. Böylece açlığın yerini doyumluk ve rahatlık alır (Benoit 1993,

\* Psk., Ankara Üniv. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

Fox ve Stifter 1989). Anne ve babalar yaşamının ilk günlerinden başlayarak kısa sürede bebeğin ne tür rahatsızlık sinyalleri verdiğini algılar. Bu algıya göre bebeğin sinyallerine yanıt verirler. Bebek de anne-babanın yanıtları ile yaşamın ilk günlerinden başlayarak duygusal ve fiziksel duyularını ayırt etmeyi öğrenir. Böylece belli bir beslenme davranışı gösterir (Knoph 1979). Ancak beslenme yalnızca bebeğin yetilerine ve özelliklerine bağlı kalmaz. Aynı zamanda annenin ya da ona bu bakımı sürekli veren kişinin de özellikleri ve yetilerine bağlı olarak karşılıklı yaşanan bir süreçtir (Satter 1992, Lyons ve Zeanah 1993). Satter'a (1992) göre bebek beslenmeye karşı az ya da çok belirgin bir ilgi ortaya koyarken, anne de beslemeye hazır ve isteklidir, ya da değildir. Beslenme başladığında anne ve bebek birlikte, karşılıklı olarak az yada çok esneklik ve beceri ortaya koyarlar. Bazı anneler, çok becerikli ve yaratıcıdır. Aynı zamanda bebeğin kendi besin düzenini belirlemesine izin verici olabilirler. Bazı anneler ise katı ya da yetersizdirler. Bebekler annelerin beceriklilik, yaratıcılık, izin vericilik ya da sınırlılık gibi özelliklerini, benzer şekillerde ya da kendi uyum yetilerini ortaya koyarak yanıt verirler. Olumlu tepkiler ortaya koyabilecekleri gibi geri çekilme, bağırıp ağlama ya da direnç gibi olumsuz tepkiler de gösterirler (Lyons ve Zeanah 1993, Satter 1992). Anne babalar bebeklerinin yapısal ve doğuştan getirdikleri özellikleriyle birlikte vücut yapılarını (bebeğin kilosu, boyu ve benzeri özellikleri) kabul edici ve destekleyici olabilecekleri gibi bu durumdan hoşnutsuz ya da kontrol edici olabilirler (Satter 1992). Beslenme sırasında yaşanan anne-bebek etkileşimi ile bebekler kendine dönük durumdan, diğer insanlar ve çevre ile ilişkide aktif hale gelirler (Dowling 1977, Freud 1946, Stern 1995). Ayrıca beslenme, yaşamın ilk yıllarında kazanılan çok önemli bir ilişki ve etkileşim deneyimi olarak, bebeğin bilişsel ve dil yeterliliğine de etki eder (Knoph 1979). Kaliteli ve yeterli bir beslenme etkileşimi deneyimi, bebeğin gelişimini olumlu yönde etkilerken, annesine ya da kendisine annesi gibi yakın bakım veren kişilere güvenli bir bağlanma geliştirmesini sağlar (Barnard ve ark. 1989). Bu yazıda beslenme ilişkisinin önemi, bebeğin fiziksel, sosyal ve duygusal gelişimine etkisine ilişkin bilgilerle birlikte vurgulanırken, beslenme sorunları da özetlenecektir. Ayrıca beslenme sorunlarının ortaya çıkışını önleme ve tedavi yaklaşımları üzerinde de durulacaktır.

## SAĞLIKLI BESLENME

Bebekler, belli bir yiyebilme ve kendi beslenmelerini düzenleyebilme yetileri ile doğdukları gibi, yemeye ve yaşamlarını sürdürmeye isteklidirler. İçgüdüsel olarak emerler ve gıda alırlar. Aldıkları besinin miktarlarını da kendileri belirlerler (Adair 1984, Birch ve ark. 1987). Bu onların genetik zenginlikleri ile ilişkilidir (Fomon ve ark. 1975). Doğal olarak birçok besini alırlar ve iç gelişimsel süreçleri ile yönlendirilirler (Rolls 1986). Böylece emme fazından yarı katı gıdaları çiğnemeye geçerler. Ardından katı gıdaları yeme becerileri artar ve yeme stilleri değişir (Satter 1984). Ancak bu değişim için annenin bebekten gelen sinyallere uygun tepkileri geliştirmesi gerekir (Stern 1995). Bir başka deyişle uygun zamanda uygun gıdaya geçilebilmelidir. Bundan başka bebeğin olumlu yeme yetileri, kısıtlayıcı ve bebeği engelleyici bir girişim olmaksızın olumsuz yönde bir değişime uğramaz (Dahl 1987, Satter 1992). Bir çok yazar başka yollarla gelişebilse de bebeğin beslenme yetilerinin ortaya çıkabilmesi için, annenin uygun desteğine gereksinimi olduğunu vurgulamıştır (Ainsworth ve Bell 1969, Christopherson ve Hall 1978, Satter 1986b, Thomas 1975). Ayrıca yine aynı yazarlara göre, etkili beslenme anne ile bebek arasında eş uyumlu bir ilişki ister. Bu ilişkide anne ve bebek karşılıklı, birbirine dayalı bir etkileşim içindedirler (Ainsworth ve Bell 1969, Satter 1986b, Thomas 1975). Anne bebeğinin otonomisine ve yetilerine, saygılı ve izin verici davranırken, bir yandan da bebeğin yiyebileceği gıdayı, onun gelişim düzeyine uygun biçimde sunabilmelidir (Fox ve Stifter 1989, Satter 1992). Bebeğin, verilen gıdayı çiğneyebileceğine ilişkin uyarısını algılayarak, yarı katı gıdalara geçen annenin yaptığı gibi, uygun zamanlama ile uygun gıdaya geçebilme farklı bir yeme biçiminin kabulünü kolaylaştırır (Knopf 1979, Zeanah 1993). Eğer anne aşırı yönlendirici ya da yeterli desteği sağlayamayan bir davranış içinde ise, beslenme ve psikososyal gelişim bundan olumsuz etkilenir (Lébovici 1983, Satter 1992). Ayrıca kendi çabası desteklenmeyen bebeğin, normal gelişme arzusu kırılabilir ve anneye bebek arasında kısır bir çekişme başlar. Lewis ve Miller'e (1990) göre, beslenmeye ilişkin yaklaşımlarda ortaya çıkan olumlu değişimler, çocuğa herhangi bir yaşta daha önce aşılamamış bir gelişimsel basamağı tamamlama olanağını sağlar. Yeni doğan bebeği besleme işinde anne-baba, bebeğin zamanlamasına, seçimine, uyarılarına ve yeme yetisine göre, kendi yaklaşımları-

nı uydurabilirlerse beslenme iyi gider' (Ainsworth ve Bell 1969, Satter 1990). Bu tür etkileşim yeni doğanın yetilerini zenginleştirip, düzene kavuşması ve sıcak bir bağlanmanın gelişmesi için gereklidir (Bernard ve ark. 1989, Lébovici 1989). Beslenme iletişimi etkin olduğunda, başarılı bir beslenme düzeni ve sağlıklı bağlanma gelişir ve daha sonra ortaya çıkacak olan, ayrışma ve bireyselleşme için de yarar sağlar (Barnard ve ark. 1989, Soulé ve Golse 1992). Satter'a (1992) göre, iyi bir beslenme etkileşimi için aşağıdaki koşullar var olmalıdır:

- Bebek istediğinde besleyebilme,
- Bebeği beslenmeye uygun koşulda ve biçimde tutma; oturabildiğinde düz ve dik bir biçimde rahat bir koltuğa oturtma ve çocukla yüzyüze olma.
- Bebeğin kaşığı nasıl tutulduğunu görmesini sağlama,
- Bebekle ve beslenme ile ilgili olma fakat aşırı davranış ve konuşma ile bebeğin dikkatinin dağılmasına neden olmama,
- Yumuşak ve cesaretlendirici bir ses tonu ile konuşma,
- Bebeğin, besini almak için ağzını açmasını bekleme,
- Bebeğin gıdaya dokunmasına ve parmaklarıyla yemesine izin verme,
- Çocuk hazır olduğunda kendini beslemesine izin verme,
- Çocuk kendini beslerken yanında bulunup, ona engel olmadan eşlik etme,
- Çocuğun hangi hızda yiyeceğine müdahalede bulunmama,
- Çocuğun gıda tercihinə saygı gösterme,
- Çocuğun ne kadar yiyeceğine çocuğun karar vermesine olanak tanıma,
- Çocuğun değişik ve yeni gıdaya karşı gösterdiği endişeye saygı duyma,
- Tüm çocukların yeme davranışını başaracağını hatırlatma.

Beslenme, çocukla annesi arasında sorumluluğun paylaşılmasını gerektirir. Anne, çocuğa yemesi için gerekeni sağlamakla, çocuk da ne kadar yiyeceğini belirlemekten sorumludur (Satter 1987). Anneler çocuğun beslenmesi için gerekli

sütü sunarken, çocuğa ne kadarını içebileceğini ayarlaması için izin vermelidir [Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics (AAP) 1985]. Gelişimsel hazır oluşa göre, katı gıdalara geçmelidirler [Beal 1957, Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics (AAP) 1980]. Gıdayı yemeyi kabul etmemeyi çocuğun seçimine bırakmalıdırlar (Satter 1992). Anne çocuğa, uygun gıdayı ve beslenme ortamını sağlarken ve öğünler sırasında olumsuz davranışlara engel olurken, aynı zamanda nasıl ve ne kadar yiyeceği konusunda izin verici olmalıdır. Böyle bir ortam ve sınır koyma her çocuğun gıdayı kabulü ve beslenmeye ilişkin sosyal davranışları öğrenmesi için gereklidir. Çünkü bebeklik döneminde kazanılan beslenme alışkanlığı çocukluk çağında da sürdürülür (Satter 1987). Düzenli bir beslenme alışkanlığı kazanabilmesi için, çocuklar beslenme öğünlerinde düzenli ve güven geliştirici sunuşlarla desteklenmelidirler. Sadece beslenme konusunda değil, diğer ilişkilerinde de; çocukları, yetişkinlerin belli bir düzen kuramaması ve sınır koyamaması şaşırtır, davranışlarını olumsuz yönde etkiler ve korkutabilir (Barness 1992, Satter 1992).

#### BESLENME SORUNLARI

Beslenme, büyüme ve gıda kabulü sorunlarının temelinde aşağıdaki nedenler rol oynarlar:

- Çocuğun tıbbi ya da fiziksel durumu,
- Uygun olmayan gıda seçimi,
- Beslenme ilişkisinde uygun olmayan dinamikler,

Yukarıda belirtilen ilk iki neden, dünyanın her yerinde iyi tedavi edilebilen durumlardır (Behrman ve ark. 1987). Beslenme dinamiklerindeki karışıklık, beslenmeye ilişkin sorunlar yaşanmasına ve hatta organik beslenme bozukluklarına yol açmasına rağmen, beslenme bozukluklarına ilişkin yapılan araştırmalarda beslenme dinamikleri üzerinde yeterince durulmadığı görülmektedir (Fox ve Stifter 1989, Satter 1992). Yapılan bir çalışmada 1120 çocuktan %40-50'sinin organik bir nedene dayanmayan beslenme sorunları gösterdikleri saptanmıştır (Accardo 1982). Bir başka çalışmada ise, 2067 çocuğa laboratuvar testleri yapılmış ve bu çocuklardan sadece %1.4'ünde test sonuçları tanusal anlamlılık göstermiştir (Sills 1980). Bu sonuçlara göre, araştırmacılar, eğer iyi bir beslenme ilişkisi öyküsü alı-

nabilmiş olsa idi bu kadar çok laboratuvar testine gerek olmayacağını vurgulamışlardır. Satter'a (1992) göre, sorunlu beslenme ilişkisi çocuk anne etkileşimini olumsuz etkiler. Ayrıca beslenme sorunlarının çocuk anne ilişkisini etkileyen başka alanlarda da olumsuz yaşantılara neden olduğu bilinmektedir. Beslenmeye ilişkin sorunlar, çocuğun zamanında doğup doğmadığına, normal gelişme gösterip göstermediğine, organik ya da çevresel nedenlere dayalı olarak çeşitli şekillerde sınıflandırılır (Benoit 1993). Beslenme sorunları uzadığında çocuklar kötü bir gelişim, ya da büyüüp gelişememe riski ile karşı karşıyadırlar. Beslenme sorunları; obesite, kolik, yoğun beslenme çatışmaları ve huzursuzluk, aşırı seçicilik, yiyememe, olgun yeme davranışına geçememe ve psikosomatik yakınmalarla (kusma, ishal ve ruminasyon gibi) ifade edilir. Dahl ve Kristianson'un (1987) bir çalışmasında, erken dönem beslenme sorunları yaşamış çocuklarda, sık hastalanma ve ilişki sorunları gözlemlendiği bildirilmektedir. Beslenmeye ilişkin güçlükler, çocuğun yeme yetisini olumsuz etkiler ve çocuğun birçok gıdayı alabilmesine, kilo-boy ölçümlerinin normal seyir izlemesine ve uygun büyüme sınırlarının korunmasına engel olur (Satter 1992). Bir başka anlatımla, çocuk yemek seçen, zayıf ya da şişman ve gelişim çizgisi normalin altında ya da alt sınırlarında giden bir çocuk olur.

Bebekler, doğal olarak kendilerine ilk kez sunulan bir yiyeceği yemeye korkarlar. Ancak aynı yiyecekle birçok defa karşılaşılırsa ve her defasında ortam olumlu ise yiyeceği kabulleri kolaylaşır (Birch ve Marlin 1982, Gessel ve Ilg 1937). Baskı, ödüllendirme ya da pazarlıkla gıda tercihlerini değiştirmek, yeni gıdalara geçmek zordur. Baskı, pazarlık ya da ödüllendirme beslenme ilişkisinin bozulmasına ve beslenme sorunlarına yol açar (Birch ve ark. 1984, Handen ve ark. 1986). Sözü geçen bu davranışlar yerine çocuğa anlaşıldığına ilişkin mesajlar verilerek sosyal destekle birlikte izin verici bir tutum izlense çocuğun yeni gıdayı kabulü kolaylaşır (Birch ve ark. 1980). Pelhat ve Pliner'in (1986) bir çalışmasında beslenme sorunları gösteren 2 ile 7 yaş arasındaki bir grup çocuğun yeni ve alışmadığı gıdaları, yemeleri için zorlandıkları ya da yerlerse ödül alacakları söylenerek kandırıldıkları ve yemezlerse cezalandırıldıkları saptanmıştır. Ayrıca bu çocukların yeni gıdalara karşı koşullandırılmış bir tiksinti duydukları gözlemlenmiştir.

Anne-babalar, bebeklerini huzurlu ve bilinçli beslediklerinde, bebekler daha sağlıklı ve düzenli beslenme alışkanlıkları geliştirmekte ve daha kolay yemektelerdir (Lébovici 1993). Öte yanda, anne-babaları beslenme aktivitesini aşırı yönlendiren ya da aşırı etken davranan bebekler beslenme sorunları göstermektedir (Ainsworth ve Bell 1969, Brody 1956, Crow ve ark. 1980, Pallit ve Wirtz 1981). Whitten ve arkadaşları (1969) yavaş büyüyen bir grup çocuğun ailesiyle yaptıkları çalışmada, bu ailelerin çocuklarını, doyup doymadıklarını kontrol etmeksizin beslediklerini veya beslenmeye son verdiklerini bildirmişlerdir. Ayrıca anne babalar, çocuklarını keyfi ve inatçı-otoriter bir yaklaşımla beslediklerinde çocukların çok zayıf ya da şişman olduklarının gözlemlendiği bildirilmiştir (Ainsworth ve Bell 1969, Klesges ve ark. 1986).

Son yıllarda beslenmeyi, dinamikleri açısından inceleyebilmek ya da daha ayrıntılı bir beslenme öyküsü elde edebilmek için araştırmacılar çeşitli ölçekler geliştirmişlerdir. Beslenme bozukluklarına ilişkin çalışmalarda bu ölçekler kullanılmaktadır. Bu ölçekler, yeni doğanın beslenme etkileşimini değerlendiren "Price's AMIS" Ölçeği (Price 1983) "Chatoor's Observational Scale for Mother Infant Interaction" (Chatoor ve ark. 1989) ve 3 yaş altı beslenme öyküsünü değerlendiren "Bernard's Nursing" ölçeğidir (Bernard 1979). Bu ölçekler genelde beslenmeyle ilgili tutumları, bebeğin ve annenin özelliklerini beslenme ortamını, beslenme işlemini ve etkileşimini incelemektedirler.

## BESLENME BOZUKLUKLARI

Bebeklik döneminde geçici beslenme güçlükleri sıklıkla yaşansa da beslenme bozuklukları grubu içinde yer almazlar. Beslenme bozukluğu grubunda yer alan güçlükler daha çok çocuğun fiziksel, duygusal ve ruhsal gelişimini etkileyen, aile ilişkilerini zorlayan, 6 aydan fazla süren ve yaşamı tehdit eder nitelikler taşıyanlardır (Benoit 1993, Linscheid 1985).

Beslenme bozukluklarının sıklığı %6 ile %35 arasında gözlenir. Özellikle gelişimsel bozukluğu olan çocuklar arasında daha yaygındır (Jenkins ve ark. 1980, Richman 1981). Beslenme bozukluklarında genel olarak cinsiyet farklılığı gözlenmemektedir (Zeanah 1993). Premature bebeklerde ve doğal yollarla beslenememiş bebeklerde risk fazladır (Gerstma ve ark. 1985). Beslenme



bozuklukları için henüz uygun ve yaygın kullanılan bir sınıflandırma geliştirilememiştir. Bu nedenle de yayınlarda tanı grupları ve kriterleri arasında bir tutarsızlık gözlenmektedir (Dahl ve Sundelin 1986). Aşağıda belirtilen beslenme bozuklukları DSM III-R (APA 1987) ve ICD 9 (WHO 1978), DSM IV (APA 1995) ve ICD 10 (WHO 1992) sınıflandırmalarına ilişkin olarak aktarılmıştır. Ancak bu sistemlerde yer almayan fakat kliniklerde görülen diğer beslenme bozukluklarına da yer verilmiştir.

### RUMİNASYON BOZUKLUKLARI

Ruminasyon bozukluğunda, besin yutulduktan ve kısmen sindirildikten sonra, tikslenme ya da bulantı gibi bir neden olmaksızın ağza geri getirilir (APA 1995). Sıklıkla çocuk yalnızken ortaya çıkar, çocukta boş bakışlar, hareketsizlik yanı sıra bir rahatlama ve haz alma gözlenir (Benoit 1993). Çocuğun yuttuğu besini, parmağını ya da bir bez parçasını ağzına sokarak, besinin ağza geri gelmesine kendisinin neden olduğu ileri sürülmektedir (Mayes ve ark. 1988). Kötü beslenme (malnutrisyon), gelişim gecikmesi, susuz kalma, gastrik bozukluk sık görülen ek belirtilerdir. Başlangıç yaşı 3-12 aydır. Genellikle normal seyreden bir beslenme sürecinin ardından ortaya çıkar. Nadir görülen bu bozukluğun görülme sıklığı giderek azalmaktadır (Sauvage ve ark. 1985). Erkeklerde kızlara oranla 5 kat fazla gözlenir. Mayes ve arkadaşları'na (1988) göre, 1 tip ruminasyon bozukluklarında neden psikojeniktir. Sorun anne çocuk ilişkisindeki olumsuzluklara bağlıdır. Red ve ayrılık öykülerine sık rastlanır. Anne-babada psikiyatrik ve duygusal bozuklukların varlığından söz edilir (Flanagan 1977). Çocukta gelişim gecikmesi ve hiperaktiviteye neden olacağından söz edilse de genellikle normal gelişim izlenir (Sauvage ve ark. 1985). 2. tip ruminasyon bozuklukları kendini uyarmaya ilişkindir ve zeka gerilikleri ile birlikte gözlenir. Bebeklikten yetişkinliğe uzanır. Çocuk halsiz (letarjik) ve pasiftir. Hastalığın gidişi iyi değildir (Mayes ve ark. 1988). Vakaların %25'i ölümle sonuçlanır (Benoit 1993).

Ruminasyon bozuklukları için ayırıcı tanıda, ilaçlara bağlı ortaya çıkan bulantı, konjenital anomali (pilor stenozu gibi), serebral palsi ve kas tonusunu etkileyen diğer nörolojik hastalıklar taranmalıdır (APA 1987, Benoit 1993). Tıbbi tedavide antispazmotik ve sedatif ilaçlar kullanılır.

Davranışçı yönelimli psikoterapi de (caydırıcı ve ödüllendirici) etkin bir tedavi yöntemi olarak uygulanmaktadır. Morris'da (1989) duyarsızlaştırma tekniğinin de tedavide başarılı olduğunu bildirmiştir.

### PİKA

DSM III-R ve IV'le ICD 9 ve 10'a göre, pika çocukların besin özelliği taşımayan ve yenilebilir olmayan maddeleri ısrarlı olarak yeme davranışı göstermeleri ile ortaya çıkan bir beslenme bozukluğudur (APA 1995, WHO 1978, WHO 1992). Çocuklar gelişim dönemlerine özgü olarak bir çok maddeyi ağızlarına götürürler. Fakat pika'da besin olmayan maddeler yenilmekte ve bu davranış çocuğun gelişim dönemine de uymamaktadır. Pika tanısı konulabilmesi için, besin özelliği taşımayan maddelerin 1 aydan fazla yeniyor olması ve çocukta zeka geriliği, başka bir ruhsal hastalık (otizm, şizofreni gibi) ya da Kleine - Levine sendromu gibi bir tıbbi bozukluk olmaması ve bu davranışın kültürel özelliklerden etkilenmiş olmaması gerekir (Accardo ve ark. 1988). Pika'nın çeşitli türleri vardır. En yaygın görüleni, kil, kum ve toprak yeme davranışıdır (geophagia). Kaya, taş yeme, (litophagia), dışkı yeme (coprophagia), buz yeme (pagophagia), saç yeme (trichophagia) ve kağıt, bez, boya, böcek, metal, kibrit yeme davranışları da gözlenen diğer pika türleridir (Danford 1982). Pika'nın görülme yaşı 12-24 aydır ancak daha büyük yaşlarda da özellikle dışkı, kum, böcek, yaprak veya taş yeme şeklinde görülebilir (APA 1995). 1950'li yıllarda %22 olan görülme sıklığı günümüze değin azalan bir grafik izlemiştir (Solyom ve ark. 1991). Özellikle son yıllarda görülme sıklığı, bir yandan eğitimin artması ve beslenme biçiminin değişimi bir yandan da tıbbi kontroller ve laboratuvar tetkiklerinin ilerlemesi ile oldukça azalmıştır. Genellikle okul öncesi dönemde sonlanır. Pika'lı çocukların kardeşlerinin de bu durumdan etkilendiği ileri sürülür (Kaplan ve Sadock 1985). Etiyolojisinde, farmakolojik ve psikolojik nedenlerle birlikte beslenme ve kültüre ilişkin özelliklerden bahsedilir (Feldman 1986). Bazı kültürlerde çocuk özellikle kum ve kil ile beslenmektedir. Demir, kalsiyum ve çinko eksiklikleri ile pika ilişkisinden bahsedilse de, aralarında nedensel ilişki olduğuna dair saptamalar yetersiz bulunmaktadır. Pika ile psikososyal faktörlerin ilişkisinden de söz edilir. Anne-baba patalojisi, geniş ailede bulunma, fakirlik ve çocuğa kötü

bakım verme gibi psikososyal faktörler pika nedenleri arasında gösterilir (Solyom ve ark. 1991). Pika etiyojisinde sözü geçen varsayımların hiçbiri tek başına kabul görmemekte ve çoklu nedenlerden bahsedilmektedir. Pika, kurşun zehirlenmesi, bağırsak delinmesi, enfeksiyonlar, ya da ölüme neden olabilir (Lacey 1990). Ayrıca pika ile ergenlik döneminde görülen bulimia nervosa arasında bir ilişki olabileceği bildirilmiştir (Marchi ve Cohen 1990). Tedavide öncelikle, tıbbi ve cerrahi girişimlerle Pika'nın neden olduğu komplikasyonların giderilmesi gerekir. Ardından iyi seçilmiş bir davranış tedavisi ya da aile tedavisi uygulanmalıdır. Ayrıca fiziksel kısıtlamalar ve çevresel koşulların yeniden düzenlenmesine de gereksinim vardır (Benoit 1993).

### POSTTRAVMATİK YEME BOZUKLUĞU

Chaator ve Egan'ın (1987) ilk kez tanımladıkları posttravmatik yeme bozukluğu, henüz sınıflandırma sistemlerinde yer almamaktadır. Yaygın gıda reddi sendromu olarak da bilinir. Ağız hedef alan, bir travma ardından ya da tıbbi bir girişim sonrasında ortaya çıkar. Chaator ve arkadaşları'nda (1987) posttravmatik yeme bozukluğu görülme sıklığının giderek arttığını bildirmişlerdir. Bu artışta yoğun tıbbi girişimlerle bir çok bebeğin yaşatılabilir hale gelmesinin rolü büyüktür. Büyük çocuklarda, yeme bozukluğuna, yemekle ilgili yoğun kaygı, boğulma ve tıkanma korkusu, boğulma ve ölüme ilişkin kabuslar ve panik duyguları eşlik etmektedir. Ayrıca bebeklerde de yemek zamanı, kaygı ve panik reaksiyonları gözlenmiştir (Benoit, 1993). Çocukta hastalığa yatkınlık olması, geçmişte yaşanmış sorunlar, ailede benzer tepkilerin varlığı posttravmatik yeme bozukluğunun ciddiyetini ve seyrini etkiler (Chaator ve ark. 1987). Tedavide, beslenmeye ilişkin yeni bir düzenleme ile davranışı değiştirmeye yönelik yaklaşımlar etkilidir. Yemeye ilişkin korkularda da duyarsızlaştırma tekniği işe yaramaktadır (Linscheid 1986). Ayrıca, oyun tedavisi ve aile tedavisi de etkinliği olan tedavi yaklaşımlarıdır. Çocuğun beslenme gereksinimleri, kaygısı, ayrışma ve bireyselleşmeye ilişkin gelişimsel çatışmaları ve bozulmuş aile işlevlerinin tedavide ele alınmasının gerekli olduğu vurgulanmaktadır (Benoit 1990).

### DİĞER BESLENME BOZUKLUKLARI

*Aşırı beslenme:* Bebeği gerekenden çok ve bebeğin isteği dışında zorla yedirme şeklinde gözlenir.

Nadir de olsa kliniklere, çocuk çok kustuğu ya da anne çocuk ilişkisi bozulduğu için başvurulur. Anne-bebek ilişkisinde sapmaya bağlanır. Anne çocuğun her ağlamasını açığa yorar. Her seferinde besler ve zorla yedirir. Tedavisi üzerinde henüz çalışmalar sonuçlanmamıştır.

*Bebek Anoreksiye Nervozası:* Gelişimsel ayrışma ve bireyselleşmeye ilişkin bir bozukluk olduğu düşünülür (Chaator 1989). Yiyecek reddi, aşırı seçicilik gözlenir. 6 ayla 2 yaş arasında ortaya çıkar. Bebeğin isteklerine annenin tutarsız ve uygun olmayan yanıtının bebekteki ayırt ediciliği ketlediği, ilişkilerinde ikili çatışmaların gözlemlendiği, karşılıklılığın az olduğu, duygusal yoksunluk yaşandığı ve negatif duygulanım gözlenmesinin yoğun olduğu bildirilir (Chaator ve Egan 1987).

*Seçici gıda reddi:* Bebek belirgin şekilde ve sürekli olarak bazı besinleri almaya reddeder. Sık rastlanan bir durumdur. Anoreksiya nervosa gelişimi için bir risk oluşturur (Marchi ve Cohen 1990). Davranışçı yöntemler tedavide başarılı bulunmaktadır.

*Kolik:* Tam bir beslenme bozukluğu sayılamasa da açlık ve beslenme ile yakın ilişkilidir. Doğumu izleyen ilk haftalardan itibaren bebek sıklıkla ve ısrarla ağlar. Bağırsak kramplarından acı çeker gibidir. Bacaklarını karnına doğru çeker, sürekli ağlar. Anne bebeğin aç olduğunu düşünerek onu yeniden beslemeye çalışır. Hastanede yatan bebeklerde göreceli olarak daha az görülüyor olması, sorunun psikolojik olduğunu düşündürür. Anne bebek ilişkisindeki gerginlik, belirsizlik ve ikircikli duyguların etken olabileceği düşünülmektedir (Benoit 1993). Aşırı besleme, uygunsuz besleme yöntemleri de bebekte benzer yakınmaları açığa çıkarır. Anne ve bebek bir kısır döngü içine girer ve anne gerginleştikçe bebek ağlar. Bebek ağladıkça anne daha çok gerilir. Tedavide anne bebek ilişkisi üzerinde durulur ve anne-baba bu konuda bilgilendirilir. Taubman (1984) bir çalışmasında, anne babayı bebeklerin uyarılarına daha duyarlı hale getirerek kolik tedavisinde başarılı olduğunu bildirmiştir.

*Obesite:* Bebeğin aşırı kilolu olması yani beklenen normal kilo değerlerinin %20 üstüne çıkmasıdır. Beslenme ile obesitenin ilişkili olduğu ileri sürüldüğü için bir çok kaynakta yeme sorunu olarak ele alınmaktadır (Knoph 1979). Genetik yapı ile de ilişki kurulmasına rağmen çocuğun, daha çok kalori almasına bağlı olduğu bilinmektedir. Obesitenin psikolojik faktörlerle de yakın ilişkisi ol-

duğu ileri sürülmektedir. Gergin çocuk anne ilişkisi, annenin bebeğin beslenmesine ilişkin kaygıları ya da annenin bebekten gelen sinyalleri hep açlık yönünde değerlendirerek sık beslemesi, çocuğuna ilişkin bozuk beden algısı beslenme düzeninin bozulmasına ve çocuğun çok yemesine neden olabilir. Açlığını ve doygunluğunu anlayamayan bir çocuk aşırı derecede yemeye yönelebilir. Bu çocuklarda duygusal bozukluklar da görülür. Etiyolojisinde tıbbi hastalıklardan da söz edilmektedir. Tedavisi güçtür. Anne babanın sıkı bir diyete gönüllü ve istekli olması şarttır. Çocuğu uygun beslenme düzenine çekebilmek, hareketlendirebilmek ve egzersiz yaptırabilmek için çocuğun ve ailenin işbirliği gerekmektedir (Knoph 1979, Mellin 1982).

*Bebeklerde ve Küçüklerde Beslenme Bozukluğu:* Belirgin olarak kilo almama, en az bir aydır kilo kaybı ve yetersiz beslenme ile belirlenen bir bozukluktur. Zihinsel gerilik ya da tıbbi bir bozuklukla bir ilişkisi bulunmaz. Bebekler ve çocuklar sıklıkla huzursuz, ilgisiz, içe kapanık ve zorlayıcıdır. Bebeklikte başlayan beslenme bozukluğuna kilo alamama ve kilo kaybının ardından ilerleyen durumlarda gelişim geriliği eşlik eder. 2-3 yaşta başlayan beslenme bozukluğunda ise büyüme ve gelişmede daha az gerileme görülür (APA 1995).

### BESLENME BOZUKLUKLARINI ÖNLEME

Beslenme sorunu ile karşılaşıldığında, her zaman kolaylıkla yordanabilen bir dinamikle karşılaşılmaz. Bazen bu dinamikleri anlamak zordur ve öyküleri hemen ortaya çıkarılamaz. Bu nedenle beslenmeye ilişkin iyi alınmış bir öykü ile birlikte ailenin yakın geçmişine ait bilgilere de gereksinim olabilir (Satter 1992). Örneğin, aşırı yiyen bir bebeğin öyküsünde, bebeğin yemeğine son derece dikkat eden ve onu kısıtlamaya çalışan bir anne babanın, büyük anneleri kalp hastalığı nedeniyle kaybetmiş oldukları öğrenilmiştir. Bu nedenle de, bebeğin beslenmesine gösterdikleri aşırı kaygı ve titizliğin nedeninin bu kayıp olduğu düşünülmüştür (Satter 1992). Bir başka ifade ile ailenin kayıp karşısında duyduğu yas ve kaygı tepkisi bebeğin beslenme düzenini bozmuştur. Bebeğin ve ailenin özellikleri ve kendi çevreleri içindeki yaşam öyküleri beslenme ilişkilerini belirler. Aile içindeki olumsuz etkileşimler ve duygusal uyumsuzluklar beslenme ilişkisini de olumsuz yönde etkiler (Satter 1987).

Beslenme ilişkisi olumsuz bir biçimde başlamışsa, yaşanan gelişim basamakları da bundan olumsuz etkilenecektir. Çocuk ve aile duygu davranış ve çözülmemiş gelişimsel sorunlara ilişkin etkileşimlerine bu olumsuzluğu taşıyacaklardır (Satter 1992). Bu sıkıntıları çözebilmek için bazı anneler aşırı örtücü davranışlar gösterirken bazı annelerde bu doyum vermeyen ilişkiden kaçınma davranışı gösterirler (Zeanah 1993). Aileler beslenme ve çocuk gelişimi hakkında yeterince bilgili değilseler, beslenme ilişkisinde etkin olamayacak kadar hasta ve kısıtlı iseler ya da psikolojik işlevlerinde bozukluk varsa bebeklerine ve ondan gelen sinyallere karşı duyarsız olurlar ve bebeğin beslenme ve gelişme yetilerini destekleyemezler. İlişkilerinde yetersiz ya da aşırı yönlendirici oldukları için de beslenme ilişkisini olumsuz yönde etkilerler (Lourie 1995, Mullen ve ark. 1988, Satter 1992). Buna bir de çocuğun sorunu abartması ya da aileyi aşırı yönlendirmeye çalışması eklenirse etkileşim daha da bozulur. Çocuğun işlevsel kısıtlılığı varsa, zorlayıcı huyu ve fiziksel özellikleri, dengesiz ve olgunlaşmamış sinir sistemi, kısıtlı iletişim becerileri olduğunda sıkıntılar çoğalır (Minde 1984, Satter 1992). Üstelik, ekonomik sorunlar, ailenin iş, sosyal çevre ve arkadaş ilişkilerinde duygusal ve durumsal destek kaybı, ailede kriz, arkadaş, eş dost ve aile büyüklerinden gelen uygunsuz beslenme önerileri gibi çevresel nedenler de, beslenme sorununa olumsuz katkılarda bulunabilir ya da tek başına beslenme sorununa yol açabilir (Knoph 1979, Woolston 1983).

Beslenme sorunlarını tanımlama ve üstesinden gelme de Satter'a (1990) göre, önlemeye ilişkin bir halk sağlığı modeli etkili olmaktadır. Bu modelde 3 aşamalı bir yaklaşım söz konusudur. Girişimler, a) sorunu olumlu beslenme ilişkileri kurarak önleme, b) erken saptama ve üstesinden gelme, c) ortaya çıkmış sorunu tedavi şeklinde gerçekleşmelidir.

### İLK GİRİŞİM

*Normal gelişen çocuklar için:* İlk aşamada gebelik döneminde, beslenme ve ana-baba olma konusunda, düzenli bir destek ve bilgilendirme ile beslenme sorununun önlenmesi mümkündür. Anne-baba çocukları ile beslenme konusunda karşılıklı ve yakın bir ilişkiyi nasıl kurabileceklerini öğrenmek isterler. Ayrıca çocuğun yemeye ilişkin yetilerinin, sinyallerinin ve normal büyü-

me sürecinin nasıl farkında olabilecekleri konusunda da bilgilendirilmelidirler. Çocuklar doğdukları andan itibaren pasif alıcılar olmadıklarını ortaya koyarlar. Tatlıyı tanıdıkları, ekşi, tuzlu ve acı duyumlarında kısa sürede geliştiği ve tercihleri olduğu saptanmıştır (Bradley 1972, Crook 1978, Davis 1928, Desor ve ark. 1977, Gafel ve Henderson 1972, Kajura ve ark. 1992, Mennalla ve Beuchamp 1993, Tatzet ve ark. 1985). Anne-babalar bebeklerinin yetileri, tercihleri olabileceği, doyumluk hisleri, gereksinimleri ile isteklilik gösterme ön koşullarını algılayabilir ve çocuklarına nasıl, ne kadar ve niçin izin vereceklerini keşfedersen beklenen yönde, olumlu bir beslenme ilişkisine yönelirler (Satter 1987, Stern 1995). Ayrıca, Lifshitz ve Moses'in (1989) bir çalışması, büyüme, sağlık ve çocuğun kilosuna ilişkin kaygıları ve endişeleri olan anne-babalarla yapılmış, bilgilendirme, anne-babalığa hazırlama ve onların bu duygularını anlamaya ilişkin görüşmelerin (ilk girişimin) yararlarını göstermektedir.

*Organik güçlüğü olan çocuklar için:* Kistik Fibrozis, konjenital kalp hastalığı, serebral palsi, ya da yoğun bakım ünitelerindeki yüksek risk taşıyan çocuklar için; iyi bir değerlendirme, planlama ve yeterli bir üstesinden gelme stratejisi ile ağızdan beslenme güçlüğü'nün gözleendiği andan itibaren ilk girişim başlar. Tam ya da kısmi bir gıda desteği nazogastrik ya da orogastrik sonda ile besleme çocuklar besinleri sindirebilecek duruma geldiklerinde sağlanır (Satter 1992). Yemek zamanında, çocuk tüple ya da kısmen ağızdan besleniyor olsa da anne ya da yakın bakım veren kişi çocuğun yanında olur, onunla ilişki kurar. Tüple besleniyorken çocuğa ağız çevresinde uyarıcı vermeye çalışır. Bu yaklaşım beslenme etkileşiminin bilişsel ve duygusal uyarıcılarını da sağlayarak çocuğun, beslenme yetisini korumaya yöneliktir (Minde 1993). Çocuğun açlık ve doyumluk zamanı ile çocukla ilişki kuran ve iletişime giren birinin varlığı ve çocuğun ağız çevresinin uyarılması çakışırca tüple beslenme, olumlu beslenme ilişkisine geçişi engellemez. Açlığın giderilmesi ve doyumluğun tadılması, mutluluk ve rahatlama ile birlikte yaşanılır (Fox 1990). Bu önleme yaklaşımı ile birçok kronik hastalıktan yakanan ya da risk altındaki çocuklar ve aileleri için olumlu gelişmeler sağlanır.

Tıbbi nedenlerle bir çok çocuk, acıktıklarını ve doydıklarını hissedemeden parenteral beslenirler. Sonuç olarak da yeme isteği duyamazlar

(Barnes 1992, Perske ve ark. 1986). Normal yoldan beslenmeye geçildiğinde açlık ve doyumluk duyumlarını hatırlamada zorlanırlar. Çocukların açlıkla birlikte rahatsızlık, doyumlukla birlikte, mutluluk ve rahatlama hissedebilmeyi öğrenmeleri gerekir. Ağız hareketlerine ilişkin tedaviyi, yani ağız çevresini uyarmayı erken başlatmak önemlidir. Parenteral beslenme sırasında çocuğun ağız çevresi uyarılmalıdır (Blackman ve Nelson 1987). Çünkü bu sayede çocuk beslenme sırasında, ağızda ve midesinde olan duyumlara ait ilişkiyi kurabilecektir. Çocuk emme ya da yutma yetisine kavuşur kavuşmaz da ağızdan beslenmeye geçilmelidir (Blackman ve Nelson 1987, Morris ve Klein 1987). Beslenmede ki kritik zamanlar normal yeme becerisinin kazanılmasında önemlidir. Bunun da ötesinde, ağızdan beslenme çocuğun normal duygusal ve sosyal gelişiminin merkezidir (Dowling 1977, Freud 1946). Dowling (1977) erken dönemde emme deneyiminden yoksun kalmış çocuklarda, ileriki yaşlarda, isteksizlik, güdülenme kaybı, amaç edinememe ve zevk alamama gibi psikolojik bozukluklar gözlediği bildirmiştir. Bu görüş, günümüzde de destek bulmaktadır.

## İKİNCİ TIP GİRİŞİM

İkinci tip girişim için beslenme güçlüklerinin erken tanınması gereklidir. Büyüme dikkatle ve düzenli olarak izlenmeli, eğer normal gelişimden sapmalar olursa beslenme dinamikleri incelenmelidir (Satter 1992). Eğer anne-babalar, beslenme sürecini sıkıntı verici ve hoşnutsuz algılıyorlarsa, girişim için ortam oluşmuş demektir (Satter 1987, Wright 1983). Beslenme sorunları, ikinci tip girişimde kabul edici ve sorumluluk alıcı ana-baba olma bağlamında ele alınır. Bu sorunlar, çocuk doktorunun ofisinde, sistematik bir araştırma, sorun çözücü ve açılıyıcı bir yaklaşım gerektirir. Daha detaylı bir bilgilendirme ve sorun çözme yaklaşımı için, gerekli uzman yardımı alınmalıdır. Çok yiyen ve çok kilo alan bir çocuk aileyi tedirgin ederek, çocuğun yeme davranışını kontrol etmeye ve baskı yapmaya zorlar. Bu kontrol ve baskılar, gereksiz ve karşıt davranış geliştiricidir. Çocuklar bu denetim ve baskıların sonucunda durdurulamaz biçimde yerler. Oysa, şişman çocukların çok yemeleri ya da zayıf çocukların az yemeleri için fizyolojik bir neden yoktur (Rose ve Mayer 1968, Shapiro 1988, Weill 1977).

Çocuğa özgü, özel koşullar nedeniyle de ikinci tip girişim gerekebilir. Bu koşullar çocuğun beklenen doğum tarihinden en az iki hafta erken ve düşük kilo ile doğmasına (premature) bağlı organik nedenlerden kaynaklanabilir. Premature bebekler kendi beslenmeleri için daha az sorumluluk alabilirler. Ayrıca zamanında ve normal doğum kilosu ile doğan bebeklerden daha az organize olabilirler (Magyary 1984) ve beslenme sorunu çıkarmaya yönelimli olabilirler (Minde 1984). Yapılan çalışmalara göre, bu çocukların anne-babalarının normal ve zamanında doğmuş bebeklerin anne-babalarına göre daha aktif ve bebekleri ile senkronize olmadıkları saptanmıştır. Bebekleriyle senkronize davranamayan anne babaların, beslenme açısından bebeklerini risk altında gibi algıladıkları için daha zorlayıcı ve yönlendirici beslenme taktikleri uygulamaktadırlar (Crow ve ark. 1980, Field 1977). Ancak uygun gıda ve beslenme yöntemi seçiminde genellikle zorluk çekmekte ya da bebeklerin gereksinimlerine uygun yöntemi kendiliklerinden bulamamaktadırlar ve böylece ikinci tip girişime ilişkin yardım almaları gerekmektedir (Ernest ve ark. 1983).

### ÜÇÜNCÜ TIP GİRİŞİM

Uzun süreli ve yerleşmiş beslenme sorunlarına üçüncü tip girişim gerekir. Bu tip beslenme sorunları tedaviye dirençlidir. Bir uçta aşırı gerginlik ve katılık ya da diğer uçta belirgin uzaklaşma ilgi kaybı, yapı ve destek kaybı gibi özellikler gösterir. Beslenme bağlamında gözlenen güçlükler diğer aile etkileşim alanlarına da yansır. Bozuk aile dinamikleri gündemdedir. Artık bu aşamadaki beslenme sorunları, çocukluk yeme bozuklukları olarak adlandırılır (Satter 1986a). Minuchin ve Baker (1975) çocukluk psikosomatik hastalıklarına, Fosson ve Wilson'da (1987) bu hastalıklarda, bozuk aile ilişkilerinin çocukta geliştirdiği organik bir nedene dayalı olmayan yaşamdan vazgeçme (ölüm) duygusuna dikkati çekmektedirler. Başlangıçta birçok aile çocuğun hastalığına işlevsel olmayan tepkiler verir. Zamanla, ailelerin çoğu krizin üstesinden gelmeye ve yeniden organize olmaya çalışır, hastalıkla baş ederler. Bazıları, çocuğu ve hastalığı üretken olmayan bir biçimde yeniden organize etmeye çalışırlar ve başedemezler.

Çocukluk yeme bozukluğu ile karşılaşılana ailenin, olumlu bir değişime için, optimal işlev düze-

yine getirilmesi önemlidir. Bunu yapabilmek için aileye, sosyal servislerin ve çocuk ruh sağlığı bölümlerinin yardımı gerekir. Ailenin, sosyal ve ekonomik olayların üstesinde gelebilmesi, depresyonla ve çıkabilecek diğer sorunlarla baş edebilmesi için, uzman yardımı gerekir (Satter 1990). Aksi takdirde, beslenme ilişkisindeki soruna yönelik, başarılı girişimler için gereken, anne babalığı öğrenme, beslenme eğitimi ve sorun çözme becerilerinin kazanılması bu aşamada yetersiz kalır.

### SONUÇ

Yeme davranışı zaman içinde ve eğitimle yavaş öğrenilen kompleks bir davranıştır. Beslenme ilişkisi ve yeme bozukluklarının tedavisi de yavaş gelişen bir süreçtir. Tedavinin sonucu çocuğun yetisi ve kişilik özellikleri (temperament) ile belirlenir. Gerektiğinde, hayati önem taşıyan durumlarda, tüm beslenme destekleri (sondayla beslenme dahil) zaman kazanmak, anne, baba, çocuk ve terapist üzerindeki baskıyı kaldırmak için kullanılabilir.

Normal gelişen bir çocuk, eğer beslenme ortamı olumlu ve besin çocuğa uygunsa besinin miktarı az ve sınırlı olsa da yiyecek ve büyüyecektir (Morris 1989).

Beslenme sırasında çocuğu yedirmeye odaklanılmamalıdır. Böyle bir odaklaşma hem beslenen kişiye hem de çocuğa baskı oluşturacaktır. Sıklıkla da hoş olmayan beslenme taktikleri ile sonuçlanacak ve çocuğun girişkenliği ve öz güvenini ketyeyecektir. Beslenmeye ilişkin baskılar, çocuğun yeme özgürlüğünü kısıtlar ve uzun vadede olumsuz yeme tutum ve davranışları gelişmesine neden olabilir (Stroh ve ark. 1986). Oysaki çocuğun yeme becerilerinin geliştirilmesi ve olumlu yeme davranışlarının pekiştirilebilmesi için beslenme ilişkisi üzerinde odaklanılması gerekmektedir. Beslenme bozukluklarını önlemeye ilişkin önleme modelleri, düzenli ve uygun bir beslenme ilişkisi kurabilmeyi hedefler. Çocuğun nöromusküler gelişimine içinde bulunduğu gelişim basamağına ve beslenme gereksinimine uygun beslenme ve olumlu beslenme ilişkisi için, anne bebekten gelen uyarılara duyarlı olmalı, bebek aşırı uyarılmadan -çok ağılatılmadan- önce uygun olarak beslenmeye geçilmelidir. Beslenme sırasında bebekle yüz yüze gelmek, onun temposuna uymak onu desteklemek ve ona beslenme düzenini belirlemesi için izin verici olmak

(Bebek yemeyi istemediğini belirttiğinde, ilgisi azaldığında beslemeyi durdurabilme) bebeğin olumlu beslenme davranışı geliştirebilmesi için gereklidir. Olumlu yaklaşımlar, bebeğin her basamakta uygun aşamayı yaparak gelişmesine ve beslenme düzenini sağlamasına yardımcı olur. İyi bir beslenme ilişkisi, güvenli bağlanma ve sağlıklı bireyselleşmeye katkıda bulunur.

## KAYNAKLAR

- Accardo PJ (1982) Growth and development: An interactional context for failure to thrive. Failure to Thrive in Infancy and Early Childhood içinde, PJ Accardo (Ed). University Park Press, Baltimore.
- Accardo PJ, Whitman B, Caul J ve Rolfe U (1988) Autism and Plumbism: A possible association. Clin Pediatrics 27: 41-44.
- Adair LS (1984) The infant's ability to self-regulate caloric intake: A case study. J Am Dietetic Association 84:543-546.
- Ainsworth MDS ve Bell SM (1969) Some contemporary patterns of mother-infant interaction in the feeding situation. Stimulation in Early Infancy içinde, A Ambrose (Ed). Academic Press, New York.
- American Psychiatric Association APA (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed rev). Washington, D.C.
- American Psychiatric Association APA (1985) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed rev). Washington, D.C. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı, Çev. E Köroğlu, Hekimler Birliği Yayınevi, Ankara.
- Bernard K (1979) Nursing Child Assessment Feeding Scale. NCAST Publications, Seattle.
- Bernard K, Hammond MA ve Booth CL (1989) Measurement and meaning of parent-child interaction. Applied Developmental Psychology (Vol3) içinde, F Morrison, C Lord, D Keating (Ed) Academic Press, New York.
- Barnes LA (1992) Nutrition and nutritional disorders. Nelson Textbook of Pediatrics içinde, RE Behrman (Ed). WB Saunders Company, Philadelphia, s:105-146.
- Beal VA (1957) On the acceptance of solid foods and other food patterns of infants and children. Pediatrics 28: 448-456.
- Behrman RE, Vaughan VC ve Nelson WE (1987) Textbook of Pediatrics. WB Saunders, Philadelphia.
- Benoit D (1990) Assessment and treatment of infant feeding disorders. Paper presented at the 37th Annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Chicago.
- Benoit D (1992) Behavioral assessment and treatment of feeding disorders infancy. Unpublished Manuscript.
- Benoit D (1993) Failure to thrive and feeding disorders. Handbook of Infant Mental Health içinde, CH Zeanah (Ed). Guilford Press, New York, s: 317-330.
- Birch LL ve Marlin DW (1982) I don't like it: I never tried it: Effect of exposure on two-year-old children's food preferences. Appetite 3: 353-360.
- Birch LL, Marlin DW ve Rotter J (1984) Eating as the "means" activity in a contingency: effect on young children's food preference. Child Dev 55(2): 431-439.
- Birch LL, McPhee L ve Shoba BC (1987) Clean up your plate: Effect of child feeding practices of the development of intake regulation. Learn Mot 18:301-317.
- Birch LL, Zimmerman SI ve Hind H (1980) The influence of social-affective context on the formation of children's food preferences. Child Dev 51:856-861.
- Blackman J ve Nelson C (1987) Rapid introduction of oral feeding to tubefed patients. J Develop Behav Pediatrics 8:63-67.
- Bradley RM (1972) Development of the taste bud and gustatory papillae in human fetuses. 3th Symposium on Oral Sensation and Perception: The Mouth of the Infant içinde, CC Thomas (Ed). Springfield IL, s:3-37.
- Brody S (1956) Patterns of behavior in feeding. In Patterns of mothering: Maternal influence during infancy. International Universities Press, New York.
- Chatoor I (1989) Infantile anorexia nervosa: A developmental disorders of separation and individuation. J Am Acad Psychoanalysts 17:43-64.
- Chatoor I ve Egan J (1987) Etiology and diagnosis of failure to thrive and growth disorders in infants and children. Basic Handbook in Child Psychiatry içinde, I Noshpitz (Ed). Basic Books, New York, (Vol5) s: 272-279.
- Chatoor I, Dickson L, Schaefer S ve Egan J (1986) A developmental classification of feeding disorders associated with failure to thrive: diagnosis and treatment. New directions in failure to thrive: Implications for research and practice içinde, D Drotar (ed). Plenum Press, New York.

- Chator I, Kerzner B, Menvielle E ve ark. (1987) A Multi-disciplinary team approach to complex feeding disorders in technology dependent infants. Symposium presented at the 5<sup>th</sup> Biennial National Training Institute, Washington, DC.
- Christopherson Er ve Hall CL (1978) Eating patterns and associated problems encountered in normal children. *Is Comprehens Pediatr Nursing* 3: 1-16.
- Commitee on Nutrition, AAP (1980) On the feeding of supplemental food to infants. *Pediatrics*, 65:1178-1181.
- Committee on Nutrition, AAP (1985) *Pediatric Nutrition Handbook* (2<sup>nd</sup> ed). Washington, D.C.
- Crook CK (1978) Taste Perception in the newborn infant. *Infant Beh Dev* 1:52-69.
- Crow RA, Fawcett JN ve Wright P (1980) Maternal behavior during breast and bottle-feeding. *J Behav Med* 3: 259-277.
- Dahl M (1987) Early feeding problems in an affluent society, III. Follow-up at two years: Natural course, health, behavior and development. *Acta Paediatr Scand* 76:872-880.
- Dahl M ve Kristianson B (1987) Early feeding problem in an affluent society, IV Impact on growth up to two years of age. *Acta Paediatr Scand* 76: 884-888.
- Dahl M ve Sundelin C (1986) Early feeding problems in an affluent society: I Categories and clinical signs. *Acta paediatr Scand* 75: 370-379.
- Danford DE (1982) Pica and nutrition. *An Rev Nutrition* 2: 303-322.
- Davis C M (1928) Self selection of diet by newly weaned infants. *Am J Diseases of Children* 36: 651-679.
- Desor JA, Moller O ve Turner RE (1977) Preference for sweet in human infants, children and adults. *Taste and Development: The Genesis of Sweet Preference* içinde, JM Wiffenbach (ed), Government Printing Office, Washington D.C.
- Dowling S (1977) Seven infants with esophageal atresia-a developmental study. *Psyhoanal Study of Childhood* 32: 215-256.
- Ernst JA, Bull MJ ve Rickart KA (1983) Feeding practices of the very low-bright-weight infant within the first year. *J Am Dietetic Association* 82: 158-162.
- Feldman MD (1986) Pica: Current perspectives. *Psychosomatics* 27: 519-523.
- Field T (1977) Maternal Stimulation during infant feeding. *Dev Psychol* 13:539-540.
- Flanagan CH (1977) Rumination in infancy-past and present. *J Am Acad Child Psychiatry* 16: 140-149.
- Fomon SJ (1947) *Infant Nutrition* (2<sup>nd</sup> ed) WB Saunders, Philadelphia.
- Fomon SJ ve Filer LJ (1975) Influence of formula concentration on caloric intake and growth of normal infants. *Acta Paediatr Scand* 64: 172-181.
- Fosson A ve Wilson J (1987) Family interactions surrounding feedings of infants with nonorganic failure to thrive. *Clin Pediatrics* 26: 518-523.
- Fox NA ve Stifter CA (1989) Biological and behavioral differences in infant reactivity and regulation. Temperament in childhood içinde, GA Kohnstamm, JE Bates ve MK Rothbart (Ed.) Wiley, New York. s: 169-183.
- Fox NA (1990) *Emotion Regulation: Behavioral Biological Considerations*. Monograph of the Society for Research in Child Development.
- Freud A (1946) The psychoanalytic study of infantile feeding disturbances. *Psychoanalytic Study of the Child* 2: 119-132.
- Galef BG ve Handerson PW (1972) A determinant of the feeding preferences of weaning rat pups. *J Comparative Physiol Psychology* 78: 213-219.
- Geertsma MA, Hyams JS, Pelletier JM ve ark. (1985) Intellectual assessment of young children with environmentally based failure to thrive. *Child Abuse and Neglect* 4:23-31.
- Gessel A ve Ilg FL (1937) *Feeding behavior of Infants*. JB Lippincott, Philadelphia.
- Handen BL, Mandell F ve Russo DC (1986) Feeding induction in children who refuse to eat. *Am J Diseases of Children* 140: 52-54.
- Jenkins S, Bax M ve Hart H (1980) Behavior problems in pre-school children. *J Child Psychol Psychiatry* 21: 5-17.
- Kajula H, Cowart BJ ve Beuchamp GK (1992) Early Developmental Changes in bitter taste responses in human infants. *Developmental Psychobiology* 25:375-386.
- Kaplan HI ve Sadock BJ (1985) *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (4<sup>th</sup> ed). Williams and Wilkins, Baltimore.
- Klesges RC, Malott JM, Boschee PF ve Weber JM (1986) The effects of parental influences of children's food intake, physical activity and relative weight. *International J Eat Disord* 5:335-346.
- Knop IJ (1979) *Childhood Psychopathology*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs. s: 199-223.
- Lacey EP (1990) Broadening the perspective on pica: literature review. *Public Health Reports* 105:29-35.
- Larson KL, Ayllon T ve Barrett DH (1987) A behavioral feeding program for failure-to-thrive infants. *Behav Research and Therapy* 25: 39-47.

- Laupus WE (1976) Nutrition and nutritional disorders. Nelson Textbook of Pediatrics (10<sup>th</sup> ed). içinde. VC, Vaughan ve RJ McKay (Ed). WB Saunders Company, Philadelphia, s:215-239.
- Lébovici S (1983) Le nourisson, la mère et le psychanalyste. Les interventions Précoces. La centurion, Paris.
- Lébovici S (1989) Psychopathologie du bébé. Presses Universitaires de France, Paris.
- Lébovici S (1993) On intergenerational transmission: From filiation to affiliation. *Infant Mental Health J* 14:260-272.
- Lewis M ve Miller SM (1990) Handbook of Developmental Psychopathology. Plenum Press, New York.
- Lifshitz F ve Moses N (1989) A complication of dietary treatment of hypercholesterolemia. *Am J Disorders of Children* 143: 537-542.
- Linscheid TR (1985) Feeding Disorders during infancy and early childhood. Feelings and Their Medical Significance, 27(3) Columbus, OH: ross Laboratories.
- Linscheid TR (1986) Disturbances of eating and feeding. New directions in failure to thrive; Implication for Research and Practice içinde. D Drotar (Ed). Plenum Press, New York.
- Lourie RS (1995) Treatment of psychosomatic problems in infants. *Clinical Proceedings of Children's Hospital of the District of Columbia* 11 (19): 142-152.
- Lyons K ve Zeanah CH (1993) The family context of infant mental health: I. Affective development in the primary caregiving relationship. Handbook of Infant Mental Health içinde. Zeanah CH (ed) The Guilford Press, New York, s: 14-37.
- Magyary C (1984) Early social interactions: Preterm infant-parent dyads. *Is Comprehensive Pediatr* 7:233-254.
- Marchi M ve Cohen P (1990) Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorder. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry* 29: 112-117.
- Mayes SD, Humphrey FJ, Handford HA ve ark. (1988) Rumination Disorder: Differential diagnosis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27(3): 300-302.
- Mellin L (1982) Evidence of reactive obesity in adolescent females. Paper presented at the annual meeting of the Society of Adolescent Medicine, New York.
- Mennella JA ve Beauchamp GA (1993) Early flavor experiences: When do they start? *Zero to Three* 14(2):1-7.
- Minde KK (1984) The impact of prematurity on the later behavior of children and on their families. *Clin Perinatology* 110 227-244.
- Minde KK (1993) Prematurity and serious illness in infancy: Implications for development and intervention. Handbook of Infant Mental Health içinde. CH Zeanah (ed). The Guilford Press, Newyork, s: 87-105.
- Minuchin S ve Baker E (1975) A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. *Arch Gen Psychiatry* 32:1031-1038.
- Morris SE (1989) Development of oral-motor skills in the neurologically impaired child receiving non-oral feedings. *Dysphagia* 3:135-154.
- Morris SE ve Klein MD (1987) Pre-feeding skills: A comprehensive resource for feeding development. Therapy Skill-Builders, Tucson.
- Mullen MK, Coll CG ve Vohr BR (1988) Mother-infant feeding interaction in full-term small-for-gestational-age infants. *J Pediatrics* 112: 143-148.
- Pelhat ML ve Pliner P (1986) Antecedents and correlates of feeding problems in young children. *J Nutrition Education* 7: 333-342.
- Perske R, Clifton A, McLean BM ve ark. (1986) Mealtimes for Persons with Severe Handicaps. Paul H. Brooks, Baltimore.
- Price GM (1983) Sensitivity in mother-infant interactions: The AMIS Scale. *Infant Beh Dev* 6: 353-360.
- Richman N (1981) A Community survey of characteristics of one-two years olds with sleep disturbances. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 20: 281-291.
- Rolls BJ (1986) Sensory-specific satiety. *Nutrition Review* 44: 93-101.
- Rose He ve Mayer J (1968) Activity, calorie intake, fat storage and the energy balance of infants. *Pediatrics* 41-18.
- Rosenberg AA ve Battaglia FC (1991) Newborn baby. Current Pediatric Diagnosis ve Treatment içinde. WE Hathaway, JR Groothuis WW Hay, JV Daisley (ed). Appleton Lange, Denver.
- Satter EM (1984) Developmental guidelines for feeding infants and young children. *Food and Nutrition News, Nationallive Stock and Meat Board* 56(4): 21- 26.
- Satter EM (1986a) Childhood eating disorders. *J Am Dietetic Association* 86: 357-361.
- Satter EM (1986b) The feeding relationship. *J Am Dietetic Association* 86: 352-356.
- Satter EM (1987) How to get your kid to eat - But not too much. Bull Publishing, Palo Alto CA.
- Satter EM (1990) The feeding Relationship: Problems and interventions. *J Pediatrics* 117 (2/2): 181-189.
- Satter EM (1992) Feeding Relationship. Zero to Three: National Center for Clinical Infant Programs XII (5): 1-8.



- Sauvage D, Leddet I, Hameury L ve Barthelemy C (1985) Infantile rumination: Diagnosis and follow up study of twenty cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 24(2): 197-203.
- Shapiro LR (1988) *J Ikeda Children and weight: What health professionals can do about it.* University of California Extension, Berkeley.
- Sills RH (1980) Failure to thrive: The role of clinical and laboratory evaluation. *Am J Diseases Children* 132: 967-969.
- Solyom C, Solyom L ve Freeman R (1991) An unusual case of pica. *Can J Psychiatry* 36: 50-53.
- Soulé ve Golse (1992) *Les Traitements des Psychoses de l'enfant et de l'adolescent.* Bayard Editions, Paris.
- Stern DN (1977) *The First Relationship: Infant and Mother.* Harvard University Press, Cambridge.
- Stern DN (1995) *The Motherhood Constellation: A unified View of Parent-Infant Psychotherapy.* Basic Books, New York.
- Stroh K, Robinson T ve Stroh G (1986) A therapeutic feeding programme. I. Theory and practice of Feeding. *Dev Med Child Neurol* 28:3-10.
- Tatzer E, Schubert MT, Timischl W ve Simbrunger G (1985) Discrimination of taste and preference for sweet in premature babies. *Early Human Development* 12: 23-30.
- Taubman B (1984) Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent child interaction. *Pediatrics* 74: 998-1003.
- Thomas EV (1975) Development of synchrony in mother-infant interaction in feeding and other situations. *Fed Proc* 34: 1586-1592.
- Weil WB (1977) Current controversies in childhood obesity. *J Pediatrics* 91: 175-187.
- Whitten CF, Pettit MG ve Fiscoff J (1969) Evidence that growth failure from maternal deprivation is secondary to underfeeding. *J Am Medical Association* 209: 1675-1682.
- World Health Organization (1978) *International classification of diseases and its clinical modification (WHO 9<sup>th</sup> ed.)* Geneva.
- World Health Organization (1992) *International classification of diseases and its clinical modification (WHO 10<sup>th</sup> ed.)* Geneva.
- Woolston JL (1983) Eating disorders in infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 22: 114-121.
- Wright BM (1986) An approach to infant-parent psychotherapy. *Infant Mental Health J* 7: 247-263.
- Zeanah CH (1993) *Handbook of Infant Mental Health.* The Guilford Press, New York.

# GÖRÜŞLER

## SOSYAL DEĞERLER DEĞİŞİMİNİN ÇOCUKLAR VE GENÇLER ÜZERİN- DEKİ YANSIMALARI KONUSUNDA GÖZLEMLER VE DÜŞÜNCELER...

1. Toplumların değerleri bir çok değişkene bağlı olarak sürekli değişir. Ekonomideki değişmeler, kentleşme olgusu aile içi beklentilerin değişimi, bilimsel-teknolojik gelişmeler, haberleşme ve ulaşım sistemlerinin değişmesi, bilgi iletişiminin hızlanması, kültürel değişim gibi pek çok faktör "sosyal değerler sistemi"nde değişmelere yol açar. Bu değişimleri önceden verilmiş kararlarla "doğru" ya da "yanlış" diye nitelenen olayı anlamak bakımından olumsuz bir yaklaşımdır. Değişimin ne yönde olduğuna, neleri hedeflendiğine, bireysel ve sosyal hayatı nasıl etkilediğine bakarak değişimi anlamaya çalışmak doğru olacaktır.

2. Son on yıllarda (1970-1980, 1980-1990, 1990-2000) dünyada görülen eğilim, ekonomik değişim temelli olmaktadır. Bu eğilim, "bütün dünyayı tek bir pazar" olarak gören, bu hedefi gerçekleştirmeye çalışan "globalleşme-küreselleşme" eğilimidir. Bu eğilim, dünya çapında bir "tüketim anlayışı" nı benimsemekte ve yaygınlaştırmaktadır. "Daha çok tüketme, daha çeşitli tüketme, her yaşta tüketme" anlayışına dayanan bu hedef, tüketimi arttırarak üretimi arttırma ve refahı paylaşma yöntemine dayanmaktadır. Endüstri ve üretimin pazar hedefleri doğrultusunda yeniden organize edilmesinin de desteğiyle "sosyal değerler" bu hedef yönünde değiştirilmektedir.

Daha önceki on yılların (1930-1940, 1940-1950 gibi) "üretim ve biriktirme (tasarruf)" anlayışına dayalı "sosyal değerler" in önemini yitirdiği, onun yerine "tüketim toplumu" değerlerinin geldiğini görmek gerekiyor. "Üretim ve biriktirme" anlayışına dayalı sosyal değerler, kişisel ve toplumsal üretkenliği "yüksek sosyal değerler" olarak aktarmaktaydı.

"İşleyen demir pas tutmaz".

"Sakla samanı, gelir zamanı"

"Yamalı giymek ayıp değildir, kirli giymek ayıptır"

"Haydan gelen huya gider"

Bu atasözleri ve özdeyişler, "üretim ve biriktirme" anlayışına dayalı bir hayat biçiminin ölçütleriydi. Birbirinden çok farklı olmak eleştirilecek, kınanacak bir durum olarak görülürdü. İnsanlar pazara file ile değil, torba ile giderlerdi. Çünkü, fileden ne alındığı belli olurdu, belki başka insanlar bunları alamaz ve imrenirlerdi. Aşırılık, göze çarpmak, başkalarından üstün olmaya çalışmak ayıplanırdı. İnsanların birey olarak, aile olarak, topluluk olarak değerleri de "üretmek ve biriktirmek" üzerine kuruluydu.

3. Tüketim toplumunun "sosyal değerler" i ise "bireysel üstünlük, hırslı rekabet, buna dayalı daha çok kazanmak, daha çok harcamak" üzerine kurulmuştur. Artık, daha çok ve çeşitli tüketim araçlarını kullanmak, bunları da başkalarına göstermek, üstün olduğunu hissetmek, bu üstünlüğün devamını sağlamak için çalışmak bu anlayışın temel felsefesini oluşturmaktadır.

Bu felsefe içinde "bir ev", hayatın yorumu olarak sunulmaktadır.

Bir otomobil, sahibinin kişiliğinin simgesi olarak tanımlanmaktadır.

Tüketim araçları artık "sosyal değerler" olarak yorumlanmaktadır.

Böylece de, tüketim malları yaşamının amacı olmakta, onlar için çalışmak, kazanmak (ve ödemek) hayatın anlamını oluşturmaktadır.

Bu değerleri yerleştirmek için de "sahip olmak ve tüketmek" sosyal davranış olarak benimsetilmektedir. Daha önceki dönemlerin "üret, biriktir ve paylaş" diyen öğretisi, yerini "sahip ol, tüket, üstün ol" diyen yeni bir öğretiye bırakmaktadır.

Ekonomi bu yeni anlayışa göre düzenlenmekte, ödeme gücü olmayanlara kredi kartları ile ödeme olanakları sunulmakta, bunların nasıl ödeneceği konusu ise tüketicinin kendisine bağlı kalmaktadır.

4. Beş alanda belirlenen beş sosyal değer ölçütüne göre değişimi incelersek:

4.1 Kişilik değerleri:

4.1.1 Çalışmayı, üretmeyi, yaratmayı geliştirme

*Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 5(2) 1998*

4.1.2 Sorumluluk alabilme, taşıyabilme, kendi kararlarını verme

4.1.3 Dayanışma, paylaşma, sinerji yaratma

4.1.4 Hakettiğini kazanma, kazandığını hak etme

4.1.5 Özgüven kazanma, kendi değerini, sevgiyi, saygıyı bilme

4.2 İşlem değerleri:

4.2.1 Yararlı olma, işe yarama

4.2.2 Grup çalışması yapabilme

4.2.3 Neyi neden yaptığını anlama

4.2.4 Hedef koyabilme, geliştirebilme

4.2.5 Program yapabilme, uygulayabilme

4.3 Ait olma değerleri:

4.3.1 Aileye ait olma (etnik köken, yöre, din)

4.3.2 Kuruma ait olma (okul, işyeri)

4.3.3 Ulusa ait olma

4.3.4 İnsanlık ve uygarlığa ait olma

4.3.5 Geleceğe ait olma

4.4 Saygınlık (prestij) değerleri:

4.4.1 Güvenilir olma

4.4.2 Kararlı olma

4.4.3 Dürüst olma

4.4.4 Başkasına zararlı olmama

4.4.5 Kendi hakkını koruma, başkasının hakkını koruma

4.5 Statü değerleri:

4.5.1 Etiketlere değil, işlevlere değer verme

4.5.2 Kendi kazandığına önem verme

4.5.3 Üstünlük ya da aşağılık duymadan kendi değerini bilme

4.5.4 Başkalarının verdiği değeri ölçebilme

4.5.5 Kendi değerini doğru ölçebilme

Sosyal değer değişimini beş alanda seçilmiş beş ölçüt ile irdelemeliyiz.

5. Sosyal değişimi doğru algılayabilmek:

Tarım toplumlarının öğretisi "üret ve biriktir" olmuştur. Endüstri toplumu ise "üret ve kullan" dönemine geçti. Bu değişimi ekonomik ve sosyal güvenliğin değişimi sağlamıştır. İnsanlar artık

kullanmayı da öğrenmelidir. Bilimsel ve teknik gelişmeler de teknolojiyi hayatın her alanına sokarak yaşamayı kolaylaştırmış, insanlara daha çok zaman bırakmayı da sağlamıştır.

Ancak, son on yılların "tüketim toplumu anlayışı" ölçüleri elden geçirilerek insanları uluslararası şirketlerin karlarının arttırılması doğrultusunda zorlamaya başlamıştır.

Bu durumda şöyle bir değişim yaşanmaya başlamıştır:

Tarım toplumlarının öğretisi: Üret ve biriktir. Kazandığından daha azını harca.

Endüstri toplumlarının öğretisi: Üret ve kullan. Kazandığın kadar harca. Harcadığın kadar kazan.

Küreselleşme öğretisi: Tüket, sahip ol, üstün ol. Önce harca, sonra harcamana kazancını yetiştirmeye çalış. Yetişmezse borç al, sonra ödersin.

Öğretiler arasında bu denli nitelik farkları olmuştur. Bu farklar da insanlarda "sosyal değer" değişimine yol açmıştır. Daha önceleri, kullanılan mallar, sahip olunan araçlar, tüketimin getirdiği ürünler hayatı kolaylaştırmaya, güzelleştirmeye yarıyordu. Oysa artık kullanılan mallar, sahip olunan araçlar hayatın amacını oluşturmaktadır. İnsanlar araçlar ve mallar için çalışır duruma gelmişlerdir. Daha önceleri insanlar "gereksinmeleri için" alışveriş yapardı. Şimdi ise "alışveriş yapmak" bir gereksinmedir. Çünkü, insanın değeri, insanın konumu, insanın sosyal yeri bu araçlar ve mallarla belirlenmektedir.

6. Çocukların ve gençlerin değer kazanımı:

Çocukların "kendilik değeri" oluşumu küçük yaşlarında başlar. Bu yaşlarda "kendinin farkında olmaya başlayan" çocuk, çevresinin kendine verdiği değerle kendi değerini oluşturur. Çocuğun üretme ve yaratma becerileri kendilik değerinin en önemli alanıdır. Çocuğun çizdiği bir çizgi, tırmandığı yerde bulduğu bir kutu onun becerilerinin göstergesini oluşturur. Çocuk bunların farkedilmesini, değerlendirilmesini bekler. Çocuğun çabalarının amacı, içinde bulunduğu bağımlı durumdan kurtulmak, bağımsız olmak, becerilerini arttırarak erişkinlerin arasına katılmaktır.

Onun için de, çocuğun yapabileceği her şeyi ona yaptırarak kendilik değerini geliştirmek doğru bir çevre davranışıdır.

Ama "tüketim toplumu öğretisi" bu davranış yerine çocuğa "tüketerek ve sahip olarak" değer kazanmayı öğretmektedir. Tatlı yiyecekler yada fast-food yiyecekler (hamburger vb.) ile hazırlanmış içecekler (kola vb.) tüketimi çocuk için kendi başına değer olarak sunulmaktadır. Oyuncak sahibi olmak, bu oyuncakların prestijini paylaşmak da "sahip olma değeri" olarak çocuğa aktarılmaktadır. Böylece çocuklar da küçük yaşlardan başlayarak tüketim toplumunun "sosyal değer" sistemine ortak edilmektedir. Çocukların egoları bu öğretiyle beslenmekte, aşırı koruyucu bir aile kültürünün etkilerinin de eklenmesiyle "aşırı bencil, doyumsuz, sorumluluğu öğrenemeyen, ne yapılırsa hoşnut olmayan" çocuklar yetiştirilmektedir.

Bu biçimde yetiştirilen çocuğun gençlik döneminde kazanması beklenen "kimlik değerleri" de gene tüketim toplumunun öğretisi tarafından yönlendirilmektedir.

"Tüket-sahip ol- üstünlüğünü kanıtla" öğretisi altındaki genç, kimlik değerlerini "markalı mallar giymekte", "haketmeden kazanma ve kullanma", "kişiliğini üstün olmakta arama" yoluyla edinmektedir. Bu değerler içindeki genç, kendisini herhangi bir şeyden sorumlu tutmamakta, kendi dışındaki herkesi (anne-baba, öğretmen, arkadaş, toplum, devlet vb.) kendine karşı sorumlu tutmaktadır. Kendisi kimse için bir şey yapmak zorunda değildir, hatta kendisi için bile bir şey yapması gerekmemektedir. Çevresindeki herkes onun için her şeyi yapmak zorundadır. Bencil ve sorumsuz davranışları nedeniyle başarısız olan genç bunun sorumluluğunu da kendisinden başka herkese yüklemektedir. Düşünce ve duygularını oluşturamayan, paylaşamayan genç bir yandan yalnızlığın sıkıntılarını yaşamakta, öte yandan olan biteni anlayamamaktadır. Bunun sonucunda da boşvermişlik, aldırmaçlık, umursamazlık gibi sorumsuz tavırlar gelişmektedir.

Geçmişin "yokluk içinde kendini arayan" insanı, günümüzde "bolluk içinde kendini bulamayan" insanına dönüşmektedir. Üstelik de bu bolluk, insanı doyurmak şöyle dursun daha aç, daha açgözlü, daha doyumsuz yapmaktadır.

7. Doğru sosyal değerler sistemini kurmak zorundayız.

Endüstri gelişecek, toplumlar bunu da aşarak "bilgi toplumu" olma aşamasına geleceklerdir. Bilimsel-teknolojik gelişmeler hızlanacaktır. Elektronik dünyası, genetik ufuklar, iletişim hızı, ulaşım gücü sürekli artacaktır.

Ama, unutulmaması gereken gerçek, insanları da toplumları da "değerler sistemi'nin yönettiği"dir. Eğer 'insan olma değerleri'ne sahip olamazsak, bu değerleri geliştirerek yaşamayı öğrenemezsek, kendimizi başka değerler sistemine teslim ederiz. Tüketim toplumunun "tüket-sahip ol, üstünlüğünü kanıtla" öğretisinin değerleri insanın değil, insanın ürettiği ürünlerin, araçların, malların, paranın değerleridir. Bugün bu tehlikeye büyük ölçüde sürüklenmiş durumdayız. Kendimizi toparlamak, insanlık tarihinin acı tatlı deneyimleriyle kazanılmış, büyük düşünürlerin katkılarıyla zenginleştirilmiş "insanlık değerleri"ni yeniden önümüze koymak, bunlara sahip olmak, hayatımızın yönetimini bu değerlerle yapmak zorundayız.

Bu insanlık öğretisi de;

"İnsan için üret, insanla paylaş, yaşamak için kullan, hakettiğini kazan, kazandığını haket" diyen öğretilerdir.

Yetkin kişilikli bireyi, örgütlenmiş uygar toplumu yaratacak olan da bu öğretilerdir. Bu öğretinin hayata geçirilmesi için başta eğitim kurumları olmak üzere toplumun bütün kurumlarının görevleri ve sorumlulukları vardır. Bencil çıkarıcılığı, hakedilmemiş kazançları, üstün olduğunu kanıtlamaya dayalı hırslı rekabeti değil, "insan olmayı, insanca yaşamayı, insanca paylaşmayı" öğrenmeli ve öğretmeliyiz.

İnsanlığın başka bir kurtuluş yolu da görünmemektedir.

*Dr. Erdal ATABEK*

## YENİ YAYINLARDAN ÖZETLER

### **Oxford'da (1976-1993) 16 Yaşın Altındaki Çocuk ve Ergenlerde Tasarlanmış Kendini Zehirleme ve Kendini Yaralama**

Hawton K, Fagg J, Simkin S (1996) *Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford, 1976-1993. Br J Psychiatry, 169:2,202-8.*

Bu çalışmada Oxford'da bir genel hastanede 1976-1993 yılları arasında 16 yaşın altında ve tasarlayarak kendine zarar veren olguların tümünde İntihar Girişimi için Oxford Monitoring System kullanılarak veriler toplanmış ve analiz edilmiştir. 755 bireyin 854 kez tasarlayarak kendine zarar verdiği saptanmıştır. Oniki yaşın altında bir kaç olgu olduğu, özellikle kızlarda her artan yaşta tasarlayarak kendine zarar verme sıklığının arttığı görülmüştür. Olguların %85'i kız olup; kız-erkek oranı 5.7/1'dir. Büyük bir çoğunluğu kendi zehirlemedir. Dikkati çeken bir diğer bulgu çalışmanın son 6 yılında aşırı doz parasetamol alanların, olguların %54.7'sini oluşturması. 1976-1981 yılları arasındaki dönemde bu oran %19.5 olarak saptanmıştır. Olguların çok azı daha önce psikiyatrik tedavi görmüştür. En sıklıkla görülen sorun anne-baba ile ilişkilerde güçlük olup, bunu arkadaş ve okul sorunu, sosyal izolasyon izlemektedir. Daha önce kendine zarar verme davranışı tanımlayanların büyük bir çoğunluğu tıbbi yardım almamıştır. Acil servisten psikiyatrik değerlendirme yapılmaksızın taburcu edilen ergenlerde yinelemenin daha sık olduğuna ilişkin bazı göstergeler vardır.

Sonuç olarak tasarlayarak kendine zarar verme 16 yaşın altındakilerde hiç de ender olmayıp, bu tür olguların toplumdaki sıklığı genel hastahanelere başvurulardan çok daha fazladır. Genel bir hastahaneye başvuran olgularda mutlaka psikiyatrik bir değerlendirme yapılması gerekmektedir.

*Dr. Saynur Canat*

### **Anoreksiya Nervosa'sı Olan Çocuk ve Gençlerin Uzun Süreli İzlemleri: Eşlik Eden Hastalıklarla İlgili Bir Çalışma**

Saccomani L, Savoini M, Cirrincione M ve ark. (1998). *Long-term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa: study of comorbidity. J Psychosom Res, 44: 565-571.*

İtalya'daki Gaslini Çocuk Psikiyatrisi ve Nörolojisi bölümüne 1976-1990 yılları arasında anoreksiya nervosa nedeniyle başvuran 87 çocuk ve genç, ortalama 9.6 yıl Morgan Russell İzlem Skalası ile izlenmiştir.

Bu izlem sonucunda 43 (%53) hastanın iyi, 27 (%34) hastanın orta düzeyde iyileşme gösterdiği, 11 (%14) hastanın ise kötüleştiği saptanmıştır. Başvuran hastalar arasında izlem süresi içinde ölüm olmamıştır. İçgörünün olması, cinsel, ailesel ve sosyal ilişki düzeyi gidişi en iyi yordayabilen değişkenler olmuştur. Cinsiyet ve hastalığın erken başlangıcı belirleyici olmamıştır. Başlangıçtaki klinik durumun ciddiyeti ve hastanede uzun süre, yatma, kötü bir gidişin belirleyicileri olarak ortaya çıkmışlardır. Duygulanım bozuklukları ve kişilik bozukluklarının anoreksiya nervozanın gidişini olumsuz etkileyen hastalıklar olduğu, eşlik eden anksiyete bozukluklarının ise gidişi etkilemediği bulunmuştur.

*Dr. Fatih Ünal*

### **AIDS'li Ana Babalarda Ana-Baba Ergen Çatışması ve Stres**

Rotheram Borus MJ, Robin L, Reid HM ve ark. (1998). *Parent-adolescent Conflict and Stress When Parents are Living AIDS. Fam Process, 1987 Spr, 37:1, 83-94.*

Bu çalışmada AIDS'li ana babalarla ergen çocukları arasındaki çatışmalar ve stresle ailelerin demografik özellikleri, fiziksel sağlık durumları ve

*Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 5(2) 1998*

yaşam tarzları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışma 151 AIDS'li ana baba ile yapılmış, ergenlerle çatışmalar, ailesel stresler, ailenin sağlık durumu, madde kullanımı ve cinsel yaşam tarzları değerlendirilmiştir.

AIDS'li ailelerin ortalama 3.3'ün de ergenlerle çatışma ve 1.5'in de en az üç aydır süren stresli yaşam olayları saptanmıştır. Bu aileler hastalıkları çok ilerlemiş, fazla fiziksel semptomu olan ailelerdir. Aynı zamanda bu ailelerde yüksek oranda madde kullanımı öyküsü saptanmıştır (%17). Ayrıca bu ana babaların yarısı bir cinsel partnerle ilişkisini sürdürmekte ve sadece %63'ü korunma uygulamaktadır.

Regresyon analizi sonuçları, Latin ırkta ve zencilerde ana-baba-ergen çatışması ve stres ile; ana babanın yaşam tarzı arasında (ilaç kullanımı, sık cinsel ilişki) ilişki olduğunu gösterirken beyaz ırkta aynı sonuç bulanamamıştır. İlginç olarak hastalığın ağırlık derecesi ile çatışma ve stres arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Dr. Z. Bengi Semerci

### Okul Korkusunda Bilişsel Davranışçı Tedavi

Last CG, Hansen C, Franco N (1998). *Cognitive-behavioral treatment of school phobia*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 37 (4):404-411.

Bu araştırma, okul korkusu olan çocukların tedavisinde bilişsel davranışçı tedavinin etkinliğini araştırmak amacı ile yapılmış kontrollü bir çalışmadır.

Okul korkusu olan 56 çocuk rastgele örneklem yöntemi ile, 12 hafta sürecek olan bilişsel-davranışçı tedavi grubuna ya da kontrol grubuna alınmıştır. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası okula devam durumları, anksiyete ve depresyon belirtileri ve psikiyatrik tanıları karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma sonucu çocukların okula devamlarında her iki tedavi yönteminin de etkili olduğu görülmüştür. Çocukların anksiyete ve depres-

yon belirtilerinin azalmasında da benzer şekilde etkili oldukları saptanmıştır. Bir yıl sonra yapılan izlem çalışmasında da herhangi bir fark bulunamamıştır.

Sonuç olarak, yazarlara göre okul korkusunda psikososyal tedaviler de etkilidir ve yapılandırılmış bilişsel-davranışçı yaklaşımlar geleneksel eğitici ve destekleyici tedavi yöntemlerine göre üstün bulunmamıştır.

Dr. Berna Pehlivanlı

### Erişkin Psikiyatrik Hastalıklarının Yordamada Üç Yaş için Davranışsal Gözlemler

Capsi A, Terrie EM, Denise LN, Phil AS: *Behavioral Observation At Age 3 Years Predict Adult Psychiatric Disorders*, Arch Gen Psychiatry, 1996: 53:1033-1039.

Bu çalışma yaşamın ilk 3 yılında çocuklar arasında davranışsal farklılıkların özgün erişkin psikiyatrik bozukluklarla (anksiyete, duygudurum bozuklukları, antisosyal kişilik bozuklukları, sürekli suç işleme, alkolizm ve özkiyim davranışlar) ilişkili olup olmadığını deneysel olarak araştıran ilk uzunlamasına epidemiyolojik çalışmadır. 3 yaş çocukları görüşme ve gözlemlerle davranış örüntüleri yönünden 3 gruba ayrılmıştır. 21 yaşında DSM-III R kriterlerine dayalı standart görüşmeler yapılarak psikopatolojik durum değerlendirilmiştir. Etki boyutları küçük olmasına rağmen "kontrolü zor" (impulsive, yerinde durmayan, çılgın gibi) ve "engellenmiş" (inhibited) (utangaç, korkak, kolaylıkla rahatsız olan) çocuklar genç erişkinlikte diğer çocuklardan anlamlı derecede farklı bulunmuştur. "Kontrolü zor" çocukların 21 yaşında yapılan değerlendirmelerinde antisosyal kişilik özelliklerini karşılamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. "Engellenmiş" çocuklar daha sıklıkla depresyon ölçütlerini karşılamışlardır. Her iki grupta özkiyim girişimi daha fazla saptanmıştır. Her iki gruptaki erkekler, kızlara oranla alkol ile ilişkili

problemleri daha fazla göstermişlerdir. Bu çalışma erişkin psikopatolojilerinin çocukluk davranışsal özellikleri ile yakından ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

*Dr. Tümer Türkbay*

### **Travmatik Beyin Yaralanması Sonrası Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu**

*Attention - deficit hyperactivity syptomatology after traumatic brain injury: A prospective study. Max Jeffrey, Arndt S, Castillo CS ve ark. J Am Acad Adolesc Psychiatry 37 (8): 841-847.*

Amerika Birleşik Devletlerinde travmatik beyin yaralanması çocuklarda ve gençlerde büyük bir sağlık sorunu olarak bildirilmektedir. Bir yılda 15 yaşından küçük 100 000 çocuk akut beyin travması nedeniyle hastanede yatmaktadır. Bu travmalardan çoğu kapalı kafa travmalarıdır ve motorlu taşıt travmaları, bisiklet kazaları, düşmeler ve spor yaralanmaları sonunda ortaya çıkarlar.

Bu makalede çocukluk çağı travmatik beyin yaralanmaları üzerine yapılmış psikiyatrik çalışmalar ve kapalı kafa travması sonrası ortaya çıkan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu üzerine eğilerek gözlenen veriler sunulmuştur. Aynı konuda standart araçlar kullanılarak yapılmış 2 çalışma bulunmaktadır. Bunlardan birincisinde Braun 1981'de 2 yıl 3 aylık bir sürede 25 çocuk ve ergenle çalışmıştır. Bu çocuklardan 12'sinde daha önce herhangi bir psikiyatrik bozukluk olmamasına karşın travmatik beyin yaralanması sonrası yeni psikiyatrik bozukluklar ortaya çıkmıştır. Beş çocukta ise frontal lob sendromuna benzetilen ve sınıflandırılmayan bir psikopatolojik örüntü bulunmuştur. Bu ço-

cuklardan ikisinde bu örüntü daha sonra hiperkinetik sendroma dönüşmüştür. Araştırmacılar sonuçta travmatik beyin yaralanmasını izleyen hiperkinetik sendromun beyin yaralanması ile doğrudan ilişkisi olabileceğini düşünmüşlerdir. İkinci araştırma 1997 yılında Max ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Aynı şekilde incelenen 13 çocuktan dört tanesinde travmatik beyin yaralanması sonrası ilk iki yıl içinde yeni dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ortaya çıktığı bulunmuştur.

Bu çalışma 6-14 yaşları arasında travmatik beyin yaralanması sonucu hastanede yatan 50 çocuk ile yapılmıştır. Kaza öncesi psikiyatrik, davranışsal, sosyoekonomik özellikler ve ailenin işlevselliğine ilişkin bilgiler toplanmıştır. Kazanın şiddetine ilişkin veriler standart klinik ölçeklere ve görüntüleme yöntemlerine göre analiz edilmiştir.

Bu araştırmanın temel bulgusu travmatik beyin yaralanması sonrası 2 yıl içinde çocuklarda ve gençlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun geliştiğine ilişkindir. Bu araştırma sırasında tüm DEHB bulgularının belirgin olarak ailenin psikiyatrik öyküsü, sosyoekonomik durumu ve travma şiddeti kontrol edildiği zaman ailenin işlev bozukluğu ile ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca yapılan testler sonucunda DEHB ile karşı gelme bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkinin ilk iki yıl içinde giderek arttığı bulunmuştur.

Çocuklarda travmatik beyin yaralanmasını izleyen ilk 1 ay içindeki DEHB gelişimi ve bu belirtilerin yaralanmadan sonraki ilk 2 yıla kadar sürmesi yaralanmanın şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Travmatik beyin yaralanması sonrası DEHB'nun gelişimindeki mekanizmalar henüz tam olarak belirgin değildir. Yapısal olarak belirgin bulgu ve işlevsel olarak santral sinir sistemi görüntüleme ilişkisinin kesin olarak tanınması için yeni araştırmalara gereksinim vardır.

*İnt. Dr. Bihter Senem Dingiloğlu*

# HABERLER

## 14. ULUSLARARASI ÇOCUK VE ERGEN PSİKIYATRİSİ KONGRESİ

14. Uluslararası Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi 2-6 Ağustos 1998 tarihleri arasında Stockholm'de yapıldı. Kongreye ev sahipliği yapan İsveç'in çocukların bedensel ve ruhsal açıdan sağlıklı gelişimini destekleme, eğitimleri ve psikososyal uyumlarını ön planda tutma konusunda dünyanın en önde gelen ülkelerinden birisi olduğu kongre boyunca vurgulandı. Dünyanın 61 ülkesinden katılımcıların 500 üzerinde sunu ile katıldığı kongre, bu yüzyılın son çocuk psikiyatrisi kongresiydi ve bu açıdan önem taşı-maktaydı.

Kongrenin belkemiğini özellikle gelişimsel psikopatoloji alanında çalışmalarıyla tanınan bilim adamlarınca verilen konferanslar oluşturdu. 1981 yılında beyin gelişimi üzerinde yaptığı çalışmalarla tıp alanında Nobel ödülü kazanmış olan Torsten Wiesel de bir konferans vererek çalışmalarını anlattı. Wiesel'in konferansının başlığı "Beyin Gelişimi: Kalıtım ve Çevre olarak verilmişti. Bu başlık kongrenin önemli temalarından birini yansıtıyordu. Çoğu konuşmacı bu alanda yapılan çalışmalar çerçevesinde gelişimin ne düzeyde kalıtsal ya da yapısal faktörlerden, ne derece çevresel faktörlerden etkilendiğini ele aldı. Wiesel bunu beyin hücrelerinin gelişimi düzeyinde ele alıp çevreden uyarın almayan hücrelerin potansiyelinin kullanılmadığını deneysel çalışmalar çerçevesinde aktardı. Michael Rutter'ın konferansının başlığı ise "Dayanıklılığa karşı İncinebilirlik: Hangisi Koruma Açısından Daha Önemli idi. Rutter konuşmasında gelişim sürecini etkileyen risk faktörlerinin oldukça iyi bilindiğini ancak koruyucu faktörlerin de aynı şekilde önemli olduğunu vurguladı ve bu konularda yapılan çalışmaları özetledi.

Amerikan gençliğinde suç oranının yükselmesi ve bunun nedenlerine yönelik çalışmalar Uri Bronfenbrenner ve James Garbarino'nun konuşmalarının temelini oluşturmaktaydı. Bu duruma neden olan etkenler olarak aile yapısında ortaya çıkan değişiklikler, medyanın olumsuz rol modelleri sunması ve şiddete duyarsızlaştırıcı etki-

leri, gelir dağılımındaki dengesizlik, çocukların yaşadıkları çevrede şiddete sıklıkla tanık olmaları ve ateşli silahların kolay ulaşılabilir olması gibi faktörler sayıldı. Garbarino'ya göre bazı çocuklar hava kirliliğine benzer bir toplumsal kirlilik içinde yaşamaktaydı ve bunun sonucu olarak da antisosyal kişilik bozukluğu ve suça yönelik davranışlar ortaya çıkıyordu.

Kongredeki en önemli panellerden birisi "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi alanında güncel yaklaşımlar" başlığını taşıyordu. Dr. Melvin Lewis yeni teknolojilerin beyin gelişimini daha ayrıntılı inceleme olanağı verdiğini, çevresel streslerin etkilerinin daha ayrıntılı çalışıldığını, psikofarmakolojik çalışmaların ilerlediğini ve çocuk psikiyatrisinin artık hafif bir bilim (soft science) olmaktan çıktığını vurguladı. Philip Graham çocuk psikiyatrisinin İngiltere'deki gelişiminden söz etti. Giderek izole bir bilim olmaktan uzaklaştığını, diğer bilim dallarıyla daha çok işbirliği yapıldığını amprik çalışmalara dayanan ve belirli odakları olan tanı ve tedavilerin ön plana çıktığını vurguladı. Gelecekte de çocuk psikiyatristlerinin çocukların iyiliğini sağlamak için öncü rol üstlenmesi gereği üzerinde durdu. Panelde en son konuşan Donald Cohen ise bu görüşe cevap olarak tüm dünyada çocuk psikiyatristlerinin sınırlı kaynakları olduğunu belirtti. Bu yüzden hedefleri bu ölçüde genişletmenin akılcı olmayacağını söyledi. Çocuk psikiyatrisinin genlerden topluma kadar uzanan çok geniş bir ilgi alanı olduğunu, alt uzmanlık alanlarının gelişmesi gerektiğini vurguladı. Çocuk psikiyatrisinin temel olarak kendine başvuran hasta çocuk ve ailesine karşı sorumlu olduğunu hatırlattı.

Konferansçıların tümü normal gelişim sürecinin bilinerek psikopatolojinin bu bağlamda ele alınmasının önemine işaret ettiler. Kapanışı "Bireyin İşlevlerine Bütüncül Bakış" adlı konuşmayla David Magnusson yaptı. Magnusson gelişimin genetik ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşimini içeren karmaşık bir dinamik süreç olduğunu vurguladı. Bu alanın gelişimin kendi kuram ve yöntemlerini oluşturacak yeni bir bilim dalının

*Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 5(2) 1998*



gelişmesini gerektirdiğini söyledi. "Gelişim Bilimi" nin tıp, davranış bilimleri, sosyal ve biyolojik bilimlerin kesişiminde yer alan bir dal olacağını ve böylece bütüncül bir yaklaşımla belli modeller üzerinde çalışmalar planlaması ve uygulaması için ortak bir kuramsal yapı oluşturabileceğini belirtti.

Başlıca temaları böylece özetlenecek olursa, kongre, çocuk psikiyatrisinin 2000'li yıllardaki işlevi ve gelişiminin ne yönde olacağına dair önemli mesajlar içermekteydi.

*Dr. Emine Öztürk Kılıç*

## **CERRAHPAŞA ÇOCUK NÖROLOJİSİ GÜNLERİ**

Cerrahpaşa Çocuk Nörolojisi Günleri 21-22 Eylül 1998 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi oditoryumunda yapıldı. Davranış Nörolojisi konusunda odaklanan bu toplantı, nörolojik bozukluklar yanında psikiyatri ile ortak yanları bulunan (Nöropsikiyatrik) bozukluklara, disiplinler arası yaklaşıma olanak sağladı. Prof. İsaabel Rapin (ABD) çocuklarda dil gelişimi ve bu gelişimi etkileyen sorunlara değindiği "Gelişimsel Disfazi" ve "Otizmin Nörolojik Temeli", Prof. Philippe Evrard (Fransa) gelişmekte olan beyin dokusuna etki eden epigenetik ve çevresel etmenleri anlattığı "Neokortikal Gelişimin Genetik ve Çevresel Belirleyicileri", Prof. Peter Barth (Hollanda) beyin gelişiminin temelini oluşturan hücre göçü ve bu hareket sırasında görülen sorunlar konusunda "Nöronal Migrasyon ve Bozuklukları", Prof. Thierry Donnay (İsviçre) "Çocuklarda Edinsel Epileptik

Afazi: Landau-Kleffner Sendromu", Prof. Anne Beaumanoir (İtalya) "Yavaş Uykuda Elektriksel Status Epileptikus", Prof. Sakkubai Naidu (ABD) "Rett Sendromu", Prof. Uta Frith (İngiltere) otizm ve Asperger sendromlarını zihin teorisi çerçevesinde ele aldığı "Otizmin Nöropsikolojisi ve Asperger Sendromu", Prof. Christopher Frith "Otizm ve Şizofreni, Prof. Catherine Barthelemy (Fransa), otizm tedavisindeki deneyimlerini aktardığı "Otizmde Tedavi" konularında konferanslar verdiler.

*Dr. Hakan Erman*

## **34. ULUSAL PSİKİYATRİ KONGRESİ**

İzmir Psikiyatri Derneği ve Psikiyatri Derneği tarafından 29 Eylül-3 Ekim 1998 tarihleri arasında Çeşme'de düzenlenen kongrenin ilk günü uluslararası "Dünyada Kültür ve Tanı" uydu sempozyumuna ayrılmıştı. Kongrenin içeriği çok farklı konularından oluşmuştu. Dernek tarafından düzenlenen "Psikiyatride Yeterlilik Kurulları" adlı forum da kongre kapsamında gerçekleştirildi. Üç ayrı salonda konferanslar, paneller ve çalışma grupları ile süren kongre, genel kurul ve ödül töreni ile sona erdi.

Kongre süresince daha önce oluşturulan Psikiyatri Derneği Bilimsel Çalışma Birimleri toplantıları yapıldı. Gelişim Psikopatolojisi bilimsel Çalışma Birimi yaptığı toplantıda Trabzon'da yapılacak kongrede bir panel ve konferans yapılmasına, kongre öncesi yapılacak toplantı ile bu etkinliklerin içeriklerinin belirlenmesine karar verdi. Birimin çalışma raporunun ve toplantının yer ve zamanının koordinatörlük tarafından hazırlanarak daha sonra duyurulacağı bildirildi.

*Dr. Z. Bengi Semerci*

# TOPLANTI - KONGRE

22-25 Şubat 1999 Mualla Öztürk  
Etkinlikleri XII Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite  
Bozukluğu ve Özel Öğrenme Güçlüğü Sempozyumu. A.Ü.Tıp Fakültesi Morfoloji Binası Salonları, ANKARA.

Yazışma Adresi: Doç. Dr. Ayla Aysev A.Ü.T.F.  
Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı 06590 Cebeci-ANKARA.

Tel-Fax: 0.312 362 08 09

Tel: 0.312 362 30 30 / 6677 - 6630 - 6609

28-30 Nisan 1999 IX. Ulusal Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Kongresi, Adana.

İletişim Adresi: Dr. Rasim Soner Diler Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı 01330 ADANA.

Tel: 0.322 338 68 75 - 0.322 337 60 60 / 3246

Fax: 0.322 338 68 75

E-mail: ayseavcı@pamuk.cu.edu.tr

6-7 Mayıs 1999, The Second Congress of Asian Society for Child and Allied Professions. Hotel Lotte, Seoul Shin, Min Sup, ph.D.

E-mail: shinuns@plaza.snv.ac.kr.

Tel: 82 - 2 - 760 - 2450

Fax: 82 - 2 - 763 - 3403

27-29 Mayıs 1999 XXIV Bergama Grup Psiko Sempozyumu Eskulap-Bergama İzmir.

İstanbul Psikoterapi ve Grup Terapileri Derneği

Yazışma Adresi: Uzm. Psk. Aysel Özlü

ÇAPA Millet Cad. 97/4 34300 İSTANBUL

Fax: 0.212 572 95 95 Tel: 0.212 543 65 65/366

E-mail: peykan@türk.net , ruhsinir@türk.net

4-7 Eylül 1999 International Society for Adolescent Psychiatry (I.S.A.P). 5th International Conduct Disorders in Adolescence: Developmental and Psychologic Perspectives. Philippe Gutton-UFR de Psychologie 29. avenue Schuman-13621 AIX-EN-PROVENCE Cedex

Tel, et Fax: 04 42 20 87 73

E-mail phgutton@aixup.univ.aix.fr

15-19 Eylül 1999, Evropeon Society for Child (ESCAP) and Moseoger 10 DK-3230 Grested Denmark. Adslescent Psychiatry 11 th International Congress Hamburg, E.S.C.A.P. 11 th International Congress CCH-Congress Organisation P.O.Box 302480 D-20308 Hamburg/Germany

Fax: ++ 49/40/ 3569 - 2269

Tel: ++49/40n/3569 - 2247

E-mail:escap@cch.de

5-7 Ocak 2000 Association for Child Psychology and Psychiatry 4 th EUROPEAN Conference 2000, London. ACPP, St Saviour's House, 39/41 Union Street, London

Fax: + 44 171 403 7458

E-mail: cjackson@acpp.co.vk.

Ekim 29 - Kasım 3, 2000 The promised child hood Jerusalem 2000 Congress P.O.Box 50006, Tel Aviv 61500, Israel.

Tel: +972 3514 0000

Fax: +972 3514 0077

E-mail: Childhoodkenes.com

28 Ekim - 1 Kasım 2000

10 th Congress (AEP 2000) of the Association of European Psychiatrists Prague 10 th AEP Congress. Att: Msr. Gabriell Bech-Andoron

29 Ekim - 1 Kasım, 2002 15 th

International congress of the Internation Association for Child and Adolescont Psychiatry and Allied Professions New Delhi-India.

Dr. Sqvita Malhotraa Department of Psychiatry Postgraduate Instute of Medical Education and Reserch Chondigarh - 160 012, India

Tel: +91 172 541467 -9

Fax: +91 172 540 401

E-mail: medinot@pgi.chd.nic.in