

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

CİLT: 6 SAYI:1

1999



ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Cilt: 6 Sayı: 1, 1999 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. Füsun Çuhadaroğlu

Doç. Dr. Fatih Ünal

Üyeler

Psk. Doç. Dr. Melda Akçakın

Prof. Dr. Saynur Canat

Arş. Gör. Ebru Çengel

Uzm. Dr. Hakan Erman

Uzm. Dr. Özlem Erman

Psk. Prof. Dr. Ferhunde Öktem

Uzm. Dr. Berna Pehlivantürk

Doç. Dr. Bengi Semerci

Yrd. Doç. Dr. Birsen Sonuvar

Doç. Dr. Şelahattin Şenol

DANIŞMA KURULU

Doç. Dr. Belma Ağaoglu (Kocaeli)

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)

Doç. Dr. Ayla Aysev (Ankara)

Prof. Dr. Ayşen Baykara (İzmir)

Doç. Dr. Meral Berkem (İstanbul)

Doç. Dr. Ayşen Coşkun (Kocaeli)

Doç. Dr. Ümran Tüzün (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. Hafuk 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)

Prof. Dr. Aysel Ekşi (İstanbul)

KAPAK RESMİ

Pannipa NGERN-KORN TAYLAND

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 ilişkiye geçilmesi gerekmektedir. Dergide yer alan yazılarda belirtilen görüşlerden yazarlar sorumludur. Yazılardan kaynak göstererek alıntı yapılabilir.

YAZIŞMA ADRESİ

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

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

Fax: (0.312) 310 00 12 E.Posta: crs@gen.hun.edu.tr

ISSN: 1301-3904

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi Tübitak Tıp Dizinine alınmıştır.

Dr. K. K. K.

İÇİNDEKİLER

Önyazı	1
B. Gökler	
Ergenlerde Depresif Bozuklukların Yaygınlığı ve Depresif Bozukluğu Olan Ergenlerin Özellikleri	3
T. Demir, D. Demir, L. Kayaalp, B. Büyükkal	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Gençlerde Komorbidite: Yaş ve Cinsiyet Farklılıkları	12
Ö. Erman, A. Turgay, B. Öncü, V. Urdarivic	
Eşler Arası Çatışma ve Boşanmanın Çocuklar Üzerindeki Etkileri I: Davranış ve Uyum Problemleri	19
D. Şirvanlı	
Risperidon: Çocuk ve Gençlerdeki Etkinliği ve Yan Etkileri	30
E. Çengel	
Çocuklarda Ölüm Kavramının Gelişimi ve İntihar Girişimleri	41
G. Erden	
Anksiyeteye Yeni Bakışlar	52
N. Erol, Ö. Öner	
Görüşler	61
Kongre Bildirisi	
Yeni Yayınlardan Özetler	62
Haberler/Toplantı - Kongre	67
Yazım Kuralları	71

*Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisinin Abone Kayıtları Konusunda Sağladığı
Destek İçin Eczacıbaşı İlaç Pazarlama A.Ş.'ne teşekkür ederiz.
Dağıtım Dergimiz Tarafından Yapılacaktır.*

TÜRKİYE SINIR VE RUH SAĞLIĞI DERNEĞİ

Prof. Dr. MUALLA ÖZTÜRK ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ÖDÜLÜ 2000

1. 1990'dan beri her yıl çocuk ruh sağlığı alanında en başarılı çalışmaya verilmekte olan "Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Ödülü 2000" için aşağıdaki koşullar belirlenmiştir.
2. 2000 ödülü olarak 200.000.000 TL. ve ödül belgesi verilecektir.
3. **Çalışma:**
 - a. Yayınlanmamış ya da 1998 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 1999 tarihine kadar aşağıda bildirilen adrese postalanmış ya da elden verilmiş olmalıdır.
 - d. Çalışmalar, aşağıda belirlenen seçici kurul tarafından değerlendirilecek ve ödül 2000 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. Yankı Yazgan
Dr. Birsen Sonuvar

Başvuru Adresi

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

ÖNYAZI

Ülkemizde çocuk ve ergenlerin daha sağlıklı, daha nitelikli ve güvenli koşullar altında yetiştirilmesine ilişkin kurumsal bağlamda yapılan iyileştirme çabalarının ve çağdaş düzenlemelerin açıkça gözlenebildiği kurumlardan birisi Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'dur. Bu kurum örselenmiş ya da ihmal edilmiş durumda olan, anne baba yoksunluğu yaşayan, erken yaşta zor çalışma koşulları altında ezilen, sokakta yaşamaya, "her türlü sosyal tehlikelere ve kötü alışkanlıklara karşı savunmasız bırakılan" pek çok çocuk ve gencin korunması, gözetilmesi, bakımı, eğitimi, yetiştirilmesi ve yaşama hazırlanması konusunda yükümlülükler üstlenmiş olan bir kurumdur.

"Koruyucu Aile Sistemi" projesi, yetiştirme yurtlarından onsekiz yaşını doldurarak ayrılan, işe yerleştirilen ya da yerleştirilmek üzere sırada bekleyen, ailesi olmayan gençlere yönelik "Gençlik Evleri" projesi, "Gençlerin Yetiştirme Yurtlarında Yönetime Katılması" projesi ve son olarak da üniversiteler, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü arasında, "Koruma Altında Olup Sağaltıma Gerek Sinim Duyan Çocukların ve Gençlerin Ruhsal Sağaltımına Yönelik İşbirliği Protokolü" ve yine bu protokol çerçevesinde yetiştirme yurdu ve çocuk yuvası bulunan illerde görevli meslek elemanlarını içeren hizmet içi eğitim programlarının oluşturulması ile kurumun sorumluluğu altında olan çocuk ve gençlerin kendilerine güvenli, toplumsal donanım ve katılımları yüksek, sağlıklı bireyler olarak gelişmeleri, bireysel ve toplumsal hak ve sorumlulukları konusunda bilinçlendirilmeleri hedef alınmaktadır. Ancak kurum içinde belirlenen hedefler ve bu hedefler doğrultusunda emek verilerek oluşturulan projelerin zaman zaman ertelenmesi ya da durdurulması söz konusu olabilmektedir. Çünkü, devlet yönetimi ile ilgili politikaların değişiminden en çok etkilenen kurumlardan birisi Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'dur. Bu kurum, Türkiye'de yaşanan sosyo-politik dalgalanmalar, çağın gerisinde kalan yönetim biçimleri, çelişen değer yargılarının devletin ve kurumların işleyişine yansımaları sonucu inişli-çıkışlı bir gelişim çizgisi göstermek durumunda kalmıştır. Fakat özellikle son yıllarda, çocuk ve gençlerin bakım ve yetiştirilmelerine yönelik olumlu ve tutarlı, çağdaş gelişmeler doğrultusunda ülkemiz koşullarına uygun düzenlemeler getirmeye çalışan bir kurum olma niteliği taşıma yolundadır. Ancak ne yazık ki, Türkiye'deki değer sistemlerinin alt üst olmasıyla birlikte, devlet kurumlarının da çökertilmeye çalışılması süreci içinde örselenen; olumlu, işlevsel yanları görmezden gelinen, özellikle iletişim aygıtları yoluyla çarpıtılmış, abartılı ve haksız bir yargılama çarkında öğütölmeye çalışılan kurumların içinde yine bu kurum da yer almaktadır.

Ülkemizdeki zorlayıcı sosyo-politik süreç içinde hızla gelişen bir toplumsal özellik olan, gelişmeleri olumsuz, yıkıcı elıştırilerle yoketme ya da ketleme yatkınlığının önünde durulmalıdır. Çünkü, bireyler kadar kurumlar da gelişir ve olgunlaşırken, olumlu yönde desteklenme ve güdülenme gereksinimi gösterirler. Çocuk ve ergen ruh sağlığı işlev alanına birçok yönüyle giren Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun giderek gelişen kurum içi işleyişini ve özellikle çocuk ve ergen psikiyatrisi ile olan bu bilinçli işbirliği yönelimi desteklemek, ülkemizde çocuk ve gençleri içeren politikalar açısından çok yararlı ve katkı sağlayıcı olacaktır.

Prof. Dr. Bahar Gökler

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Ö D Ü L Ü

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

SEÇİCİ KURUL :

Prof. Dr. Cahide Aydın

Prof. Dr. Bahar Gökler

Prof. Dr. Saynur Canat

Psk. Doç. Dr. Ferhunde Oktem

Doç. Dr. Fusun Çuhadaroğlu

Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın

ERGENLERDE DEPRESİF BOZUKLUKLARIN YAYGINLIĞI VE DEPRESİF BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERİN ÖZELLİKLERİ

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

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada lise öğrencisi ergenler arasında depresif bozukluğu olanların belirlenmesi ve bu ergenleri diğerlerinden ayırt eden özelliklerin araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** İstanbul Bakırköy'deki dört lisenin birinci sınıf öğrencilerine (n=955) Çocuk Depresyon Ölçeği verilmiş ve kesme puanı üzerinde puan alan öğrencilerle DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu kullanılarak tanısal görüşme yapılmıştır. Kontrol grubu öğrencileri, tanısal görüşme sonrasında tanı alan öğrencilerle aynı sınıftan ve cinsiyetten öğrencilerden oluşturulmuştur. Her iki gruptaki öğrenciler için tarafımızdan hazırlanan genel bilgi formu doldurulmuştur. **Sonuç:** 28 ergen majör depresif bozukluk, 12 ergen distimik bozukluk tanısı almıştır. Herhangi bir depresif bozukluğu olan ergenlerin oranı %4.3 olarak belirlenmiştir. Olgu ve kontrol grupları arasında aile içinde sık eleştirilme ve suçlanma; aile içinde şiddetin varlığı; kendine zarar verici davranışlarda bulunma; evden kaçma öyküsünün bulunması gibi değişkenler bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. **Tartışma:** Kliniğe başvurmamış genel nüfustan ergenlerde depresif bozuklukların birtakım çevresel etmenlerle ilintili olduğu görülmektedir. Bu etmenlerin belirlenmesi hem bozukluğun tanınmasına ve önlenmesine hem de tedavi yaklaşımlarına yardımcı olabilecektir.

Anahtar sözcükler: Ergenler, depresif bozukluklar, yaygınlık.

SUMMARY: THE PREVALANCE OF DEPRESSIVE DISORDERS AMONG ADOLESCENTS AND THE CHARACTERISTICS OF ADOLESCENT WITH DEPRESSIVE DISORDER

Objective: In this study we aimed to detect cases of depressive disorders among adolescent students and scrutinize the peculiarities that separate these students from others. **Method:** Child Depression Inventory was administered to the ninth graders of four high schools in İstanbul, Bakırköy (n=955) and the students who scored equal to or above the cutoff point were interviewed using Structured Clinical interview for DSM-III-R. Control group consisted of classmates of depressive adolescents from the same sex. For each student a quite detailed questionnaire prepared by the investigators was filled. **Results:** Twenty eight adolescents had major depressive disorder and another 12 had dysthymic disorder. Adolescents with any kind of depressive disorder constituted 4.3% of total number. Statistically significant differences were found between two groups with regard to discrepancies in the family, being criticized and accused by parents, physical violence in the family, running away non-clinic population seems to be related certain environmental factors. Recognition of these factors can help detection and prevention of depressive disorders as well as their treatments.

Key Words: Adolescent, depressive disorders, prevalence.

GİRİŞ

Ergenlik döneminde ortaya çıkan depresyonun incelenmesi, hem bu dönemde önemli yaşamsal tercihlerin yapılması, hem de ergenlikteki depresyonun daha sonraki yaşam dönemlerinde de ciddi etkileri olması nedeniyle önemlidir (Lewinsohn ve ark. 1993). Ergenlerde depresyonla ilgili çalışmalar ağırlıklı olarak klinik örneklemelerle yürütülmüş, alan çalışmaları ise özellikle

yaygınlık konusunda yoğunlaşmıştır. Klinik olmayan örneklemelerdeki depresif bozukluklar hakkındaki bilgiler sınırlıdır (Connelly ve ark. 1993).

Ergenliğin fırtınalı ve çalkantılı bir dönem olduğu yolundaki genel kanı, bir dönem boyunca, depresyon da dahil olmak üzere bir takım güçlüklerin olağan gelişim sürecinin bir parçası kabul edilmesine yol açmıştır. Ancak daha sonraları, ergenlikte ortaya çıkan ruhsal sorunların erişkinlikte ciddi ruhsal bozukluklar biçiminde

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

** Doç. Dr., Cerrahpaşa Tıp Fak., Psikiyatri Anabilim Dalı.

sürdüğü gösterilmiştir. Böylelikle ergenlik dönemindeki depresyonun bu döneme özgü güçlüklerden birisi olarak değil, şimdiki ve geleceği etkileyebilecek önemli bir ruh sağlığı sorunu olarak görülmesi gerektiği anlaşılmıştır (Kutcher ve Marton 1989).

Çocuk ve ergenlerde depresyon erişkinlerle aynı ölçütler kullanılarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte depresif belirtilerin dışavurumunda gelişimsel farklılıkların olabileceği düşünülmektedir. Ergenlerde depresif bozuklukların yaygınlığını araştıran çalışmaların çoğu öz bildirime dayalı ölçeklerle yapılmıştır. Yapılandırılmış formlar kullanılarak yapılan çalışmalarda öz bildirime dayalı ölçeklerle olduğundan daha düşük oranda tanı konmuştur. Öte yandan klinik muayene ile, yapılandırılmış görüşmelerle olduğundan daha az tanı konmaktadır. Sistematik tanısal ölçütlerin kullanılmasının ergenlerde depresif bozukluk tanımlarını iki ila dört kat artırdığı bildirilmektedir (Kutcher ve Marton 1989).

Depresif bozukluğu olan ergenlerin ayırt edici özelliklerini belirlemeye yönelik çalışmalar, özellikle alan çalışması söz konusu olduğunda oldukça azdır. Depresif bozukluklarla bağlantıları en sık araştırılmış olan değişkenler yaş, ırk, cinsiyet, anabadağı psikopatoloji, benlik saygısı, aile içi etkileşim, travmatik yaşam olayları ve sosyoekonomik durumdur (Garrison ve ark. 1992).

Bu çalışma hem ergenlerde depresif bozulğun yaygınlığını belirlemeyi hem de tanı alan ergenlerin sosyodemografik, ailesel, kişisel özellikler bakımından ayırt edici özelliklerini saptamayı, depresif bozukluğu olan ergenlerin bir profilini çıkarmayı amaçlamaktadır.

YÖNTEM

Çalışmada kullanılan araçlar şunlardır:

Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği: (Children's Depression Inventory) (ÇDÖ): Kovacs (1981, 1985) tarafından geliştirilen bu ölçek 6-17 yaş arasındaki çocuk ve ergenlere uygulanabilmektedir. Ölçek 27 maddeden oluşmaktadır. Her maddede üç ifade vardır. Bu ifadeler sorgula-

nan belirtinin varlığına ve şiddetine göre 0, 1 ya da 2 olarak puanlanır. Ölçek puanı 0-54 arasında olabilir, kesme puanı olarak 19 önerilmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmıştır.

DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu- Sağlıklı Kişi (Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Non-Patient) (SCID-I-NP): ÇDÖ'de kesme puanının üzerinde puan alan ergenlerle tanısal görüşme yapmak için Spitzer, Williams ve Gibbon (1987) tarafından geliştirilen yapılandırılmış görüşme formu kullanıldı. Formun Türkçe versiyonu Sorias ve arkadaşları (1990) tarafından hazırlanmıştır. SCID formu DSM-III-R ölçütlerini esas aldığı için konan tanımlar DSM-IV'e uygunlukları açısından denetlenmiştir.

Genel Bilgi Formu: Araştırmacılarca hazırlanan bu formda sosyodemografik bilgiler, aile içi etkileşim, okulla ilişki, önemli yaşam olayları, travmatik yaşantılar, ergenin ve ailesinin fiziksel sağlığı, alışkanlıklar, patolojik davranışlar hakkında sorular bulunmaktadır.

Çalışma için İstanbul Milli Eğitim Müdürlüğü'nün, ilgili okulların yönetimlerinin ve öğrencilerin onayı alınmıştır. İstanbul ili Bakırköy ilçesinde Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı liselerden küme örnekleme yoluyla seçilen ikisi özel ikisi devlet okulu statüsündeki dört lisenin birinci sınıf öğrencilerine ÇDÖ verilmiş (n=955), ölçeği doğru biçimde dolduranlar arasından (n=939) kesme puanı olan 19 ve üzerinde puan alanlar belirlenmiştir (n=91). Bu öğrencilerle SCID kullanılarak tanısal görüşme yapılmıştır. Kontrol grubu, tanı alan öğrencilerin her biri için aynı sınıftan ve cinsiyetten kesme puanı altında puan almış öğrencilerden oluşmaktadır. Genel bilgi formları görüşme yapılan tüm öğrenciler için, soruların araştırmacılar tarafından sorulması ve gerektiğinde başka sorular eklenecek hedeflenen bilgiye ulaşılması yoluyla doldurulmuştur. Araştırmanın yapıldığı okul ve sınıflardaki toplam öğrenci sayısı 1018 olup ölçeklerin doldurulması sırasında hastalık, devamsızlık ya da başka nedenlerle sınıfta bulunamayan 63 öğrenci, okul kayıtlarından elde edilen bilgilere göre, sosyodemografik bakımdan diğer öğrencilerden farklı değildir. Ancak bu öğrenciler ara-

sında erkek öğrencilerin oranı (%63) genel örnekleme göre daha yüksektir.

İstatistiksel değerlendirmeler "SPSS for Windows" paket programıyla IBM uyumlu bilgisayarda yapıldı. Nicel verilerin değerlendirilmesinde t testi kullanıldı, gerektiğinde sonuçlar Mann-Whitney U testiyle de doğrulandı. Nitel verilerin değerlendirilmesinde ise ki kare yöntemi kullanıldı, gerektiğinde Fisher tam olasılık testi uygulandı. Sonuçlar $p \leq 0.05$ düzeyinde anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Örneklemdaki öğrencilerin 651'i (%68) devlet okullarında, 304'ü (%32) özel okullarda okumaktadır. Öğrencilerin 533'ü kız (%55.8), 422'si (%44.2) erkektir. Çalışmaya alınan ergenlerin 28'ine majör depresyon 12'sine distimik bozukluk tanısı konulmuştur. Majör depresyon grubunda 22 kız 6 erkek, distimik grubunda 9 kız 3 erkek vardır. Böylelikle herhangi bir depresif bozukluğu olan ergenlerin oranı %4.3 olarak belirlenmiştir. Majör depresif bozukluğun yaygınlığı %3, distimik bozukluğun yaygınlığı ise %1.3'tür.

Olgu ve kontrol grubundaki öğrenciler yaş, anne yaşı ve baba yaşı bakımından farklı değildi. Ancak, depresif bozukluklu ergenlerin annelerinin yaşı kontrollerine göre daha büyük ol-

ma eğilimindeydi. İki grup, aylık toplam aile geliri ve haftalık harçlık miktarı bakımından farklı değildi. Annelerin ve babaların eğitim durumları benzerdi. Olgu grubundaki öğrencilerin kardeş sayısının kontrol grubuna göre anlamlılığa yakın düzeyde daha fazla olduğu belirlendi (Tablo 1).

Tek erkek çocuk ya da tek kız çocuk olma bakımından gruplar farklı değildi. Sosyo-ekonomik düzeyler arasında da farklılık yoktu. Annelerin çalışıp çalışmadığı ya da baba mesleği açısından da gruplar arasında farklılık bulunmadı.

Aile üyelerinin birbirlerine fiziksel şiddet uygulaması ve anababa arasında geçimsizlik olgu grubunda belirgin olarak daha fazlaydı. Aile üyeleri tarafından sevilmediğini düşünen ve aile üyelerinden hiçbirisini kendisine yakın hissetmeyen öğrencilerin oranı olgu grubunda anlamlı biçimde daha yüksekti. Depresif bozukluğu olan ergenler daha yüksek oranda diğer aile üyeleri tarafından eleştirildiklerini ve suçlandıklarını bildirdiler. Ergenin çalışmayı okumayla birlikte sürdürmek, kendinden küçük kardeşinin ya da bakıma muhtaç anababanın bakımını üstlenmek gibi ağır sorumluluklar alması durumu olgu grubunda daha sık görülüyordu, ancak istatistiksel farklılık saptanmadı. İki grup aile üyelerindeki suçluluk oranı bakımından farklılık göstermiyordu. Birlikte oturulan aile üyeleri arasında aile işlevselliğini etkileyecek düzeyde

Tablo 1: Sosyodemografik Özellikler

	Olgular (SS)	Kontroller (SS)	t değeri	p değeri
Yaş (Yıl)	15.7±0.8	15.5±0.7	1.33	0.19 ^{AD}
Anne Yaşı (Yıl)	40.4±4	38.5±4	1.92	0.052 ^{AD}
Baba Yaşı (Yıl)	44.6±6.2	42.6±4.7	1.56	0.12 ^{AD}
Gelir (Milyon TL)	25.3±16.6	34.8±97.2	-0.56	0.57 ^{AD}
Haftalık Harçlık (Bin TL)	340±190	320±240	0.41	0.68 ^{AD}
Anne Eğitimi (Yıl)	6.9±3.7	7±2.9	-0.13	0.89 ^{AD}
Baba Eğitimi (Yıl)	8±4	7.9±3.4	0.24	0.8 ^{AD}
Kardeş Sayısı	3.2±1.3	2.7±1	1.97	0.053 ^{AD}

SS: Standart Sapma AD: Anlamlı Değil

alkol kullanımı olgu grubunda daha fazla görü-
lüyordu. (Tablo 2)

rak değerlendirilmiştir. Olgu grubunda yaşamı-
nın herhangi bir döneminde cinsel tacize uğra-

Tablo 2: Aile İçi Etkileşim

	Olgular (%)	Kontroller (%)	χ^2	p değeri
Ailede Suçlanma ve Eleştirilme	47.5	20	6.8	0.0009**
Ailede Fiziksel Şiddet	37.5	2.5	15.3	0.00009***
Ailede Geçimsizlik	15	4	8.35	0.0038**
Sevilmediğini Düşünme	25	2.5	8.5	0.0035**
Yakın Kişinin Olmaması	30	10	5	0.025*
Ağır Sorumluluk	25	10	3.1	0.077 ^{AD}
Ailede Suçluluk	10	2.5	1.92	0.16 ^{AD+}
Ailede Alkol Kullanımı	32.5	7.5	7.8	0.0052**

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.0001 AD: Anlamli Değil + Fisher tam olasılık testi

Önemli yaşam olayları ve travmatik yaşantılar açısından bakıldığında; ergenin eski çevresiyle bağlarının kopmasına yol açan son iki yıl içindeki göçler, taşınmalar ya da okul değişiklikleri iki grupta birbirine yakın oranlarda bulunmuştur. Son yıl içinde ailesinden ya da yakın arkadaşla-

muş olma öyküsü daha yüksek olmakla birlikte farklılık anlamlı bulunmamıştır; ancak fiziksel taciz öyküsü olgu grubunda anlamlı biçimde daha yüksektir. Tatiller, kurslar gibi nedenler dışında zorunlu olarak aileden bir aydan daha uzun süreyle ayrı yaşamak zorunda kalma öyküsü ise farklılık göstermemektedir (Tablo 3).

Tablo 3: Önemli Yaşam Olayları ve Travmatik Yaşantılar

	Olgular (%)	Kontroller (%)	χ^2	p değeri
Göç ya da Taşınma	27.5	27.5	0	1 ^{AD}
Okul Değişikliği	32.5	25	0.55	0.46 ^{AD}
Kayıp	25	17.5	0.67	0.41 ^{AD}
Kaza, Yangın vb	17.5	17.5	0	1 ^{AD}
Fiziksel Taciz	25	7.5	4.36	0.036*
Cinsel Taciz	15	2.5	3.75	0.086 ^{+AD}
Aileden Ayrı Kalma	17.5	10	0.95	0.33 ^{AD}

*p<0.05 AD: Anlamli Değil + Fisher tam olasılık testi

rından birisini ölüm ya da sürekli ayrılık nede-
niyle yitirenler iki grupta benzer oranlardadır.
Önemli bir kaza geçirme ya da yangın, deprem,
sel gibi bir felakete maruz kalma oranı her iki
grupta eşittir. Ergenin kendisini rahatsız eden
cinsel yaklaşımlara maruz kalması cinsel taciz;
fiziksel şiddete maruz kalması fiziksel taciz ola-

Okula isteksizlik olgu grubunda kontrollerden
belirgin biçimde fazla görülmektedir. Sınıfta
kalma öyküsü olgularda biraz daha fazla ol-
makla birlikte farklılık anlamlı değildir. Olgu
grubundaki ergenler aile üyelerinde daha fazla
kronik fiziksel sağlık sorunu bildirmekteydi.
Depresif bozukluğu olan ergenler kontrollere

göre daha fazla kendine zarar verme davranışı (kesici aletlerle kollarını çizmek, başını duvara vurmak, intihar girişimleri vb) sergilemekteydi. Başkalarına fiziksel olarak zarar verme davranışı bakımından iki grup farklı bulunmadı. Olgu grubundaki ergenlerden en az bir kez evden kaçtığını bildirenler 6 kişiydi, kontrol grubundaki öğrencilerde evden kaçma öyküsü yoktu. Olgu grubundan dört ergen uygun ortam bulunca alkol kullandığını bildirdi. Ayrıca olgu grubundaki ergenlerin 12'si kontrol grubundaki ergenlerin beşi uygun ortam bulunca sigara kullandığını bildirdi, bu farklılık istatistiksel anlamlılık düzeyine yakındı (Tablo 4).

(Akiskal ve Weller 1989, Fleming ve ark. 1989, Kutcher ve Marton 1989). Bu farklı sonuçlar genellikle kullanılan gerece, örneklem seçimine ve yöntemdeki farklılıklara bağlanmıştır (Connelly ve ark. 1993, Moreau 1990). Yüksek oranların elde edildiği çalışmalar daha çok öz bildirime dayalı ölçekler aracılığıyla yapılmış olanlardır. Bu oranlar, yapılandırılmış tanınal görüşme formları kullanıldığında dramatik biçimde, örneğin %50'lerden %2.9'a düşebilmektedir. Yapılandırılmış formlarla yapılan çalışmalara göre yaygınlık %3.7-8.7 gibi daha dar bir aralıkta yer almaktadır (Fleming ve ark. 1989, Lewinsohn ve ark. 1993). Çalışmamızda elde edilen sonuç,

Tablo 4: Okulla İlişki, Sağlık Durumu, Davranış ve Alışkanlıklar

	Olgular (%)	Kontroller (%)	X ²	p değeri
Okula isteksizlik	47.5	12.5	11.7	0.0006**
Sınıfta Kalma	22.5	15	0.73	0.39 ^{AD}
Ailede Sağlık Sorunu	32.5	10	6.05	0.014*
Ergende Sağlık Sorunu	15	2.5	3.9	0.11 ^{+AD}
Epilepsi	0	2.5	1.01	1 ^{+AD}
Kendine Zarar Verme	37.5	0	15.5	0.00008**
Başka Birine Zarar Verme	7.5	0	3.1	0.24 ^{+AD}
Evden Kaçma	15	0	6.48	0.025 **
Sigara Kullanma	30	12.5	3.6	0.056 ^{AD}
Alkol Kullanma	10	0	4.2	0.12 ^{+AD}

*p<0.05 **p<0.001 AD: Anlamlı Değil +Fisher tam olasılık testi.

TARTIŞMA

Bulgularımıza göre depresif bozuklukların yaygınlığı %4.3'tür. Majör depresif bozukluk için bu oran %3, distimik bozukluk içinse %1.3 olarak bulunmuştur. Literatüre bakıldığında ergen nüfusta yaygınlığı belirlemeye yönelik çalışmaların çoğunun yalnızca öz bildirime dayalı ölçekler aracılığıyla yapıldığı görülmektedir, öte yandan klinik olmayan örneklemde öz bildirime dayalı ölçeklerle yapılan çalışmalarda abartılı sonuçlar elde edildiği bilinmektedir (Connelly ve ark. 1993, Fleming ve ark. 1989). Klinik örneklemde %5'ten %59'a dek değişen sonuçlar bildirilirken, öğrencilerle yapılan çalışmalarda %0.4'ten %50'lere varan oranlar elde edilmiştir

benzer desendeki çalışmalarda bildirilenlerle uyumludur. Çalışmada kullanılan ölçeğin Türkçe biçiminin geçerlilik-güvenirlilik çalışmasının (Öy 1991) 9-13 yaş grubu için yapıldığı bulgular değerlendirilirken akılda tutulmalıdır. Ayrıca söz konusu çalışmada klinik değerlendirmeye alınan 59 öğrenciden 10'unda depresyon saptanmış, bunların dördünde ölçek puanı kesme puanının altında kalmıştır. Ölçeğin bu yalancı negatif sonuç verme oranı da bulgular değerlendirilirken hesaba katılmalıdır. Kesme puanı altında puan aldığı halde depresif bozukluğu olan öğrenciler bulunabilir. Bu nedenle, elde edilen yaygınlık oranlarının gerçek oranların bir miktar altında olması muhtemeldir.

Araştırmada belirlenen olguların dörtte üçünden fazlası kızdır. 12 yaş civarına dek kızlarla erkekler arasında depresyon prevalansı yönünden fark olmadığı, bu yaştan sonra kızlarda giderek artan oranda daha fazla depresyon görüldüğü kabul edilmektedir (Petersen ve ark. 1993). Kashani ve arkadaşları klinik olmayan örneklemede 14-16 yaşlarındaki öğrencilerle yaptıkları bir çalışmada kızlarda erkeklerden 5 kat daha fazla majör depresyon bildirmişlerdir (Kashani ve ark. 1987). Lewinsohn ve arkadaşlarının 1500'den fazla lise öğrencisiyle yaptıkları çalışmada depresif bozukluk oranı kızlarda erkeklerin iki katıdır (Lewinsohn ve ark. 1993). Cinsiyete ilişkin rollerin kızlar için daha az etkili başa çıkma mekanizmalarına olanak tanınması; kızların bu dönemde erkeklere oranla daha fazla güçlükle karşılaşması; kızların puberteye erkeklerden daha önce girmesi bu farklılığı açıklamak için öne sürülen varsayımlardan bazılarıdır (Petersen ve ark. 1993). Bir çalışmada erkek ergenlerin öz bildirime dayalı ölçeklerde bildirilen belirtiler açısından kızlardan pek farklı olmadıkları, ama yüz yüze görüşmede kızlardan daha az belirti bildirdikleri belirlenmiştir (Jolly ve ark. 1994). Araştırmacılar bu durumun erkeklerin öznel güçlüklerini, ölçeklerde daha kolay ifade edebilmelerine karşın bunları yüz yüze görüşmede bildirmeye zorlanmalarından; kızların ise ölçekte bildirdikleri belirtileri klinik görüşmede de ifade edebilmelerinden kaynaklanabileceğini öne sürmüşlerdir. Bizim araştırmamızda da kesme puanı üzerinde puan alanlar arasında erkeklerin oranı %30 iken, tanısal görüşmeler sonrasında bu oran %17.5'e düşmüştür.

Olgu ve kontrol grubundaki öğrencilerin sosyodemografik özellikler bakımından farklı olmadığı görülmektedir. Her iki gruptaki öğrencilerin aynı okul, sınıf ve cinsiyetten seçilmiş olması bu durumu kısmen açıklamaktadır. Birçok çalışmada kardeş sayısının, doğum sırasının, sosyoekonomik durumun, anababanın eğitim durumunun ergenlerdeki depresyonla bir ilişkisi gösterilmemiştir (Akiskal ve Weller 1989, Mc Cauley ve ark. 1993). Petersen ve arkadaşları (1993) ekonomik güçlükle depresyon arasında bağıntı olabileceğini öne sürmüşler; Garrison ve arkadaşları (1992) ise yalnızca distimi ile yüksek sosyo-

ekonomik düzey arasında bir ilişki bulduklarını ve bu grupta distiminin daha az görüldüğünü bildirmişlerdir. 14-16 yaş grubuyla yapılan bir çalışmada depresyon da dahil olmak üzere hiçbir psikiyatrik bozukluğun sosyoekonomik düzeyle ilişkili olmadığı bulunmuştur (Kashani ve ark. 1987). Geniş bir yaş aralığında (4-16) yapılan başka bir çalışmada ise düşük sosyoekonomik düzeyin depresif bozukluklarla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Bird ve ark. 1989). Çuhadaroğlu ve Sonuvar (1992) ergenlerde, Aydın ve Doğan (1988) prepubertal çocuklarda düşük sosyoekonomik düzeyle depresyonun ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Anababanın eğitiminin yalnızca depresyonun başlama yaşı ile ilintili olduğu ve anababanın eğitim düzeyinin düşük olmasının depresif bozukluğun daha erken yaşta ortaya çıkmasıyla bağlantılı bulunduğu bildirilmektedir (Lewinsohn ve ark. 1994).

Ergenin ailesiyle ilişkisi ve etkileşimi ile ilgili değişkenler iki gruba en iyi ayıran değişkenlerdendir. Daha önceki çalışmalarda ailede geçimsizlik ve boşanma, anababıyla iletişimin bozuk olması, aile üyelerince eleştirilip suçlanma, sağlam bir emosyonel bağın olmayışı gibi etmenlere değinilmiştir (Harrington 1994, Cytryn ve Mc Knew 1978, Kandel ve Davies 1982, Goodyer ve ark. 1985). Marton ve Maharaj (1993) emosyonel bağın yetersizliğinin hem kendi başına, hem de ergenin stresli yaşam olaylarıyla başa çıkmasında yarattığı güçlükler nedeniyle önemli olduğuna değinmekte; depresif ergenlerin anababalarıyla daha çok çatışma yaşadıklarını, onlardan daha az destek aldıklarını belirtmektedirler. Robertson ve Simons'a (1989) göre ergenlerin anababaları tarafından reddedildikleri biçimindeki algıları benlik saygısını düşürerek depresyonu artırmaktadır. Petersen ve arkadaşları (1993) anababa-çocuk ilişkisinin bozuk olmasının, aile dayanışmasının düşük düzeyde oluşunun, anababanın geçimsizliğinin önemini vurgulamaktadırlar. Bu bakımdan gerek genel olarak aile içi etkileşimle ilgili bulgularımız gerekse olgu grubundaki ergenlerin ailelerince sevilmediklerini ve onlardan saygı görmediklerini ifade etmeleri literatürle uyumlu bir bulgudur (Cytryn ve Mc Knew 1978, Petersen ve ark. 1993, Marton ve Maharaj 1993).

Önemli yaşam olayları ve travmatik yaşantılar bazı yazarlar tarafından depresyonla ilişkili

bulunmuştur. Bunlar arasında en önemlisi anababadan birisinin ölümü ya da boşanma vb. nedenlerle uzakta oluşudur. Marton ve Maharaj (1993) literatürü gözden geçirerek şu sonuca varmışlardır: uzun bir süre boyunca depresyon kayba karşı bir reaksiyon gibi kavranmışsa da anababadan birisinin ölümünün doğrudan doğruya depresyon riskini arttırmadığına ilişkin geniş bir veri yığını vardır. Aile etkilişimi ve önceki uyum yeteneği kayıp öyküsünden daha önemli görünmektedir (Marton ve Maharaj 1993). Bizim çalışmamızda kayıp öyküsü anababayla sınırlı olarak alınmamış aileden birisinin ya da aynı evde oturdukları bir yakınının kaybı araştırılmıştır. İki grup bu bakımdan farklı bulunmamıştır. Göç ve okul değişiklikleri iki grupta benzer oranlarda bulunmuştur. Her iki grupta oranların yüksek oluşu, Türkiye'de genel olarak göç olayının fazla olmasıyla ilintili olabilir. Fiziksel tacize maruz kalma olgu grubunda daha fazladır. Cinsel tacize uğramış olma bakımından gruplar arasında fark bulunmamıştır. Cinsel ve/veya fiziksel tacizin depresyonla ilişkisinden söz eden yazarlar olmakla birlikte, araştırma sonuçları çelişik bulgular vermektedir (Harrington 1994). Tek tek olumsuz yaşam olaylarının özgül katkılarını araştıran çalışmalar azdır. Çoğu çalışmada olumsuz yaşam olayları tek tek incelenmemiş, birçokları bir arada sorulup genel olarak olumsuz yaşam olaylarının etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Goodyer ve ark. 1993, Harrington 1994, Marton ve Maharaj 1993, Garrison ve ark. 1992).

Okulla ilişkileri açısından değerlendirildiklerinde olgu grubundaki ergenler, kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla okula karşı isteksizlik bildirmişlerdir. Literatürde de, depresif ergenlerin normal kontrollere göre arkadaşlık ilişkilerinde daha çok güçlük yaşadıkları ve daha fazla okula isteksizlik gösterdikleri bildirilmektedir (Petersen ve ark. 1993).

Ergende ve/veya ailesinde fiziksel hastalığın varlığının da depresyonla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (Marton ve Maharaj 1993, Mc Culey ve ark. 1991). Bunun, anababanın fiziksel hastalık nedeniyle çocuklarıyla daha az ilgilenmesi, çocuğun da daha fazla sorumluluk üstlen-

mesiyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ailede fiziksel hastalığı olanlar olgu grubumuzda istatistiksel olarak anlamlı biçimde fazlaydı. Ancak ergenin kendisinde fiziksel hastalık olması bakımından iki grup arasındaki fark istatistiksel anlamlılığa erişmiyordu. Olgu grubundaki ergenlerde kendine zarar verme davranışları anlamlı olarak daha yüksek oranda görülmektedir. Başkalarına zarar verme davranışı bakımından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu sonuçlar literatür bilgileriyle uyumludur (Hollis 1996, Rao ve ark. 1993, Brent ve ark. 1993, Borst ve Noam 1993).

Alkol ve sigara kullanımı olgu grubunda daha fazla olmakla birlikte iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak önemli değildi. Literatürde depresif bozukluğu olan ergenlerde alkol ve madde kullanımının daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Botvin ve Botvin 1992, Covey ve Tam 1990, Harford ve Mills 1978). Bir çalışmada ergenlerde sigara kullanımı depresyonla ilişkili bulunmuş, ancak başka psikiyatrik bozuklukların komorbid olarak bulunduğu olgular dışlandığında arada anlamlı ilişki kalmadığına dikkat çekilmiştir (Brown ve ark. 1996).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Depresif bozukluğu olan ergenleri en iyi ayırte-den değişkenlere bakıldığında cinsiyetin, anababa arasında boşanma girişimlerine ya da boşanmaya varan geçimsizliğin, ergenin ailesi tarafından suçlanmasının ya da öyle hissetmesinin, aile içinde fiziksel şiddetin varlığının önemi dikkat çekmektedir. Depresif bozukluklu ergenler kontrollere göre daha çok kendine zarar verici davranış sergilemektedirler. Aile içinde yeterince sevilmediklerini ve saygı görmediklerini düşünmektedirler. Okula isteksizlikleri kontrol grubundaki ergenlere göre anlamlı derecede yüksektir. Ailelerinde kendilerine yakın hissettikleri hiç kimsenin olmadığını kontrol grubundakilere göre daha sık ifade etmektedirler. Ayrıca, aile üyelerinde kronik fiziksel hastalık bulunması olasılığı da kontrol grubundaki yaşlılarına göre daha yüksektir.

Bu sonuçlar klinik olmayan örneklemdaki depresif bozukluklu ergenlerin özellikleri konusun-

da bir fikir vermektedir. Ortaya çıkan sonuçlar hem depresyonun tanınması ve önlenmesinde hem de tedavi yaklaşımlarında yol gösterici olabilir. Ergen nüfus içinde daha fazla risk altında olanların belirlenmesinde burada ortaya çıkan profilden yararlanılabilir. Bu profil ergenlerde depresyonla ilgili olarak koruyucu hekimlik alanında yapılması gerekenler hakkında da fikir vermektedir. Risk altında olan ergenler başta olmak üzere bu topluluğa yardım ve destek olanaklarını tanıtmak ve bu amaçla aile ve okul yönetimi ile işbirliği yollarını araştırmak gerekli görünmektedir.

KAYNAKLAR

Akiskal HG, Weller EB (1989) Mood disorders and suicide in children and adolescents. *Comprehensive Textbook of Psychiatry/5, Vol:2* içinde, HI Kaplan, BJ Saddock (ed). Williams and Wilkins, Baltimore, s:1981-1994.

Aydın C, Doğan L (1988) Normal prepubertal çocuklarda depresif bulguların araştırılması. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongre Kitabı, Ankara, s:311-327.

Bird HR, Gould MS, Yager T ve ark. (1989) Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28:847-850.

Borst S, Noam GG (1993) Developmental psychopathology in suicidal and nonsuicidal adolescent girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 501-508.

Botvin GJ, Botvin EM (1992) Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: prevention strategies, empirical findings, and assesment issues. *J Dev Behav Pediatr* 13: 290-301.

Brent DA, Perper JA, Moritz G ve ark. (1993) Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 521-529.

Brown RA, Lewinsohn PM, Seeley JR ve ark. (1996) Cigarette smoking: major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 1602-1610.

Connelly B, Johnston D, Brown IDR ve ark. (1993) The prevalence of depression in a high school population. *Adolescence* 28: 149-158.

Covey LS, Tam D (1990) Depressive mood, the single parent home, and adolescent cigarette smoking. *Am J Public Health* 80: 1330-1333.

Cytryn L, McKnew D (1978) *Affective disorders. Basic Handbook of Child Psychiatry Vol 2* içinde, J Noshpitz (ed), Basic Books, New Yoork, s: 321-340.

Çuhadaroğlu F, Sonuvar B (1992) Adolesanlarda depresyon. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 29(3): 145-150.

Fleming JE, Offord DR, Boyle MH (1989) Prevalance of childhood and adolescent depression in the community. *Br J Psychiatry* 155, 647-654.

Garrison CZ, Addy CL, Jackson KL ve ark. (1992) Major depressive disorders and dysthymia in young adolescents. *Am J Epidemiol* 135: 792-802.

Goodyer İ, Kolvin I, Gatzanis S (1985) Recent undesirable life events and psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Br J Psychiatry* 147: 517-523.

Goodyer IM, Cooper PJ, Vize CM ve ark. (1993) Depression in 11-16 year old girls: the role of past parental psychopathology and exposure to recent life events. *J Child Psychol Psychiat* 34: 1103-1115.

Harford TC, Mills GS (1978) Age related trends in alcohol consumption. *J Stud Alcohol* 39: 207-210.

Harrington R (1994) *Affective disorders. Child and Adolescent Psychiatry* içinde, M Rutter, E Taylor, L Hersov (ed), Blackwell Scientific Publications, Oxford, s:330-350.

Hollis C (1996) Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adoles Psychiatry* 35: 622-630.

Jolly JB, Wiesner DC, Wherry JN ve ark. (1994) Gender and the comparison of self and observer ratings of anxiety and depression in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 1284-1288.

Kandel DB, Davies M (1982) Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 39: 1205-1212.

Kashani JH, Carlson GA, Beck NC ve ark. (1987) Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry* 144: 931-934.

Kovacs M (1981) Rating scales to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiat* 46: 305-313.

Kovacs M (1985) The Children's Depression Inventroy (CDI). *Psychopharmacol Bull* 21: 995-998.

Kutcher SP, Marton P (1989) Parameters of adolescent depression. *Psychiatric Clinics of North America* 12: 895-918.

- Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR ve ark. (1994) Major depression in community adolescents: Age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 809-818.
- Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE ve ark. (1993) Adolescent psychopathology: I. Prevalance and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology* 102 (1): 133-144.
- Marton P, Maharaj S (1993) Family factors in adolescent unipolar depression. *Can J Psychiatry* 38: 373-381.
- Mc Cauley E, Carlson G, Calderon R (1991) The role of somatic complaints in the diagnosis of depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30: 631-635.
- McCauley E, Myers K, Mitchell J ve ark. (1993) Depression in young people: Initial Presentation and clinical course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 715-722.
- Moreau DL (1990) Major depression in childhood and adolescence. *Psychiatric Clinics of North America* 13: 355-368.
- Öy B (1991) Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2(1): 132-136.
- Petersen AC, Compas BE, Brooks-Funn J ve ark. (1993) Depression in adolescence. *American Psychologist* 48 (2): 155-168.
- Rao U, Weismann MM, Martin JA ve ark. (1993) Childhood depression and risk of suicide: a preliminary report of a longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 21-27.
- Robertson JF, Simons RL (1989) Family factors, self-esteem, and adolescent depression. *J Mar Family* 51: 125-138.
- Sorias S, Saygılı R, Elbi H ve ark. (1990) DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu (SCID) Kullanım Kılavuzu. Ege Üniversitesi Yayınevi, İzmir.
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M (1987) Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). New York State Psychiatric Institute-Biometrics Research, New York.

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE GENÇLERDE KOMORBİDİTE: YAŞ VE CİNSİYET FARKLILIKLARI

Özlem Erman*, Atilla Turgay**, Bedriye Öncü***, Verka Urdarivic****

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı almış olan çocuk ve gençlerde, komorbid psikiyatrik bozukluklar ve yaş ve cinsiyetin komorbidite üzerindeki etkisi incelenmiştir. **Yöntem:** Çocuk hekimleri ya da aile hekimleri tarafından DEHB ön tanısı ile Scarborough Devlet Hastanesi DEHB Tedavi, Eğitim ve Araştırma Enstitüsüne gönderilen ve DSM-IV ölçütlerine göre DEHB tanısı almış olan 137 olgu çalışmaya alınmıştır. DEHB olgularında DSM-IV ölçütlerine belirlenen komorbid tanuların sıklığı ve bu tanuların yaş ve cinsiyete göre dağılımı araştırılmıştır. **Bulgular:** Olguların %29'unda komorbid bir psikiyatrik bozukluk belirlenmezken, %35'inde bir komorbid bozukluk, %25.5'inde iki komorbid bozukluk, %8'inde üç komorbid bozukluk vardır. Erkeklerde en sık komorbid bozukluk karşı gelme bozukluğudur (%62.3). Bunu davranım bozukluğu (%30.2), iletişim bozuklukları (%11.3), duygudurum bozuklukları (%7.5) ve anksiyete bozuklukları (%6.6) izlemektedir. Kızlarda karşı gelme bozukluğu (%54.8), davranım bozukluğu (%22.6), duygudurum bozuklukları (%12.9), iletişim bozuklukları (%9.7), ve anksiyete bozuklukları (%6.5) en sık ilk beş komorbid bozukluk olarak belirlenmiştir. Komorbid bozuklukların sıklığı açısından kız ve erkek olgular arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır. Yaş gruplarına göre komorbid tanılar incelendiğinde gerek kız gerekse erkeklerde duygudurum bozukluğu sıklığının yaşla birlikte anlamlı derecede arttığı görülmüştür ($p < 0.005$). Erkeklerde iletişim bozukluklarının sıklığı yaşla birlikte azalmaktadır ($p < 0.05$). Diğer komorbid tanuların dağılımı yaş grupları arasında anlamlı fark göstermemiştir. **Tartışma:** Çalışmanın sonuçları DEHB'nda komorbiditenin varlığını ve önemini desteklemektedir. Karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu, bu alandaki literatürle uyumlu olarak en sık belirlenen komorbid bozukluklardır. Ergenlik döneminde davranım bozukluğu ve karşı gelme bozukluğunun yanısıra duygudurum bozuklukları tabloya eklenmekte ve klinik görünüm ve tedaviye yanıt önemli ölçüde etkilemektedir.

Anahtar Sözcükler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Komorbidite.

SUMMARY: COMORBIDITY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: AGE AND GENDER DIFFERENCES

Objective: Comorbid psychiatric disorders and effects of age and gender on comorbidity in children and adolescents, diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity, are studied. **Method:** The study covers 137 patients who are referred by their paediatricians and family physicians to ADHD Clinic Training and Research Institute of the Scarborough General Hospital in Canada for evaluation of ADHD and subsequently diagnosed as ADHD according to DSM-IV criteria. Frequency of comorbid psychiatric disorders in ADHD subjects and distribution of these diagnosis according to age and gender were studied. **Results:** 29.9% of the subjects did not have any comorbid psychiatric disorder. 35% of the subjects had one comorbid disorder, 25.5% of the subjects had two comorbid disorders, and 8% of them had three comorbid disorders. The most common comorbid diagnosis in male patients was oppositional defiant disorder (ODD) (62.3%). the other comorbid disorders observed were conduct disorder observed were conduct disorder (22.6%), communication disorders (11.3%), mood disorders (7.5%), and anxiety disorders (6.6%). In female subject the most common five comorbid disorders were classified as ODD (54.8%), conduct disorder (22.6%), mood disorders (12.9%), communication disorders (9.7%), and anxiety disorders (6.5%). No significant difference of prevalence of comorbid disorders was found between male and female subjects. It was observed that the prevalence of comorbid depressive disorders were significantly increased, for both male and female subjects by age ($p < 0.005$). Prevalence of communication disorders among the male subjects was significantly decreased by age ($p < 0.05$). No significant difference regarding other comorbid diagnosis was found between different age groups. **Conclusions:** Results of the study support the presence and importance of the comorbidity in ADHD. The ODD and CD are the most common disorders as it is indicated in the literature. In adolescence, mood disorders are added to the ODD and CD resulting in alterations in the clinical view and also in response to the therapy.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, Comorbidity.

* Uzman Dr. İmge Ruh Sağlığı ve Danışma Merkezi, Ankara

** Prof. Dr. Toronto Üniversitesi Tıp Fak., Scarborough Devlet Hastanesi Çocuk Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Kanada.

*** Uzman Dr. Ankara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri AD, Ankara.

**** Uzman Dr. Scarborough Hastanesi Çocuk Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Kanada.

GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun diğer psikiyatrik bozukluklarla sıklıkla eşzamanlı olarak görüldüğü (komorbiditesi) gerek klinik gerekse epidemiyolojik çalışmalarla gösterilmiştir (August ve ark 1996, Biederman ve ark 1991, Bird ve ark 1993, Jensen ve ark 1997). Komorbidite DEHB olan bir olgunun klinik görünümünü, sürecini ve tedaviye yanıtını önemli ölçüde etkileyeceğinden klinisyenler için önemli bir konudur. Yanısıra geniş örneklerle yapılan komorbidite araştırmaları, sınıflandırma çalışmaları için de yol gösterici olmaktadır. Komorbiditenin hem klinik hem de epidemiyolojik çalışmalarda yüksek oranlarda bulunması nedeniyle bazı araştırmacılar tanı sistemlerinde binişik tanuların yer alması gerektiğini ileri sürmektedirler (Bird ve ark 1993). ICD-10 sınıflandırma sisteminde binişik tanular yer almaya başlamıştır (DSÖ 1992). Ancak DSM-IV'de bozuklukların birlikte görülme durumu iki ya da daha fazla tanının aynı anda konulması önerilmektedir (APA 1994).

DEHB ile eş zamanlı görünümü açısından üzerine en fazla çalışılmış ve en yaygın olarak kabul edilmekte olan bozukluklar karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğudur. Çeşitli çalışmalara göre DEHB, karşı gelme bozukluğu ile %35-%65, davranım bozukluğu ile %20-50 oranında birlikte görülmektedir (Lalonde ve ark 1998, Jensen ve ark 1997, Cohen ve ark 1993, Bird ve ark 1988). DEHB olan kızlarda yapılmış olan çalışmaların sayısı az olmakla birlikte kızlarda yıkıcı davranım bozukluklarının komorbiditesinin erkeklerle eşit oranlarda olduğu bildirilmektedir (Szatmari ve ark 1989, Taylor ve ark 1992).

DEHB olgularında duygudurum bozukluklarının görülme sıklığı epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda %3 (genel popülasyondaki kadar) ile %75 gibi çok farklı oranlarda bildirilmektedir (Munir ve ark 1987, Biederman ve ark 1991). Yakın zamanlarda yapılan çalışmalarda da DEHB'da duygudurum bozukluğu sıklığı %9-%38 olarak bulunmuştur (Biederman ve ark 1992). Angold ve Castello (1993) çocuk ve ergenlerde duygudurum bozukluklarının komorbiditesinin araştırıldığı çalışmaları gözden geçirmişler ve depresyonu olan olgularda DEHB'nun

depresyonu olmayanlara göre daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir.

Anksiyete bozukluklarının DEHB ile komorbiditesi de üzerinde tartışılan konulardan biridir. DEHB tanısı almış olan çocukların dörtte birinin anksiyete bozukluğu ölçütlerini karşıladığı, genel popülasyona göre anksiyete bozukluğu oranlarının %5-15 arasında olduğu bildirilmiştir (Cohen ve ark 1993, Pliszka 1992).

Konuşma ve iletişim bozuklukları açısından DEHB olan çocukların normal çocuklara oranla daha fazla risk taşıdıkları bildirilmekle birlikte (Levy ve ark 1996, Heyer 1995, Giddan 1991) bu çocuklarda iletişim bozukluklarının görülme sıklığına ilişkin yeterli bilgi bulunmamaktadır.

DEHB'a hangi psikiyatrik bozukluğun, ne sıklıkta eşlik ettiği ise çalışmaların yöntemine ve örneklem gruplarına göre değişiklik göstermektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda komorbidite oranları daha düşük iken klinik çalışmalarda bu oranlar artmaktadır. Örneklem grubunun tanısı, yaş grubu da komorbidite oranlarını etkilemektedir. Bu nedenle hangi bozukluğun ne sıklıkta eşlik ettiğine ilişkin kesin bir bilgi bulunmamaktadır.

Ülkemizde DEHB ve diğer yıkıcı davranım bozukluklarının komorbiditesi üzerine yapılmış olan bir çalışmada DEHB tanısı alan olguların %54'ünde davranım bozukluğu ya da karşı gelme bozukluğu, %7,6'sında depresyon, %3,8'inde anksiyete bozukluğu tanısı aldığı gösterilmiştir (Şenol 1997). Davranım bozukluğu olgularında diğer DSM-IV tanularının birlikteliğinin araştırıldığı bir çalışmada ise %85.6 oranında DEHB komorbiditesi bildirilmiştir (Yavaş 1995).

Bu çalışmanın amacı DEHB konusunda yoğun olarak çalışılmakta olan ve daha çok bu tür sorunları olan çocukların gönderildiği bir klinikte komorbid bozukluklarının dağılımını incelemektedir. Bununla birlikte farklı yaş gruplarında komorbid bozukluklarının sıklığının değişip değişmediği ve cinsiyetin bu dağılım üzerindeki etkisi açısından oldukça kısıtlı olan literatüre katkıda bulunmak hedeflenmiştir.

YÖNTEM

Çalışma, Kanada'nın Toronto şehrinde Scarborough Devlet Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümü bünyesinde bulunan DEHB Tedavi, Eğitim ve Araştırma Enstitüsünde yapılmıştır. Çalışmanın verileri DEHB tanısı almış olan, 3-18 yaşlar arasında 137 olgunu kayıtlarının geriye dönük olarak incelenmesiyle elde edilmiştir.

DEHB öntanısı ile pediatristler ve aile hekimleri tarafından DEHB Tedavi, Eğitim ve Araştırma Enstitüsünde gönderilen çocuk ve gençlerin aileleri ile klinikte görevli olan aile hekimi, psikolog ya da sosyal hizmet uzmanları tarafından ayrıntılı öykü alınmıştır. Aile ve öğretmenlere Offord and Boyle Ontario Child Health Study Screening and Rating Scale (Boyle ve ark 1993), Du Paul ADHD DSM-III-R Rating Scale (Du Paul 1991) ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (yayınlanmamış bir ölçektir) verilmiş ve ölçekleri tam olarak doldurulmuş olanlar çalışmaya alınmıştır. Klinikte görevli olan tek çocuk psikiyatristi tarafından psikiyatrik muayene ve DEHB muayeneleri uygulanmıştır. Tüm bu değerlendirmeler ışığında çocuk psikiyatristi tarafından DEHB ve komorbid tanılar konulmuştur. Komorbid tanılar için DSM-IV ölçütleri temel alınmıştır.

DEHB'na eşlik eden komorbid bozukluklarının bazıları DSM-IV'e göre gruplandırılmıştır. Major depresyon ve distimik bozukluk duygudurum bozuklukları başlığı altında; kekemelik, fonolojik bozukluk (artikülasyon bozukluğu) ve sözel anlatım bozuklukları iletişim bozuklukları adı altında değerlendirmeye alınmıştır.

İstatistiksel değerlendirmeler kategorik değişkenler için SPSS paket programı ile ki-kare testi kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya alınmış olan 137 olgunun 106'sı erkek (%77.4), 31'i kız (%22.6) ve yaş ortalaması 9.30 ± 3.23 (3-18 yaş) dır.

Tablo 1: Olguların Yaş Cinsiyet Dağılımı

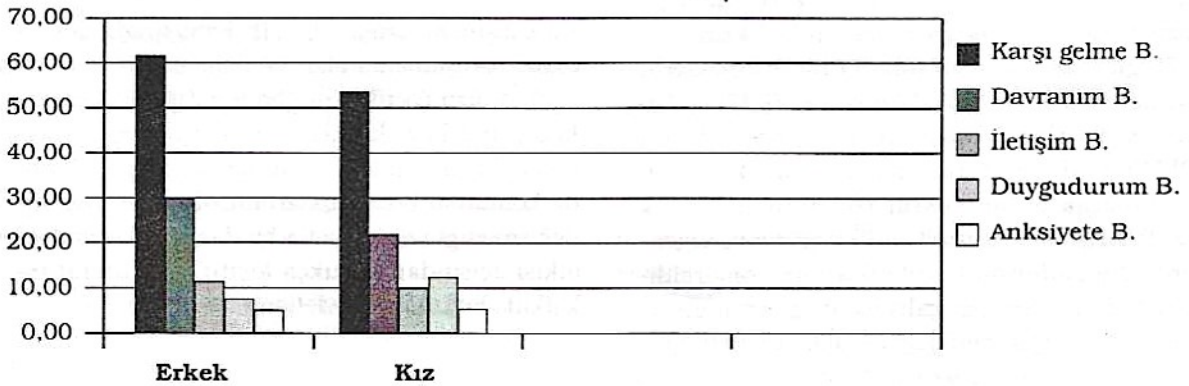
	Erkek	Kız	Toplam
N(%)	106(%77.4)	31(%22.6)	137
Yaş Ortalaması	9.46±3.37	8.74±2.67	9.30±3.23

Olguların %29.9'unda komorbid bir psikiyatrik bozukluk belirlenmezken, %35'inde bir komorbid bozukluk, %25.5'inde iki komorbid bozukluk, %8'inde üç komorbid bozukluk vardır.

Erkeklerde en sık komorbid bozukluk karşı gelme bozukluğudur (n= 66, %62.3) bunu davranım bozukluğu (n=32, %30.2), iletişim bozuklukları (n=12, %11.3), duygudurum bozuklukları (n=8, %7.5) ve anksiyete bozuklukları (n=7, %6.6) izlemektedir. Kızlarda karşı gelme bozukluğu (n=17, %54.8), davranım bozukluğu (n=7, %22.6), duygudurum bozuklukları (n=4, %12.9), iletişim bozuklukları (n= 3, %9.7), ve anksiyete bozuklukları (n=2, %6.5) en sık ilk beş komorbid bozukluk olarak belirlenmiştir.

Komorbid bozuklukların sıklığı açısından kız ve erkek olgular arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.005).

Grafik 1: Cinsiyete Göre Komorbid Bozuklukların Dağılımı



Yaş gruplarına göre komorbid tanılar incelendiğinde gerek kız gerekse erkeklerde duygudurum bozukluğu sıklığının yaşla birlikte anlamlı derecede arttığı görülmüştür. (kızlarda $p=0.002$, erkeklerde $p=0.004$).

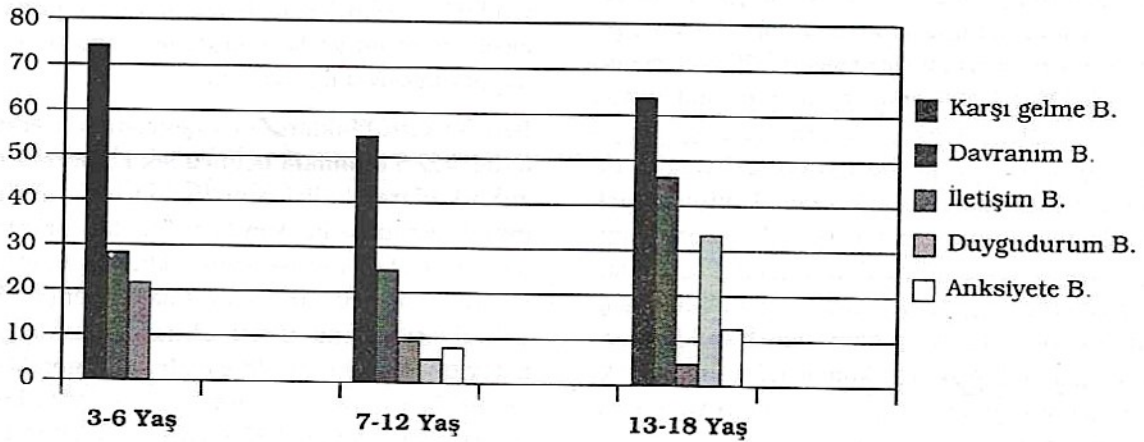
Erkeklerde iletişim bozukluklarının sıklığı yaşla birlikte azalmaktadır (3-6 yaş: %27.3, 7-12 yaş %7.8, 13-18 yaş %5) ($p=0.028$). Diğer komorbid tanuların dağılımı yaş grupları arasında anlamlı fark göstermemiştir.

larla (Szatmari ve ark 1989, Milberger ve ark 1995, Pliszka 1998) uyumludur. Biederman ve arkadaşları kliniklere başvuran DEHB olgularının %20'sinde iki ya da daha fazla komorbid bozukluğun bulunduğunu bildirmişlerdir (1992). Bu çalışmada iki ya da daha fazla komorbid tanı alan çocukların oranı %35 olarak bulunmuştur. Bu sonuç çalışmanın yapıldığı klinikte normal örneklem gruplarına göre daha fazla karmaşık olguların görülüyor olmasıyla da ilgili olabilir.

Tablo 2: Yaş grupları ve Cinsiyete Göre Komorbid Bozukluklar

Komorbid Bozukluklar	3-6 Yaş		7-12 Yaş		13-18 Yaş	
	Erkek (n= 22)	Kız (n= 6)	Erkek (n= 64)	Kız (n= 21)	Erkek (n= 20)	Kız (n= 4)
Karşı Gelme B.	16(%72.7)	5(%83.3)	37(%57.8)	10 (%47.6)	13 (%65)	2 (%50)
Davranım B.	7 (%31.8)	1 (%16.7)	16 (%25)	4 (%19)	9 (%45)	2 (%50)
İletişim B.	6 (%27.3)*	0	5(%7.8)*	3 (%14.3)	1 (%5)*	0
Duygudurum B.	0	0	3 (%4.7)**	2 (%9.5)***	5 (%25)**	3 (%75)***
Anksiyete B.	0	0	4 (%6.3)	2 (%9.5)	3 (%15)	0

* P= 0.028 **P=0.004 ***P= 0.02



TARTIŞMA

DEHB Tedavi, Eğitim ve Araştırma enstitüsünde değerlendirilmiş ve DEHB tanısı almış olan çocukların önemli bir bölümünde (%69.1'inde) en az bir komorbid bozukluğun eşlik ettiği gözlenmiştir. Bu sonuç DEHB'nun sıklıkla başka bozukluklarla birarada görüldüğüne ilişkin yayın-

DEHB'a eşlik eden bozukluklar arasında en fazla araştırma yapılmış olan bozukluk davranım bozukluğudur. 1979-1991 yılları arasında yapılmış olan araştırmalarda DEHB'nda komorbid davranım bozukluğu ve/veya karşı gelme bozukluğu sıklığı %47-64 arasında bildirilmektedir (Biederman 1991). Bu çalışmada ise DEHB'nun karşı gelme bozukluğu ile komorbiditesi %60.6, davranım bozukluğu ile komorbiditesi %28.5 oranında bulunmuştur. Biederman ve arkadaş-

ları benzer bir klinik örneklemede karşı gelme bozukluğunun %65 ve davranım bozukluğunun %22 oranında DEHB'a eşlik ettiğini ve 4 yıllık izleme çalışması sonucunda tanılarının büyük oranda 4 yıl sonra da geçerli olduğu bildirilmiştir (Biederman ve ark 1996a, Biederman ve ark 1996b). Pek çok yazar komorbidite oranlarındaki yüksekliğin tanı ve sınıflandırma sistemlerinin komorbidite konsundaki zayıflığından kaynaklandığını, daha kesin bilgilere ulaşılabilmesi için bu alanda daha fazla çalışma yapılmasına gerek olduğunu bildirmektedirler (Achenbach 1990/1991, Biederman ve ark 1991). DEHB'da diğer yıkıcı davranım bozukluklarının komorbiditesinin etkileri ve sonuçları üzerine yapılan çalışmalarda komorbiditenin belirtilerin şiddetini arttırdığı, sosyal alanda daha fazla sorunlara neden olduğu ve tedaviye yanıtı değiştirdiği gösterilmiştir (Kuhne ve ark 1997, Carlson ve ark 1997).

DEHB'nda eşlik eden yıkıcı davranım bozuklukları sıklığı açısından kız ve erkek olgular arasındaki farklılığa ilişkin çelişkili bilgiler vardır (Gaub ve Carlson 1997). Bazı yazarlar erkeklerde davranım bozukluğu ve karşı gelme bozukluğu komorbiditesinin kızlara göre daha sık olduğunu bildirirken (Bird ve ark 1988, Herrero ve ark 1994); kız ve erkek olgular arasında yıkıcı davranım bozukluğu komorbiditesi açısından fark bulunmadığını ileri süren çalışmalar da vardır (Szatmari ve ark 1989, Taylor ve ark 1992). Bu çalışma gerek karşı gelme bozukluğu gerekse davranım bozukluğu sıklığı açısından kız ve erkek olgular arasında fark bulunmamıştır. Bu sonuç kızlarda davranım bozukluğu ve karşı gelme bozukluğu komorbiditesinin erkeklerle aynı oranda olduğunu bildiren yayınlarla uyumludur.

Davranım bozukluğu ve karşı gelme bozukluğunun sıklığı üç yaş grubu arasında farklılık göstermemiştir. Bu da yıkıcı davranım bozukluğu komorbiditesinin her yaştaki DEHB olgusu için gözönünde bulundurulması gereken bir konu olduğunu düşündürmektedir. DEHB tanısı almış 3-6 yaş arasındaki 28 çocuktan 21'i (%75) karşı gelme bozukluğu tanısı almıştır. Karşı gelme bozukluğu komorbiditesi küçük yaşlardaki çocukların kliniğe getirilmelerini arttıran bir faktör olabilir.

Çalışmanın önemli bulgularından birisi de DEHB olgularında duygudurum bozuklukları (depresyon ve distimi) sıklığının yaşla birlikte anlamlı derecede artmasıdır. Bu bozukluklar 3-6 yaş grubunda hiç görülmezken, 7-12 yaş grubunda %5.9, 13-18 yaş grubunda ise %33.3 oranında DEHB'a eşlik etmektedir. Literatürde DEHB ve duygudurum bozukluklarının olguların %20-30'unda birlikte görüldüğü bildirilirken, duygudurum bozukluklarının uzun süren DEHB belirtilerine ikincil olarak mı geliştiği, yoksa bu belirtilerden bağımsız olarak mı ortaya çıktığı tartışmaları devam etmektedir (Butler ve ark 1995, Biederman ve ark 1998). Yakın zamanlarda yapılan aile, genetik ve uzun süreli izleme çalışmalarında DEHB ve major depresyonun ortak ailesel risk taşıdıkları, birbirinden bağımsız olarak ortaya çıktıkları gösterilmiştir (Faraone ve Biederman 1997, Biederman ve ark 1998). Bu bilgiler ışığında DEHB olgularında duygudurum bozuklukları her yaş grubunda benzer sıklıkta beklenebilir. Bizim çalışmamızda okulöncesi çocuklarında komorbid duygudurum bozukluğunun bulunmamış olması bu yaş grubunda duygudurum bozukluğu belirtilerinin DEHB belirtileri ile benzerliği ve depresyon ölçeklerinin bu yaşlardaki depresyonu iyi ölçemiyor olmasıyla ilgili olabilir.

İletişim bozuklukları 3-6 yaş grubunda erkeklerde %27,3 oranında üçüncü sık komorbid bozukluk olarak belirlenmiştir. Bu oran normal popülasyondaki iletişim bozuklukları oranlarına göre (%1-5) oldukça yüksektir. Bu bulgular DEHB olan çocukların konuşma ve iletişim bozuklukları açısından risk altında oldukları ve tedavide bu sorunun da ele alınması gerektiğine ilişkin yayınları (Damico ve ark 1996, Levy ve ark 1996, Heyer 1995, Gaddan 1991) destekler niteliktedir.

Bu çalışmanın önemli kısıtlılıklarından birisi yaş grupları ve kız erkek gruplandırılması yapıldığında özellikle kızlarda denek sayısının az olmasıdır. Yıkıcı davranım bozuklukları dışındaki diğer komorbid tanılardan iletişim bozuklukları, depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı almış olan olguların sayılarının da az olması yaş ve cinsiyet dağılımı açısından yorum yapmayı güçleştirmektedir.

Sonuç olarak bu çalışma DSM-IV 'te önerilen tanı ve sınıflandırma sistemine göre DEHB'da karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğunun her iki cinsiyette ve her yaş grubunda oldukça sık olduğu bilgilerini desteklemektedir. Duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları gibi diğer DSM-IV tanıları açısından daha geniş örneklem gruplarıyla uzunlamasına yapılacak olan çalışmalara gereksinim vardır.

TEŞEKKÜR: Bu çalışmada tanı ve değerlendirme aşamalarındaki katkılarından dolayı Scarborough Devlet Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümü çalışanlarından Michael Schwartz, Rubaba Ansari, David Ng, Steven Singerman, Ruthanne Playford, Susan Fledderus, Joanna Blanchard, Jennifer Goudey, Fiona Currie, Garry Labovitz'e teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

- Achenbach TM (1990/1991) "Comorbidity" in child and adolescent psychiatry: categorical and quantitative perspectives. *J Clin Child Psychol* 60:881-892.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Ed (DSM-IV)*. Washington DC, APA 46-53.
- Angold A, Costello EJ (1993) Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical and methodological issues. *Am J Psychiatry* 150: 1779-1791.
- August GJ, Realmuto GM, MacDonald AW ve ark. (1996) Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. *J Abnorm Child Psychol*, 24: 571- 95.
- Biederman J, Newcorn J, Sprich S. (1991) Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *Am J Psychiatry* 148(5): 564-577.
- Biederman J, Mick E, Faraone S (1998) Depression in attention deficit hyperactivity disorder children: True depression or demoralization? *Arch Gen Psychiatry* 53: 437-46.
- Biederman J, Faraone S, Milberger S ve ark. (1996a) A prospective 4 - year follow-up stud of attention deficit hyperactivity and related disorders. *Arch Gen psychiatry* 53: 437-46.
- Biederman J, Faraone S, Milberger S ve ark. (1996b) Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 1193-204.
- Biederman J, Faraone S, Lapey K. (1992) Comorbidity of diagnosis in attention deficit hyperactive disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*; 2: 335-361.
- Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M ve ark (1988) Estimates of prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*, 45: 1120-1126.
- Bird HR, Gould M, Staghezza B (1993) Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 361-368.
- Boyle MH, Offord DR, Racine Y ve ark (1993) Evaluation of thr revised Ontario child health study scales. *J Child Psychol Psychiatry* 34: 189-213.
- Butler SF, Arredondo DE, McCloskey V (1995) Affective comorbidity in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Ann Clin Psychiatry* 7: 51-5.
- Carlson CL, Tamm L, Gaub M (1997) Gender differences in children with ADHD, ODD, and co-occurring ADHD/ODD identified in a school population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 1706-14.
- Cohen P, Cohen J, Kasen ve ark. (1993) An epidemiological study of disorder in late childhood and adolescence: age and gender specific pattern. *J Child Psychol Psychiatry* 34: 851-867.
- Damico JS, Augustine LE, Hayes PA (1996) Formulating a functional model of attention deficit hyperactivity disorder for the practicing speech-language pathologist. *Semin Speech Lang* 17:5-19.
- Du Paul GJ (1991) Parent and teacher ratings of ADHD symptoms: Psychometric properties in a community-based sample. *J Clin Child Psychol* 20: 245-253.
- Dünya Sağlık Örgütü (1992) *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması (Klinik Tanımlamalar ve Tanı Klavuzları)*, çevirenler: Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk O, Rezaki M, Uluğ B, Ankara, Medikomat.
- Faraone S, Biederman J (1997) Do attention deficit hyperactivity disorder and major depression share familial risk factors? *J Nerv Ment Dis* 185: 533-541.
- Gaub M; Carlson CL (1997) Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 1036-45.

Giddan JJ. (1991) Communication issues in Attention-deficit Hyperactivity Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev* 22:45-51.

Herrero ME, Hechtman L, Weiss G (1994) Antisocial disorders in hyperactive subjects from childhood to adulthood: predictive factors and Charecterization of Subgroups. *Am J Orthopsychiatry* 64: 510-521.

Heyer JL. (1995) The responsibilities of speech-language pathologists toward children with ADHD. *Semin Speech Lang* 16: 275-88, Nov.

Jensen PS, Martin D, Cantweel DP (1997) Comorbidity in ADHD: implications for researçh, practice, and DSM-V. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 1065-79.

Kuhne M, Schachar R, Tannock R (1997) Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 1715-25.

Lalonde J, Turgay A, Hudson J (1998) Attention deficit hyperactivity subtypes and comorbid disruptive behavior disorders in a Child and Adolescent Mental Health Clinic. *Can J Psychiatry* 43: 623-628.

Levy F, Hay D, McLaughlin M ve ark (1996) Twin sibling differences in parental reports of ADHD, speech, reading and behaviour problems. *J Child Psychol Psychiatry* 37: 569-78.

Milberger S, Biederman J, Faraone SV ve ark (1995) Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: issues of overlapping symptoms. *Am J Psychiatry* 152: 1793-9.

Munir K, Biederman J, Knee BA (1987) Psychiatric comorbidity in patients with attention deficit disorder: A controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26: 846-866.

Plizska SR (1998) Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with psychiatric disorder: An overview. *J Clin Psychiatry* 59 (suppl 7): 50-58.

Szatmari P, Ojford DR, Boyle MH. (1989) Ontario Child Health Study: Prevalance of attention deficit disorder with hyperactivity. *J Child Psychology and Psychiatry* 30: 219-230.

Şenol S (1997) Dikkat Eksikliği Yıkıcı Davranış Bozukluklarının Klinik Özellikleri, Aynı Grup ve Diğer DSM-IV Tanılarıyla Birliktelikleri, Risklerin ve Tedavi Eğilimlerinin Belirlenmesi. Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi. GÜTF Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Ankara.

Taylor E, Heptinstall E, Sonuga-Barke E ve ark (1992) Gender differences in the association of hyperactivity and conduct disorder: final report to The Wellcome Trust. MRC Child Psychiatry Unit London.

Yavaş İ (1995) Davranım bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozuklukları birlikteliği. Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara.

EŞLER ARASI ÇATIŞMA VE BOŞANMANIN ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ I: DAVRANIŞ VE UYUM PROBLEMLERİ*

Dilek Şirvanlı**

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, eşler arası çatışma ve boşanmanın çocukların davranış ve uyum problemleri üzerindeki yaş ve cinsiyete bağlı etkilerini bir Türk örnekleminde belirlemektir. **Yöntem:** Dört farklı yaş grubundan (5-10-13-16 yaş) 196'sı erkek, 225'i kız toplam 421 denekli bir örneklem üzerinde çalışma yapılmıştır. Araştırmada çocukların uyum problemleri çeşitli kendini bildirim ölçekleri ile belirlenmiştir. **Bulgular:** sonuçlara göre, çatışmalı ve boşanmış anne-babaların çocuklarının psikolojik problem düzeylerinin, çatışmasızlara oranla daha yüksek olduğu ve anne-baba arasındaki evlilik uyumunun azalmasıyla çocuklardaki uyum problemlerinin arttığı bulunmuştur. **Tartışma:** Bulguların ilgili literatürü büyük ölçüde desteklediği görülmüş, kültüre özgü farklılıklar üzerinde durulmuş ve olası doğurguları tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Eşler arası çatışma, boşanma, çocuklardaki davranış ve uyum problemleri

SUMMARY: THE EFFECTS OF MARITAL CONFLICT AND DIVORCE ON CHILDREN I: BEHAVIOR AND ADJUSTMENT PROBLEMS

Objective: The purpose of this study was to investigate the effects of marital conflict and divorce on behavior adjustment problems of children at different age and sex in Turkish sample. **Method:** A sample of 421 subject (196 boys, 225 girls) was selected from four different age groups (5-10-13-16 years old). Behavior and adjustment problems of children were measured by self report scales. **Result:** The results showed that the children of conflicted and divorced parents had more psychological problems and there was significant negative correlation between the level of marital adjustment scores of parents and the psychological problem scores of their children. **Conclusion:** Results support the relevant findings in the literature. Cultural differences were also discussed.

Key words: marital conflict, divorce, behavior and adjustment problems of children.

GİRİŞ

Eşler arasında yaşanan çatışma ve boşanmanın gerek çiftler üzerinde gerekse çocukları üzerinde toplumsal, ekonomik ve psikolojik sonuçları olan olgular olarak incelenmesi, son yıllarda giderek artan bir önem kazanmıştır. Özellikle de, yaşanan çatışma süreci içinde ve boşanma süreci sonrasında, çocuklarda ortaya çıkması olası psikososyal davranış problemlerinin incelenmesi psikolojinin yoğun ilgisini çekmektedir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, son yıllarda yapılan istatistikler, boşanma oranında önemli bir artış olduğunu göstermektedir (Glick 1989). 1970'lerin ortalarında yapılan araştırmalar, batılı ülkelerde her iki evlilikten birinin bo-

şanma ile sonlandığını belirtirken (Weed 1986); bu tırmanın günümüzde de devam ettiği görülmektedir. Boşanma istatistikleri, ülkemizde boşanma oranlarının günümüzde binde 0.47 düzeylerinde olduğunu göstermekteyse de sorun Batılı ülkelerdeki kadar değildir. Ancak son yıllarda giderek bir yükselme göstermektedir (1987'de binde 0.35 olan bu oran, 1996'da binde 0.47'ye yükselmiştir. DİE 1997). Tüm bu oranlara dayalı olarak, boşanmanın, çocuklar üzerinde ne gibi etkiler yaratabileceği, son yıllardaki araştırmalarda derinlemesine incelenmeye başlanmıştır. Literatürde, boşanmanın, çocukların yaşamında yarattığı olumsuz etkileri açıklamaya yönelik birçok görüş dile getirilmiştir (McLanahan 1985, McLanahan ve Booth 1989). Bu açıklamalar genel olarak üç başlıkta toplanabilmektedir (Amato ve Keith 1991): (1) Anne ya da Baba Yoksunluğu Bakış Açısı: İki ebeveyn yerine tek

* Bu makale, yazarın H.Ü. Psikoloji Bölümünde yaptığı doktora tez çalışmasına (Şirvanlı- Özen 1998) dayanmaktadır.

** Yrd. Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, Ankara.

ebeveynle yaşayan çocukların sosyalleşmelerinde eksiklik olacağı düşüncesi. (2) Ekonomik Zorluklar Bakış Açısı: Boşanmanın, annenin aile reisi olduğu ailelerde, çocuğun bakım ve sağlığını olumsuz şekilde etkileyecek şekilde ekonomik zorluklara neden olduğu görüşü. (3) Aile İçi Çatışma Bakış Açısı: Boşanma öncesi, boşanma sürecinde ve sonrasında anne-baba arasında çatışma yaşanmasının, hoş olmayan bir ev ortamı oluşmasına neden olduğu ve bunun da çocukların-stres, mutsuzluk ve güvensizlik yaşamalarına yol açtığı görüşü (Maccoby & Martin 1983; aktaran Amato 1993).

Eşler arasında yaşanan çatışma, ebeveyn rollerini üç yönden etkileyebilmektedir. Birincisi, çatışma, çocuklar üzerinde sağlanan disiplinin etkisinin ve tutarlılığının azalmasına; bu da, çocuklardaki antisosyal davranışların artmasına ve davranışlarının kontrolünün azalmasına neden olabilmektedir. İkincisi, çatışma, anne-babaların kendilerini çocuklarından uzaklaştırmalarına veya onları reddetmelerine neden olabilmekte ve buna bir tepki olarak da çocuklar uyum problemleri gösterebilmektedir. Üçüncüsü, çatışma, anne-babaların çocuk üzerinde psikolojik ve duygusal kontrol kullanmalarını artırabilmekte; bu da, çocukta, kaygı ya da depresyon gibi içe yönelim türü problem davranış belirtilerinin görülmesine neden olabilmektedir (Fauber ve ark. 1990).

Literatürde, eşler arası çatışma sonucu, çocukların etkilendikleri en temel alanlardan biri olarak, davranış ve uyum problemleri gösterilmektedir. Davranış ve uyum problemleriyle ilgilenen araştırmacılar, aile içindeki hangi faktörlerin, bu problemlerin gelişmesine neden olduğunu araştırmışlar ve sonuçta, gerek boşanmış gerekse evli anne-babalar arasında yaşanan çatışmanın, çocuğun, ergenin ve genç yetişkinin davranış ve uyum problemleri göstermesindeki temel faktörlerden biri olduğunu bulmuşlardır (Harold ve Conger 1997, Harold ve ark. 1997, Smith ve ark. 1997).

Eşler arası çatışmada olduğu gibi, literatürde boşanma sonucu da çocukların etkilendikleri en temel alanlardan biri olarak, davranış ve uyum problemleri gösterilmektedir. Konuyla ilgili olarak yapılan çalışmalarda, evli anne-babaların

çocuklarına oranla, boşanmış anne-babaların çocuklarında uyum problemlerinin daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Neher ve Short 1998). Araştırmacılar, boşanmış anne-babaların çocuklarının, evli anne-babaların çocuklarına oranla daha fazla sosyal, akademik ve kişisel uyum problemleri yaşadıklarını; boşanma sonrası dönemin, çocukların büyük bir çoğunluğu için stresli bir dönem olduğunu ve boşanmanın çocuklar üzerinde yarattığı etkilerin, genelde kız ve erkek çocukları açısından farklılık gösterdiğini; dışa yönelim türü problem davranış belirtilerinin erkeklerde ve boşanma sonrası daha çok görülürken, içe yönelim türü problem davranış belirtilerinin kızlarda ve hem boşanma öncesi hem de boşanma sonrası görüldüğünde belirtmektedir (Demo ve Acock 1988).

Öte yandan, literatüre bakıldığında, çocukların, eşler arası çatışma ve boşanma sonucu bu tür problemleri yaşama konusunda eşit oranda riske sahip olmadıkları, bununla bir takım değişkenlerin ortak etkiler gösterdiği ve farklı sonuçlara yol açtığı görülmektedir. Bunlardan biri, çocuğun cinsiyetidir. Konuyla ilgili olarak literatürde iki farklı grup bulgunun yer aldığı görülmektedir. Bir grup araştırma bulgusu, erkek çocukların kızlara oranla anne-baba çatışması ve boşanmadan daha olumsuz bir şekilde etkilendiğini belirtirken (Thomas ve ark. 1996, Harold ve Conger 1997); diğer bir grup araştırma bulgusu ise, özellikle boşanmaya verilen tepkide cinsiyet farklılığının kesin bir şekilde var olduğunu söylenmesinin yanlış olduğunu, problemin türü, boşanmanın üzerinden geçen süre, yaş gibi değişkenlerin de göz önünde bulundurulması gerektiğine işaret etmektedir (Spigelman ve ark. 1991, Doherty ve Needle 1991). Yukarıda belirtilen bulguların aksine, literatürde sınırlı sayıdaki bazı araştırma bulguları ise, boşanmanın çocuklar üzerinde yaratabileceği olumsuz etkiler açısından, herhangi bir cinsiyet farklılığının bulunmadığını belirtmektedir (Weiner ve ark. 1995).

Boşanma ile ortak etki gösteren diğer bir değişken de çocuğun yaşıdır. Literatürdeki konuyla ilgili çalışmalarda çelişkili bulgular yer almaktadır. Bir grup araştırma bulgusu, okul-öncesi dönemdeki anne-babası boşanmış çocukların, okul çağında bu deneyimi yaşayan çocuklara

oranla bu olaydan daha olumsuz bir şekilde etkilendiklerini belirtmekte (Wadsby ve Svedin 1993, Pagani ve ark. 1997) ve bunun nedeni olarak da, çocukların yaşları büyüdükçe kendilerini anne-babalarından daha bağımsız hissetmelerini göstermektedir. Diğer bir grup araştırma bulgusu ise, tam tersine okul çağında ebeveynlerinde boşanma deneyimi yaşamış olan çocukların daha olumsuz bir şekilde etkilendiklerini (Grant ve ark. 1993); ileri yaştaki çocukların, boşanma öncesi görülen anne-baba çatışmasına daha uzun süre maruz kalmalarını neden olarak göstermektedir.

Yukarıda özetlenen araştırmalar, eşler arası çatışma ve boşanmanın çocuklar üzerindeki etkilerini genelde batı ülkeleri açısından göstermişlerdir. Oysa, Türkiye gibi boşanma oranının henüz diğer ülkeler düzeyine ulaşmadığı; ayrıca, yapı açısından hem geleneksel hem de batıya yönelik bir toplumda, eşler arası çatışma ve boşanmanın çocuklar üzerindeki etkilerinin nasıl olduğunun incelenmesi, böyle bir konuda kültürel farklılıkların da incelenmesi açısından önemlidir. Ülkemizde bu konunun incelendiği kapsamlı bir araştırma bulgusuna rastlanmamıştır.

Öte yandan, literatürde, boşanmanın çocuklar üzerinde yarattığı uyum problemlerinin yaşa bağlı olarak değişiminde çelişkili bulgular yer alırken; eşler arası çatışmanın, çocuğun yaşına bağlı olarak bir farklılık yaratıp yaratmadığı konusunda herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Dolayısıyla uyumlu bir aile ortamında yetişen çocuklar ile anne-baba çatışmasının çok fazla yaşandığı ailelerde yetişen çocuklar ve boşanmış ailelerden gelen çocukların gösterdikleri davranış ve uyum problemleri üzerinde, gelişimsel bir karşılaştırma yapılmasının alana önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmüştür.

Bu noktadan hareketle, bu araştırmanın amacı, evli ve çatışmasız, evli ve çatışmalı ve de boşanmış anne-babaların çocuklarının gösterdikleri davranış ve uyum problemlerinde bir farklılık olup olmadığını Türk örneğinde belirlemek; aynı zamanda, bu problemlerin gelişimsel olarak çocuğun yaşı ve cinsiyetine göre değişip değişmediğini irdelemektir.

YÖNTEM

Araştırmanın evrenini, Ankara'nın Çankaya ilçesi Merkez yuva (anaokulu), ilkokul, ortaokul ve liselerinde okuyan öğrenciler oluşturmuştur. Araştırmanın yapılacağı okullar seçkisiz olarak belirlendikten sonra, yuvaya (5 yaş), ilkokul 4. sınıfa (10 yaş), ortaokul 2. sınıfa (13 yaş) ve lise 2. sınıfa (16 yaş) devam eden çocuklar arasında anne ve babaları uygun ölçütlere sahip olanlardan seçkisiz olarak belirlenen bir örneklem (N=421) üzerinde uygulama gerçekleştirilmiştir. Söz konusu uygunluk ölçütleri; anne ve babanın en az lise mezunu ve her ikisinin de çalışıyor olmasıdır. Boşanmış anneler için uygunluk ölçütleri ise; birlikte yaşanan annenin, çalışan, boşanmasının üzerinden en az 1 yıl geçmiş, halen yalnız yaşayan ve en az lise mezunu olmasıdır.

Araştırmada (1) evli erkek ve kadınların evlilik ilişkisindeki uyumunu belirlemek amacıyla, Locke ve Wallace (1959) tarafından geliştirilen ve Tutarel-Kışlak (1995) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılan "Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ)", (2) 4-18 yaş arası çocuk ve gençlerin yeterlik alanları ve sorun davranışlarını anne ve babalardan elde edilen bilgiler doğrultusunda belirlemek amacıyla Achenbach (1991) tarafından geliştirilen ve Erol ve arkadaşları (1995) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılan "Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ)"nin, 'Ebeveyn Formu'; (3) deneklerin depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla Kovacs (1985) tarafından geliştirilen ve Türkçeye uyarlanması Öy (1991) tarafından yapılan "Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)", (4) 10 yaş çocuklarının sürekli kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla Spielberg (1973) tarafından geliştirilen ve Özusta (1993) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılan "Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri"nin, 'sürekli Kaygı Ölçeği', (5) 13 ve 16 yaş çocuklarının sürekli kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla, Spielberg ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen ve Öner & Le Compte (1983) tarafından uyarlaması yapılan "durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri"nin, 'Sürekli Kaygı Ölçeği' ile deneklerin demografik özelliklerini belirlemek amacıyla da "Kişisel Bilgi Formu" kullanılmıştır.

Araştırmanın 10, 13 ve 16 yaş grubuna ilişkin uygulamaları için, daha önceden belirlenen okul ve sınıflara tek tek gidilmiş; anne ve babası en az lise mezunu ve her ikisi de çalışıyor olan çocuklar bir sınıfa toplu olarak alınarak, uygulama 8-10'ar kişilik gruplar halinde gerçekleştirilmiştir. Uygulamada deneklere, araştırmada genel olarak çocukların uyum problemlerinin araştırıldığına yönelik bir yönerge verilmiş ve daha sonra Depresyon ve Sürekli Kaygı Ölçekleri bir arada deneklere dağıtılmıştır. Grup uygulamasının ardından her çocuğa, içinde 'Evlilikte Uyum Ölçeği', 'Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği' ve 'Kişisel Bilgi Formu' bulunan kapalı bir zarf verilerek, bunu annesine götürmesi, içindeki formları annesi yanıtladıktan sonra geri getirip sınıf öğretmenine teslim etmesi istenmiştir.

Araştırmada, 5 yaş grubu için seçilen deneklere, yaşlarının uygun olmamasından dolayı herhangi bir ölçek uygulaması yapılmamış, ancak bu gruptaki gelişimsel durumu da gözlemek amacıyla, annelerine diğer gruplar için izlenen işlemdeki gibi içinde 'Evlilikte Uyum Ölçeği', 'Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği' ve 'Kişisel Bilgi Formu' bulunan zarf gönderilmiştir. Öte yandan, boşanmış tek ebeveynli (anneleri ile yaşayan) çocukların annelerine yollanan zarfta her üç ölçekte yer almış, fakat içindeki yönergede boşanmış olan annelerden 'Evlilikte Uyum Ölçeği'ni doldurmamaları istenmiştir.

BULGULAR

Araştırmanın bağımsız değişkenlerinden birini oluşturan 'evlilik niteliği'ni belirlemede "Boşanmış" ebeveynlere ek olarak, evli ebeveynler arasındaki çatışma düzeyini belirlemek amacıyla, daha önce yöntem bölümünde de belirtildiği gibi "Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ)" kullanılmış ve bu ölçeğe göre anne-babaların "çatışmalı" ve "çatışmasız" olarak ayrılmasıyla iki uç grup elde edilmeye çalışılmıştır. Bunun için, EUÖ puanları üzerinde yapılan analiz sonucunda, tüm grup için bulunan $\bar{X} = 36.86$ (ranj = 3 - 50), $S = 7.4$ puanları dikkate alınarak, denek kaybını en az düzeyde tutmak amacıyla ortalamanın 0.5 standart kayma altında ve üstünde değerlerle kesme

noktaları tayin edilmiştir. Böylece, ortalamanın 0.5 standart kayma üstü olan 40.6 puanına en yakın tüm değeri olan 41 puan üst kesim noktası olarak alınmış; 0.5 standart kayma altı olan 33.2 puan yerine de, 33 puan alt kesim noktası olarak belirlenmiştir. Bu işlem sonunda, EUÖ'nden 0 ile 33 arasında ($\bar{X} = 27.65$) puan alan 100 denek annesi (tüm örneklemin %28.4'ü), "çatışmalı" uç grubunu oluşturmuştur. Benzer şekilde, EUÖ'nden 41 ile 50 arasında ($\bar{X} = 44.19$) puan alan 118 denek annesi (tüm örneklemin % 33.5'i) "çatışmasız" uç grubunu oluşturmuştur.

Araştırmanın amacı, evli-çatışmasız, evli-çatışmalı ve boşanmış anne-babaların çocuklarının gösterdikleri davranış ve uyum problemlerinde bir farklılık olup olmadığını ve bunun yaş ve cinsiyete göre değişip değişmediğini belirlemek olduğundan, bu doğrultuda bir karşılaştırma yapılmıştır.

Çocuklardaki davranış ve uyum problemlerine ilişkin bilgileri toplamada kullanılan ve anneler tarafından doldurulan ÇDDÖ'den elde edilen Toplam Problem puanlarının, evlilik niteliği, cinsiyet ve yaş gruplarına göre ortalama ve standart kayma değerleri Tablo 1'de, bu verilere uygulanan Varyans Analizi sonuçları ise Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2'den izlenebileceği gibi, ÇDDÖ'nin Toplam Problem puanları üzerinde Evlilik Niteliği temel etkisi anlamlı bulunmuştur. Anlamlı bulunan bu temel etkiyi oluşturan ortalama değerler Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi ile karşılaştırılmış ve sonuçta, çatışmalı ve boşanmış anne-babaların çocuklarının toplam problem düzeylerinin, çatışmasız anne-babaların çocuklarına oranla daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yine Tablo 2'den görülebileceği gibi, Toplam Problem puanları için hesaplanan diğer temel ve ortak etkilerin hiç biri anlamlı sonuç vermemiştir. Bunun olası nedeni olarak, araştırmada özellikle boşanmış gruptaki denek sayısının ($n = 69$; tüm grubun %24'ü) bu tür etkileri ortaya çıkartabilmek için yeterli olamayacağı ihtimali düşünülerek, analiz hücrelerine düşen denek sayılarını gerekli sınırların altına düşürmemek amacıyla, biri evlilik niteliği ile cinsiyet ve diğeri evlilik niteliği ile yaş grupları değişkenleri

Tablo 1: Eşler arası evlilik niteliği, cinsiyet ve yaş grupları değişkenlerine göre ÇDDÖ toplam problem puanları üzerindeki ortalama ve standart kayma değerleri.

EŞLER ARASI EVLİLİK NİTELİĞİ	CİNSİYET	YAŞ GRUPLARI				
		5 YAŞ	10 YAŞ	13 YAŞ	16 YAŞ	
ÇATIŞMASIZ \bar{X} = 20.36 S = 13.14 n = 118	ERKEK	\bar{X} = 19.13 S = 12.43 n = 64	5 YAŞ \bar{X} = 24.18 S = 13.10 n = 17	10 YAŞ \bar{X} = 17.84 S = 9.49 n = 19	13 YAŞ \bar{X} = 26.22 S = 13.65 n = 9	16 YAŞ \bar{X} = 12.53 S = 10.88 n = 19
	KIZ	\bar{X} = 21.83 S = 13.92 n = 54	5 YAŞ \bar{X} = 21.36 S = 14.05 n = 11	10 YAŞ \bar{X} = 23.29 S = 15.60 n = 21	13 YAŞ \bar{X} = 22.75 S = 13.82 n = 12	16 YAŞ \bar{X} = 18.20 S = 11.22 n = 10
	ERKEK	\bar{X} = 28.64 S = 13.74 n = 44	5 YAŞ \bar{X} = 26.07 S = 13.26 n = 14	10 YAŞ \bar{X} = 30.08 S = 15.35 n = 13	13 YAŞ \bar{X} = 29.29 S = 10.92 n = 14	16 YAŞ \bar{X} = 31.33 S = 25.58 n = 3
	KIZ	\bar{X} = 30.34 S = 17.43 n = 56	5 YAŞ \bar{X} = 37.54 S = 20.24 n = 13	10 YAŞ \bar{X} = 33.10 S = 23.48 n = 10	13 YAŞ \bar{X} = 27.40 S = 14.75 n = 15	16 YAŞ \bar{X} = 26.06 S = 12.29 n = 18
BOŞANMIŞ \bar{X} = 31.36 S = 19.20 n = 69	ERKEK	\bar{X} = 36.69 S = 18.05 n = 26	5 YAŞ \bar{X} = 33.43 S = 16.76 n = 7	10 YAŞ \bar{X} = 36.00 S = 10.77 n = 5	13 YAŞ \bar{X} = 35.29 S = 16.78 n = 7	16 YAŞ \bar{X} = 41.86 S = 25.92 n = 7
	KIZ	\bar{X} = 28.14 S = 19.36 n = 43	5 YAŞ \bar{X} = 32.13 S = 19.16 n = 8	10 YAŞ \bar{X} = 28.55 S = 18.78 n = 11	13 YAŞ \bar{X} = 28.24 S = 22.82 n = 17	16 YAŞ \bar{X} = 22.71 S = 12.71 n = 7
	ERKEK	\bar{X} = 25.66 S = 15.58 n = 134	5 YAŞ \bar{X} = 28.43 S = 16.36 n = 70	10 YAŞ \bar{X} = 25.87 S = 16.40 n = 79	13 YAŞ \bar{X} = 27.80 S = 16.12 n = 74	16 YAŞ \bar{X} = 22.42 S = 16.57 n = 64
	KIZ	\bar{X} = 26.72 S = 17.17 n = 153				
GENEL						
\bar{X} = 26.22 S = 16.43 n = 287						

Tablo 2: Eşler arası evlilik niteliği, cinsiyet ve yaş grupları değişkenlerine göre ÇDDÖ toplam problem puanları üzerindeki etkilerine ilişkin ANOVA sonuçları

Değişim Kaynağı	Karalar Toplamı	s.d.	Ortalama Kare	F
A	6535.43	2	3267.72	13.26*
B	0.14	1	0.14	0.001
C	1082.35	3	360.78	1.46
AXB	1265.48	2	632.74	2.57
AXC	811.72	6	135.29	0.55
BXC	515.47	3	171.82	0.70
AXBXC	1436.07	6	239.34	0.97
HATA	64798.11	263	246.38	
TOPLAM	77179.73	286	269.86	

*P<.01 A: Eşler arası evlilik niteliği B: Cinsiyet C: Yaş grupları

arasında olmak üzere iki farklı analiz daha yapılmıştır. Bu doğrultuda, deneklerin Toplam Problem puanlarına, evlilik niteliği ve cinsiyet değişkenlerine göre uygulanan Varyans Analizi sonuçları ise Tablo 3'de özetlenmiştir.

probleme sahip oldukları; ancak boşanmış anne-babaların kızlarında ortaya çıkan farkın anlamlılık düzeyine ulaşmadığı bulunmuştur.

Yukarıda belirtilen amaç doğrultusunda, evlilik niteliği ve yaş grupları değişkenlerine bağlı ola-

Tablo 3: Eşler arası evlilik niteliği, cinsiyet ve yaş grupları değişkenlerine göre ÇDDÖ toplam problem puanları üzerindeki etkilerine ilişkin ANOVA sonuçları

Değişim Kaynağı	Karaler Toplamı	s.d.	Ortalama Kare	F
A	6929.23	2	3464.96	14.17**
B	4.27	1	4.27	0.02
AXB	1467.26	2	733.63	3.001*
HATA	68701.94	281	244.49	
TOPLAM	77179.73	286	269.86	

** p<.01 * p<.05 A: Eşler arası evlilik niteliği B: Cinsiyet C: Yaş grupları

Tablo 3'den izlenebileceği gibi, bu analizde evlilik niteliği temel etkisinin anlamlı bulunmasına ek olarak, evlilik niteliği x cinsiyet ortak etkisi de anlamlı bulunmuş ve ortalamalar arasındaki farklardan hangilerinin anlamlı olduğunu belirlemek amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Sonuçta, çatışmasız anne-babaların her iki cinsiyetten çocuklarının, hem çatışmalı hem de boşanmışların çocuklarına oranla daha az toplam

rak, deneklerin Toplam Problem puanlarının nasıl değiştiğini belirlemek amacıyla elde edilen verilere uygulanan Varyans analizi sonucunda ise, ilk analizde olduğu gibi, yine sadece eşler arası evlilik niteliği temel etkisinin anlamlı sonuç verdiği (F= 13.38; p<.01; s.d. = 2 ve 286), diğer temel ve ortak etkilerde ise anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüş ve rapor edilmeye gerek görülmemiştir.

Tablo 4: 5 yaş grubu hariç tüm örnekleme depresyon ve kaygıyı ölçen kendini değerlendirme ölçek puanları ile ÇDDÖ alt ölçek ve toplam problem puanlarının Pearson Korelasyonları

ÇDDÖ ALT ÖLÇEKLERİ	DEPRESYON	KAYGI
Toplam Yeterlilik	-.264**	-.270**
İçe Yönelim	.277**	.322**
Sosyal İçe Çekilme	.257**	.242**
Somatik Yakınmalar	.145**	.189**
Anksiyete/Depresyon	.262.**	.323**
Dışa Yönelim	.192**	.095
Suçta Yönelik Davranış	.134**	.059
Saldırgan Davranış	.169**	.086
Sosyal Problemler	.228**	.195**
Düşünce Problemleri	.126**	.169**
Dikkat Problemleri	.285**	.186**
Cinsiyet Problemleri	-.022	.066
Toplam Problem	.269**	.232**

**p<.01 *P<.05

Yukarıda belirtilen bulgulara ek olarak, araştırmada çocukların depresyon ve kaygı ölçeklerine verdikleri tepkilere dayanan kendini değerlendirme ölçümleri ile annelerinin değerlendirmelerine dayanan uyum ölçümleri arasında (5 yaş grubu hariç) anlamlı bir ilişki ya da tutarlık olup olmadığına da bakılmış ve analiz sonuçları Tablo 4'de özetlenmiştir. .

Tablo 4'den de izlenebileceği gibi, çocukların depresyon düzeyleri, saldırgan davranışlar, anksiyete/depresyon, dikkat problemleri, suça yönelik davranışlar, dışa yönelim, içe yönelim, somatik yakınmalar, sosyal problemler, düşünce problemleri, sosyal içe çekilme ve toplam problem düzeyleriyle anlamlı pozitif; toplam yeterlik düzeyleriyle ise anlamlı negatif korelasyon göstermiştir. Ayrıca, çocukların kaygı düzeyleri de, anksiyete/depresyon, dikkat problemleri, içe yönelim, somatik yakınmalar, sosyal problemler, düşünce problemleri, sosyal içe çekilme ve toplam problem düzeyleriyle anlamlı pozitif; toplam yeterlik düzeyleriyle ise anlamlı negatif bir korelasyon göstermiştir.

Araştırmada, ayrıca çocukların davranış ve uyum problemlerini belirlemede kullanılan ÇDDÖ'den aldıkları puanlarla, annelerin kendi evliliklerinin niteliğini belirlemede kullanılan "Evlilikte Uyum Testinden (EUT)" elde edilen puanlar arasında bir ilişki olup olmadığını göstermek amacıyla bir analiz gerçekleştirilmiştir. EUT'den elde edilen puanlar ile çocukların depresyon puanları arasında - 196 ($p < .01$); kaygı puanları arasında - 143 ($p < .05$) ve toplam problem puanları arasında - 267 ($p < .01$) korelasyon bulunmuştur.

TARTIŞMA

Araştırmadan elde edilen bulgular, çatışmalı ve boşanmış anne-babaların çocuklarının toplam problem düzeylerinin, çatışmasız anne-babaların çocuklarına oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, ilgili araştırmaların bulgularını büyük oranda desteklemektedir. Konuyla ilgili olarak yapılan çalışmalarda, çatışmasız anne-babaların çocuklarına oranla, çatışmalı anne-babaların çocuklarında uyum problemlerinin daha fazla görüldüğü (Amato 1993),

ebeveynler arasındaki gerek fiziksel gerekse sözel saldırganlığın, çocuklar tarafından model alındığı ve bu tür ortamlarda yetişen çocukların fikir birliği olunmayan durumlarda nasıl davranılacağını dolaylı yoldan ve hoş olmayan bir şekilde öğrendikleri (Tschann ve ark. 1990) ve bu çocukların daha fazla duygusal ve davranış problemleri gösterdikleri (Weiner ve ark. 1995) belirtilmektedir. Benzer şekilde, evli anne-babaların çocuklarına oranla, boşanmış anne-babaların çocuklarında daha fazla uyum problemlerinin görüldüğü (Studer 1993), sözü edilen çocukların daha fazla düşmanlık, saldırganlık ve kaygı problemleri yaşadıkları (Bossong 1995), cinsel tutum ve davranışlarında sapmaların olduğu (Young ve ark. 1993), evlilik ve evliliğe ilişkin tutumlarının olumsuz bir şekilde etkilendiği (Jennings ve ark. 1991) ve cinsiyet rol gelişimlerinde sapmaların olduğu (Vess ve ark. 1983) belirtilmektedir. Anılan araştırmalarda, uyumlu bir ilişki içinde olan evli çiftlerin, çocuklarının uyumuna olumlu katkılarda buldukları; çiftler arasında yaşanan çatışma ve boşanmanın ise, çocukları olumsuz bir şekilde etkilediği genel olarak belirtilmektedir.

Öte yandan, konuyla ilgili olarak yapılan 12 yıllık bir boylamsal çalışma sonucunda, anne-baba çatışmasının çok fazla olduğu ailelerde yetişen çocukların, anne-babaları birlikte yaşamak yerine boşanmayı tercih ettiklerinde, bunların daha sağlıklı yetişkinler oldukları bildirilmektedir (Amato ve ark. 1995). Benzeri görüş ve bulgulara ülkemizde daha önce yapılan bazı çalışmalarda da rastlanmaktadır (Çakmaklı 1992b : akt, Arıkan 1996).

Ayrıca, kültürümüzde toplumsal ve dinsel değer yargılarına bağlı olarak boşanma oranları çok düşük düzeylerde olup, özellikle anne konumundaki kadınlarımızca en son çare olarak düşünülmektedir (Arıkan 1996). Nitekim Gökçe ve arkadaşları (1993) da araştırmalarının sonunda boşanmanın ancak "çok mutsuz olma" durumunda genel kabul gördüğünü bildirmişlerdir. Bu doğrultuda boşanma güçlüğünden dolayı ülkemizde evlilik çatışmasının giderek daha yoğun yaşanabileceği ve bunun da çocukların daha çok problem davranışlar göstermesine neden olabileceği beklenebilir. Bu araştırmada ise, evli ancak çatışmalı anne-babaların çocukları ile bo-

şanmış anne-babaların çocukları arasında, gösterdikleri davranış ve uyum problemleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu, ülkemizde boşanmanın, değer yarguları çerçevesinde getirdiği olumsuzlukların boşanmayla kavuşulması beklenen rahatlamanın yerini aldığı ve çocuklar üzerinde yeni olumsuzluklar yarattığı şeklinde yorumlanabilir. Toplumumuzda boşanma sonucu ortaya çıkan söz konusu olumsuzluklar, (a) özellikle annelerin boşanma sonrasında ekonomik problemlerle karşı karşı kalmaları; (b) çiftler dışında üçüncü şahısların evlilik ilişkisi ve boşanma kararına müdahalede bulunmaları ki, bu tür müdahaleler çoğu zaman eşler arasında çözümlenebilecek problemleri daha da karmaşık bir hale getirebilmekte ve bunların çözümünü zorlaştırabilmektedir ve (c) boşanma sonrası da eşler arasındaki olumsuz ilişkinin devam etmesi olabilir.

Bu araştırmadan elde edilen 'çatışmalı-boşanmış' farksızlığı, yabancı literatürdeki bulgularla ilk bakışta çelişkili görülebilir (Amato ve Keith 1991, Jennings ve ark. 1991). Ancak, kültür farklılığını esas alan açıklamalar geçerli olmasa bile, anılan araştırmalar ile bu araştırma arasında bazı yöntem farklılıkları olduğu dikkate alınmalıdır. Anılan araştırmalarda, gerek evli gerekse boşanmış evbeveynler arasındaki çatışma düzeylerine bakılmış; ayrıca bu araştırmaların bazılarında da, ebeveynler arasındaki çatışma düzeyi çocukların değerlendirmelerine bağlı olarak (Jennings ve ark. 1991) belirlenmiştir. Oysa bu araştırmada, ebeveynler arasındaki çatışma düzeyi annelerin değerlendirmeleri sonucu belirlenirken, boşanmış ebeveynler arasındaki olası çatışma düzeyine bakılmamıştır. Dolayısıyla araştırmalar arasındaki yöntem farklılıkları dikkate alındığında sonuçlar açısından bir çelişki-den söz edilemeyeceği görülmektedir.

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu ise, çatışmasız anne-babaların her iki cinsiyetten çocuklarının, hem çatışmalı hem de boşanmışların çocuklarına oranla daha az toplam probleme sahip oldukları yönündedir. Ancak boşanmış anne-babaların kızlarında ortaya çıkan farkın anlamlılık düzeyine ulaşmadığı görülmüştür. Literatürde genel olarak, boşanmış ve evli anne-babaların çocukları ile çatışmalı ve çatışmasız anne-babaların çocukları arasındaki farklılıklara ba-

kılmış; ancak, üç farklı evlilik niteliği ile birlikte cinsiyet değişkeninin de birarada değerlendirildiği herhangi bir araştırma bulgusuna rastlanmamıştır. Bu çerçevede, bu araştırmadan elde edilen, çatışmasız anne-babaların kız ve erkek çocuklarının toplam problem düzeylerinin, diğer gruplardan düşük olduğu yönündeki bulgu, Byrd (1982)'ın bulgularını destekler niteliktedir. Byrd (1982)'a göre, anne-baba arası çatışma ve boşanma gerek kız gerekse erkek çocukları olumsuz olarak etkilemektedir (Aktaran: Jennings ve ark. 1991).

Bunlara ek olarak bu araştırmada, boşanmış anne-babaların erkek çocuklarının toplam problem düzeylerinin, hem boşanmışların kız hem de çatışmalıların erkek çocuklarına oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu, bu konuda yapılan araştırmaların bulgularını büyük oranda desteklemektedir. Konuyla ilgili olarak yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular, boşanmanın, erkek çocukların uyumunu olumsuz yönde daha fazla etkilediğini belirtmektedir (Jennings ve ark. 1991; Thomas ve ark. 1996).

Çatışmalı ve boşanmış anne-babaların çocuklarının daha çok davranış problemleri göstermeleri, aile içinde yaşanan huzursuzlukların genelde çocukların psikolojik uyumu üzerinde olumsuz etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Anne-baba arasında yaşanan çatışma ve boşanma her ne kadar sadece çiftleri ilgilendiren bir olay gibi görünse ve bu tür olaylar karşısında genelde çocukların etkilenmeleri engellenmeye çalışılsa da, bunda pek başarılı olunamadığı, çocukların ebeveynler arasında yaşanan bu olaylardan fazlasıyla etkilendikleri ortaya çıkmaktadır. Olaya cinsiyetler açısından bakıldığında da, araştırma bulgumuz, boşanmış anne-babaların erkek çocuklarının kızlara oranla daha fazla problem davranışlar gösterdiklerini ortaya koymaktadır ki, bu da boşanmaya bağlı olarak çocuklar üzerinde uygulanan disiplinde bir azalmanın ve model alınabilecek yeterli erkek figürün olmamasının, özellikle erkek çocuklarında daha olumsuz sonuçlara neden olduğu yorumunu (Emery & O'Leary 1984) düşündürmektedir.

Öte yandan, araştırmanın amacından da hatırlanabileceği gibi, bu araştırmada çocukların gösterdikleri davranış ve uyum problemlerinde, eş-

ler arası evlilik niteliği ile yaş grupları arasındaki ortak etkinin anlamlı olup olmadığına bakılmış, ancak bu yönden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bunun olası bir nedeninin, bu araştırmada okul döneminin üç farklı yaş grubuyla temsil edilmesine rağmen, okul-öncesi dönemin sadece tek yaş grubuyla temsil edilmesi olabileceği akla gelmektedir.

Hatırlanacağı gibi bu araştırmada yukarıda belirtilen temel analiz bulgularına ek olarak iki analiz daha yapılmıştır. Bu analizlerden birinde, çocukların kendilerini değerlendirmeleri ile annelerin onları değerlendirmeleri arasındaki ilişkiye bakılmış ve sonuçta, çocukların depresyon düzeylerindeki artışın, onların saldırgan davranışlar, anksiyete/depresyon, dikkat problemleri, suça yönelik davranışlar, dışa yönelim, içe yönelim, somatik yakınmalar, sosyal problemler, düşünce problemleri, sosyal içe çekilme ve toplam problem düzeylerindeki artışla; toplam yeterlik düzeylerinde ise bir azalmayla paralellik gösterdiği bulunmuştur.

Ayrıca, çocukların kaygı düzeylerindeki artışın, onların anksiyete/depresyon, dikkat problemleri, içe yönelim, somatik yakınmalar, sosyal problemler, düşünce problemleri, sosyal içe çekilme ve toplam problem düzeylerindeki artışla; toplam yeterlik düzeylerinde ise bir azalmayla paralellik gösterdiği görülmektedir.

Literatürde tam olarak yukarıda belirtilen türden bir karşılaştırmaya rastlanmamıştır. Çocuklarda görülen problemlerle ilgili olarak ebeveyn - çocuk değerlendirmesi arasındaki ilişkiye odaklanan araştırmacılar, genelde aynı ölçeğin iki ayrı formunu (ebeveyn-çocuk) kullanmışlardır. Oysa bu araştırmada, ebeveynler ve çocuklar üzerinde farklı ölçekler kullanılmıştır. Dolayısıyla, literatürde benzer bir karşılaştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmada bu tür bir analizin yapılmasındaki amaç, daha önce bulgular bölümünde de belirtildiği gibi, davranış ve uyum problemleri açısından çocukların kendilerini değerlendirmeleri ile annelerin değerlendirmeleri arasında bir tutarlık olup olmadığını ortaya çıkarmaktır. Bu amaç çerçevesinde elde edilen bulgular, çocuklar ile annelerin değerlendirmeleri arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu sonuç, çalışmada ço-

cukların davranış ve uyum problemlerini annelerinin değerlendirdiği ÇDDÖ toplam puanları açısından incelememizin, annelerin olası bir yanlış değerlendirmelerinden etkilenmediğini düşündürmüştür. Ancak, çatışmasız, çatışmalı ve boşanmış annelerin yaptıkları derecelendirmelerin çocuklarının derecelendirilmeleriyle ilişkisi, annenin evlilik niteliği dikkate alınarak ayrı olarak da bir başka araştırma konusu olabilir.

Araştırmada yapılan diğer analizde ise, evlilikteki uyum ile çocukların gösterdikleri davranış ve uyum problemleri arasındaki ilişkiye bakılmış ve sonuçta ebeveynler arasındaki evlilik uyumu azaldıkça, gerek kendini değerlendirme ölçümleri gerekse annelerin değerlendirmeleri ile belirlenen çocuklardaki davranış ve uyum problemlerinin arttığı görülmüştür. Bu konuyla ilgili olarak yapılan diğer araştırmaların bulguları da, bu bulguyu destekler niteliktedir. Yapılan araştırmalar, anne-baba arasında yaşanan çatışmanın, çocuklar üzerinde yarattığı olumsuz etkilerin daha kalıcı olduğunu belirtmektedir (Enos & Handal 1986, Shaw & Emery 1986). Bir çok anne-baba, evliliklerinde uyumsuzluk yaşadıkları halde, boşanma olayından kaçınmakta ki, bu tür ailelerde yaşayan çocuklar, çok daha ciddi problemlerle karşı karşıya kalmaktadırlar (Hetherington ve ark. 1978).

SONUÇ:

Bu araştırmada, çatışmalı ve boşanmış anne-babaların çocuklarının toplam problem düzeylerinin, çatışmasızlara oranla daha yüksek olduğu; çatışmasız anne-babaların kız ve erkek çocuklarının, hem çatışmalıların kız-erkek çocuklarına hem de boşanmışların erkek çocuklarına oranla anlamlı olarak daha az toplam probleme sahip oldukları; boşanmış ailelerin kızlarında ortaya çıkan farkın ise aynı yönde olmasına rağmen anlamlılık düzeyine ulaşmadığı; çocukların depresyon ve kaygı ölçeklerine verdikleri tepkilere dayanan kendini değerlendirme ölçümleri ile annelerinin değerlendirmelerine dayanan uyum ölçümleri arasında ve ebeveynler arasındaki uyum ile çocuklarda davranış ve uyum problemleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Tüm bu bulgular literatürdeki bulgularla büyük ölçüde uyumludur.

Araştırmanın sonuçlarının alana bir çok açıdan katkılar sağladığı düşünülmektedir. İlk olarak, ülkemizde eşler arası çatışma ve boşanmanın çocuklar üzerindeki psikolojik etkileri konusundaki çok sınırlı görgül bilgi genişletilmiş veya en azından gelişmesine bir zemin hazırlanmıştır. Bunun da evlilik, boşanma ve çocuk paylaşımı süreçlerinin yasal ve toplumsal düzenlemelerinde yapılabilecek değişikliklere ışık tutmak gibi bir işlevi olabileceği düşünülmektedir. İkincisi, literatürde, anne-baba arasında yaşanan çatışma ve boşanmanın bir arada incelendiği bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın, literatürdeki bu açığı bir ölçüde kapattığı da düşünülebilir.

Ancak, araştırmada denek sayısının fazla olmasına bağlı olarak pratikte uygulama açısından bazı problemler yaratabileceği düşünülerek alınamayan bir takım ölçümlerin, ileride bu konuda gerçekleştirilecek olan araştırmalarda yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir. Bundan sonra yapılacak olan araştırmalarda boşanmış ebeveynler arasındaki çatışma düzeyinin de belirlenmesi; çocukların davranış ve uyum problemlerini belirlerken annelerin değerlendirmelerine ek olarak bir başka kaynaktan da (örneğin öğretmenler) bilgi alınması; evlilik niteliğinin çocuğun yaşına bağlı olarak fark yaratıp yaratmadığını belirleyebilmek için daha fazla yaş grubu üzerinde inceleme yapılması ve bu yapılırken de özellikle okul öncesi grubun örneklemede birden fazla yaş grubuyla temsil edilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

Teşekkür: Araştırmanın gerçekleşmesindeki katkılarından dolayı Tez Danışmanım Sayın Prof. Dr. Rüveyde Bayraktar'a ve Sayın Doç. Dr. İhsan Dağ'a teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

Achenbach TM (1991) Manual for the Child Behavior Checklist 4-18 and 1991 Profile. V.T. University of Vermont Department of Psychiatry. Burlington.

Amato PR (1993) Children's adjustment to divorce: theories, hypotheses, and empirical support. *J Marriage Fam* 55: 23-28.

Amato PR, Keith B (1991) Parental divorce and the well-being of children: a meta analysis. *Psychol Bull* 110: 26-46.

Amato PR, Loomis LS, Booth A (1995) Parental divorce, marital conflict and offspring well-being during early adulthood. *Soc Forces* 73, 3: 895-915.

Arıkan Ç (1996) Halkın Boşanmaya İlişkin Tutumları Araştırması. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları. Ankara.

Bossong B (1995) Teachers assessment of children of divorce in elementary school - deficits and reactions. *Psychologie in Erziehung und Unterricht* 42, 4: 270-277.

Demo DH, Acock AC (1988) The impact of divorce on children. *J Marriage Fam* 50: 619-648.

Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) (1977) 1997 yılı istatistikleri. DİE, Ankara.

Doherty WJ, Needle RH (1991) Psychological adjustment and substance use among adolescents before and after a parental divorce. *Child Dev* 62: 328-337.

Emery RE, O'leary KD (1984) Marital discord and child behavior problems in a nonclinical sample. *J Abn C Psy* 12:411-420.

Enos DM, Handal PJ (1986) The relationship of parental marital status and perceived family conflict to adjustment in white adolescents. *J Cons Clin Psy* 54: 820-824.

Erol N, Akçakın M, Aslan L (1995) Çocuk davranış değerlendirme ölçeğinin uyarlanması ve standardizasyon çalışması. V. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi. 30 Nisan - 3 Mayıs, A.Ü. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi, Ankara.

Fauber R, Forehand R, Thomas AM, Wiersen M (1990) A mediational model of the impact of marital conflict on adolescent adjustment in intact and divorced families: the role of disrupted parenting. *Child Dev* 61: 1112-1123.

Glick PC (1989) The family cycle and social changes. *Fam Relat* 38: 123-129.

Gökçe B, Acar F, Ayata A, Kasapoğlu A, Özeri ve Uygun H (1993) Gecekonducularda Ailelerarası Geleneksel Dayanışmanın Çağdaş Organizasyonlara Dönüşümü. Ankara: T.C. Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları Genel Yayın No: 75, Seri: Bilim.

Grant LS, Smith TA, Sinclair JJ, Salts CJ (1993) The impact of parental divorce on college adjustment. *J Divor Rem* 19, 1/2: 183-193.

- Harold GT, Conger RD (1997) Marital conflict and adolescent distress: the role of adolescent awareness. *Child Dev* 68, 2: 333-350.
- Harold GT, Fincham FD, Osborne LN, Conger RD (1997) Mom and dad are at it again-adolescent perceptions of marital conflict and adolescent psychological distress. *Devel Psych* 33, 2: 333-350.
- Hetherington EM, Cox R (1978) Mother/Child Relationships. J.H. Stevens, Jr. & M. Mathews (Eds.) National Association for the Education of Young Children, Washington D.C. 149-176.
- Jennings AM, Salts CJ, Smith TA (1991) Attitudes toward marriage: effect of parental conflict, family structure and gender. *J Divor Rem* 17, 1/2: 67-79.
- Kovacs M (1985) The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychophar Bull*, 21: 995-998.
- Locke H, Wallace K (1959) Short Marital Adjustment and Prediction Tests: their reliability and validity. *Marriage Fam Living* 2: 251-255.
- McLanahan S (1985) Family structure and the reproduction of poverty. *Am J Socio* 90: 873-901.
- McLanahan S, Booth K (1989) Mother-only families: problems, prospects and politics. *J Marriage Fam* 51: 557-580.
- Neher LS, Short JL (1998) Risk and protective factors for children's substance use and antisocial behavior following parental divorce. *Amer J Orthopsychi* 68: 154-161.
- Öner N, LeCompte A (1983) Durumluk/Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. İstanbul.
- Öy B (1991) Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2: 132-135.
- Özusta Ş (1993) Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin uyarılama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Pagani L, Boulterice B, Tremblay RE, Vitaro F (1997) Behavioural development in children of divorce and remarriage. *J Child Psy Psychi* 38, 7:769-781.
- Shaw DS, Emry RE (1986) Parental conflict and other correlates of the adjustment of school-age children whose parents have separated. *J Abn C Psy* 15: 269-281.
- Smith J, Berthelsen D, Connor O (1997) Child adjustment in high conflict families. *Child: Care Health Dev* 23, 2: 113-133.
- Spielberger C (1973) Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spigelman G, Spigelman a, Englesson I (1991) Hostility, aggression and anxiety levels of divorce and non-divorce children as manifested in their responses to projective tests. *J Pers Assess* 56, 3: 438-452.
- Studer J (1993) A comparison of the self-concepts of adolescents from intact, maternal custodial, and paternal custodial families. *J Div Rem* 19, 1/2: 219-227.
- Şirvanlı-Özcn D (1998) Eşler arası çatışma ve boşanmanın farklı yaş ve cinsiyetteki çocukların davranış ve uyum problemleri ile algıladıkları sosyal destek üzerindeki rolü. Yayınlanmamış Doktora Tezi. H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Thomas G, Farrell MP, Barnes GM (1996) The effects of single mother families and nonresident fathers on delinquency and substance abuse in black and white adolescents. *J Marriage Fam* 58: 884-894.
- Tschann JM, Johnston JR, Kline M, Wallerstein JS (1990) Conflict, loss, change and parent-child relationships: predicting children's adjustment during divorce. *J Div* 13, 1: 1-22.
- Tutarel-Kışlak Ş (1995) Cinsiyet, evlilik uyumu, depresyon ile nedensel ve sorumluluk yüklemeleri arası ilişkiler üzerine bir araştırma. Yayınlanmamış Doktora Tezi, A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Vess JD, Schwebel AI, Moreland J (1983) The effects of early parental divorce on the sex role development of college students. *J Div* 7, 1: 83-95.
- Wadsby M, Svedin CG (1993) Children's behavior and mental-health 2 years after parental divorce- a follow up study. *Nordic J Psychi* 47, 5 325-334.
- Weed J (1986) Marriage rate down, divorce rate up for 1985. *Marriage Div Today Newsl* 11, 38:2.
- Weinner J, Harlow L, Adams J, Grebstein L (1995) Psychological adjustment of college students from families of divorce. *J Div Rem* 23: 3-4: 75-95.
- Young EW, Jensen LC, Olsen JA, Cundick BP (1993) The effects of family structure on the sexual behavior of adolescents. *Fam Therapy* 20, 1:49-58.

RISPERIDON: ÇOCUK VE GENÇLERDEKİ ETKİNLİĞİ VE YAN ETKİLERİ

S. Ebru Çengel*

ÖZET

Amaç: Yeni bir antipsikotik olan risperidon, klasik antipsikotiklere göre daha az ekstrapiramidal yan etki oluşturmaması, tedaviye dirençli hastalarda etkili olması gibi nedenlerle tercih edilen ilaçlar arasına girmiştir. Bu yazıda risperidonun çocuk ve gençlerdeki kullanımına ilişkin çalışmaların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bilgisayarda literatür taraması yapılarak risperidonun çocuk ve gençlerde klinik kullanımı, etkinliği ve yan etkileri ile ilgili çalışmalar gözden geçirilmiştir. Risperidon ile ilgili 900 civarında araştırma yayınlandığı anlaşılmaktadır, ancak sadece %5'ini (48 yayın) çocuk ve gençlerle ilgili yayınların oluşturduğu görülmüştür. Bu yaş grubuna ilişkin çalışmalar açık çalışmalar ve olgu sunumları ile sınırlı kalmıştır. **Sonuç:** Çocuk ve gençlerde risperidon psikiyatrik bozukluk, yaygın gelişimsel bozukluklar, Tourette bozukluğu, davranım bozukluğu ve mental retardasyona eşlik eden davranış sorunları gibi bir çok psikiyatrik bozukluğun tedavisinde etkin olabilecek bir ajan olarak bildirilmiştir. **Tartışma:** Risperidonu atipik antipsikotik olarak değil, yeni bir antipsikotik olarak sınıflamak daha uygun görünmektedir. Çocuk ve gençlerde risperidonun kullanımına ilişkin veriler halen yeterli görünmemektedir ve daha fazla sistematik çalışmanın yapılması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Risperidon, çocuk, gençlik.

SUMMARY: RISPERIDONE CLINICAL EFFICACY AND SIDE EFFECTS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Objective: Risperidone is a novel antipsychotic that appears to be efficacious in the treatment of treatment-resistant patients, producing less extrapyramidal symptoms than conventional antipsychotics. In this paper, it has been aimed to retrieve all reports on the use of risperidone in children and adolescents. **Method:** A computerized literature search was conducted to retrieve all reports about the clinical usage, effectiveness and the side effects of risperidone in children and adolescents. It has been found that approximately 900 reports on risperidone were published but only 5 percent (48 reports) of them were related to children and adolescents with many psychiatric disorders like psychotic disorders, pervasive developmental disorders, Tourette's syndrome, conduct disorder, behavioral disturbances in mental retardation. Weight gain and sedation has been determined as the most common side effects of risperidone. **Discussion:** It seems more appropriate to differentiate risperidone as a novel antipsychotic than as an atypical one. Data on the use of risperidone in children and adolescents are still sparse, and further research is needed.

Key words: Risperidone, child, adolescence.

GİRİŞ

1950'lerin başında, antipsikotiklerin bulunmasıyla psikofarmakoloji alanında yeni bir çağ başlamıştır. Klasik antipsikotikler olarak adlandırılan bu ajanlar yan etkileri nedeniyle beraberlerinde bir çok sorunu da getirmiştir. Klasik antipsikotik ajanların şizofreni tedavisinde etkinliği kanıtlanmış olmasına karşın bu ilaçların hastaların %20'sinde etkisiz kaldığı ve ciddi nörolojik yan etkileri olduğu saptanmıştır. Ayrıca çocuk ve gençlerin bu ilaçlara yanıtlarının erişkin-

lere göre daha zayıf olduğu gösterilmiştir (Real-muto ve ark. 1984). Bütün bu sorunlar yeni antipsikotik arayışına zemin hazırlamıştır. Üstün bir antipsikotikten beklenen özellikler şöyle sıralanabilir:

1. Etki alanının geniş olması (özellikle negatif belirtiler gibi tedaviye dirençli belirtilerde, pozitif belirtilerde ve afektif belirtilerde etkili olmaları).
2. Özellikle ekstrapiramidal belirtiler, geç diskinezi ve malign nöroleptik sendrom gibi tedaviye devamı engelleyen yan etkilerin sıklığı ve şiddetinin az olması, hatta hiç olmaması.

* Dr., Araş. Gör., Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

3. Tedaviye dirençli hastalarda etkin olmaları ve etkinliğinin uzun süreli tedavide devam etmesi.
4. Etkileri ve yan etkileri açısından gerekli laboratuvar testler ile takibinin az olması (düzenli tam kan sayımı, ilaç kan düzeyi takibi gibi).
5. Çocuk ve gençlerde etkin ve güvenli olmaları, yan etkilerinin daha az olması.

Bütün bu sayılan özelliklere sahip üstün bir ilaç geliştirme arayışı klopazinin bulunması ile önemli bir aşama kaydetmiştir. Klozapinin nöbet eşiğini düşürmesi ve agranülositoz gibi yan etkilerinin olması ilk seçenek ilaç olmasını engelleyen en önemli nedenlerdir. 1993'te risperidonun ve 1996'da olanzapinin kullanıma sunulmasıyla, bu yeni ilaçların istenilen üstün ilaçlar olup olmadıkları sorusu doğmuştur. Yeni geliştirilmiş bu antipsikotikler (klozapin, melperon, piquindon, remoksiprid, risperidon, olanzapin) daha az ekstrapiramidal belirti oluşturmaları ve negatif belirtilerde etkin olmaları gibi özellikleri ile öncekilerden farklıdır. Bu farklılıklar nedeniyle atipik antipsikotikler olarak adlandırılmışlardır. Yeni antipsikotiklerin klinik profillerinin değişik olmasını açıklamada, farmakolojik etkilerindeki farklılıklar önemli ipuçları olabilir. Bu ilaçların reseptör düzeyindeki etkilerinde şu farklılıklar görülmektedir. Orta beyin merkezi tegmental bölgede (A10) depolarizasyona yol açan klasik ajanlardan daha fazla anatomik seçicilik gösteren yeni antipsikotiklerin etkinliği özellikle mezolimbik ve mezokortikal dopamin sistemlerinde yoğunlaşmaktadır. Klasik antipsikotiklerden farklılaşan bir diğer özellikleri de, serotonin reseptörleri üzerinde güçlü antagonist etkilerinin olmasıdır. Özellikle 5 HT2 reseptörü, 5 HT1c reseptörü ve 5 HT1a reseptörü üzerine etkileri atipik antipsikotiklerin üstünlükleri için öne sürülen ana mekanizmalardır.

Bu yazıda yeni antipsikotiklerden olan risperidonun farmakolojik özelliklerine kısaca değinildikten sonra çocuk ve gençlerde kullanımına ilişkin veriler, elden geldikince erişkinlerle karşılaştırmalı olarak gözden geçirilmeye çalışılmıştır. Risperidonun çocuk ve gençlerde klinik kullanımı, etkinliği ve yan etkileri ile ilgili çalışmalara bilgisayarda literatür taraması yapılarak ulaşılmıştır. Risperidon ile ilgili 900 civarında araştırma yayınlandığı anlaşılmaktadır. Bu ya-

yınların yaklaşık %5'ini (48 yayın) çocuk ve gençlerle ilgili yayınların oluşturduğu görülmüştür. Bu yaş grubuna ilişkin çalışmalar açık çalışmalar ve olgu sunumları ile sınırlı kalmıştır.

Farmakolojik özellikler

Risperidon bir benzisoksazol derivativesidir ve güçlü bir 5 HT2 (5 HT2a reseptörü üzerinde güçlü, 5 HT1a, 5 HT1c, 5 HT1d reseptörleri üzerinde orta düzey etki) ve D₂ reseptör antagonistidir. Ayrıca α 1 ve α 2 - adrenerjik reseptörleri ve histamin (H1) reseptörü üzerine de antagonist etkisi vardır. Risperidon güçlü ve selektif LSD (lizerjik asid dietilamid) antagonistidir fakat muskarinik reseptörler üzerinde bu antagonist özelliğini göstermez. İlacın bu özelliklerini daha iyi anlayabilmek için, bu yazıda risperidon, klasik antipsikotiklerden haloperidol ve atipik antipsikotiklerden klozapin ve olanzapin ile kısaca karşılaştırılmaya çalışılmıştır. Bu karşılaştırmaya atipik antipsikotiklerin de eklenmesine risperidonun atipik antipsikotik grubuna dahil görünmesi ve bu ajanlar arasında da etkileri açısından bazı farkların olmasından dolayı ihtiyaç duyulmuştur.

Risperidonun reseptör düzeyindeki etkileri açısından, haloperidol gibi klasik antipsikotiklerden farklılıkları vardır. En önemli ve risperidonun atipik antipsikotik grubuna dahil edilmesine yol açan fark, serotonin reseptörleri üzerinde potent antagonist etkisinin olmasıdır. Klozapin, risperidon ve olanzapinin 5 HT2 reseptör afinitesi D2 reseptör afinitesinden fazladır, bunlar arasında 5 HT2 reseptör afinitesi en çok olan ise klozapindir (Kapur ve ark. 1999). Risperidonun serotonin reseptörleri üzerinde potent antagonist etkisinin olması negatif belirtilerin tedavisinde etkin olabileceğini düşündürmektedir. Klinik çalışmalar da bunu destekler görünmektedir. Tedaviye dirençli şizofrenide klozapin ile risperidonu karşılaştıran çalışmalara ihtiyaç vardır. Antipsikotiklerin ekstrapiramidal belirti oluşturmaları, D2 reseptörü üzerinde antagonist etkileriyle açıklanmaktadır. Bir çalışmada risperidon günlük dozu ve D2 reseptör tutulumu arasında doğrusal bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Risperidonun doz cevap eğrisi haloperidol ve klozapinle karşılaştırıldığında, risperidonun

haloperidole daha çok benzediği bulunmuştur (Dresel ve ark. 1998). Bununla birlikte klinik olarak etkin dozlarda klozapinin (%16-68), risperidon (%63-89) ve olanzapine (%43-89) göre çok daha az D2 reseptör tutulumu yaptığı gösterilmiştir. Risperidon 5 mg/gün dozda, 20 mg/gün dozda olanzapine eşit D2 tutulumu yapmaktadır (Kapur ve ark. 1999). Bu sonuçlar klinik verilerle uyumludur. Risperidonun ekstrapiramidal yan etki oluşturma sıklığının doz bağımlı olarak arttığı, bir çok çalışmada belirtilmiştir. D2 reseptör afinitelerindeki farklılıklar hem tedavideki etkinliklerini hem de ekstrapiramidal belirti ve prolaktin artışı oluşturma potanslarını anlamak açısından önem kazanmaktadır. Ayrıca bu ilaçların atipik olarak adlandırılmasının ne kadar doğru olduğu sorusunun cevabı açısından da önemlidir. Bu soruların cevaplarının verilebilmesi için D2 reseptör tutulumlarının karşılaştırıldığı daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Risperidon (4-8 mg) olanzapin (10-20 mg) ve klozapine (200-400 mg) göre muskarinik reseptörlere daha az afinite göstermektedir (Bymaster ve ark. 1997). Bu nedenle ağız kuruluğu, bulanık görme, kognitif bozulma ve idrar retansiyonu gibi yan etkilerin daha az olacağı düşünülebilir.

Risperidonun oral alım sonrası, gastro-intestinal yoldan emilimi hızlıdır. En yüksek plazma düzeyine bir saatte ulaşılır, 9-OH-risperidon için bu süre üç saattir. Karaciğerde sitokrom P450 2D6 enzim sistemi (CYP2D6, debrisoquin hidroksoilaz) yoluyla aktif metaboliti 9-OH-risperidona metabolize olur. Risperidonun kendisi bu enzim sisteminin zayıf bir inhibitörüdür (Davis ve Janicak 1996). İlacın plazma konsantrasyonu ile doz arasında doğrusal ilişki bulunmaktadır. Yarılanma ömrü risperidon için 3.6 saattir, 9-OH-risperidon için 22 saattir. Toplam etki dikkate alındığında yarılanma ömrü ortalama 24 saattir. Toplam yarılanma ömrü ilacın iki ya da tek dozda uygulanmasını olanaklı kılar. Kararlı kan düzeyine ulaşma zamanı çoğu erişkin hastada risperidon için 1 gün iken aktif metaboliti için 5 gündür. Risperidonun çocuk ve gençlerdeki farmodinamiğine ilişkin çalışma bulunamamıştır. Çocuk ve gençlerin psikoaktif ajanları, erişkinlere göre daha hızlı metabolize ettiği bi-

linmektedir. Bu nedenle, görece daha yüksek dozlara gerek olduğu düşünülebilir. Ayrıca, çocuk ve gençlerde doz, kan düzeyi ve antipsikotiklere klinik cevap arasındaki ilişki iyi bilinmemektedir. Kısa ve uzun süre kullanımları ve klinik cevap arasındaki ilişki de çalışılması gereken konular arasındadır.

Erişkinlerle yapılan çalışmalarda etkin doz 4-8 mg/gün arasında bulunmuştur. Doz ayarlaması yapılırken 3 günde bir 2-4-6 mg'a çıkıp, 1-2 hafta sonra klinik etkinin kontrolü önerilmektedir. En son çıkılan dozda uzun süre kalınması ve doz değişimlerinin 2 günde bir 1 mg azaltma ya da arttırma şeklinde olmasının daha iyi olacağı düşünülmektedir. Erişkinlerde ortalama etkin doz olan 6 mg/gün risperidonun, gençlerde belirgin ekstrapiramidal yan etkiye yol açtığı bildirilmiştir (Masi 1997). Bu yan etkinin 2 mg/gün iki dozda azalabileceği bildirilmiştir (Cozza ve Edison 1994). Bununla birlikte 4 mg/gün dozda bir gençte yönelim bozukluğu, sedasyon, asteni bildirilmiştir (Fras ve Major 1995). Lombroso (1995) çocuk ve gençlerde kullanılırken, risperidona 0.5 mg/gün (akşam) dozda başlanıp, haftada 0.5 mg/gün ile yavaş doz arttırımı yapılması ve maksimum 2.5 mg/gün olarak verilmesini önermiştir. Günde 0.5 mg'lık artışlarla ekstrapiramidal belirti oluşma riski belirgin artmaktadır. Ekstrapiramidal belirtileri azaltmak açısından düşük dozda başlanması ve doz arttırımının yavaş yapılması önem kazanmaktadır. Masi (1997) gözden geçirme yazısında daha sistematik çalışmalar yapılana kadar, risperidonun kullanımında çocuklarda 2 mg/gün ve gençlerde 3-4 mg/gün dozlarından daha yüksek dozlarda dikkatli olunmasını önermiştir. Ayrıca Nair (1998) çalışmasında erişkin hastalarda günde tek doz ve günde iki doz uygulamaları arasında iyileşme ve yan etkiler açısından belirgin fark olmadığını belirtmektedir. Çocuk ve gençlerde bununla ilgili çalışma bulunamamıştır. Fakat çocuk ve gençlerde genel olarak bölünmüş dozlarda uygulanmış olduğu görülmektedir.

Klinik kullanım

Çocuk ve gençlerde antipsikotikler psikotik bozukluk, yaygın gelişimsel bozukluklar, Tourette bozukluğu, davranım bozukluğu ve mental re-

Tablo I: Risperidonun Etkinliği (Açık Çalışmalar)

Yazar	N	Yaş:Yıl (ort.)	Tanı(n) */***	Süre Hafta	Doz:mg/gün (Ort.)	Düzelme (hasta sayısı) (Ölçek**)
Quintana ve Keshavan (1995)	4	12-17	Ş	-	4.5	Negatif belirtilerde substantial düzelme (3).
Armenteros ve ark. (1997)	10	11-18	Ş	6	4-10(6.6)	Belirgin düzelme (PANSS, BPRS, CGI).
McDougle ve ark. (1997)	18	(10.2+/-3.7)	O(11),Ab(3), ÇDB (1), YGB bta (3) + MR (14)	12	(1.8+/-1.0)	Saldırgan, tekrarlayıcı ve impulsif davranışlarda belirgin düzelme (12) (CGI).
Findling ve ark. (1997)	6	5-9	O	8	(1.1)	CPRS (p<0.005), CGI (p<0.001) skorlarında düzelme.
Schreier (1998)	11	5.5-16 (9.8)	Afektif belirtiler + saldırganlık	-	0.75-2.5	%73'ünde klinik cevap (8).
Fisman ve Steele (1996)	14	9-17	YGB	28	0.75-1.5	Bozucu ve obsesyonel davranışlarda, ajitasyon, anksiyete, sosyal farkındalıkta düzelme (13) (CGAS).
Bruun ve Budman (1996)	38	-	Tourette	4	0.5-9 (2.7)	%58'inde belirgin düzelme (22) (YGTSS) %18'inde değişme yok (7) %3'ünde kötüleşme (1) %21.0'i yan etki ile tedaviyi bırakmış (8).
Lombroso ve ark. (1995)	7	(12.9±1.9)	Tourette (5) veya KMT (2) + OKB (3) + DEHB (2)	11	max.2.5	Skorda %18-66 belirgin düzelme (YGTSS), OKB'da düzelme (1) (YBOCS).
Grceвич ve ark. (1996)	16	9-20 (14.9)	Ş (13), Ş (2), Şizofreniform (1)	retro- spektif	2-10 (5.93)	CGI, BPRS toplam ve negatif belirti skorlarında düzelme.
Hardan ve ark. (1996)	20	8-17	YGB	32-60	1.5-10	13'ünde klinik düzelme.
Nicolson ve ark. (1998)	10	4.5-10.8	O	12	1-2.5 (1.3)	Düzelme (8) (CGI).
Horrigan ve Barnhill (1997)	11	6-34 (18.3)	O (11) + MR (10)	>16	0.5 bid	Saldırgan, kendine zarar verici ve patlayıcı davranışlarda ve uyku hijyeninde düzelme.
Perry ve ark. (1997)	6	7-14 (10.7)	YGB	4-32	1-6 (2.7)	CGI (p<0.001) skorlarında düzelme. İlacın etkinliği 2 yıldan uzun devam etmiş (3).

* Ş: Şizofreni, ŞA: Şizoafektif B., O: Otizm, AB: Asperger B., ÇDB: Çocukluğun Dezintegratif B.,
YGB: Yaygın Gelişimsel B., YGB bta: YGB başka türlü adlandırılmayan, MR: Mental Retardasyon,
OKB: Obsesif Kompulsif B., KMT: Kronik Motor Tik B., DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite B.

** CPRS: Children's psychiatric rating scale, CGI: Clinical global impression scale, CGAS: Children's global assessment scale,
YGTSS: Yale global tic severity scale, YBOCS: Yale Brown obsessive compulsive scale, BPRS: Brief psychiatric rating scale.

*** Çalışmalarda O, AB gibi ayrıntılı tanı belirtilmemiş olduğundan YGB olarak sınıflama yapılmıştır.

Tablo II: Risperidonun Etkinliği (Olgu Sunumları)

Yazar	N	Yaş:Yıl (ort.)	Tanı(n) */***	Süre Hafta	Doz:mg/gün (Ort.)	Düzelme (hasta sayısı) (Ölçek***)
Schwam ve ark. (1998)	1	3	YGB	3	0.5	Belirtide kısa sürede düzelme
Sternlicht ve Wells	1	6	DEHB+DB+Ş	-	Metilfenidat ile kombine tedavi verilmiş	Ailesinde Ş. Tanısı olan, ADHD ve Olası veya kesin çocukluk dönemi başlangıçlı şizofreni tanı kriterlerini karşılayan çocuklarda kombine risperidon-metilfenidat verilmesi ile belirtilerde belirgin düzelme sağlanabileceği bildirilmiştir.
Cozza ve Edison (1994)	2	15	Ş	-	2	Tedavinin ilk haftasında belirgin düzelme görülmüştür. Hem negatif hemde pozitif belirtilerde düzelme bildirilmiştir.
Lykes ve Cueva (1996)	2	8 ve 11	Ş	-	3 ve 5.5	Belirtilerde, sırasıyla orta ve belirgin düzeyde düzelme bildirilmiştir.
Zuddas ve ark. (1996)	1	14	Ş	32	3	Belirtilerde düzelme bildirilmiştir. Gencin tedavi ile çevre ve arkadaşlık ilişkilerinde artma görülmüştür.
Crockford (1997)	1	12	Ş	12	5	Belirtilerde biraz düzelme bildirilmiş. Kilo alımı ve bulumik belirtiler nedeniyle tedaviye devam edilmediği belirtilmiştir.
Demb (1996)	3	10,7 ve 6	O+MR	-	3,1 ve 1	Bozucu davranışlar, hiperaktivite, kendine zarar verme davranışlarında düzelme bildirilmiştir.
Sourander (1997)	1	8	Ş	16	0.07 mg/kg	Pozitif belirtiler de %61, negatif belirtiler de %67 düzelme (PANSS) bildirilmiştir.
Frischauf (1997)	1	12	O	-	1.5	Risperidon, 40 mg/gün buspiron ile kombine kullanılmıştır. Konuşmada artma, depresyonda düzelme, saldırgan, bozucu davranışlarda azalma bildirilmiştir.

* Ş: Şizofreni, O: Otizm, YGB: Yaygın Gelişimsel B., MR: Mental Retardasyon,
DEHB: dikkat Eksikliği Hiperaktivite B., DB: Davranım B.

** PANSS: Positive and Negative Syndrome

*** Çalışmalarda O, AB gibi ayrıntılı tanı belirtilmemiş olduğundan YGB olarak sınıflama yapılmıştır.

tardasyona eşlik eden davranış sorunları gibi bir çok psikiyatrik bozuklukta kullanılmaktadırlar. Toren ve Laor (1998) çocuk ve gençlerde atipik nöroleptiklerin kullanımına ilişkin gözden geçirme yazılarında özellikle klozapin, risperidon ve olanzapinin şizofreni, bipolar bozukluk ve yaygın gelişimsel bozukluklarda etkin olduğunu ve risperidonun Tourette bozukluğunda etkin olabileceğini belirtmişlerdir.

Şizofrenide nöroleptik kullanımı ile ilgili en önemli sorunlar, tedaviye dirençli hasta grubunun olması, ekstrapiramidal yan etkiler, özellikle kronik kullanımda oluşan geç diskinezi, tedaviye dirençli negatif belirtiler olarak sıralanabilir. Bütün bu sorunlar çocuk ve gençler için çok daha ağır ve sıktır. Çocuklukta başlayan şizofreni tanısı alan çocukların şizofreni tanısı alan erişkinlerin kötü prognozlu kısmını temsil edebileceği bildirilmiştir (Gordon ve ark. 1994).

Erişkinlerle yapılan açık ve kontrollü çalışmalarda risperidonun şizofreninin pozitif, negatif ve afektif belirtilerinde etkin olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca risperidonun tedavi edici etkisi tedavinin sıklıkla birinci ve genellikle ikinci haftalarında hızlı başlamakta ve doz artımına ihtiyaç duyulmadan belirgin ilerleme gözlenebilmektedir.

Atipik antipsikotiklerin yaygın gelişimsel bozukluklarda kullanımına olan ilgi, bu ilaçların hem serotonin hem de dopamin sistemlerinde etkili olması ve yan etkilerinin hasta tarafından daha iyi tolere edilmesi nedenleriyle artmaktadır. Yaygın gelişimsel bozukluk ve mental retardasyon tanıları almış olan 29 ve 30 yaşında iki erkek erişkinin sırasıyla 8 mg/gün ve 6 mg/gün risperidon ile tedavi edilmiş olduğu olgularda 7-8 ay süre sonundaki değerlendirmede, risperidon tedavisiyle bu hastaların yıkıcı davranışlarında belirgin, kognitif becerilerde orta düzeyde iyileşme gösterdikleri bildirilmiştir (Purdon ve ark. 1994). Yaygın gelişimsel bozukluklarda kullanımına ilişkin erişkinlerle yapılmış çift kör plasebo kontrollü bir çalışma vardır. McDougale ve arkadaşlarının (1998) yaptığı bu çalışmada yaş ortalamaları 28.1±7.3 yıl olan otistik bozukluk (17 kişi) ve başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk (14 kişi) tanıları alan toplam 31 hastaya risperidon 2.9±1.4 mg/gün

dozda verilmiştir (12 hafta). Çalışma sonunda risperidonun kısa dönem tedavide plaseboya üstün olduğu ve tekrarlayan davranışlar, anksiyete, saldırganlık, depresyon, iritabilite ve tüm davranış belirtilerinde iyileşme sağladığı görülmüştür. Çocuk ve gençler ile yapılmış çift kör, kontrollü çalışma henüz yapılmamış olsa da sonuçlar ümit verici görünmektedir.

Risperidonun çocuk ve ergenlerde klinik kullanımıyla ilgili tüm veriler olgu sunumları ve açık çalışmalar ile sınırlı kalmıştır (Tablo I ve Tablo II). Bu çalışmaların çoğunda risperidon tedaviye dirençli hastalarda kullanılmıştır. Tablo I'de özetlenen çalışmalarda, risperidonun daha çok yaygın gelişimsel bozuklukların tedavisinde kullanıldığı anlaşılmıştır. İlaç, özellikle saldırgan, yıkıcı, kendine zarar verme gibi davranışlarda etkin görünmektedir. Psikotik bozuklukta kullanımında, hastaların en az iki değişik antipsikotikle uzun süre tedavi edilmiş ve tedaviye yeterli cevap alınmamış hastalar olduğu anlaşılmaktadır. Bu çalışmalar da, risperidon pozitif belirtilerde etkin olmakla birlikte, negatif belirtilerin tedavisinde de etkin olarak bulunmuştur. Lombroso ve arkadaşlarının (1995) ve Bruun ve Budman'ın (1996) çalışmalarında Tourette sendromu ve tik bozukluklarında risperidonun etkin olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmalarda risperidon daha önce geleneksel tedavi yöntemleri ile tedavi edilmiş hastalarda kullanılmıştır.

Yan etkilerinin klozapinle kıyaslandığında daha az olması ve tedaviye dirençli bazı hastalarda etkin olmaları, risperidon gibi yeni antipsikotiklerin ilk tercih ilaçları olup olamayacağına ilişkin çalışmaların son zamanlarda artmasına yol açmıştır.

Yan etkiler

Ayd (1995) 12 ay süreyle risperidonla tedavi edilmiş 300'den fazla erişkin hastanın sonuçlarına göre risperidonun iyi tolere edilen, benzodiazepinler ve antiparkinson ilaçlarla güvenli olarak kombine edilebilen klinik olarak etkili bir ilaç olduğunu belirtmiştir. Tedavinin sonlandırılmasına yol açan yan etkiler ajitasyon, baş dönmesi, ekstrapiramidal belirtiler (tremor, akatizi, rijidite), halsizlik, salivasyon artışı, bulantı

ve somnolans olarak bildirilmiştir. Antikolinergik etkisinin az olmasına karşın ağız kuruluğu, bulanık görme ve bir oğuda idrar retansiyonu saptanmıştır. 10 mg/gün'den yüksek dozlarda konsantrasyon zorluğu, sedasyon, halsizlik, uyku süresinde azalma ve çok nadiren cinsel işlev bozukluğu ve yürüme bozukluğu yapabileceği belirtilmektedir. Yine Ayd (1995) risperidonun varolan tremor, rijidite gibi ekstrapiramidal belirtileri ve geç diskineziyi artırmayacağı gibi azaltabileceği ve bazı hastalarda parkinson belirtilerini arttırmadan antidiskinetik etkisinin olduğunu belirtmiştir. Henüz risperidon kullanımıyla agranülositoz bildirilmemiştir. Risperidon antikolinergik etkisi olmamakla birlikte, güçlü α -1 reseptör blokajından dolayı ortostatik hipotansiyona ve refleks taşikardiye yol açabilmektedir. Bu nedenle de tedaviye düşük dozlarla başlamak gereklidir. Prolaktin düzeylerinde doza bağlı bir artış görülebilir, bu da erektil ve ejakülatuar disfonksiyona neden olabilir. EKG'de Q-T aralığında hafif uzamaya yol açsa da klinik olarak belirgin değildir. Burun tıkanıklığı, karın ağrısı, enürezis bildirilen diğer yan etkiler arasındadır.

Marder ve Meibach (1994) risperidonun etkin dozunu belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, ekstrapiramidal yan etkisi açısından haloperidol ile karşılaştırma da yapılmıştır. Bu çalışma da 2, 6, 10 ve 16 mg/gün risperidon ile 20 mg/gün haloperidol karşılaştırılmıştır. 6 mg/gün ve daha düşük dozlarda ekstrapiramidal yan etkiler açısından plasebo ile belirgin fark görülmezken, 20 mg/gün haloperidole göre daha az ekstrapiramidal belirti bildirilmiştir. Risperidon ile 10 mg/günden daha yüksek dozlarda erişkinlerde ekstrapiramidal belirti sıklığının arttığı belirtilmiştir. Doza bağlı oluşan diğer yan etkiler sedasyon, ortostatik hipotansiyon, insomni, irritabilite, baş ağrısı, kilo alımı olarak bildirilmiştir (Marder ve Meibach 1994). Segal ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında 10 mg/gün haloperidol ve 6 mg/gün risperidon, bipolar affektif bozukluk-manik atak tanısı alan kişilerde kullanılmıştır. Bu çalışmada iki ilaç arasında, bu dozlarda klinik etkinlik ve ekstrapiramidal yan etki açısından belirgin fark olmadığı saptanmıştır. Yazarlar, şizofreni tanısı alan kişilerde, sonuçların daha farklı olabileceğini belirtmiştir.

Çocuk ve gençlerde antipsikotiklere toleransın görece daha az olabileceği ve ekstrapiramidal belirti oluşma riskinin daha yüksek olacağı bildirilmiştir (Mandoki 1995). Bu nedenle farmakolojik etkiler bölümünde belirtildiği gibi risperidon düşük dozda başlanıp, titrasyonu yavaş yapılmalıdır. Yazına bakıldığında çocuk ve gençlerde kullanımında oluşabilen en sık yan etkilerin kilo alımı ve sedasyon olarak bildirildiği görülmüştür (Tablo III). Olgu sunumlarından oluşan bazı sonuçlar aşağıda özetlenmeye çalışılmıştır.

Rowan ve Malone (1997) şizofreni tanısıyla risperidon (0.5 mg/gün ile başlanıp, 8 günde 3.5 mg/gün doza çıkılmış) verilen ve daha önce hiç antipsikotik tedavi almamış 12 yaşında bir erkek çocukta, tedavinin birden kesilmesi sonrasındaki ilk günde oluşan motor ve vokal tikler bildirmişlerdir. Bu oğuda Tourette benzeri belirtiler kesilme diskinezi olarak değerlendirilmiştir. Silberg (1998) kısa dönem klasik antipsikotik kullanımı olan 28 yaşında erkekte bir yıldır risperidon ile tedavi edilmekteyken diskinetik hareketler geliştiğini bildirmiştir. Bu genç diskinezi oluşturma potansiyeli açısından değerlendirilmesi gereken bir olgu olarak sunulmuştur. Gençlerde de bildirilmiş genç diskinezi olguları vardır (Feeney ve Klykylo 1996). Ayrıca davranım bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite tanılarıyla izlenen 12 yıl 5 ay yaşındaki bir çocukta 0.5 mg/gün risperidon ile parkinson tremoru bildirilmiştir (Malcolm 1999).

1993-1996 yılları arası Amerika'daki Ulusal Sağlık Enstitüsüne başvuran hastalardan risperidon kullanan 13 psikiyatrik çocuk arasından 2 erkek çocukta obezite, karaciğer enzimlerinde bozulma, yağlı karaciğer saptanmıştır. Bu yan etkilerde ilacın kesilmesinden sonra düzelme görülmüştür. Bu çalışmada, erkek çocuklarda hepatoksisite riski olabileceğini belirterek, idame tedavide kilo monitorizasyonu ile birlikte karaciğer fonksiyonunun periyodik kontrolünün yapılmasını önermişlerdir (Kumra ve ark. 1997). Ayrıca Landau ve Martin (1998) 13 yaşında dikkat eksikliği hiperaktivite tanısı ile 3 yıldır izlenen ve psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasından sonra, klonidin 0.1 mg/gün ve risperidon 0.5 mg/gün ile kombine ilaç tedavisi başlanan bir gençte, tedavinin 3'üncü gününde karaciğer

Tablo III: Risperidonun Yan Etkileri

Yazar	N	Yaş:Yıl (ort.)	Tanu(n) */***	Yan Etkileri
Quintana ve Keshavan (1995)	4	12-17	Ş	3 hastada yan etki görülmemiştir.
Armenteros ve ark. (1997)	10	11-18	Ş	Belirgin yan etki görülmemiştir.
McDougle ve ark. (1997)	18	(10.2±3.7)	O (11), AB (3), ÇDB (1), YGB bta (3) + MR (14)	Kilo alımı en sık yan etki (reversibl) olarak bildirilmiştir.
Findling ve ark. (1997)	6	5-9	O	Kilo alımı ve sedasyon en sık yan etkiler olarak bildirilmiştir.
Schreier (1998)	11	5.5-16 (9.8)	Afektif belirtiler+saldırganlık	Subterapötik dozlarda duygu durum düzenleyici kullanılmasına (4 kişi) karşın hafif sedasyon ve kilo alımı bildirilmiştir.
Fisman ve Steele (1996)	14	9-17	YGB	5 hastada tedavi başlangıcında sedasyon bildirilmiştir. Ajitasyon ve ekstrapiramidal belirti görülmemiştir.
Burun ve Budman (1996)	38	-	Tourette	1 hastada tiklerde kötüleşme görülmüş. 8 hasta tolere edemedikleri yan etkiler nedeniyle tedaviyi bıraktığı bildirilmiştir.
Grevech ve ark. (1996)	16	9-20 (14.9)	Ş (13), ŞA (2), Şizofreniform bozukluk (1)	5 hastada hafif sedasyon, 3 hastada ekstrapiramidal belirtiler görülmüştür.
Hardan ve ark. (1996)	20	8-17	YGB	12 hastada yan etki yok. 2 hastada hafif yan etkiler, 3 hastada belirgin kilo alımı, 2 kız hastada galaktore görülmüştür.
Nicolson ve ark. (1998)	10	4.5-10.8	O	Geçici sedasyon ve kilo alımı görülmemiş. 3 ayda tardif diskinezi veya ekstrapiramidal belirti gözlenmemiştir.
Horrigan ve Barnhill	11	6-34 (18.3)	O (11) + MR (10)	En belirgin yan etki kilo alımı iken ekstrapiramidal belirti bildirilmemiştir.
Perry ve ark. (1997)	6	7-14 (10.7)	YGB	5 hastada kilo alımı, 1 hastada 5 ay tedavi ile varolan tik ve fobik belirtilerde artma, 1 hastada hepatotoksisite, 1 hastada kesilme diskinezisi (bu hastada haloperidolde aynı belirti olmuş) gözlenmiş. Diğer yan etkiler olarak geçici sedasyon, salivasyon artışı, stereotipilerde artış bildirilmiştir.
Lombroso ve ark. (1995)	7	(12.9±1.9)	Tourette (5) veya KMT (2) + OKB (3) + DEHB (2)	4 hastada uyuşukluk, 1 hastada akut distoni, OKB'ğu olan ve fluoksetinle kombine tedavi edilen bir hastada rijidite, hepsinde kilo alımı, 4 hastada iştah artışı, 1 hastada fotofobi bildirilmiştir.

* Ş: Şizofreni, ŞA: Şizoafektif B., O: Otizm, AB: Asperger B., ÇDB: Çocukluğun Dezintegratif B.,

YGB: Yaygın Gelişimsel B., YGB bta: YGB başka türlü adlandırılmayan, MR: Mental Retardasyon,

OKB: Obsesif Kompulsif B., KMT: Kronik Motor Tik B., DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite B.

** Çalışmalarda O, AB gibi ayrıntılı tanı belirtilmemiş olduğundan YGB olarak sınıflama yapılmıştır.

transaminaz enzimlerinde bozulma bildirmişlerdir. Bu çocuğun karaciğer biopsisi sonrası steatohepatit tespit edilmiştir. Bu nedenle de özellikle kilolu olan veya risperidon verilmesi ile hızlı kilo alımı olan çocuklarda karaciğer fonksiyon testleri ile monitorizasyon yapılmasını önermişlerdir. Risperidon ve klasik antipsikotik kullanan gençlerde yapılan 6 aylık bir çalışmada risperidon ile belirgin daha fazla kilo artışı olduğu saptanmıştır (Kelly ve ark. 1998).

Risperidon toksisitesinde birincil olarak hafif merkezi sinir sistemi etkileri ve geri dönebilen nöromusküler ve kardiovasküler etkiler görüldüğü saptanmıştır (Acri ve Henreting 1998). Bu olguların (29 erişkin ve genç, 2 çocuk olmak üzere toplam 31 hastadan oluşuyor ve doz aralığı 1-180 mg) 15'inde risperidon tek ilaçtır ve letarji (7 kişi), spazm, distoni (3 kişi), taşikardi (6 kişi), hipotansiyon (3 kişi), disritmi (1 kişi) bildirilmiştir. 3.5 yaşında bir çocukta yanlılıkla tek doz 4 mg risperidon alımı sonrası gözlerde bilateral yukarı kayma, ekstremitelerde sıçrayıcı hareketler, motor huzursuzluk bildirmiş ve iv. difenhidramin tedavisine iyi yanıt alınmıştır (Cheslik ve Erramouspe 1996). Aşırı doz durumunda gastrointestinal lavaj, aktif kömür ve kardiyo vasküler sistem monitarizasyonu ve destekleyici tedavi önerilmektedir.

Atipik antipsikotik kullanımıyla oluşan malign nöroleptik sendrom (MNS) olguları bildirilmiştir. Bununla birlikte yan etki profilleri MNS kriterleri ile örtüştüğünden, MNS ile ilişkisiz nörotoksitete neden olabileceklerinin gözardı edilmesi gerektiği belirtilmektedir (Hasan ve Buckley 1998).

Risperidonun klasik antipsikotiklere göre prolaktin düzeylerinde daha fazla artışa neden olduğu bildirilmiştir. Shiwach ve Carmody (1998) erkeklerde yaptıkları çalışmada prolaktin düzeylerinde artış ve testesteron düzeylerinde azalma olduğunu saptamışlardır. Klinik olarak jinekomasti ve cinsel işlev bozukluğu tespit etmişlerdir. Bu yan etkiler, ilaç bırakıldığında geri dönebilen yan etkilerdir.

Hudson ve Cain (1998) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşı gelme bozukluğu ve depresyon tanlarıyla izlenen 11 yaşında bir erkek çocukta, 1 hafta risperidon kullanılması

sonrasında hemorajik sistit bildirmişlerdir. Bu olgu dışında bildirilmiş olgu saptanmamıştır. Hemorajik sistit yan etkisi, ilaç bırakıldığında geri dönebilen bir yan etki olarak görünmektedir.

SONUÇ

Risperidon ile yapılan çalışmalarda, erişkinlerde klasik antipsikotiklere göre negatif belirtilere karşı daha etkili olduğu, daha az ekstrapiramidal belirti oluşturduğu ve klinik etkinin daha hızlı oluştuğunu destekleyen sonuçlar elde edilmiştir (Marder ve arkadaşları 1997). Çocuk ve gençlerde bu farklılıkları anlamaya yönelik çift kör-kontrollü çalışma bulunmamaktadır. Yine de, risperidonun çocuk ve gençlerde güvenle kullanılabilceğini ve bir çok alanda etkin olduğunu düşündüren çalışmalar vardır. Bu çalışmaların çoğu yaygın gelişimsel bozukluğun tedavisi ile ilgilidir. Bu, çocuklarda yaygın gelişimsel bozukluğun psikotik bozukluklara göre daha sık görülmesi ile açıklanabilir. Davranım bozukluğu, mental retardasyona eşlik eden hiperaktivite, stereotipik hareketler gibi belirtiler antipsikotiklerin etki alanlarına dahildir. Risperidonun bu alanlarda kullanımına ilişkin olgular mevcuttur. Bu olgularda, ilacın etkin olduğu bildirilmiştir.

Geç diskinezi yan etkisi çocuk ve gençler için daha fazla önem taşımaktadır. Risperidon ile geç diskinezi oluştuğunu bildiren olgular yazında yer almaktadır. Ayrıca büyüme, pubertal gelişim ve kongnitif fonksiyonlar üzerine uzun süreli etkilerinin anlaşılabilmesi için, daha sistematik izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Farmakolojik etkileri bakımından, risperidon serotonerjik reseptörler üzerine etkisi ile klozapine benzese de, önemli farklılıklar da göstermektedir. En önemli fark, D2 reseptörleri üzerine potent antagonist etkisinin olmasıdır. Bu farmakolojik özelliği ile klasik antipsikotiklere yakınlasmaktadır. Haloperidol ile risperidonun karşılaştırıldığı çalışmalar da, iki ilacın değişik dozları arasında karşılaştırma yapılmamıştır. 6 mg/gün risperidonun, ekstrapiramidal yan etkiler açısından 10 mg/gün haloperidole göre belirgin fark göstermezken, 15-20 mg/gün halo-

peridole göre daha az ekstrapiramidal belirti oluşturduğu görülmektedir. Klinik çalışmalarda tedaviye-dirençli şizofreni de etkin olduğunu destekleyen sonuçlar elde edilmiştir. Serotonin mekanizması kabul edildiğinde, klozapinin halen tedaviye-dirençli şizofreninin tedavisinde en üstün ajan olduğu düşünülebilir. Risperidon yan etkilerinin görece daha az olmasından dolayı, tedavide klasik antipsikotilerden sonra, klozapinden önce düşünülmesi gereken bir ajan olarak görünmektedir. Sonuç olarak risperidon hem klasik hem de atipik antipsikotik ajanlara benzer özelliklere sahiptir. Bu ilacı atipik antipsikotik olarak değil de, yeni bir antipsikotik olarak sınıflamak daha uygun görünmektedir.

KAYNAKLAR

- Acri AA, Henreting FM (1998) Effects of Risperidone in overdose. *Am J Emerg Med* 16(5): 498-501.
- Armenteros JL, Whitaker AH, Welikson M ve ark. (1997) Risperidone in adolescents with schizophrenia: an open pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36(5): 694-700.
- Ayd FJ Jr (1995) *Lexicon of Psychiatry, Neurology and the Neurosciences*. Williams and Wilkins, Baltimore-Maryland.
- Bruun RD, Budman CL (1996) Risperidone as a treatment for Tourette's syndrome. *J Clin Psychiatry* 57(1): 29-31.
- Bymaster FB, Rasmussen K, Calligaro DO ve ark. (1997) In vitro and in vivo biochemistry of olanzapine: A novel, atypical antipsychotic drug. *J Clin Psychiatry* 58(suppl 10): 28-36.
- Cheslik TA, Erramouspe J (1996) Extrapyramidal symptoms following accidental ingestion of risperidone in a child. *Ann Pharmacother* 30(4): 360-363.
- Cozza SJ, Edison DL (1994) Risperidone in adolescents (letter). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 1211.
- Crockford DN (1997) Risperidone, weight gain, and bulimia nervosa (letter). *Can J Psychiatry* 42(3): 326-327.
- Davis JM, Janicak PG (1996) Risperidone: A New, Novel (and Better?) antipsychotic. *Psychiatric Annals* 26(2): 78-87.
- Demb HB (1996) Risperidone in young children with pervasive developmental disorders and other developmental disabilities. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 6(1): 79-80.
- Dresel S, Tatsch K, Dahne I ve ark. (1998) Iodine-123-iodobenzamide SPECT assessment of dopamine D2 receptor occupancy of risperidone treated schizophrenic patients. *J Nucl Med* 39(7): 1138-1142.
- Feeney DJ, Klykylo J (1996) Risperidone and tardive dyskinesia (letter). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 1421-1422.
- Findling RL, Maxwell K, Wiznitzer M (1997) An open clinical trial of risperidone monotherapy in young children with autistic disorder. *Psychopharmacol Bull* 33(1): 155-159.
- Fisman S, Steele M (1996) Use of risperidone in pervasive developmental disorders: a case series. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 6(3): 177-190.
- Fras I, Major LF (1995) Clinical experience with risperidone. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 833.
- Frischauf E (1997) Drug therapy in autism (letter). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36(5): 577.
- Gordon CT, Fraizer JA, McKenna K ve ark. (1994) Childhood-onset schizophrenia: an NIMH study in progress. *Schizophr Bull* 20: 696-712.
- Grcevich SJ, Findling RL, Rowane WA ve ark. (1996) Risperidone in the treatment of children and adolescents with schizophrenia: a retrospective study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 6(4): 251-257.
- Hasan S, Buckley P (1998) Novel antipsychotics and the neuroleptic malignant syndrome: a review and critique. *Am J Psychiatry* 155(8): 1113-1116.
- Hardan A, Johnson K, Johnson C ve ark. (1996) Case study: risperidone treatment of children and adolescents with developmental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(11): 1551-1556.
- Horrigan JP, Barnhill LJ (1997) Risperidone and explosive aggressive autism. *J Autism Dev Disord* 27(3): 312-323.
- Hudson RG, Cain MP (1998) Risperidone associated hemorrhagic cystitis. *J Urology* 160: 159.
- Kapur S, Zipursky RB, Remington G (1999) Clinical and theoretical implications of 5 HT2 and D2 receptor occupancy of clozapine, risperidone and olanzapine in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 156(2): 286-293.
- Kumra S, Herion D, Jacobsen LK ve ark. (1997) Case study: risperidone-induced hepatotoxicity in pediatric patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36(5): 701-705.

- Kelly DL, Conley RR, Love RC ve ark. (1998) Weight gain in adolescents treated with risperidone and conventional antipsychotics over six months. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 8(3): 151-159.
- Landau J, Martin A (1998) Is liver function Monitoring warranted during risperidone treatment? (letter) *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(10): 1007-1008.
- Lombroso PJ, Scahill L, King RA (1995) Risperidone treatment of children and adolescents with chronic tic disorders: A preliminary report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 1147-1152.
- Lykes WC, Cueva JE (1996) Risperidone in children with schizophrenia (letter). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(4): 405-406.
- Malcolm DR (1999) Risperdal and parkinsonian tremor. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(3): 230.
- Mandoki MW (1995) Risperidone treatment of children and adolescents increased risk of extrapyramidal side effects. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 5: 49-67.
- Marder SR, Meibach RC (1994) Risperidone in treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 151: 825-835.
- Marder SR, Davis JM ve Chouinard G (1997) The effects of risperidone on the five dimensions of schizophrenia derived by factor analysis: Combined results of North American trials. *J Clin Psychiatry* 58: 538-546.
- Masi G (1997) Atypical neuroleptics in the treatment of early onset schizophrenia. *Panminerva Med* 39: 215-221.
- McDougle CJ, Holmes JP, Bronson MR ve ark. (1997) Risperidone treatment of children and adolescents with pervasive developmental disorders: a prospective open-label study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36(5): 685-693.
- McDougle CJ, Holmes JP, Carlson DC ve ark. (1998) A double blind, placebo controlled study of risperidone in adults with autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 55(7): 633-641.
- Nair NP (1998) Therapeutic equivalence of risperidone given once daily and twice daily in patients with schizophrenia, the risperidone study group. *J Clin Psychopharmacol* 18(2): 103-110.
- Nicolson R, Awad G, Sloman L (1998) An open trial of risperidone in young autistic children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(4): 372-376.
- Pery R, Pataki C, Munoz Silva DM ve ark. (1997) Risperidone in children and adolescents with pervasive developmental disorder: pilot trial and follow-up. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 7(3): 167-179.
- Purdon SE, Lit W, Labelle A ve ark. (1994) Risperidone in the treatment of pervasive developmental disorder. *Can J Psychiatry* 39(7): 400-405.
- Quintana H, Keshavan M (1995) Case study: Risperidone in children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(10): 1292-1296.
- Realmuto GM, Erikson WD, Yellin Am ve Ark. (1984) Clinical comparison of thiorixene and thioridazine in schizophrenic adolescents. *Am J Psychiatry* 41: 440-442.
- Rowan AB, Malone RP (1997) Tics with risperidone withdrawal (letter). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36(2): 162-163.
- Sourander A (1997) Risperidone for treatment of childhood schizophrenia (letter). *Am J Psychiatry* 154(10): 1476.
- Schreier HA (1998) Risperidone for young children with mood disorders and aggressive behavior. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 8(1): 49-59.
- Schwam JS, Klass E, Alonso C ve ark. (1998) Risperidone and refusal to eat (letter). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(6): 572-573.
- Segal J, Berk M, Brook S (1998) Risperidone compared with both lithium and haloperidol in mania: A double-blind randomized controlled trial. *Clin Neuropharmacol* 21(3): 176-180.
- Shiwach RS, Carmody TJ (1998) Prolactogenic effects of risperidone in male patients: a preliminary study. *Acta Psychiatr Scand* 98(1): 81-83.
- Silberg C (1998) Risperidone induced tardive dyskinesia. *Pharmacopsychiatry* 31(2): 68-69.
- Sternlicht HC, Wells SR (1995) Risperidone in childhood schizophrenia (letter). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 540.
- Toren P, Laor N, Weizman A (1998) Use of atypical neuroleptics in child and adolescent psychiatry. *J Clin Psychiatry* 59(12): 644-656.
- Zuddas A, Pintor M, Cianchetti C (1996) Risperidone for negative symptoms (letter). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(7): 838-839.

ÇOCUKLARDA ÖLÜM KAVRAMININ GELİŞİMİ VE İNTİHAR GİRİŞİMLERİ

Gülşen Erden*

ÖZET

Amaç: Bu gözden geçirme yazısı, çocukların ölümü anlamaları ve bu anlayışın intihar girişimleri ya da cana kıyma davranışları ile ilişkisini araştırmak amacıyla hazırlanmıştır. **Yöntem:** Çocukların ölüm kavramını kazanmalarına ilişkin gelişimsel süreçler ve intihar girişimleri ile cana kıyma davranışlarını araştıran ya da aktaran 64 yayın seçilerek gözden geçirilmiştir. **Sonuçlar:** Yayınlar, çocukların ölümü anlamalarına ilişkin benzer bulgular ve ayrılıkları temalar göz önüne alınarak incelenmiştir. Yayınlar, çocuklarda intihar girişimleri ve cana kıyma davranışlarının son yıllarda artış gösterdiği konusunda benzer bilgiler bildirilmektedirler. Birçok yayın, çocukların ancak 9 yaşlarına ulaştıklarında ölümü gerçek anlamıyla kavrayabildiklerini göstermektedir. **Tartışma:** Çocukların ölümü anlama süreçleri gelişimsel bir sıra izlemektedir. Ancak bu sıra ve gelişimsel sürecin intihar girişimleri ve cana kıyma davranışı üzerindeki etkilerinin daha çok araştırılması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: İntihar girişimleri, cana kıyma, ölüm kavramı, çocuk.

SUMMARY: DEVELOPMENT OF DEATH CONCEPT IN CHILDREN AND SUICIDE ATTEMPTS

Objectives: This review article aims to explore the way children view death and the relation between this point of view and suicide attempts and homicide behaviors. **Method:** For this review the studies discussing the relations between the developmental process of children learn about the concept of death, suicide attempts and homicide behaviors are selected. **Result:** These studies were examined in terms of similarities and discrepancies of their results. The studies showed similar results pointing to an increase in homicide and suicide attempts in children. A number of studies discussed that children can only reach to a realistic understanding of death by age 9. **Discussion:** The understanding of death as a concept is a developmental process. The effects of this developmental process on suicide attempts and homicide behaviors have to be examined and investigated further.

Key words: Suicide Attempts, homicide, death concept, children.

Ölüm yetişkinler ve özellikle de çocuklar için psikolojik olarak kavranması ve kabul edilmesi zor bir gerçektir. Çocukların ölüm kavramını belli bir yaştan önce kavrayamadıkları düşüncesi yaygındır. Oysa, çocuklar da kendilerinin ya da başkalarının yaşamlarına son verebilmektedirler. Çocuklarda intihar olaylarının sayısının yetişkinlere göre az olması ve çocukların ölümün anlamını bilmedikleri şeklindeki inançlar, çocukları ölüme ya da öldürmeye iten nedenlerin araştırılmasını ve tam olarak anlaşılmasını engellemektedir.

Çocuklar ölüm kavramıyla erken yaşlarda ilgilenmeye başlarlar. Yetişkinlerin konuşmalarını dinleyerek, ölüm haberlerini duyarak ya da izleyerek, ölen birini ya da bir hayvanı gördüklerinde sorular sorarak ölüme ilişkin bir anlam çıkar-

maya uğraşırlar. Bugüne dek çocukların, ölüme ilişkin bilgilerini ayrıntılı olarak açığa çıkaran bir çalışma yapılamamıştır. Çocukların ölümden ne anladığı ve bunu hangi yaşta anladıkları da yayınlarda uzun yıllardır incelenmesine karşın henüz tam olarak ortak bir sonuca ulaşılamamıştır.

Son yıllarda, 10 yaşından küçük çocuklarda da intihar girişimlerinde artış belirgindir. Çocukluk ve gençlik çağı intihar girişimlerinde 1980'den 1995'e kadar 0.8'den 1.7'ye varan bir artış bildirilmektedir (Cuddy-Casey ve Orvaschel 1997). Tüm dünyada çocuk ve gençlerde en çok gözlenen 10 ölüm nedeni arasında ilk 2-3 sırada intihar girişimleri yer almaktadır (Desjarlais ve ark. 1995). ABD'de cinayet suçundan tutuklananların %1.5'i 15, %1'de 10 yaşın altındaki çocuklardır. Cinayet ya da yaralama suçu işleyenlerin

* Psk. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

%11'ini 18 yaşın altındakiler oluşturmaktadır (National Center for Injury Prevention and Control, Center for Disease Control, Division of Violence Prevention 1995, National Center for Health Statistics 1968-1991). Bu oran yıllık sabit bir artış göstermekte buna bir de intihar girişimleri eklenince, ergenler ve çocuklar arasında ölümle sonuçlanabilecek şiddetin yayılma eğiliminde olduğu gerçeği ile karşılaşmaktadır. Ancak şiddete eğilimdeki bu artışa karşın çocuklarda "ölümle oyuna" yol açan nedenler ve bilişsel süreçler hakkında çok az şey bilinmektedir.

Bu çalışmada, son yıllarda çocuk ve ergen intiharlarının artış gösterdiğini bildiren yayınlara paralel olarak intihar davranışlarının nedenleri, çocukların ölümle ilgili ne bildikleri ve ölüm kavramlarının gelişimine ilişkin yayınların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Önce intihar girişimlerinin ve adam öldürme davranışının nedenlerine yönelik araştırma bulguları, daha sonra çocuklarda ölüm kavramının gelişimi farklı görüşler üzerinden aktarılacaktır.

İntihar Girişimlerinin Nedenlerine Yönelik Çalışmalar

Çocuk ve ergen intihar davranışlarına ilişkin risk faktörleri, 3 ana başlık altında toplanmaktadır. Bu başlıklar; sosyal bütünleşme, saldırgan davranış/şiddet ve duygusal sorunlar (depresyon, içe çekilme ve benzeri) olarak tanımlanmaktadır. Durkheim'ın (1987) sosyal bütünleşme teorisine göre, insanların grup yaşamına bağlılık geliştirebilmesi intihara karşı bir koruyucu öge olarak düşünülmektedir. İntihar girişimi bir arkadaş grubuna, sosyal ya da spor amaçlı bir klübe bağlı olan kişilerde, yalnız yaşayan ve tek başına olan kişilere göre daha az görülmektedir (Smith ve ark. 1988). Sosyal bütünleşmenin bozulduğu durumlar, özellikle de işsizlik ve göç gibi olgular intihar girişimi oranlarını arttıran nedenler arasında sayılmaktadır (Moens ve ark. 1988, Monk 1987, Platt 1984). Rook ve Pietromanaco'ya göre (1987), sosyal bütünleşmenin intiharı önleyici iki özelliği bulunmaktadır. Birincisi, sosyal grup ya da kurumlara dahil olma ve grup normlarına uymayı, ikincisi de yaşamın anlamını kavrama ve yaşama bağlanmayı sağlamasıdır. Dini görüş-

lerle intiharı yakın ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalar da bu görüşe destek vermektedir (Breault ve Barkey 1982, Stack 1983). Bir çok din intiharı yasaklamaktadır. Saldırganlık ve şiddete ilişkin risk etmenleri araştırılırken, bireylerin kişilik özellikleri, davranış örüntüleri ve eğilimleri üzerinde yoğunlaşan çalışmalar yapılmıştır. Shaffer'e (1974) göre, intihar girişimine yatkınlığı olan kişiler, daha çok saldırgan ve şiddete eğilimli ya da depressif ve içe çekilme davranışı gösteren kişilerdir. İntihar ve şiddet eğilimlerini araştıran çalışmalarda intihar girişimleri öncesi saldırgan davranışlarının arttığı bildirilmektedir. Ayrıca intihar girişimlerinin ciddiyetine koşut olarak saldırgan davranışların arttığı gözlenmektedir (Andrews ve Lewinsohn 1992, Lewinsohn ve ark. 1993, Rao ve ark. 1993). Alkol ve ilaç bağımlılıkları da intihar davranışlarını arttıran nedenler arasında gösterilmektedir. Duygusal sorunları inceleyen yayınlarda, psikiyatrik bozukluklarla intihar girişimlerinin ilişkisinden sıklıkla söz edilmektedir. Ayrıca aile içi sorunlar, geçimsizlik, ayrılık, kayıp ve aile içi şiddet intihar riskini arttıran etmenler arasındadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, çocuk ve ergen intihar girişimlerinde sıklıkla aile içi sorunlar ve geçimsizliğin gözlendiği bildirilmiştir (Dilsiz ve ark. 1992). Çuhadaroğlu ve Sonuvar (1992), Taneli ve arkadaşları (1982) ve Turgay (1992) yazılarında çocuk ve ergen intihar davranışlarının nedenleri arasında depresyon, davranış bozukluğu, uyumsuzluk, kimlik bozukluğu, psikoz, ilaç ve alkol kötüye kullanımının görüldüğüne dikkati çekerek, intihar girişimleri ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiye değinmişlerdir. İntihar girişimlerinde cinsiyet farklılıkları da dikkati çekmektedir. Kızlarda intihar girişimi oranları yüksek bulunurken, erkeklerde tamamlanmış intihar girişimi oranları yüksek bulunmuştur.

İntihar davranışına ilişkin yayınlar, intiharı bir ruh sağlığı sorunu olarak ele alınmasının yanı sıra, halk sağlığı uzmanlarını ve kamuoyu dikkatini içine alan, çok boyutlu bir çerçevede incelenmesi nedeniyle oldukça zengindir (Berman ve Jobes 1991, Blatt ve Zuroff 1992, Fergusson ve Lynskey 1995, Lewinsohn ve ark. 1993, Woznica ve Shapiro 1990). Çocuk ve gençlerde intihar girişimi, kendi içinde çocuk-

luktan ergenliğe geçişte dramatik bir yükselme göstermektedir (Goldsmith ve ark.1990). Bu bulguya göre, çocukların ölümü anladıkları yaşlarda intiharların arttığı düşünülebilir. Ancak, intihar girişimi olan çocukların ölümden ne anladıkları değerlendirilirken, küçük çocukların sözel becerileri, bilişsel düzeyleri ve duygularının değişkenliği nedeniyle bazı güçlükler yaşanabilmektedir. Aynı güçlük başkasının canına kıyma girişiminde bulunan çocukların, bu davranışlarının çocukların ölümü ile ilişkisi olup olmayacağını araştıran çalışmalarda da yaşanmaktadır. Çocuklar kendilerini ya da başkalarını niçin öldürmek isterler? Bu soruya yanıt arayan çalışmalar incelendiğinde, adam öldüren çocuklara ilişkin yayınların intihar davranışlarını ele alan yayınlara göre daha da az olduğu ve uzun süreli taciz sonrasında yakınlarını öldüren olgu sunumlarıyla sınırlı kaldığı gözlenmiştir. Bilinen araştırmalar, adam öldüren çocukların, önceden bir akıl hastalıklarının olmadığını, zihinsel düzeylerinin ortalamanın altında bulunduğunu gelişimsel açıdan gecikmeleri olmamasına karşın öğrenme güçlükleri yaşadıklarını bildirmektedir (Cornell ve ark. 1987, Ewing 1990). Dolayısıyla, ölüm kavramlarının, bilişsel yeterlilikler nedeniyle bozulmuş ya da gecikmiş olabileceği ileri sürülmektedir (Cuddy- Casey ve Orvaschel 1997). Çocukta adam öldürmenin, en tutarlı ve güçlü ilişki gösterdiği değişken aile içi şiddetle karşılaşma ya da buna tanık olmadır (Ewing 1990). Çocukların adam öldürme davranışında eylemlerin sonuçlarını tam anlamıyla kavramış olarak ortaya çıkmamış olma olasılığının yüksek olduğu ileri sürülmektedir (Cuddy-Casey ve Orvaschel 1997). Ewing (1990), çocukların ölümün geri dönüşmezliğini bilmediklerine ya da adam öldürmenin ahlaki anlamını anlayamayacaklarına işaret etmektedir. Ancak intihar ve adam öldürme davranışına ilişkin yayınlarda yazarlar, çocukların ölüm kavramını yansıtan gelişimsel düşünce süreçlerini tam olarak açıklayamamaktadırlar. Bu nedenle de yasal sistemlerde, çocukların ölümü ile ilişkili ne bildikleri ve bu bilincin kaç yaşında kazanıldığına ilişkin yanıtlar bulabilme arayışıyla ruh sağlığı uzmanlarına yönelme eğilimi gözlenmektedir.

İntihar ve adam öldürme girişimleri ölümle sonuçlanmasa da, girişimde bulunan çocukların aileleri derinden sarsılmaktadır (Gralnick 1993). Bu yönüyle intihar ve adam öldürme girişimleri, aile, yaşanan çevre ve komşuların olduğu kadar komuoyunun ve uzmanların da bu konuya duyarlılıklarının artmasına neden olmaktadır. Buna ilişkin olarak, çocukları ölüme iten nedenler kadar ölüm kavramlarının ne olduğu ve nasıl geliştiği sorusu gündeme gelmektedir. Yapılan araştırmalarda gözlenen tutarsız bulgular nedeniyle, çocukluktaki intihar ve adam öldürme davranışlarının geniş kapsamlı araştırmalara ve klinik çalışmalara gereksinimi gösterdiği düşünülmektedir (Juon ve Ensminger 1997).

Ölüm Kavramının Gelişimi ve Anlaşılması

Çocuklarda ölüm kavramının gelişimi ve kazanılması, yayınlarda bilişsel gelişim ve yaşa bağlı olarak ayrı ayrı ele alınıp incelenmektedir. Bilişsel gelişime bağlı olarak ölüm kavramlarının kazanılmasını inceleyen yazarlar, bilişsel kurumlara göre ölümle ilgili üç bilişsel yapı geliştirildiğinden söz etmektedirler. Bu yapılar; işlevsizlik (nonfunctionality), geri dönüşmezlik (irreversibility) ve evrenselliği (universality) (Garmez ve Masten 1995). Çalışmalarda sıklıkla ele alınan bu tanımlanmış kavramlara bir de nedensellik eklenir. Evrensellik, bazı yayınlarda kaçınılmazlık olarak ele alınır ve yaşayan her şeyin öleceği anlayışını içerir. Geri dönüşmezlik, yapısal olarak sona ermez ve yaşayan bir canlı öldüğünde fiziksel olarak tekrar yaşatılamaz anlayışını taşır. İşlevsizlik, yaşamı tanımlayan tüm işlevlerin ölümle kaybedilmiş olduğu anlamına gelir. Nedensellik ise, ölümün biyolojik bir neden sonucunda oluştuğunu gösterir (Cuddy-Casey ve Orvaschel 1997). Bu kavramların gelişimine geçmeden önce ölümün nasıl tanımlandığı bilinmelidir. Ölüm dini ya da bilimsel terimlerle tanımlanabilir. Ölümün dini anlamı, kültürel ve ruhani görüşleri de taşır. Aileler, ritüeller (ruhani törenler) ve geleneklerle soyut ve teorik ölüm kavramını, kuşaktan kuşağa aktarırlar. Bir kaybın ardından, çocuğa ölüm sürecini anlatmada sıklıkla dini öğretiler kullanılır. İşlevsizlik ve geri dönüşmezlik kavramları çoğunlukla dinlere dayanır. Ölenin, "birgün döneceği

ya da bizi yukarıdan izliyor olma" teması çocuklara yönelik dini aktarımların bir parçasıdır. Yetişkin bir kişi, ölümü bilimsel tanımıyla anlayıp, kabullenir. Ancak bu çok somut ve duygusal olarak çıplak bir tanımdır (Feifel 1977). Bir taraftan, işlevsizlik, geri dönüşsüzlük, evrensellik ve nedensellik gibi soyut kavramlar ile çocuklara ölümün anlatılıp anlatılamayacağı sorgulanırken, diğer yandan bilimsel açıklama ile ölümü tanımlama ve çocukların bu bakış açısına uygun olup olmadıkları tartışılmaktadır. Feifel (1977)'de bir çocukla bir yetişkinin ölüm görüşündeki farklılıkların uslubu dayalı olduğunu ileri sürmektedir. Tabut içinde yaşamdan söz eden bir çocukla, cenazeyi cennete ya da cehenneme yerleştiren yetişkinin görüşleri aynı anlama gelmektedir. Feifel (1997), çocukların büyüdükçe daha bilimsel açıklamalar getirebildiklerini ileri sürmektedir. Ayrıca çocukların ölümle ilgili söylemlerinin bu konu hakkındaki bilgi birikimlerini yansıttığını bildirmektedir. Küçük çocuklar, daha somut ve gerçekçi düşüncülerinden ölümün bilimsel olarak açıklanmasına daha kolay uyum sağlayabilirler. Bir zaman sonra ölümle ilişkin bu somut açıklama daha açık bir şekilde anlaşılır ve sindirilir. Böylece çocuk daha soyut, daha az bilimsel ve dinsel kavramlar ile ölümü anlama ve tanımlama yetisini kazanır. Ancak elde edilen bulgular ışığında, "çocuklar bu sürecin hangi aşamasında ve gerçekte hangi amaçla intihar girişiminde bulunmaktadırlar?" sorusuna hala yanıt aranmaktadır. Bilişsel gelişimin, yaşın, daha önce ölümle karşılaşmış olmanın ya da çocuğun ruh sağlığının ölümü anlamayı ve ölümle ilişkin düşünceleri etkileyebileceği düşünülmektedir.

Piaget'in (1960) bilişsel gelişim modeline göre, çocukların ölüm kavramına odaklaşmaları, 7-12 yaşlar arasında, 'Somut İşlemsel Dönem'de başkın olarak gözlenir. Bu dönemde çocuklar, ölümün kaçınılmaz, evrensel ve iç nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığını anlarlar. Ancak ölümden sonra yaşam olabileceğine ilişkin inançlar sergilerler. 'İşlem Öncesi Dönem'de (2-7 yaş) ölüm çocuk için geri dönüşü olan ve dış nedenlere dayalı bir olaydır. Ölümle ilişkin felsefi düşünce içeriğinin gelişimi ise 12 yaş sonrası dönemde gözlenir. Ancak olgunlaşmış bir ölüm kavramının Piaget'in bilişsel gelişim basamaklarından

farklı olarak, daha erken yaşlarda kazanıldığına ilişkin bulgular bildirilmiştir (Wass ve Stilson 1988). Yayınlarda ölüm kavramının kazanılmasıyla ilgili ikinci alternatif açıklama yaşa bağlı bir gelişimden söz eden araştırma bulgularından gelmektedir. Çocukların ölüm kavramını anlamalarının yaşla ilişkisini araştıran, Menig-Peterson ve McCabe (1977-1979), 3.5-9.5 yaşlarındaki 96 çocuğun yaşam öykülerini araştırmışlar. Bu araştırmada ölümle ilişkin bir öykünün 5 yaş altında oldukça nadir görüldüğünü, 5-6 yaşlarındaki olguların % 50'sinde bir kayıp yaşandığına ilişkin öyküler gözlenirken, 7-8 yaşındakilerde ölüm öykülerinin arttığını ve ancak 9 yaş çocukların öykülerinde ölümle ilişkin duygusal tepkiler ve ölene ilişkin yaşanan acı ve duyguların dile getirildiğini bildirmişlerdir. Bu bulgular, 9 yaş altındaki çocukların ölümün getirdiği duygusallıkla baş edemeyecekleri için, ölümü uzak bir olay olarak algıladıkları görüşü ile açıklanmıştır. Ancak sözü geçen yazarlara, 9 yaşa değin çocukların çok fazla ölümle karşılaşmadıkları ve bu nedenle de öykülerine duygularını katamadıkları şeklindeki alternatif bir açıklama Cuddy-Casey ve Orvaschel'den (1997), gelmiştir. Ayrıca, küçük çocuklar son kavramından yoksun oldukları için sevdikleri insanın ölümü üzerine bir yetişkinden daha güçlü duygular oluştururlar. Şaşırtıcı olarak çocukların ölümle ilişkin öyküleri göstermiştir ki ölüm deneyimleri olmasa ya da ölüm onlarla konuşulmasa da çocuklar ölümü düşünmektedirler. Menig-Peterson ve McCabe (1977-1978), çocukların ölümü küçükken değil fakat büyüdükleri yaşta (9) tam olarak anladıklarını ve bu nedenle de duygusal ifadeler aktarabildiklerini bildirmişlerdir. Childres ve Wimmer (1971)'de evrensellik kavramının yaşa bağlı olarak geliştiğini ve ancak 9 yaştan sonra tam anlamıyla anlaşılabilirliğini bildirmişlerdir. Evrensellik kavramını çocukların 6-7 yaşları arasında öğrenmeye başladıklarını, ancak geri dönüşmezlik kavramının ancak 10 yaşında kazanılabildiğini dolayısıyla da bu kavramların kazanılmasının yaşın dışında değişkenlerden etkilendiklerini ileri sürmüşlerdir. Yaş arttıkça ölümle ilişkin kavramlar dağınık olarak kazanılmaktadır. Swain (1979), çocukların ölüm kavramının gelişimine ilişkin bir çok değişkeni araştırdığı çalışmada, 5-7 yaş arasında çocukların daha büyüsel düşünebildik-

leri ve daha çok somut kavramlarla ilgilendiklerini göstermiştir. Swain'e (1979) göre 5-7 yaş arası çocukların çoğu, ölümden kaçılabileceğini düşünmektedirler ve ölümün evrenselliğine inanan çocukların aynı yaşlarda geri dönülmezliğe de inandıkları saptanmıştır. Yazar aynı zamanda, 8-16 yaş arası çocuklarda reenkarnasyon düşüncesinin de var olduğuna işaret etmektedir. Bir başka çalışmada 9 yaşından küçük çocukların ölümün 'son' olduğunu kabul ettikleri ancak 9 yaşın üstündeki çocukların 'son' fikrini sorguladıklarına işaret edilmiştir (McIntire ve ark. 1972). Bu bulgulardan farklı olarak, bir çalışmada 6 yaşındaki çocukların bir çoğunun ve 8 yaşındaki çocukların hepsinin son (finality) ve evrensellik kavramını anladıkları gösterilmiştir. Speece ve Brent'e göre (1992), geri dönülmezlik kavramı, zaman içinde gelişen bir kavramdır ve bir anda varolmaz. Bu görüşe göre çocukların bir çoğu ölüm kavramını anlar fakat henüz bu anlayış yeterli olgunluğa ulaşmamıştır. Ölüm kavramının anlaşılması aşamalı olarak gerçekleşir. Çocuk önce evrensellik kavramını anlar, ardından eş zamanlı olarak geri dönülmezlik ve işlevsizlik kavramı gelişir.

Çocuklarda ancak ikinci sınıf düzeyinde geri dönülmezlik ve işlevsizlik kavramı belirginleşir ve ivme kazanır. Ancak üçüncü sınıf ve daha üstünde bu gelişme ikinci sınıftaki çocuklardaki kadar artış göstermez. Bu bulgu, çocukların ölüm kavramının doğrusal olarak geliştiği ve yaşa bağlı basamaklar gösterdiği görüşü ile ters düşmektedir. Atwood'un (1984) çalışmasında, anaokulu çocuklarının üçüncü sınıf çocuklarından farklı ifadeleri olduğu ve altıncı sınıftaki çocukların %12'sinde işlevsizlik kavramının henüz gelişmediği gösterilmiştir. Geri dönülmezlik kavramı bütün yaşlarda işlevsizlik kavramından önce gelişiyor gibi görünmektedir. Hoffman ve Strauss (1985) çalışmasında, çocukların hareket etme ve konuşmaya dayalı işlevler yönünden işlevsizliğe, düşünebilme ve hissedebilme işlevlerinin işlevsizliğinden önce inandıklarını gözlemişlerdir. Hoffman ve Strauss (1985)'a göre çocukların, ölümü anlayabilmeleri için, ölümün fiziksel ve biyolojik nedenlerini bilmeleri gereklidir. Benzer olarak Orbach ve arkadaşları (1986), işlevsizlik, geri dönülmezlik ve evrensellik kavramlarının, nedensellikten önce ve daha kolay

öğrenildiğini bildirmektedirler. Nedensellik kavramının öğrenilmesi yaşla ilişkilidir ve ancak beşinci sınıf düzeyinde öğrenilmektedir. Lazar ve Torney-Purta'ya (1991) göre, çocuklar geri dönülmezlik ve evrensellik kavramlarını işlevsizlik ve nedensellik kavramlarının öncülü olarak daha erken yaşlarda kavrayabilmektedir.

Çocuklarda ölüm kavramının gelişimine ilişkin yayınlar, öncelikle Nagy'in 1948'de yaptığı bir çalışmaya ilişkin yayından alıntı yapmaktadırlar. 3-10 yaşlar arasındaki Macar çocuklarla yapılan bu çalışmada, 6 yaş çocuklarının, ölümü yaşamın devamı gibi düşündüklerine ilişkin bulgular saptanmıştır. 6 yaş çocukları, ölümü uyku ya da uzun bir yolculuk olarak tanımlamaktadırlar. 7-9 yaşları arasındaki çocukların kompozisyon yazıları, resim çizimleri ve ölüm konusundaki tartışmalarında ise; insan ya da insan üstü özellikleri olan bir gücün, bir insanın ölmesine neden olduğu düşüncesi saptanmıştır. Piaget'in (1960) doğrusal gelişim basamakları kuramına koşturularak Nagy (1948) de, çocuklarda ölüm kavramına ilişkin 3 gelişim evresi bildirmektedir. 5 yaş altındaki çocukların birinci basamakta oldukları ve ölümü yadsıdıkları, ikinci basamaktaki 5-9 yaş arası çocukların ölümü canlandırdıkları, cansız varlıklara da canlıymış gibi davrandıkları ya da "zalim biçerdöver" sözcüklerinde olduğu gibi canlı sıfatlar yükledikleri ve son basamakta da 9 yaşın üstündeki çocukların, ölümün son ve evrensel olduğunu bildikleri ileri sürülmektedir. Nagy'ye göre basamak sırası sabittir. Her basamak bir alt basamağa dayalı gelişir. Hiçbir basamak atlanmasa da süresi farklı yaşanabilir. Çocuğa bağlı olarak erken ya da geç aşılabilir. Fakat bu çalışma bir dizi sorudan ve resimden oluşan ölçümleri nedeniyle, ciddi yöntem boşlukları taşıdığı ileri sürülerek eleştirilir. Çocuğa sorulan sorular arasında, ölüm gibi soyut bir kavramın resmini çizme de yer almaktadır. Bu istek, çocuğun ölümü hayalinde canlandırmasına yol açar denilmektedir. Özellikle de yarım yüzyıl sonra, bu araştırmaya dayalı çıkarsamaların, farklı kültürlerle genellenmesi uygun bulunmamaktadır. Sonuç olarak da, bilişsel gelişime dayalı görüşlerin ilginç bir açılımını sağlayan bu doğrusal basamak teorisi, gelişime etkisi yadsınamayan çevresel ve psikososyal faktörlerden kopuk kalmasıyla da çok az ampirik destek bulmuştur.

Gözden geçirilen çalışmalarda, ölüm kavramının bilişsel gelişime ya da yaşa bağlı olarak kazanılması görüşleri farklı boyutlarda ele alınmıştır. Bu çalışmalardan birinde, Landsdown ve Benjamin (1984) çocuklarda ölüm kavramının onların sözel becerileri ile ilişkili olduğunu ileri sürmektedirler. White, Elsom ve Prawat (1978)'de evrensellik kavramının çocuğun bilişsel gelişimi ile ilişkili olduğunu ileri sürerken geri dönülmezlik ve işlevsizliğin bilimsel nitelik taşıdıklarını ve sezgi yolu ile kazanıldıklarını belirtmiştir. Evrensellik kavramının ise günlük deneyimler ile kazanıldığını ileri sürmektedirler. Bu varsayımları kanıtlamaya yönelik bulgular White ve arkadaşlarının (1978) çalışmasından gelmiştir. Sözü edilen çalışmada evrensellik kavramını ikinci sınıftaki çocuklar, birinci sınıfta okuyan çocuklardan daha çok tanımlayabilmişlerdir. Kavramsal ve bilişsel gelişime yönelik bir ayrıntılı inceleme çalışmasında Kane (1979), 3-12 yaşlar arasında 122 çocukla ölüm kavramına ilişkin görüşme yapmıştır. Bu görüşmeler sonunda yapılan tanımlayıcı analizlerde çocukların ölüm kavramlarının Piaget'in (1960), bilişsel gelişim basamakları ile uygunluk gösterdiği saptanmıştır. Kane bulgularına dayanarak, ölüm kavramının gelişimine ilişkin bir model önermiştir. 1 yayındaki çocuk, (Somut işlemsel dönem öncesi) ben merkezci ve büyüsel düşünmekte ve ölümü "ayrılık" olarak görmektedir. Somut işlemsel dönemde çocuk için, ölüm önceleri dış nedenlere bağlı somut bir olayken, zamanla ölümü içsel nedenlere dayandıran düşünce yapısı gelişir. Son basamak olan soyut işlemsel dönemde ise, çocuk artık ölümü soyut terimlerle anlayıp ifade edebilir.

Townley ve Thornburg'un çalışmasında (1980), çocukların bilişsel gelişim düzeyleri ile ölüm kavramına ilişkin düşünce gelişimlerinin koşulluk göstermediği saptanmıştır. Orbach ve arkadaşları da (1985), yaş, kaygı düzeyi ve bilişsel gelişim düzeyinin ölüm kavramını anlama ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Speece ve Berent (1992) ise çocukların somut işlemsel dönem öncesinden somut işlemsel döneme geçerken ölüm kavramlarının üçünü de (işlevsizlik, geri dönülmezlik ve evrensellik) kazandıklarını bildirmişlerdir. Townley ve Thornburg'in (1980) çalışması dışında sözü geçen çalışmalar çocukla-

rın ölümü somut işlemsel dönemde anladıkları konusunda uyum içindedirler.

Farklı yayınlarda ise, ölüm kavramının kazanılmasının yaş ya da bilişsel gelişimin yanı sıra başka değişkenlerden de etkilendiği bildirilmektedir. Belki de bu karıştırıcı değişkenler nedeniyle araştırma bulgularında tutarsızlıklar ortaya çıkmaktadır. Ölüm kavramının kazanılmasını herhangi bir yaş ya da bilişsel gelişim basamağında etkileyen değişkenlerin; din, kültür, ölümle karşılaşma ve çocuğun ruh sağlığı olabileceği bildirilmektedir.

Din ve Kültürün Etkisi

Din kavramı da bilişsel gelişim kurallarına uygun olarak aşamalı bir gelişim gösterir (Elkind 1978). Somut işlemsel dönemdeki çocuklar, ölümün manevi yönlerinden çok fiziksel yönlerine odaklanırlar. (Atwood 1984). Townley ve Thornburg (1980), dinin çocuklardaki ölüm kavramı üzerine etkilerini araştırmışlar ve din ile ölüm kavramının kazanılması arasında bir ilişki bulunmadığını göstermişlerdir. Bu bulgu aynı dönemde yapılan çalışmalarla da uyumludur (Gartley ve Bernasconi 1967 ve McIntire ve ark. 1972). Farklı dinlere bağlı çocuklarla yapılmış bir çalışmada da dinin tek başına çocuklardaki ölüm kavramının gelişimine doğrudan bir etkisinin olmadığı gözlenmiştir. Ancak, kültürel sosyalleşme ve öğrenme farklılıkları ile batı kültürü ve teknolojiyle karşılaşma ya da kavram gelişimini etkileyen çeşitli dinsel öğretilere bağlı etkilerle birlikte ele alınabileceği saptanmıştır (Florian ve Kravetz 1985). McIntire ve ark. (1972), çalışmalarında, dinsel guruplara göre çocukların ölüm düşüncesinde farklılık gözlenmesine karşın, büyük çocukların ölüm hakkında küçüklere göre, daha az somut ve bilimsel olmayan görüşler taşıdıklarını gözlemişlerdir. Buna karşın, Candy-Gibbs ve arkadaşları (1984-1985), kültürel ve dinsel zeminin çocukların ölüm ve geri dönülmezlik konusundaki inançlarını nasıl etkilediğini göstermişlerdir. Baptist evlerde yetişen çocuklar ölümden sonra ruhun yaşadığına inanırlarken, Uniteryen evlerde yetişen çocuklar ölümle biyolojik işlevselliğin tam olarak ve geri dönülmez şekilde kesildiğine inanmaktaydılar.

Kültürün ölüm kavramı gelişimini nasıl etkilediği ile ilgilenen, Wass ve arkadaşları (1979) çalışmalarında; a- Ölüm nedir? b- İnsan ve hayvanlar neden ölür? c- İnsan ve hayvanlar yeniden canlanabilir mi? d- İnsan ve hayvanlar ölüncü ne olur? sorularını sorarak, Amerika'lı ve Brezilya'lı çocukların kültürel farklılık gösterip göstermediklerini incelemişlerdir. Bu çalışmanın sonuçlarına ilişkin olarak yazarlar, Amerika'lı ve Brezilya'lı çocukların ölüme bakış açılarında benzerlikler gözlemlendiğine, ancak Amerika'lı çocukların daha bilimsel bakış açıları olduğuna, Brezilyalı kızların Amerika'lı ve Brezilyalı erkeklere göre belirgin derecede dinsel yaklaşım gösterdiklerine işaret etmişlerdir. Aynı sorular kullanılarak yapılan çalışmada beyaz ve siyah ırktan olan çocuklar arasında herhangi bir farklılık saptanmamıştır. İsveç'li ve Amerika'lı çocuklardan "ölüm" sözcüğü ile ilgili akıllarına gelenleri gösteren bir resim yapmaları ve çizdiklerini anlatmaları istenmiştir (Wenestam ve Wass 1987). İki ülke çocukları arasında benzerliklere karşın İsveç'li çocukların resimlerinde kültürel-dinsel sembolleri daha çok kullandıkları, Amerikalı küçük çocuklarınsa daha saldırgan figürler çizdikleri bildirilmiştir. Schonfield ve Smilansky (1989) Smilansky Ölüm Kavramı Soru Formu'nu kullanarak yaptıkları karşılaştırma çalışmasında, geri dönüşmezlik kavramının anlaşılmasında İsrail'li çocukların tüm yaş gruplarında daha yüksek puanlar topladıklarını göstermişlerdir. Bu bulguyu karşılaşma ve öğrenme ile açıklamışlardır. Ancak bu değişkenlerin işlevsizlik, nedensellik ve evrensellik kavramları üzerinde etkisi gözlenmemiştir.

Ölümlü Karşılaşmanın Etkisi

Kane (1979), ölümlü karşılaşmanın yalnızca 7 yaşın altındaki çocukların ölümlü ilişkin düşünce gelişimini etkilediğini ve ölümlü karşılaşan çocukların ölüm kavramı konusunda daha olgun fikirleri olduğunu ileri sürmüştür. 7 yaş üstündeki çocuklar zaten bu anlayışa sahip oldukları için etkilenmemiş görünmektedirler. Benzer şekilde, Jay ve arkadaşları (1987), bir onkoloji biriminde ölümlü kayıp yaşamış olan 3-6 yaşlarındaki çocukların evrensellik ve geri dönüşmezlik kavramlarını, böyle deneyimi olmayan çocukla-

ra göre daha çok ifade edebildiklerini bildirmişlerdir. Clunies-Ross ve Lansdown (1988), çalışmalarında lösemeli çocukların sağlıklı çocuklara oranla geri dönüşmezlik ve işlevsizlik konusundaki anlayışlarının daha ileri düzeyde olduğunu göstermişlerdir. Jay ve arkadaşları (1987) ise sağlıklı çocukların evrensellik kavramını tanımları ile kanserli çocukların tanımları arasında bir farklılık olmadığını bildirmişlerdir. Cotton ve Ränge (1990) çocukların ölüm kavramları ile ölümlü karşılaşma ve ölüm korkusunu araştırmışlardır. Geçmişte ölümlü karşılaşmış olmanın olgunlaşmış ölüm kavramları ve özellikle de nedensellik ve geri dönüşmezlik ile negatif korelasyon gösterdiğini görmüşlerdir. Pfeffer (1990), yakın zamanda sevilen bir kişiyi kaybeden çocukların böyle bir kayıp yaşamamış olan çocuklara göre daha fazla ölüm kavramıyla meşgul olduklarını bildirmiştir. Reilly ve arkadaşları (1983), 5-10 yaşları arasında bir ölüm ya da boşanma yaşamış olan çocuklarla yaptıkları çalışmalarında, 6 yaşın üstündekilerin ölümlü var olduğuna ve çoğunlukla ölümlü son olduğuna inandıklarını, 8 yaşındakilerin ise hepsinin buna inandıklarını göstermişlerdir. Bu çocukların, ölümlü yaşamış olmakla, bireyin ölebileceğine inanma olasılıklarının arttığına işaret etmişlerdir. Araştırma bulgularına göre ölümlü hastalığın, çocukların ölüm kavramlarından bir kısmını anlamalarını etkilediği ama tümünü etkilemediği sonucuna varmışlardır. En fazla etkilenme olasılığı olan kavramlar evrensellik ve işlevsizliktir. Çünkü bu kavramlar diğerlerinden daha somut anlam içermekte ve daha küçük yaştan itibaren anlaşılabilir. Yine araştırma bulgularına dayalı kanıtlar, ölüm kavramının belirli bir dereceye kadar çevre, yaş, bilişsel gelişim ve karşılaşma gibi faktörlerden etkilendiğini düşündürmektedir.

Çocuğun Ruh Sağlığının Etkisi

Çocukların ölümlü anlayış biçimlerine psikolojik sorunların etkileri az sayıda araştırmada incelenmiştir. Orbach ve arkadaşları (1986) kaygının çocukların ölüm kavramına yüksek bilişsel düzeylerde etki ettiğini, birinci ve beşinci sınıftaki çocuklarda ise kaygının belirgin bir etkisi olmadığını ileri sürmektedirler.

McIntire ve arkadaşlarının çalışmasında (1972) 5-18 yaşlar arasındaki 580 çocukla yapılandırılmış bir görüşme yapılmıştır. Kliniklerden gelen çocukların kontrol grubuna göre daha sıklıkla saldırgan ölüm nedenleri sıraladıkları gözlemlenmiştir. İlginç bir şekilde "Gerçekten ölmüş olmayı istediğiniz zamanlar var mı?" sorusuna "ara sıra" ya da " sık sık" yanıtını veren çocukların ise ölüm kavramlarının daha az gerçekçi olduğu görülmüştür. Bu çocukların ölümün geriye dönülebilir olduğunu ya da ölümden sonra da bilinçlerini kaybetmeyeceklerine inandıkları düşünülmüştür. Bu bulgu, Fasko ve Fasko (1990-1991)'nin yayın taraması sonucu vardığı, bazı çocuklarda intihar düşüncelerinin, ölümün fazla gerçekçi olmayan bir biçimde kavramsallaştırılmasından kaynaklandığı şeklindeki yargısını destekler niteliktedir. Bu bulgulara bir destek, Orbach ve arkadaşlarının (1988), çalışmasından gelmiştir. 10-12 yaşlar arasında saldırganlığa ve intihara eğilimli çocuklar ile normal çocukları karşılaştırmışlar ve soyutlama yeteneği açısından bir fark bulunmamakla birlikte intihar eğilimi olan çocukların belirgin biçimde, ölümün yaşam benzeri nitelikleri ve geri dönüşü olduğuna inandıklarına ilişkin bilgiler vermişlerdir. Carlson ve arkadaşları (1986), psikiyatrik nedenlerle hastaneye yatmış çocuklarla sağlıklı çocukları karşılaştırdıkları çalışmalarında, her iki grubun da ölüm hakkında benzer bilgiler verdiklerini bildirmişler ve bir farklılık saptayamamışlardır. Ancak klinikteki ergenlerin %100'ünün başkaları için ölümün geri dönülmez olduğunu kabul ederken %20'sinin kendileri için geri dönülmez olduğunu düşündüklerini bildirmişlerdir.

SONUÇLAR VE TARTIŞMA

Çocuklarda ölüm kavramına ilişkin yayınlar yarım yüzyıllık geçmişe sahiptir. Bu süre içinde ölüm kavramının çocuklarda nasıl geliştiğine ve bu gelişimi etkileyen faktörlere ilişkin değişik görüşler ortaya çıkmıştır. Ancak yöntem sorunları, değerlendirme araçlarının yaygın olarak kabul görüp kullanılmaması ve ölüm kavramının tanımına ilişkin farklılıklar verilerin yetersizliğine neden olmuştur. Bugüne kadar yaşın etkisine ilişkin yapılan çalışmalarda, çocukların

ancak 9 yaşlarında ölüm kavramını tam olarak kavrayabildikleri gösterilmiştir. Evrensellik ve geri dönülmezliğin yaşa bağlı olarak algılanabildiği ve ancak 9 yaşında yerleştiği bildirilmektedir. Birçok araştırmacı, 7 yaş altındaki çocukların ölümü pek olası görmediklerine ya da geri dönülebilir olduğunu düşündüklerine dikkat çekmektedirler. Geri dönülmezlik ve evrenselliğin ilk gelişen kavramlar olduğu ve diğer kavramların oluşması için öncül olduklarına inanılmaktadır. Çocukların çoğunda bu kavramlar benzer bir sıra ile gelişmektedir. Çocukların bu kavramları kazanmasında yaş dışında başka değişkenlerin de etkili olduğuna ilişkin görüşler vardır. Ancak bu görüşler araştırma bugularına tutarsız şekilde yansımaktadır. Çocuğun yetişkinde varolan ölüm kavramına uzanabilmesinde, yaşın yanı sıra zeka ve bilişsel gelişim düzeyi de önemli olarak gösterilmektedir. Bazı çalışmalarda, bilişsel gelişim ile ölümün anlaşılması arasında bir ilişki saptanamamış olsa da elde edilen verilerin çoğu çocukların ölüm kavramının kısmen ya da tamamen yaş, sözel yetenek ve bilişsel düzeyine bağlı olduğunu göstermektedir. Ölüme ilişkin kavramların kazanılma sırasına bakıldığında, bazı veriler çocukların evrensellik, geri dönülmezlik ve işlevsizlik kavramlarını operasyon öncesi dönemden, somut operasyonlara geçiş dönemi sırasında kazandıklarını ve önce evrensellik sonra da sırayla geri dönülmezlik, işlevsizlik ve nedenselliğin öğrenildiği gözlenmektedir.

Din ve kültürün bu sürece etkisi bilişsel düzeyin etkisine oranla çok daha az görünmektedir. Kültürler ve dini inançlar arası farklılıkların çocukların ölümün bazı yönlerini anlamasına etkisinin olabileceği bildirilmiştir. Ancak çalışmaların çoğunda bu etki gözlenmediği için, bu görüş çok kabul görmemiştir. Ayrıca kültürler arasında çocuklarda ölüm kavramının gelişimine ilişkin benzerliklerin oranı farklılıklardan daha büyük olarak ortaya çıkmaktadır.

Ölümlerle karşılaşmanın ölümü algılama ve anlamaya etkisi belirgin olarak yalnızca 7 yaşın altındaki çocuklarda görülmüştür. Daha büyük çocuklarda ölümlerle karşılaşanların karşılaşmayan çocuklardan farklı bir ölüm kavramı gelişimi göstermedikleri gözlenmiştir. Birçok araştırmacı ölüm ve bir kayıpla karşılaşmanın ölüme

ilişkin geri dönülmezlik ve evrensellik kavramlarının anlaşılmasını kolaylaştırdığını bildirmişlerdir. Ancak bu etki küçük yaşlarla sınırlı kalmaktadır. Ölümü daha olgun biçimde kavrama düzeyine bilişsel olarak ulaşmış çocuklarda bu etki gözlenmemektedir. Bulgular az ve sınırlı olmakla birlikte intihara eğilim ve ölümün anlaşılması arasında ilişkiler olabileceği belirlenmiştir. Güncel yayınlara göre intihara eğilimli çocuklarda ölüm kavramı daha az gelişmiştir ve ölüme agresif bir bakış açısı hakimdir. İntihar eğilimli çocuklar kendi ifadelerine göre, kendi ölümlerinin geri dönülmez olacağını algılamamakta ve ölümü anlayışları açısından aralarında farklılıklar gözlenmektedir. Bu çocukların sıkıntılı dönemlerinde ölümü geri dönebilir olarak görme olasılıkları artmaktadır. Ayrıca intihar eğilimi olan çocuklar, bir yakınlarını kaybetmiş olan çocuklara göre ölüme ilgili düşüncelere daha fazla kapılmaktadırlar. İntihar eğilimli çocukların ölüme yaşam benzeri nitelikler atfettikleri, intihar eğilimi olmayan çocuklara göre geri dönebilirliğe daha fazla inandıkları ve geri dönülmezliğin kendileri için de geçerli olup olmadığına ilişkin endişe taşıdıkları bildirilmiştir. Ancak bu bilgilerle uyumlu olmayan araştırma bulguları da vardır. Örneğin, Goldsmith ve arkadaşlarının (1990) çalışmasında çocuk ve gençlerde intihar girişimlerinin, kendi içinde çocukluktan ergenliğe geçişte dramatik bir yükselme göstermekte olduğu bildirilmiştir. Bu bulguya göre çocukların ölümün gerçek anlamını kavradıkları yaşlarda intihar girişimleri artmaktadır. Bir başka deyişle çocuklar ölümün kendileri için de geri dönülmez olduğunu bilecek intihar girişiminde bulunmaktadırlar.

Ne yazık ki cana kıyma eğilimi olan çocukların ölüm kavramı gelişimine ilişkin sistemli çalışmalar yeterli oranda yapılmamıştır. Cana kıyma girişiminde bulunan çocuklarda ölümün geri dönülmezliğine ilişkin çarpık bilişler olabilir. Ya da bilişsel kısıtlılıkları nedeniyle kavramların kazanılması gecikmiş olabilir. Ancak bunları doğrulayacak görgül veriler yoktur.

Sonuç olarak gözden geçirilen yayınlar bağlamında, çocukların ölüm kavramı gelişimini araştıran daha sistemli ve ayrıntılı çalışmalara gereksinim olduğu söylenebilir. "Çocuklar ölüme ilişkin ne biliyorlar, hangi yaşlarda ölüm

kavramlarının hangisine ulaşıyorlar, ölüme ilişkin neler yaşıyor ve hissediyorlar, çocuklarda ölüm kavramının gelişmesini etkileyen, kolaylaştıran ya da geciktiren faktörler nelerdir?" gibi soruların yanıtlarını arayan araştırmalar çocukluk çağında intihar ve cana kıyma girişimlerini anlamaya ışık tutacaktır. Böylece önleme çalışmalarında da ileri adımlar atılabilecektir.

KAYNAKLAR

- Atwood V (1984) *Children's concept of death: A descriptive study*. *Child Study J* 141:11-29
- Berman A, Jobs DA (1991) *Adolescent Suicide: Assessment and Intervention*. American Psychological Association, Washington D.C.
- Blatt S, Zuroff D (1992) *Interpersonal relatedness and self definition: Two prototypes for depression*. *Clin Psychol Rev* 12: 527-562
- Breault KD, Barkey K (1982) *A comparative analysis of Durkheim's theory of egoistic suicide*. *Sociological Quarterly* 23:321-331
- Candy-Gibbs S, Sharp K, Petrun C (1984-1985) *The effects of age, object and cultural/religious background on children's concepts of death*. *Omega* 154:329-345
- Carlson G, Asarnow, Orbach I (1986) *Developmental aspects of suicidal behavior in children*. *J Am Acad Child and Adolescent Psychiat* 26(2):186-192
- Childres P, Wimmer M (1971) *The concept of death in early childhood*. *Child Dev* 42:1299-1301
- Clunies-Ross C, Lansdown R (1988) *Concepts of death: illness and isolation found in children with Leukemia*. *Child Care Health Dev* 14:373-386
- Cornell DG, Benedek EP, Benedek DM (1987) *Characteristics of adolescents charged with homicide*. *Behav Sci Law* 5(1):11-23
- Cotton R, Range L (1990) *Children's death concepts: Relationship to cognitive functioning, age, experience with death, fear of death and hopelessness*. *J Clin Child Psychol* 19(2):123-127
- Cuddy-Casey M, Orvaschel H (1997) *Children's understanding of death in relation to child suicidality and homicidality*. *Clin Psychol Rev* 17(1):33-45

- Çuhadaroğlu F, Sonuvar B (1992) Adolesan intiharları: Risk faktörleri üzerine bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 3(3):222-226.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A (1995) *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-income Countries*. Oxford University Press, New York.
- Dilsiz F, Dilsiz A ve Ökten N (1992) Bir grup ergen suisinde demografik özellikler, 1992 Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri: 25-28 Nisan 1992 Kongre Kitabı, Saray Tıp Kitabevleri, Kuşadası, s:366-369.
- Durkheim E (1897) *Suicide* (Çev. A Spaulding ve G Simpson 1951) *The Free Press*, New York
- Elkind D (1978) *The Child's Reality: Three Developmental Themes*. Lawrence Erlbaum Ass. Hillsdale NJ.
- Ewing CP (1990) *When Children Kill: The Dynamics of Juvenile Homicide*. Lexingtonbooks, Boston.
- Fasko S, Fasko D (1990-1991) Suicidal behavior in children. *Psychology: J Hum Behav* 27-28:10-16.
- Feifel H (1977) *New Meanings of Death. Social, Cognitive ve Development içinde*, J Flavell ve Ross (Ed) Cambridge University Press, Cambridge.
- Ferguson DM, Lynskey MT (1995) Childhood circumstances, adolescent adjustment and suicide attempts in a New Zealand birth cohort, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 612-622.
- Florian V, Kravets S (1985) Children's concepts of death: cross cultural comparison among Muslims, Druzi, Christians and Jews in Israel, *J Cross Cultural Psychol* 16(2): 174-189.
- Garmez N, Masten As (1995) Chronic adversities, Child Adolescent Psychiatry içinde, M Rutter, E Taylor ve L Hersov (Eds) Williams and Wilkins, Maryland, s: 293-310.
- Gartley W, Bernasconi M (1967) The concept of death in children, *J Gen Psychol* 110: 71-85.
- Goldsmith SJ, Fyer M, Frances A (1990) Personality and suicide, *Suicide Over the Life Cycle içinde*, SJ Blumental ve DJ Kupfer (Eds) American Psychiatric Press, Washington D.C., s: 155-176.
- Gralnick A (1993) Suicide in the psychiatric hospital, *Child Psychiat Human Dev* 21: 3-12.
- Hoffman S, Strauss S (1985) The development of children's concepts of death, *Death Studies* 9: 469-482.
- Jay S, Green V, Jahnson S, Caldwell S, Nitschke R (1987) Differences in death concepts between children with cancer and physically healthy children, *J Clin Child Psychol* 46(4): 301-306.
- Juon HS, Ensminger ME (1997) Childhood, adolescent an young adult predictors of suicidal behaviors: A Prospective study of African Americans. *J Child Psychol Psychiat* 38(5): 553-563.
- Kane B (1979) Children's concept of death. *J Genetic Psychol* 134: 141-153.
- Koocher G (1973) Childhood: Death an cognitive development. *Dev Psychol* 9 (3): 369-375.
- Koocher G (1974) Talking with children bout death, *Am Jr Orthopschiat* 44 (39): 404-411.
- Lansdown R, Benjamin G (1984) The development of the concept of death in children aged 5-9 years, *Child, Care, Health and Development* 11:13-20.
- Lazar A, Tournay-Purta J (1991) The development of the subconcepts of death in young children: A short-term longitudinal study, *Child Dev* 62: 1321-1333.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR (1993) Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 60-68.
- McIntre M, Angle C, Struempfer L (1972) The concept of death in Midwestern children and youth, *Am J Dis Child* 123: 527-533.
- Menig-Peterson C, Mc Cabe A (1977-78) Children talk about death. *Omega* 8(4):305-317.
- Moens FG, Haenen V, Woorde H (1988) Epidemiological aspects of suicide among the young in selected European Countries. *J Epid Comm Health* 42:279-285.
- Monk M (1987) Epidemiology of suicide. *Epidemiol Rev* 9:51-69
- Nagy M (1948) The child's theories concerning death, *J Gen Pshychol* 3:27
- National Center for Injury Prevention and Control, Center for Disease Control, Division of Violence Prevention (1995) *Suicide among children, adolescents and young adults United States, 1980-1992 NET News Digest* (19):1-2
- National Center for Health Statistics (1968-1991) *Vital statistics of the United States, 2. Mortality-Part A U.S. Government Printing Office, Washington D.C.*
- Orbach I, Gross Y, Glaubman H, Berman D (1985) Children's perception of death in humans and animals as a function of age, anxiety and cognitive ability, *J Child Psychol Psychiat* 26(3):453-463
- Pallis DJ, Gibbons JS, Pierce DW (1984) Estimating suicide risk among attempted suicides: II Efficiency of predictive scales after the attempt, *Br J Psychiatry* 144:139-148

- Pfeffer C (1990) Preoccupations with death in normal children: The relationship to suicidal behavior, *Omega* 20(3):205-212
- Piaget J (1960) *The Child's Conception of the World*. Littlefield, Adams & Co., Paterson NJ.
- Platt S (1984) Unemployment and Suicidal behaviour: A review of literature. *Soc Sci Med* 19(2):93-115
- Reilly T, Hasazi J, Bond L (1983) Children's conceptions of death and personal mortality. *J Pediatr Psychol* (1):21-31
- Rook KS, Pietromonaco P (1987) Close relationship: Ties that heal or ties that bind? *Advances in Personal Relationships* 1:1-35.
- Schonfeld D, Smilansky S (1989) A cross cultural comparison of Israeli and American children's death concepts. *Death Studies* 13(6): 593-604.
- Shaffer D (1974) Suicide in childhood and early adolescence. *J Child Psychol Psychiat* 15: 275-291.
- Smith JC, Mercy JA, Conn JM (1988) Marital status and risk of suicide. *Am J Public Health* 78: 78-80.
- Speece M, Brent S (1992) The acquisition of a mature understanding of three components of the concepts of death. *Death Studies* 16: 221-229.
- Stack S (1983) The effect of the decline in institutionalized religion on suicide. *J Scientific Study Rel* 22: 239-242.
- Swain H (1979) Childhood views of death. *Death Education* 2: 341-358.
- Taneli S, Erden G, Yılmaztürk M (1982) Çocuk ve ergenlerde intihar girişimleri, XVIII Ulusal Nörolojik Bilimler ve Psikiyatri Kongre Kitabı, İstanbul.
- Townley K, Thornburg: K (1980) Maturation of the concept of death in elementary school children. *Educational Research Quarterly* 5(2) 17-24.
- Turgay A (1992) Çocuk ve ergenlerde intihar girişimleri, *Türk Psikiyatri Dergisi* 3 (3): 183-189.
- Wass H, Fuenther Z, Towry B (1979) United States and Brazilian children's concepts of death, *Death Studies* 3:41-55.
- Wass H, Stillion J (1988) *Death in the Lives of Children and Adolescents. Dying: Facing the Facts içinde*. H Wass, F Berardo ve R Neimeyer (eds) Hemisphere Publishing Company, Washington D.C., s:201-228.
- Wenestam C, Wass H (198) Swedish and US children's thinking about death: A qualitative study and cross cultural comparison, *Death Studies* 11: 99-121.
- White E, Elsom B, Prawat R (1978) Children's conceptions of death, *Child Dev* 49: 307-310.
- Woznica JG, Shapiro J (1990) An analysis of adolescent suicide attempts. *Exp Child Pediatr Psychology* 15: 789-796.

ANKSİYETEYE YENİ BAKIŞLAR

Neşe Erol*, Özgür Öner**

ÖZET

Amaç: Yapılan araştırmalarda çocuk ve gençlerde kaygı yüksek oranlarda bulunmuştur. Bu nedenle, tekrar kuramlar ve kaygının bilişsel bileşenleri gözden geçirilmek istenmiştir. **Metod:** Kuramların ve kaygının bilişsel bileşenlerinin daha iyi anlaşılabilmesi için bu konularda son yıllarda yapılan yayınlar incelenmiştir. **Sonuç:** Kaygı günlük klinik uygulamalarda çok sık karşılaşılan anne, baba, çocuk ve gençler için oldukça kısıtlayıcı bir durumdur. Kaygı sıklıkla korkuyla beraber olsa da, bu ikisinin birbirinden farklı özellikleri vardır. Ayrıca kaygı bellek, dikkat, algı gibi birçok zihinsel işlemi etkilemektedir. Kaygının bir çok özelliğini en iyi açıklayan kuram bilişsel-davranışçı kuram gibi gözükmemektedir. Ancak, günümüzde kaygı ve korkuyu tam olarak tek başına açıklayabilecek bir kuram yoktur. **Tartışma:** Kaygının zihinsel işlemlere etkilerine ve kaygı ile korku arasındaki farklara doğru yaklaşım, anne, baba, çocuk ve gençleri daha iyi anlamamıza yardımcı olabilir.

Anahtar Sözcükler: Korku, kaygı, çocukluk ve gençlik.

SUMMARY: NEW APPROACHES TO ANXIETY

Objectives: Research show that anxiety disorders are common in children and adolescents. For explaining the possible causes of high rates of this state, the theories and cognitive components of anxiety are reviewed. **Method:** For better understanding the theories and cognitive components, the latest literature about the subject was examined. **Result:** Anxiety is rather disabling for children and a common disorder in daily practice. It is frequently comorbid with fears, but two have different properties. Anxiety effects many mental processes like memory, attention and perception. The best theory for explaining many characteristics of anxiety seems the cognitive - behavioral one. But, there is no theory today, which can explain all aspects of anxiety by itself. **Conclusion:** The better we know the differences of anxiety and fear and effects of anxiety on mental processes, the better we will understand the patients.

Key words: Fear, anxiety, childhood, adolescence.

Ayşe, 12 yaşında bir ortaokul öğrencisidir. Başvuru yakınması sınavlar sırasında duyduğu endişedir. Sınav başlamadan önce ve başladığı zaman sürekli bu sınavdaki başarısının ne olacağını düşünmekte, heyecanlanırsa, başarısız olacağına inanmakta ve başarısız olursa bunun sonuçlarının ne olacağını düşünmektedir. Ona göre başarısız olması halinde diğer insanların ona karşı duyguları değişebilir ve aptal olduğunu düşünebilirler. Bu endişesi çok güçlü olduğundan, sınav boyunca kendisini ve çevresini bu düşüncelerini destekleyecek ya da çürütecek ipuçları için taramaktadır. Bu sırada sınav zamanı azalmakta, sorulara dikkatini yoğunlaştıramaması endişesini daha da arttırmaktadır. Sonunda dikkatini tamamen bu işlemlere vermesi

sınavda gerçekten de başarısız olmasına yol açmakta, bu da onun inancını güçlendirmektedir. Bu durum, onun okula gitme isteğini de azaltmaktadır.

Ayşe ile önceki okul başarısı hakkında görüşüldüğünde, ilkokulda oldukça başarılı olmasına rağmen, son bir yıldaki başarısızlıklarıyla ilgili ayrıntılı bilgiler vermekte, önceki başarılı dönemlerini hatırlamıyor ve önemsemiyor görünmektedir. Oysa, bir önceki sınavdaki başarısızlığını ve onun üzerinde bıraktığı etkileri oldukça canlı biçimde anımsamakta ve anlatmaktadır.

Ayşe'nin ayrıca köpek korkusu vardır. Köpeklerin olduğu yerlere yaklaşmamakta, hatta köpek olma olasılığı yüksek olan yerlere gitmekten kaçınmaktadır. Korkusunun saçma olduğunu düşünmekte ama bununla başa çıkamamaktadır. Bu korkusu sürekli değişir ve köpeklerle karşılaş-

* Psk. Doç. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

** Araş. Gör. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

tiğinde ya da karşılaşma olasılığı yüksek olduğunda ortaya çıkmaktadır. Ailesiyle yapılan görüşmede 6 yaşındayken bir köpeğin saldırısına uğradığı öğrenilmiştir.

Bu olguda görülen ve bu yazının amacını oluşturan nokta, kaygı (anksiyete) ve korku arasındaki farklarla, kaygıdaki bilişsel değişiklikler, kaygı ve korkunun oluşum şekilleridir.

TANIMLAR

Kaygı ve korku sıklıkla beraber olsa da, bu iki durumu birbirinden ayıran bazı özellikler vardır (Tablo 1). Korku, belirgin bir nedene karşı olan duygusal cevabı belirler. Buradaki tehdit yukarıda değinilen köpek örneğinde olduğu gibi tanımlanabilir. Pek çok korku reaksiyonu yavaş ve içinde acillik taşır. Bu sırada kişinin uyarılma düzeyi belirgin olarak artar. Korkunun özgül bir odağı vardır. Tipik olarak dönerseldir, kişi korkulu uyarandan uzaklaştıkça azalır ya da kaybolur. Mantıklı ya da mantık dışı olabilir.

TABLO 1:

Korku	Kaygı
Özgül tehdit odağı bulunur	Tehdit kaynağı belirsizdir
Korku ve tehdit arasında anlaşılabilir ilişki vardır	Kaygı ve tehdit arasında belirsiz bir ilişki vardır
Genelde dönemseldir	Uzamıştır
Gerilim sınırlanmıştır	Yaygın rahatsızlık vardır
Tehdit belirlenebilir	Nesnesiz olabilir
Tehdit belirtileriyle artar	Başlangıcını belirlemek zordur
Tehditi uzaklaşmasıyla azalır	Sürekli
Sonlanması farkedilebilir	Sonlanması belirsizdir
Tehdit sınırlanabilir	Belirgin sınırları yoktur
Ani tehdit vardır	Tehdit nadiren acildir
Aciliyet taşır	Dikkat artmıştır
Mantıklıdır.	Kafa karıştırıcıdır.

Kaygıda kişi gerilimin nedenini tanımlamakta güçlük çeker. Saf şekilde kaygı yaygın, nesnesiz, rahatsız edici ve sürekli. Açık olarak nedeni belirlenemez ve kontrol edilemez. Başlangıcı ve bitişi belirgin değildir ve yaygındır. Korkudan farklı olarak, acil bir yanıtta çok, tüm

uyaranlara karşı artmış dikkatin hakim olduğu bir durumdur. Korku gibi kaygıda da uyarılma düzeyi belirgin olarak artmıştır.

Tehdit odağına göre korku ve kaygı arasında yapılan ayırım, klinik koşullarda zorlaşır. Örneğin, panik gibi korku ataklarını uzun süren yaygın bir endişe durumu izleyebilir. Bazen ayırım yapmak çok güçtür. Korku ve kaygı arasındaki ilişki çok karmaşıktır. Kaygı sıklıkla korkuyu izler, ancak kaygı deneyimleri de kaygının geri döneceğine ilişkin bir korku oluşturabilir. Kaygı da, korku da iç ve dış nedenlerle oluşabilir. Her ikisinde de artmış uyarılma durumu ve buna uygun fizyolojik belirtiler vardır. Bunlar sıklıkla kalp çarpıntısı, titreme, terleme, göğüs ağrısı gibi belirtilerdir. Kaygıda kendinden geçme duygusu daha sık görülür.

Korkunun Doğası

Bazı korkular sosyal olarak kabul edilemez. Genelde insanlara korktuklarını belirtmeye gerek yoktur, çünkü bunun farkındadırlar. Ancak bazen kaygının farkına ancak uyarıldıklarında varırlar.

Korkunun üç bileşeni vardır: Öznel dehşet duygusu, bununla ilgili fizyolojik değişiklikler ve korkulu uyarandan kaçınmaya yönelik davranışsal girişimler. Kendiğinden ya da tedavi ile korkunun bu üç bileşeni değişik oranlarda değişebilir. Genelde ilk önce fizyolojik cevaplar azalır, sonra davranışlar düzelir, en son olarak da öznel düzelmeler görülür. Bilişsel-davranışsal tedavilerde ilk amaç bireyin uyumsuz bilişleri (cognition) olduğundan, bu tedavi şeklinde öznel düzelmeler, fizyolojik bulgulardaki düzelmelerden daha erken görülebilir. Korkunun bileşenleri birbiriyle sıkı bir bağlantı göstermez ve bazen de bağımsızlardır (Lang ve ark. 1983). Fenz ve Epstein (1967), öznel korkunun diğer bileşenlerden farklı olarak azalıp arttığını göstermiştir. Örneğin paraşütle atlayanlarda fizyolojik tepkilerle öznel korku duygusu karşılaştırıldığında, fizyolojik ölçümlerin atlama işleminde düzenli olarak arttığı izlenirken, öznel korku duygusunun dalgalanmalar gösterdiği görülmüştür. Korku duygusu önce artar, sonra azalır, sonra tekrar artar. Korku bileşenleri arasındaki uyum, korkunun en az ve en fazla olduğu du-

ruumlarda en fazladır. Örneğin yukarıdaki örnekteki ölçümler acemi paraşütçüler için yapılırsa, fizyolojik ölçümlerle öznel korku duygusu daha uyumlu bulunur. Ortalama durumlarda ise bu uyum azalır (Rachman 1997). Korku deneyimi için üç bileşenin birden olması şart değildir.

Korkunun üç bileşenin birbiriyle uyumsuz olabilmesi, korkunun değerlendirilmesini güçleştirmektedir. Sadece kendini değerlendirme ölçeklerine dayanmak, bize korkuyu olduğundan fazla gösterebilir. Sadece gözlenen davranışa bakarsak da, korkuyu olduğundan az değerlendirebiliriz, çünkü kişi aşırı öznel rahatsızlık duygusuna rağmen korkulan nesneye yaklaşabilir.

Korku ve Kaygıda Kaçınma

Mowrer'ın (1939) kaygı kuramına göre, kaygının davranışı harekete geçirebilen, diğer bir deyişle motive edici özelliği vardır. Kaygının motive ettiği davranış ise kaçınmadır. Bu kaygının azalmasına ve sonunda kaçınmanın pekişmesine neden olmaktadır. Ancak bu genelleştirilemez ve korku her zaman kaçınmayla sonuçlanmaz ya da korkunun neden olmadığı kaçınma davranışları vardır. Panik sıklığı ve uzun zaman tekrarlayan panikler kaçınma davranışının esas belirleyicisi değildir (Craske ve ark. 1987). Ciddi kaçınmayı en iyi öngören panik oluşacağına ilişkin beklentidir. Bu da bilişsel etmenlerin önemini ortaya koyar. İlginç olarak hayvanlarda kaçınma, korkulu uyarının uzaklaştırılmasından sonra da uzun süre devam eder.

Kaçınma davranışını belirleyen diğer etmenler arasında; güvenlik işaretleri, beklenen korku derecesi ve motivasyon vardır. En önemlisi de kişinin korkunç birşey olacağı beklentisidir. Aşırı beklentiyle kaçınma artar, güvenlik sinyalleriyle ise azalır. Ne yazık ki kişi kaçınma davranışı sonucu, korktuğu şeyin aslında o kadar korkutucu olmadığını öğrenme şansını yitirir.

Korkunun, kişi tarafından 'aşırı beklenmesi' kolay gelişir. Bunun için beklenmeyen tek bir atak yeterlidir. Ancak bir kere bu gerçek dışı beklenti oluştuğundan sonra bunun yok olması için uzun süre doğru olmadığının gösterilmesi gerekir.

Korkunun Çeşitleri

Çocukların pek çoğu gelişimleri boyunca değişen derecelerde yoğunluk ve sürede korku deneyimi yaşarlar. Bu korkuların bir kısmı genelde kısa süreli olur ve sorun yaratmaz. Bir kısmı ise çocuğun günlük işlevlerini ciddi biçimde etkiler ve gelişimini engeller. Korku, genel anlamda diğer duygular gibi doğal bir duygudur. Her çocuk gelişim süreci içinde tüm diğer duygular gibi bu duyguyu yaşar. Önemli olan çocukların korkularının iyi gözlenmesi, çocuklara korkularını açıklama olasılığının sağlanması ve korkularının sürekliliğinin araştırılmasıdır (Erol ve ark. 1990).

Sıfır ile üç yaş arasında yaşanan ilk korkular destek kaybı, yüksek sesler (gök gürültüsü, elektirik süpürgesi sesi gibi), aniden ortaya çıkan, beklenmeyen ve büyük görünen nesnelere, yabancılar ve en önemlisi bebeklerin anne ve babalarından ayrı kalmaları ve onların yokluğudur. Bu yaş grubu çocuklar karanlıktan ve hayvanlardan da ürkerler, okul öncesi çocuklarda korkular ağlama, öfke nöbetleri, anne babaya yapışma ya da donup kalma gibi davranışlarla dışa vurulabilir.

Daha sonraki yaşlarda çocuklar bedensel zarar görme, yalnız başına kalma ve uykuya dalma ile hayalet, cadı, öcü, hortlak gibi doğa üstü varlıklardan korkarlar. Okulda başarısızlık, sınavlar ve ölüm korkuları ileri yaşlarda görülen korkulardır. Çocuk büyüdükçe anne babanın ve toplumun sorunlarına ortak olur ve benzer korku ve kaygıları yaşamaya başlar.

Türkiye'de yapılan kır, kent ve kasabalarda gerçekleştirilen "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" isimli araştırmada anneler, öğretmenler ve çocuklar gibi çoklu bilgi kaynaklarından edinilen bilgiler doğrultusunda kızlar erkeklerden daha sık korku ve kaygı bildirmiştir (Erol ve ark. 1997). Bu sonuç yabancı yayınlarla paralellik göstermektedir (Verhulst 1995, Ollendick ve ark. 1989, Fonseca ve ark. 1994). 9-13 yaş grubu çocuklarla yapılan bir başka çalışmada da kızlar erkeklerden daha fazla korku bildirmiştir (Erol ve ark. 1990). Bu sonuçlar çeşitli ölçeklerle yapılan çalışmalarla da desteklenmektedir (Erden 1995, Özusta 1993, Öy ve ark. 1995). Erol ve arkadaşlarının (1997) çalışmasından en yoğun olarak

bildirilen 10 korku maddesi incelenmiş ve kız ve erkek çocukları arasında ortaklıklar saptanmıştır. En sık görülen korku tipi annenin, babanın ya da aileden birisinin ölümüne ve anne baba dan ayrılığa ilişkindir. Ayrıca dini içerikli korkular da (şeytan, cehennem, dini bir kuralı çiğneme gibi) sık görülmüş, ölüm ve ayrılık korkuları ile aynı faktörde toplanmıştır. Bunları kendine yönelik tehlike ve fiziksel örselenmeler (kamyon yada araba çarpması, kaçırılma, elektrik çarpması), sosyal korkular (derslerde başarısız olmak, hata yapmak ve eleştirmek) ve hayvan korkuları izlemiş ve sık sözedilen korkular arasında yer almıştır (Erol ve Şahin 1995). Ölüm, ayrılık ve dini içerikli korkular dışındaki korku maddeleri diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda da saptanmıştır. Hollanda'da Türk ve Hollanda'lı öğretmenlerin Türk çocuklarını öğretmen bilgi formu ile değerlendirdiği bir çalışmada Türk öğretmenlerin Türk çocuklarını Hollanda'lı öğretmenlerden anksiyete ve depresyon alt testinde daha yüksek olarak puanladıkları saptanmıştır (Arslan ve ark. 1999).

RACHMAN'IN KAYGI MODELİ

İnsanların kaygıya karşı yatkınlıklarının farklı olduğu ve duyarlı olanların yeni ve potansiyel olarak rahatsız edici ortamlara girerken aşırı dikkatli olduğu düşünülmektedir. Bu aşırı dikkatle çevre hızla taranır, bir tehdit saptanırsa dikkat o noktaya yoğunlaştırılır. Tehdit edici nesnelere korku ve endişe anında daha açık, daha keskin ve daha büyük görünebilirler. Tehdit saptanmasıyla beraber o anda devam eden hareket sonlandırılır. Algılanan bilgi, belleğin de yardımıyla tehdit ya da güvenlik bilgisi olarak yorumlanır (Rachman 1997). Beck ve Emery'e (1985) göre, tehdit algılandığında ilişkili bilişsel şemalar aktive olur ve olay anlaşılmasına çalışılır. Eğer güvenli olarak yorumlanırsa, önceki davranışa devam edilir. Tehlikeli olarak algılanırsa kaçılır, başa çıkma ya da kaçınma davranışı ortaya çıkar. (Şekil 1)

Rahatlıkla görülebileceği gibi bu sistem uygun işlendiğinde yaşamı koruyan bir sistemdir. Bu yüzden tüm kaygı ve korku durumları patolojik kabul edilmemelidir. Kaygı ve korku, kişiyi kaçması ya da başa çıkması için gereken fizyolojik

uyarılma durumuna çıkarır ve dikkati tehlikeye yönlendirir, bu sırada devam eden diğer işleri durdurur. Sınav, yarışmalar gibi bazı durumlarda uygun miktarda kaygı, performansı yükseltebilir.

Duyarlılık

Tehdit algılamasında büyük bireysel farklar vardır. Bireyler geçmiş deneyimlerine ve o andaki inançlarına göre ipuçlarını değerlendirirler. Daha potansiyel olarak tehlike içeren ortama girmeden önce kişi geçmiş deneyimlerine göre hazırlanır.

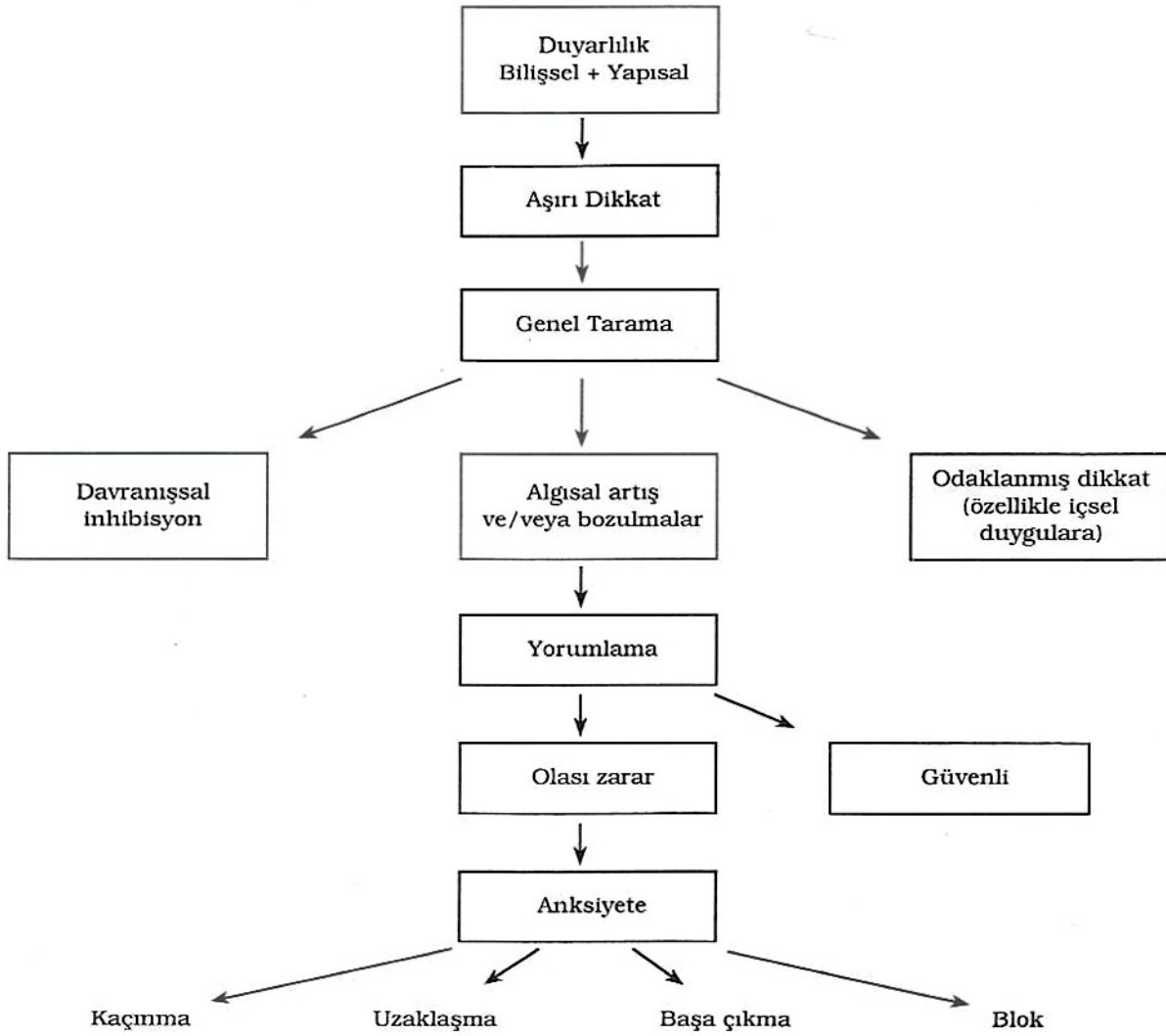
Bilişsel duyarlılık; dikkat, bilginin depolanması ve kullanılması, algısal işlemler ve yargılamada farklılıklar içerir. Ayrıca sürekli ve durumluk kaygıyı birbirinden ayırmak gerekir. Durumluk kaygı geçicidir; korkulan nesneye yaklaşıldığında ortaya çıkar ve uyarıcı ortadan kalktıktan sonra sınırlı bir süre devam eder. Sürekli kaygıda ise, göreceli olarak kişinin dünyaya bakışında ve ona yanıt verişinde farklılıklar vardır. Yoğun sürekli kaygısı olanlarda kaygı eşik değeri düşüktür. Bu insanlar daha fazla olaya karşı ve daha az kışkırtma ile daha şiddetli kaygı yaşarlar. Spielberger ve arkadaşlarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory) bu iki kaygı biçimini ölçmeye yarar (Spielberger ve ark. 1970). Aslında Durumluk ve Sürekli kaygı birbiriyle yakından ilişkilidir, çünkü sürekli olarak kaygıya yatkın bireylerde durumluk kaygı da daha fazla görülür.

Kaygı duyarlılığı ise, kişinin kendi duygularına karşı korkulu yanıt vermesine yönelik, özgül bir duyarlılıktır.

Kaygı ve Dikkat

Eysenck'e göre (1992), endişedeki dikkat artışı potansiyel tehlide bir yanıt ve kaygıya bilişsel yatkınlığın bir parçasıdır. Kaygıya yatkınlığı olanlar, dikkat artışını dört şekilde gösterirler; görsel alanda sık göz hareketlerini içerecek şekilde çevrenin taranması, nötr uyaranlardan çok tehditle ilgili uyaranlara seçici dikkat, böyle bir uyarının saptanmasından sonra dikkatin genişletilmesi ve anlamlı bir uyaran işlemlen-

Şekil 1: Bir Anksiyete Modeli (Rechman 1997)



dikten sonra dikkatin odaklanması. Eysenck (1992), bu aşırı dikkatin özellikle zorlu koşullarda belirginleşen ve bozukluğun düzeldiği hastalarda artık görülmeyen bir duyarlılık etmeni olduğunu öne sürmüştür. İleri olgularda dikkat o kadar bozulmuştur ki, yeni ya da belirsiz her ortamda kişi gözleriyle ortamı taramaya başlar. Dikkat işlemleri sınırlı kapasiteli olduğundan, yani belli bir anda sadece belli sayıda bilgiyi değerlendirebildiğinden, dikkatin bu yoğunlaşması diğer uyarılara yönelik dikkati azaltır. Beck ve Emery (1985) kaygı bozukluğu olan hastaların %86'sında dikkatini yoğunlaştırmada güçlük olduğunu belirtmişlerdir. Bu işlemlere harcanan enerji sonucunda yorgunluk da baş göstermektedir.

Kişi yaptığı taramalar sonucunda güvenlik sinyalleri bulursa (örneğin annesinin hastalanacağını ya da kendisini bırakıp gideceğini düşünen çocuk annesinin yanında olduğunu farkedirse) ya da dikkat odaklandıktan sonra tehlike olmadığına karar verirse, kaygı oluşmaz.

Kişinin tarama sonucu elde ettiği bilgiler yorum açıktır. Kişi aynı belirtiler (örneğin çarpıntı) tehlike olmadığı şeklinde (örneğin koştuğu için yorumlanmasına) ya da tehlike olduğu (hasta olduğu) şeklinde yorumlayabilir. Tehlike olmadığı şeklindeki yorumlarda kaygı oluşmaz. Yanlış yorumlar kötü bir olayın olma olasılığının abartılması, beklenen olayın ciddiyetinin abartılması ya da her ikisinin birlikte görülmesi şeklinde olabilir.

Dikkatteki bu değişimler ve tarama dışı yönelik olabildiği gibi içe, kişinin kendisine de yönelik olabilir. Dikkatin odaklanmasıyla beraber, tehdit içeren nesnenin daha iyi algılanması için algı değişiklikleri de olur. Örneğin trafikten ve özellikle de köprülerden korkan birisine, arabasıyla geçtiği köprü daha uzun ve dik gelebilir. Bu aynı kişi yaya iken ya da arabayı başkası kullanırken olmaz.

Kendisine yönelik dikkat artışı özellikle sınav kaygısında ve her çeşit panik bozukluğunda görülür. Sarason'a göre (1980), sınav kaygısı olanlarda sınav sırasında kendisiyle ve kendi duygularıyla uğraşma bu kişilerdeki rahatsızlığın önde gelen bir nedenidir. Sınava yönelik dikkat ve düşüncede azalma, buna karşın daha fazla düşünce karmaşası, kendi duygularını ölçmeye ve sınav sonuçlarına yönelik daha fazla düşünce görülür. Sınav ne denli ciddi ve karmaşıksa, kendine odaklanmış dikkat ve bunun sonucu olarak kaygı da o denli artar. Kendine yönelik dikkat arttıkça sınava yönelik dikkat azalır.

Tüm bunlar değerlendirilirken karmaşık bir işlem olduğu, aynı kişide bile zaman içinde değişebildiği, azalıp artabildiği göz önünde bulundurulmalıdır. Kendine yönelik dikkateki farklılık sadece kaygıda değil depresyonda da görülebilir ve kendine yönelik dikkati ölçecek bir araç yoktur.

Kaygı ve Bellek

Kaygının tehdit işaretleriyle oluştuğu göz önüne alınırsa, belleğin önemi ortaya çıkar. Bellek, her ortamın yeni bir ortam gibi değerlendirilmesini önler. Önceki kaygı ve korkular rahatlıkla hatırlanabilir. Geçmişteki deneyimlerin kullanılması, kaygı gibi temelde yaşamı korumaya yönelik bir yanıtta çok önemlidir. Böylece kişi her defasında aynı değerlendirmeleri yapmak zorunda kalmadan daha hızlı yanıt verebilir.

Seçici dikkatle bellek arasında ilişki vardır. Bazı durumlarda eskiden yaşanan kaygı dikkati etkiler. Bazen de, çok önemli olmayan olaylar kaygılı kişi tarafından çok önemli gibi hatırlanır. Örneğin saplantı zorlantı bozukluğu olan bireylerde bellek oldukça güçlüdür. Bulaşma korkusu olan bir insan kan lekesine benzeyen pek çok

lekeyi hatırlayabilir. Aynı kişinin aynı zamanda kontrol zorlantısı da olabilir ve kişi bazı şeyleri yapıp yapmadığından bir türlü emin olamaz. Bu, aynı kişide hem ufak ayrıntılara karşı büyük bir dikkat ve bellek, hem de diğer şeylere karşı zayıf bir bellek olduğunu gösterir.

Bellek ve bunun bilişsel ilişkisi tedavide de önemli rol oynayabilir. Wells ve Clark'a göre (1995) sosyal fobikler önemli bir olaydan sonra zamanlarının çocuğunu olayı değerlendirerek, hatalarını düşünerek geçirirler. Diğer başarısızlıklarını hatırlarlar ve tekrar yaşarlar. Buna "olay sonrası işleme" adı verilir. Kişinin düşüncelerini sağlamlaştırır ve psikoterapinin etkinliğini azaltır.

Kaygıyı etkileyebilen bilişler, bilinç dışı ve kolay erişilmeyen şekilde olabilir. Duygu ve düşünce o kadar içiçe girmiştir ki, bunların ayrımını yapmak bazen zor olabilir. Eysenck'e göre tehdit saptanması için özel olarak gelişen bir sistemde hızlı, erken ve doğru saptamayı yapacak alıcılar bulunması gerekir. Dikkat öncesi ve dikkat işlevleri de buna dahildir. Tehditin erken saptanması yaşamsal önemde olduğu için, tehditin atlanmaması, ince şekilde değerlendirilmesinden daha önemlidir (Eysenck 1992). Diğer bir deyişle, burada tehdidin var - yok şeklinde değerlendirilmesi, var olanın derecelendirilmesinden daha önemlidir.

Tüm bunlardan sonra, yazının başında verdiğimiz örneğe dönecek olursak, yukarıda açıklanan özelliklerin Ayşe'nin durumuna oldukça uyduğunu görebiliriz. Ayşe'nin de dikkat sorunları vardır ve bu dikkatini kendi içinden gelen duygulara ve performansının ne olacağı sorusuna yönelmiş olmasından kaynaklanır. Bu durumda sınava yönelik dikkati azalır. Sınav ilerledikçe, bu durum daha da belirginleşir. Ayşe'nin endişeleri sınav etrafında toplanmakla beraber aslında neden tam olarak korktuğunu ya da çekindiğini belirlemek zordur. Sınavdan sonra da zamanın önemli bir bölümünü nasıl daha iyi yapabileceğini düşünerek ve o andaki düşüncelerini ve davranışlarını ve davranışlarını gözden geçirerek harcamaktadır. İlkokulda oldukça başarılı bir öğrenci olmasına rağmen, bunu fazla hatırlamıyor ya da önemsemiyor görülmektedir. Oysa, başarısız olduğu her sınavla ilgili canlı anılar vardır.

Ayşe aynı zamanda köpeklerden korkmaktadır. Burada ise korkunun kaynağı belirgindir. Korku köpeklerle karşılaştığı ya da karşılaşma bekletisi olan durumlarla sınırlıdır. Yani odağı çok daha iyi belirlenmiştir. Ayrıca önceden yaşanan bir olaya dayandırılabilir.

KAYGI KURAMLARI

Kaygıya 4 temel yaklaşım; öğrenme kuramı, bilişsel açıklamalar, psikoanalitik kuram ve biyolojik yaklaşımdır. Her birinin güçlü ve zayıf noktaları vardır. Şu anda en güçlü model olarak bilişsel açıklamalar görünmektedir. Bunun en önemli nedeni, kaygı durumlarında çok başarılı bir tedavi olan bilişsel davranışçı tedavinin en iyi bu yaklaşımla açıklanmasıdır. Salkovskis'e göre (1996) buradaki ana fikir, duyguların olayların yorumlandığı şekilde yaşanmasıdır. Duyguları tetikleyen olaylardan çok, olayların yorumlanmasıdır. Olayın olduğu ortam, kişinin geçmiş deneyimleri ve o andaki kişinin durumu cevabı belirler. Aynı olay, aynı kişide farklı ortamlarda değişik yanıtlara yol açabilir. Beck ve Clark'ın (1997) en yeni modelinde kaygı üç evrede düşünülür; tehditin algılanması, birincil tehdit modunun aktive olması, ikincil ve daha ayrıntılı bir kontrolün başlaması. Tedavide birincil tehdit algılama sistemi durdurulmalıdır.

Bu görüşe göre kaygı yanlış yorumlamalar sonucu devam eder ve bunları sonlandırmak için yanlış bilişler yok edilmelidir. Bunun en iyi yollarından biri de davranışı değiştirmektir. Her zaman davranışın bilişler tarafından yönlendirilmesi gerekmez, bir çok önemli durumda kaçınma gibi uygunsuz davranışlar bilişlerin devamını sağlar.

Gray'in (1971, 1982, 1986) kuramına göre birincil olarak kullanılması gereken yaklaşım psikofarmakolojiktir ve bu da hayvan deneylerine dayanmaktadır. Bu kurama göre dışa dönüklerde (ekstrovert) genel bir koşullanma sorunu yoktur, korku gelişiminde zorluklar vardır. Nörotisizm zorlayıcı olaylara duyarlılığı artırır, içe dönüklük (introversiyon) ise ödül sinyalleri yerine ceza sinyallerine duyarlılığı artırır. Cezanın ve ödüllendirmemenin davranışsal etkileri aynıdır ve olasılıkla aynı işlem tarafından oluşmaktadır.

Ödül ve cezalandırmama da birbirine benzer. Ceza ve ödüllendirmeme davranışsal inhibisyon sistemini harekete geçirir, böylece dikkat ve uyarlabilirlik artar ve devam eden davranış durdurulur. Bu sistem yeni ortamlar veya doğuştan korku içeren uyaranlar tarafından da uyarılabilir. Gray'e (1971, 1982, 1986) göre kaygı, ceza veya ödüllendirmeme içeren uyaranlara karşı davranışsal cevabı uyarlayan merkezi bir durumdur.

Mowrer'ın (1939) kuramında kaçınma davranışının devamının açıklanması sorun iken, Gray (1971, 1982, 1986) kendi kuramında güvenlik sinyallerini kullanmıştır. Bu sinyaller beklenen bir cezanın oluşmamasıyla meydana gelir, ödül yerine geçer ve yaklaşma sonucunu doğurur. Güvenlik sinyalleri kaçınma davranışı için ikincil ödül görevini yapar ve korkunun yok olmasını geciktirir, böylece kendi gücünün devamını sağlar. Güvenlik sinyallerinin anlaşılması pek çok kaygı tipinin anlaşılması için gereklidir.

Gray'in (1971, 1982, 1986) doğuştan gelen korkulu uyaranları davranışsal inhibisyon sisteminin tetikçilerinden biri haline gelmesiyle ilgili görüşleri Seligman ve Hager (1972) ile uyumludur. Fobilerin çoğu türün yaşamı için doğal öneme sahip uyaranlara yöneliktir. Diğer fobilerin de gelişmesi olasıdır, ancak bunlar daha az hazırlanmış olduğundan daha az sıklıkla görülürler. Fobileri en sık olarak yaşamsal tehdit, bilinmeyen yerler, karanlık ve potansiyel saldırılara yöneliktir. Bunlar kolaylıkla edinilir çünkü bunlara karşı biyolojik bir yatkınlık vardır. Bunlar seçicidir, sönmeye dirençlidir ve olasılıkla bilinç dışıdır. Bu, herhangi bir nötr uyarının koşullandırılmış korkulu bir uyarana dönüştürülebileceğini söyleyen görüşe karşıdır (Seligman ve Hager 1972).

Kaygıya yönelik biyolojik açıklamalar daha çok belli bozukluklara yöneliktir (örneğin panik bozukluğu). Klein'e (1993) göre, panik atakları beyindeki boğulma tarayıcısı (suffocation alarm) hatalı olarak hava azlığı tespit ettiğinde, alarmın yanlış olarak çalışması sonucu oluşur. Boğulma alarm sistemi beyin laktat ve karbondioksit düzeylerine duyarlıdır. Karbondioksit düzeyi arttığı zaman sistem alarm verir ve kısa bir hiperventilasyonla kaçma isteği ortaya çıkar. Bu sistem yaşamın korunması için gereklidir. Boğulmanın psi-

kolojik ipuçları da (örneğin kalabalık, rahat girip çıkılmayacak yerler) alarmı çalıştırabilir. Beklenmeyen ataklar alarm sistemi çok düşük eşik değerlerine sahip kişilerde oluşur (Klein 1993).

Her iki açıklamanın da güçlü ve zayıf yanları vardır. Sadece ilaçla yapılan başarılı tedaviler psikolojik kuramlar için, sadece psikoterapiyle yapılan başarılı tedaviler de biyolojik kuramlar için sorun çıkartmaktadır. Her iki yaklaşımın birleştirilebilmesi durumunda ise kaygıyı daha iyi ve tam olarak açıklayan bir kurama ulaşılabilir.

SONUÇ

Kaygı ve korku kavramları arasında farklar vardır. Kaygı daha az sınırlanabilen, özgül odağı olmayan, yaygın bir olumsuz duygulanımdır. Korku ise daha iyi belirlenmiştir, özgül bir odağı vardır, daha sınırlıdır. Korku ve kaygının her ikisinde de fizyolojik belirtiler görülür. Kaygı kişinin dikkatini, algısını, bilişsel işlemlerini, belleğini olumsuz şekilde etkileyebilir. Anne, baba, çocuk ve gençlerin iyi değerlendirilmesi için, bu noktalar göz önünde tutulmalıdır. Bir diğer önemli konu da, kaygının her zaman patolojik olmadığı, aslında bunun yaşamın devamını sağlamaya yönelik bir savunma sistemi olmasıdır. Kaygıyı açıklamaya yönelik kuramlar önemli başarılar kazanmışlarsa da, daha bütünleyici açıklamalara gereksinim vardır.

Türkiye'de kaygının niçin diğer ülkelerden daha yüksek oranlarda bulunduğu sorusunun do-yurucu şekilde cevaplanması için kaygının ve korkunun oluşma şekilleri iyi bilinmelidir. Kanımızca Gray'in kuramında yer alan ödüllendir-meme ile cezanın benzer etkiler göstermesi kav-ramını bulguları açıklamakta önemlidir. Top-lumumuzda çocuk yetiştirme tutumları, eğitim ve öğretim sistemi ve sosyal ilişkilerimiz göz-den geçirildiğinde gösterilen çabaların yeteri derecede değerlendirilmemesi ödüllendirilme-mesi, göz ardı edilmesi sık rastlanan bir durum-dur. Övgüde cimri, eleştiride cömert olmamızın korku ve endişelerin oluşumunu nasıl etkilediği etraflı şekilde araştırılmalıdır.

Bu konudaki görüş, düşünce, izlenim ve araştı-rmalarımızı dergimiz kanalıyla paylaşmayı diliyo-ruz. Korku ve kaygılarımızdan arınmak dileğiyle.

KAYNAKLAR

- Arslan L, Verhulst FC, Van der Ende J, Erol N (1999) *Understanding childhood (problem) behaviors from a cultural perspective: Comparison of problem behaviors and competencies in Turkish immigrant, Turkish and Dutch children. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 32: 477-484.
- Beck AT, Emery G (1985) *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. Basic Books, New York.*
- Beck AT, Clark DA (1997) *An information processing model of anxiety. Behav Res Ther* 35:49-58.
- Craske MG, Sanderson WC, Barlow DH (1987) *The relationships among panic, fear and avoidance. J Anxiety Disord* 1: 153-160.
- Erden G (1995) *Çocuklar İçin Kişilik Ölçeği; Türk Çocukları için standardizasyon ve norm çalışması. Yayınlanmamış doktora tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.*
- Erol N, Şimşek Z, Keçeci M (1997) *Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Çocuk ve gençlerde Yeterlilik Alanları ile Sorun Davranışlarının Dağılımı: Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Ön Rapor içinde, N Erol, C Kılıç, M Ulusoy, M Keçeci, Z Şimşek (eds). Aydoğdu Ofset, Ankara.*
- Erol N, Şahin N, Özcebe H (1990) *Çocukluk korkuları - Korku tarama ölçeğinin psikometrik özellikleri ve gecekondu kesimine ilişkin norm çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi* 1: 31-38.
- Erol N, Şahin N (1995) *Fears of children and the cultural context. The Turkish Norms. Eur Child Adolesc Psychiatry* 4: 85-93.
- Eysenck MW (1992) *Anxiety: The Cognitive Perspective. Lawrence Erlbaum Associates Ltd, Hove, UK.*
- Fenz W, Epstein S (1967) *Gradients of physiological arousal in parachutists. Psychosom Med* 29: 33-51.
- Foncsa A, Yule B, Erol N (1994) *Cross-cultural issues. International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents içinde, TH Ollendick, NJ King, W Yule (eds). Plenum Press, New York.*
- Gray JA (1971) *The psychology of Fear and Stress. World University Library, London.*
- Gray JA (1982) *The Neuropsychology of Anxiety: An Enquiry into The Functions of the Septe-hippocampal System. Oxford University Press, Oxford.*
- Gray JA (1986) *The Neuropsychology of Anxiety. Stress and Anxiety içinde, CD Spielberger and IG Sarason (eds). Hemisphere Publishing, Washington DC.*
- Klein D (1993) *False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: an integrative hypothesis. Arch Gen Psychiatry* 50: 306-317.

Lang PJ, Levin DN, Miller GA, Kozak MJ (1983) Fear behavior, fear imagery and the psychophysiology of emotion: The problem of affective response integration. *J Abnormal Psychol* 92: 276-306.

Mowrer OH (1939) Stimulus response theory of anxiety. *Psychol Rev* 16: 337-361.

Ollendick TH, King NJ, Frary RB (1989) Fears in children and adolescents: Reliability and generalizability across gender, age and nationality. *Behav Res Ther* 27: 19-26.

Öy B, İlgen R, Ekmekçi A, Türkmen M, Yılmaz N, Başoğlu, N (1995) Çocuklar için Durumluk - Süreklilik Kaygı Envanteri'nin ilkökul ve ortaokul öğrencilerine uygulanması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2: 76-81.

Özusta Ş (1993) Çocuklar için Durumluk - Süreklilik Envanteri'nin uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Basılmamış yüksek lisans tezi, H.Ü. Sosyal Bilimler Enst, Ankara.

Rachman S (1997) *Anxiety*. Psychology Press Ltd. Publishers, UK.

Salkoussis P (1996) *The cognitive approach to anxiety. The Frontiers of Cognitive Therapy içinde*, P Salkoussis (eds.). Guilford Press, New York.

Sarason LG (1980) *Test Anxiety*. Lawrence Erlbaum Associates Inc, Hillsdale, NJ.

Seligman M, Hager J (1972) *Biological Boundaries of Learning*. Appleton Century Croft, NY.

Spielberger CD, Gorsuch RL ve Lushene RE (1970) *Manual for State - Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psych-Press, California.

Verhulst FC (1995) A review of community studies. *The Epidemiology of Child and Adolescent Psychopathology içinde*, FC Verhulst, HM Koot (eds.), s: 146-177.

Wells A, Clark DM (1995) *Social phobias: the role of in situation behaviours in maintaining anxiety and negative beliefs*. *Behav Ther* 26: 153-161.

GÖRÜŞLER

KONGRE BİLDİRGESİ

9. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kongresi; sonuç bildirgesiyle ortak görüşlerini kamuoyuna açıklamayı görev bilir.

21. yüzyıla girerken, dünya ölçeğinde varolmanın, etkin olmanın ön koşulu bedensel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı bir toplum yaratmak zorunluluğudur.

1. Ruh sağlığı yerinde erişkin olmanın yolu, ruhsal açıdan sağlıklı çocuklar ve ergenler yetiştirebilmektedir. Türkiye genelinde çocuk ve ergen ruh sağlığını sağlayacak öğütlenme, hizmet düzeyinin yükselmesi ve ekip anlayışının yerleşmesi öncelikli görevdir.

2. Çocuğu koruyacak, olumlu davranışlarla yetiştirecek olan en önemli kurum bilgili ve bilinçli ailedir. Aileyi desteklemek, güçlüklerinde yardımcı olmak, sağlık hizmetlerinin ve tıp biliminin öncelikli görevidir. Aile kurumunu desteklemek, aile eğitimi yapmak, kamu kurumlarının görevi ve toplumdaki herkesin sorumluluğudur.

3. Kitle iletişim araçlarına, TV'lere gazete ve dergilere, yazılı ve görsel medyaya büyük bir sorumluluk düşmektedir. Şiddet olaylarının, bilim dışı yönlendirilmelerin, özellikle çatışmaların, ölüm ve yaralanma gibi olayların açık teşhirinin çocukların ve ergenlerin ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaptığı dikkate alınmalıdır. Çocukların reklamlarla yönlendirilmesi de üzerinde çok durulması gereken önemli bir diğer konudur. Oysa, "Aile Eğitimi" gibi çocuklar ve gençler için yararlı eğitim ve kültür programları oluşturmak ve yayınlamak çok olumlu etkiler yapan sorumlu bir tutum olacaktır.

4. 8 yıllık eğitimin, Atatürk'ün yolunda laik, demokratik cumhuriyet bireylerinin ulusal kimlikle geleceğe hazırlanmasının, ortak hedeflerle 21. yüzyıla ulaşmanın ruh sağlığının ayrılmaz bir parçası olduğunun önemi yadsınamaz bir gereklilik olarak yinelenerek vurgulanmalıdır.

5. Kosova'da yaşanan uygarlık dışı insanlık trajedisi, savaşların ve göçlerin çocuk ve ergen ruh sağlığı açısından ne denli yıkıcı olduğuna açık bir örnektir. Savaşların önlenmesi, dünyada ve yurttta barışın korunması sağlığı ortamını oluşturulması açısından gereklidir.

6. Bütün dünyada artan saldırganlık, çocukların ve gençlerin artık şiddet olaylarının yapıcıları durumuna gelmesi, yaklaşan tehlikeye karşı çok önemli bir uyarıdır.

Çocuklarımızın ve gençlerimizin şiddete, saldırganlığa yönelik tutumlarının temelinde, ekonomik dengesizlik, sosyal parçalanma, göçler, ailenin dağılması, umutsuzluk gibi çok yönlü etkiler bulunmaktadır.

Kamu yöneticileri çalışmalarında ruh sağlıklı kuşaklar yetiştirme sorumluluğuna öncelik vermelidir.

Türkiye, 21. yüzyıla uygar dünyanın güçlü bir üyesi olarak girecek, çocuk ve ergen ruh sağlığı da başarılı bir varoluşun temelini oluşturacaktır.

Kamuoyuna ve tüm hekimlere saygı ile duyurulur.

YENİ YAYINLARDAN ÖZETLER

İntihar Düşüncesi ve Girişimleri: Depresyondaki Anneler ve Sağlıklı Annelerin Çocuklarında Yapılmış Uzunlamasına Bir Çalışma

Klimes-Dougan B, Free K, Ronsaville O, Stillwell J, Welsh J, Radke-Yarrow M. (1999) Suicidal Ideation and Attempts: A Longitudinal investigation of children of Depressed and Well-mothers. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38(6): 651-659.

Bu çalışmada çocuk ve ergen intiharı, intihar düşüncesi, planı ve girişimleri açısından bir bütün olarak ele alınmış ve gelişimsel süreçleri boyunca 8-12 yıllık bir zaman içinde depresyondaki anneler ile sağlıklı annelerin çocukları karşılaştırılarak potansiyel risk etmenleri belirlenmiştir. Her aileden 2 çocuk olmak üzere (yalnızca 4 aileden tek çocuk) gönüllü 98 aileden 192 çocuk araştırmaya katılmıştır. Ailenin birinci ve ikinci çocukları arasındaki ortalama yaş farkı 3 olarak belirtilmiştir.

SADS-L (schedule for affective disorders and schizophrenia lifetime version) kriterlerine göre 42 anne majör depresif bozukluk, 26 anne bipolar bozukluk tanısı almış ve 30 anne de herhangi bir psikiyatrik tanı almamıştır. Çalışmaya katılan çocuklar annelerinin tanılarına göre 3 grupta incelenmiştir. Bu 3 grup 4'er yıl arayla birinci çocuklar ortalama 6,9,13 ve 18 yaşlarındayken 4 kez, ikinci çocuklar ise 6,9,14 yaşlarındayken 3 kez; ana baba ve çocukların psikiyatrik durumu, çocukların psikososyal fonksiyonları ve ailenin işlevselliği açısından çeşitli ölçütler kullanılarak değerlendirilmeye alınmıştır. Aynı zamanda intiharın 4 tipi (intihar fikri, planı, tamamlanmış ve tamamlanmamış intihar girişimleri) birinci ve ikinci değerlendirmelerde CAS(Child Assessment Scale), üçüncü ve dördüncü değerlendirmelerde ise DICA (Diagnostic Interview for Childhood and Adolescence) kullanılarak sorgulanmıştır. Sonuç olarak, herhangi bir gelişimsel dönemde intihar içeriğine sahip olanlar %10-23, plan ya da girişiminde bulunanlar %2-14 olarak

saptanmıştır. Çalışma süresince tamamlanmış intihar girişimi olmamıştır. Gelişimle çocukların intihar içeriği, plan ya da girişimlerinde bir değişiklik olmadığı gözlenmiştir. Aynı zamanda cinsiyet farklılıkları da gösterilememiştir. Annenin tanısının ikinci çocuklarda pek fazla etkili olmadığı gözlenmesine karşın depresyondaki annelerin birinci çocuklarında sağlıklı annelerinkine oranla intiharın daha fazla olduğu gösterilmiştir. Bipolar ve unipolar annelerin çocuklarında ise belirgin farklılıklar saptanamamıştır.

Unipolar annelerin çocukları diğerleriyle karşılaştırıldığında intihar düşüncesine daha erken dönemde sahip oldukları ortaya çıkmıştır. İlk intihar girişimi için en sık görülen yaş ortalama 13 olarak saptanmıştır ve diğer çalışmalarda da olduğu gibi kızlarda daha belirgindir. Erken adolesan dönemde intihar düşüncesi geliştirenlerin %22'sinin ilerleyen dönemlerde girişimde bulunduğu gözlenmiştir.

Çocuğun ailedeki rolü, ergenin duygudurumu (hipomanik davranışları), başa çıkma stratejileri, ebeveynleri tarafından reddedilmesi ve annenin intihar girişimleri de çocuk ve ergen intiharlariyle ilişki bulunan diğer etmenler olarak vurgulanmıştır. Aynı zamanda intihar girişiminde bulunan çocukların çoğunun babaları tarafından hor görülmesi nedeniyle babanın rolünün de değerlendirilmesi gerekliliğine değinilmektedir.

Bu çalışma bireyin intihar düşüncesinden intihar davranışına yönelimini değerlendirmesi açısından yapılan tek uzun süreli çalışmadır. İntihar bir adaptasyon ve başa çıkma yetersizliği olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle alınacak önlemlerle hedef grup olan depresyondaki annelerin çocukları adaptasyona yönlendirilmelidir. İntihar düşüncesinin monitorizasyonunun da risk altındaki çocukları belirlemede kullanılması önerilmektedir.

İnt. Dr. Erguvan Tuğba Özel

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 6(1) 1999

Çocuk ve Ergenlerde Başağrıları ve Psikopatoloji

Egger HL, Angold A, Costello J (1998) Headaches and psychopathology in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37 (9): 951-958.

Bu çalışmada çocuk ve ergenlerdeki kronik başağrıları ile psikopatoloji ilişkisini incelemek amaçlanmıştır. Bu amaçla 9-15 yaşlarındaki 1013 denek çalışma kapsamına alınmıştır. Son üç ayda en az haftada bir olan ve en az bir saat süren ağrı başağrısı olarak kabul edilmiştir. Deneklere Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) uygulanarak psikiyatrik tanı alıp almadıklarına bakılmıştır.

Baş ağrısı sıklığı %10.3 olarak bulunmuştur (erkeklerde %10.4, kızlarda %10.2) Her iki cinstede yaşla baş ağrısının sıklığı saptanmıştır. Ruhsal bozukluğu olan deneklerde olmayanlara göre iki kat fazla baş ağrısı bulunmuştur. Bu oranın kızlarda üç kat, erkeklerde 1.5 kat olması nedeniyle her iki cins ayrı ayrı incelenmiştir.

Kızlarda baş ağrısının duygusal bozukluklarla ilişkili olduğu; depresif kızlarda depresif olmayanlara göre dört kat, anksiyete bozukluğu olan kızlarda olmayanlara göre üç kat daha fazla baş ağrısı gözlemlendiği saptanmıştır. Ayrıca depresyonu olan kızlarda olmayanlara göre baş ağrısının daha sık olduğu, depresif kızların okul devamsızlığının daha fazla olduğu ve daha fazla ilaç kullanıldığı bulunmuştur, anksiyete bozukluğu olan kızların olmayanlara göre okula daha iyi devam ettiği ve daha az ilaç aldığı, anksiyete bozukluğunun baş ağrısının sıklığını etkilemediği saptanmıştır. Kızlarda baş ağrısı ile davranış bozuklukları arasında bir ilişki görülmemiştir.

Erkeklerde baş ağrısı ile davranım bozukluğu arasında ilişki görülürken diğer davranış bozuklukları (karşıt olma karşı gelme bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu) ve duygusal bozukluklar arasında ilişki bulunmamıştır. Davranım bozukluğu olan erkeklerde olmayanlara göre baş ağrısının iki kat fazla görüldüğü saptanmıştır.

Araştırmacılar çalışmanın sonucunda kronik baş ağrısı ile psikopatolojinin ilişkili olduğu ve bu

ilişkinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği sonucuna varmışlardır.

Doç. Dr. Belma Ağaoğlu

Çocukluk Başlangıçlı Şizofreni: Ergenlerde Olanzapin Kullanımına İlişkin Açık Etiketli Bir Çalışma

Kumra S, Jacobsen LK, Lenane M ve ark. (1998) Childhood-onset schizophrenia: An open-label study of olanzapine in adolescents J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37 (4): 377-385.

Olanzapin 5HT_{2a}, 2c, D₁, D₂, D₄ reseptörlerinin etkin antagonistidir, antikolinergik etkinliği vardır. Reseptör seçiciliği klozapine benzer. Kronik şizofreninin akut tedavisinde haloperidolle karşılaştırıldığında ekstrapiramidal yan etki, agranülositöz ya da nöbet riskinde artış olmaksızın negatif belirtilere etkin bulunmuştur.

DSM-III-R'a göre şizofreni tanısı alan 6-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenler araştırma kapsamında değerlendirilmiştir. Sekiz haftalık olanzapin tedavisi, altı haftalık klozapin grubu ile karşılaştırılmış, her hafta 18 maddelik kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği (BPRS) ve Bunney-Homburg değerlendirme ölçeği verilmiştir. İlaçsız 1-4 haftalık dönemde, klozapin için 2-6 haftalık dönemde ve olanzapin için 2-8 haftalık dönemde çocuklar için genel ölçüm skalası (CGAS), klinik genel izlenim ölçeği (CGI), pozitif (SAPS) ve negatif belirtiler ölçekleri (SANS) uygulanmıştır.

Yazıda araştırma grubu içinde yer alan hastalardan örnek olgu sunumları bulunmaktadır. İlk olgu; 16 yaşında, erkek, paranoid şizofreni tanısı ile tedavi edilmiştir. Klasik tedavilere yanıt alamayınca olanzapin tedavisine geçilmiştir. Sekiz haftalık olanzapin tedavisi süresince başlangıçla karşılaştırıldığında orta derecede gelişme görülmüş, BPRS'de %29 oranında bir azalma olmuştur. Sunulan diğer olgu ise; 10 yaşında, kız, tedaviye dirençli, ayrışmamış tip kronik şizofreni tanılı hastada klozapin tedavisi başlanmıştır. Epileptik nöbet çıkınca ilaç kesilmiş ve olanza-

pin tedavisine geçilmiştir. Olanzapin ile klozapinde olduğu kadar olmasa da iyi sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmada olanzapinin orta derecede tolere edildiği, en sık görülen yan etkilerinin; iştah artışı, konstipsiyon, bulantı, kusma, baş ağrısı, uyku hali, uykusuzluk, konsantrasyon güçlüğü, taşikardi, karaciğer enzimlerinde geçici yükselme, ajitasyonda artma olduğu görülmüştür. Nötropeni oluşmamış, anormal EEG değişikliği ve nöbet bildirilmemiştir. Olanzapinde tedavide anormal hareketler ve ekstrapiramidal yan etki çok az düzeydedir. Klozapin ve olanzapin için yan etkiler değerlendirildiğinde hipersalivasyon dışında benzer oldukları, bu yan etkinin klozapinle oldukça sık olduğu izlenmiştir. Baş ağrısı, halsizlik ve uykusuzluk yakınmaları ise olanzapinle tedavi edilenlerde daha fazla belirtilmiştir.

Yazarlar, tipik nöroleptiklere yanıt vermeyen bazı hastalarda olanzapin tedavisinin psikoz belirtilerini azaltmada etkili olabileceğini öne sürmektedirler. Klozapinle tedavi edilen 15 hasta 8'inci haftada yanıt verme ölçütlerini karşılamışlardır. Hatta 8. hafta değerlendirmesinde de 8 hastanın ikisinde tam yanıt, birinde kısmi yanıt elde edildiği görülmüştür. Olanzapin ile bu dönemde hiçbir hastada ölçütler karşılanmamıştır.

Araştırmacılar sonuçta; olanzapinin görece güvenilir yan etki profili ve çocuklarda terapötik açıdan etkin olması nedeniyle çocukluk başlangıçlı şizofrenide ilk ajan olarak seçilebileceğini, ancak yeni bir ajan olduğu için tedbirli olunması gerektiğini bildirmektedirler

Dr. İlkay Çetin

Çocuklarda ve Ergenlerde Obsesif-kompulsif Bozukluk

Riddle M (1998) Obsessive-compulsive Disorder in Children and Adolescent. Br J Psychiatry 173: 91-96.

Bu makalede çocuk ve adolesanlardaki obsesif-kompulsif bozukluğun başlangıç yaşı, sınıflan-

dırılması, alt grupları, prevalansı, etyolojisi, patofizyolojisi, değerlendirilmesi, prognozu ve tedavisi ile ilgili son bilgiler gözden geçirilmiştir.

Obsesif-kompulsif bozukluk genellikle çocukluk ve adolesan yaşta ortaya çıkar. Erişkin yaşta obsesif-kompulsif bozukluğu olan hastaların %80'inin semptomları 18 yaşın altında başlar. Çocuk ve adolesanlarda hastalığın sınıflandırılması erişkindekine benzer. Ancak çocuklarda obsesif-kompulsif hastalığın sunumu erişkinlerdekinden farklı olabilir. Klinik açıdan hastalığın iki alt grubu önemlidir: Tik bozukluğu ile birlikte, tik bozukluğunun görülmediği ya da ailesel olan ve ailesel olmayan obsesif-kompulsif bozukluk. Tik bozukluğu ile beraber görülenlerin SSRI ve düşük doz nöroleptik ile tedaviye daha iyi yanıt verdiği gözlemlenmiştir. Ailesel obsesif-kompulsif bozukluğu olan çocukların tedavi edilmemiş anne-babaları, çocuğun etkili biçimde ele alınmasını olumsuz yönde etkileyebilir. Ailesel olmayan obsesif-kompulsif bozukluğu olan çocuklarda, infantil otizm ve diğer yaygın gelişimsel bozukluklar gibi merkezi sinir sistemi disfonksiyonu, öğrenme güçlüğü daha sıktır. Günümüzde, bilişsel-davranışçı yaklaşım ve psikodinamik tedavi kullanılsa da, etyolojide davranışçı açıklamaların ve psikodinamik kuramın önemli olduğu düşünülmemektedir. Yapılan çalışmalar obsesif-kompulsif bozuklukta ve hastalığın subklinik formlarında ailesel geçişin söz konusu olduğunu göstermektedir. ayrıca bazal ganglionları ilgilendiren fokal beyin lezyonlarının ve A grubu β-hemolitik streptokokların oluşturduğu immünolojik faktörlerin hastalığın etyolojisinde rolü olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Patofizyoloji çalışmaları iki alanda öncül bulgular ortaya koymuştur. Bunlar; bir immün mekanizmayı destekleyen B-lenfosit işaretleyicisi (D8/17) ve hastalığın semptomatolojisinde altta yatan beyin mekanizmalarını anlamamızı sağlayan bir göz hareket testidir. Bunlar, gelecekte obsesif-kompulsif bozukluk ve/veya obsesif-kompulsif bozukluğa yatkınlığı değerlendirmek için kullanılabilirler. Hastalığın tedavisinin esas bileşenlerini, uzun süreli bir çaba, çoklu tedavi yaklaşımı ve hastalık eğitimi oluşturur. Tedavinin özgül bileşenleri ise, bilişsel davranışçı tedavi, aile davranışının yönlendiril-

mesi çalışması ve ilaçlardır. En etkili tedavi yöntemleri, SSRI kullanılması ve bir bilişsel-davranışçı tedavi biçimi olan karşılama/cevap önlenmesidir.

Dr. Ebru Çengel

Ergen Depresyonu: Sosyal İlişkiler ve Aile Ortamı- Bir Vaka-Kontrol Çalışması

Gunilla I, Olsson, Marie-Louise Nordström, Hans Arinell, Anne-Liis von Knorring. (1999) Adolescent Depression: Social Network and Family Climate - A Case-control Study. J Child Psychol Psychiat 40 (2): 227-237.

Bu çalışmada, beraberinde davranım bozukluğu olan/olmayan depresif ergenlerde sosyal ilişkiler ve aile ortamı değerlendirilmiştir.

16-17 yaşlarında 2300 öğrenci BDI ve CES-DC (Beck's Depression Inventory, Center for Epidemiological Studies Depression Child Inventory) kullanılarak taranmış. Bu taramada depresif belirtiler gösterenlerle, cinsiyet, yaş ve sınıf olarak eşleştirildikleri kontrol grubuyla birlikte DICA-R-A (Diagnostic Interview for Children and Adolescents) kullanılarak görüşme yapılmış. Oluşturulan 177 çiftin sosyal ilişkileri İSSİ (Interview Schedule for Social Interaction) ile, aile ortamları KSP'deki (Karolinska Scale of Personality) altı değerlendirme sorusu ile ölçülmüş.

Son bir yıl içinde majör depresyon atağı geçirmiş olanlar eşleştirildikleri kontrol grubundan farklılık göstermemişler. Uzun süreli depresif belirtileri olanlar, majör depresyon atağının eşlik ettiği ya da etmediği distimik bozukluğu bulunanlar, daha sınırlı sosyal ilişkilerinin bulunduğunu ve bu ilişkilerle doyum bulmadıklarını belirtmişler. Aynı zamanda aile ortamlarını ve bağlilik ilişkilerini kontrol gruplarına göre daha yetersiz olarak değerlendirmişler. Davranım bozukluğunun eşlik ettiği depresif ergenler, sosyal ilişkilerinin hem yeterliliğini hem de erişilebilirliğini ve bağlilik ilişkilerini kontrol gruplarına göre daha da

olumsuz olarak değerlendirilmişler. Bu grubun aile ortamlarına ilişkin görüşleri de oldukça olumsuz bulunmuş.

Bu bir vaka-kontrol çalışması olduğundan yalnızca tanı ve sosyal faktörler arasındaki ilişkinin belirlenebileceği, neden ve sonuç ile ilişkili bir sonuca varılamayacağı belirtilmiştir.

Dr. Devrim Demirok

Çocuk ve Gençlerde Bipolar Bozukluk: Varolan Zorluklar

Steele M, Fisman S (1997) Bipolar disorder in Children and Adolescents: Current Challenges. Can J Psychiatry 42: 632-636.

Bu makalede juvenil başlangıçlı bipolar bozukluğun tanısı ve tedavisindeki önemli bazı konular ele alınmıştır. Bu amaçla üç değişik vaka örneği verilmiştir. Juvenil başlangıçlı bipolar bozukluk tanısı ve tedavisindeki zorluklardan bazıları, ilk başvurudaki atipik özellikler nedeniyle ortaya çıkan tanısı zorluğu ve gelişimsel faktörlerin belirtilerin dışı vurumu üzerine etkileri olarak sayılabilir. Genetik risk, erken dönem duygudurum değişiklikleri ve duygulanım bozukluğu olan aile üyelerinin yarattığı stres arasında karmaşık ve döngüsel bir ilişki vardır. Anksiyete bozukluklarının yanı sıra yıkıcı davranım bozukluklarıyla komorbidite tartışılan vakalarda gösterilmiştir. Eşlik eden bozukluklar sonucu etkileyebilir ve ayrı olarak tedavi edilmeleri gerekebilir. Çocuk ve gençlerde lityum karbonatın profilaktik anti-manik etkisi bilinmektedir ancak antimanik ajan olarak özgünlüğü halen kesin değildir. Sodyum valproatın erken başlangıçlı bipolar bozuklukta oldukça sık görülen hızlı döngülü ve mikst tip manide daha etkili olduğu düşünülmektedir. Fakat diğer duygu durum düzenleyicilerin bu yaş grubunda etkinliği henüz kesinleşmemiştir.

Sonuç olarak juvenil başlangıçlı bipolar bozukluğun varlığı kuşku götürmez bir gerçekken, tanınması zor ve uzun süreli izleme ilişkin so-

runlar halen önemini korumaktadır. Eşlik eden bozukluklar, gelişimsel faktörlerin etkisi ve çeşitli klinik görünümüne ek olarak bu yaş grubunda hastalığa olduğundan daha az tanı konulması sistematik çalışmaları zorlaştırmaktadır. Hekimler, gençlerde atipik psikoz ile karşılaştıklarında juvenil başlangıçlı bipolar bozukluk tanısını düşünmelidirler. Duygu durum bozukluklarında belirtiler üzerine gelişimsel faktörlerin etkilerinin anlaşılması klinisyene tanı konusunda yardımcı olacaktır. Yıkıcı davranım bozukluğu olanlarda, juvenil başlangıçlı bipolar bozukluk tanısının olduğundan daha fazla konulmamasına dikkat etmek gerekirken, hastalığın doğru olarak tanınması ve duygudurum düzenleyicilerin etkili kullanımı daha iyi sonuçlar verebilir. Tipik bipolar bozuklukta tek bir duygu durum düzenleyici ajan ile tedavi genellikle yeterlidir. Sürengen bir tedavi düzenli aralıklarla uzun süreli izlemi gerektirir. Daha karmaşık başlangıçlı bipolar bozuklukta eşlik eden bozuklukların varlığı duygudurum düzenleyicilere ek olarak diğer psikotrop ilaçların kullanımını ve psikososyal desteği gerektirir.

Dr. Ebru Çengel

HABERLER

8. ANADOLU PSİKİYATRİ GÜNLERİ

8. Anadolu Psikiyatri günleri 22-26 Haziran 1999 tarihleri arasında Diyarbakır Dedaman Otelinde Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Psikiyatri Derneği'nin işbirliği ile yapıldı. Gerek bilimsel düzeyi gerek sosyal aktiviteler yönünden doyurucu ve coşku vericiydi. Düzenleme kurulu bu yıl temel olarak somatoform bozukluklarının her yönü ile ele alınmasını öngörmüş ve konunun ayrıntılı tartışılmasını sağlayan paneller düzenlemişti. Ayrıca alkol ve madde bağımlılığı konusunda ulusal bir politika modeli olarak Sağlık Bakanlığı ve kurumsal işbirliği; kadın ve göç; suç, göç ve çocuk; göç ve psikososyal sağlık; kültür ve somatizasyon; medya ve psikiyatri gibi konulara da yer verilmişti.

Anadolu Psikiyatri Günleri geleneğinde ilk kez çocuk ve ergen psikiyatrisine zaman ayrılmış, çocuk ve ergenlerde somatizasyon ve somatik yakınmalarla başvuran çocuk ve ergenlerin aile örüntülerini konu alan bir panel düzenlendi. Bu panelde, Dr. Birsen Sonuvar tarafından somatoform bozukluklar içinde en sık görülen konversiyon bozukluğu konusunda dış yayınlar ve ülkemizde yapılan araştırmalarda görülme sıklığı, belirtiler, etyoloji, ayırıcı tanı, özellikle ayırt etmenin zor olduğu psikojenik nöbet ile frontal lob parsiyel nöbetler konusunda bilgiler aktarıldı. Dr. Işın Sayın aile örüntüleri yönünden aşırı koruyucu, kollayıcı, katı disiplinli, yüksek beklentili, çatışmalardan kaçınan aile modelleri yanında parçalanmış aile, fiziksel, cinsel taciz, ailede sevilen birinin kaybı gibi nedenleri irdeledi. Dr. Leyla Benkurt Alkaş ise somatik yakınmaların çocuklarda diğer yaş gruplarına göre sağlık sektörünü daha çok uğraştırdığını, gereksiz tetkik ve tedavilerin iyatrojenik riskler oluşturduğunu, okula gidememe şeklinde işlev kaybına neden olduğunu, çocuğun fiziksel belirtilerinin tüm ailenin ilgisini üzerine toplayıp ana-baba arasında varolan çatışma ve geçimsizliği örttüğünü, adeta aileyi hoş olmayan durumlardan koruduğunu vurguladı.

Ruhsal etkenlerle bedensel bir hastalık görünümünde ortaya çıkan somatoform bozukluklar kadar, kronik bedensel hastalıklar da çocuk ve ergenlerin duygularını, uyumlarını, yaşam biçimlerini olumsuz etkilemektedir. Bu konuyu ele alan Dr. Müge Tamar çocukların duygusal olarak olumsuz etkilenmelerinin, yetersizlik duygularının, sosyal uyum sorunlarının, gelişimsel düzeylerinin, çocuğun hastalığına vereceği yanıtın en önemli belirleyicisi olduğunu aktardı. Yaş, gelişim düzeyi, tedavi şekli ve yan etkileri, ortaya çıkan sınırlılıkları, diğer insanların özellikle aile üyelerinin verdikleri tepkileri, çocuğun duygusal durum ve kişiliğini ele alarak, hastalığına karşı nasıl bir tepki vereceği üzerinde durdu.

Kapanış oturumunda 9. Anadolu Psikiyatri Günlerini Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın düzenleyeceği konuşuldu. Dilekler bölümünde bu kongrede olduğu gibi çocuk ve ergen psikiyatrisine de zaman ayrılması önerildi.

Dr. Birsen Sonuvar

9. ULUSAL ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KONGRESİ

Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi'nin 9.'su, 28-30 Nisan tarihleri arasında Adana'da yapıldı. Oldukça zengin bir içeriğe sahip olan kongrede konferans ve paneller iki ayrı salonda gerçekleştirildi. Kongre Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu'nun "Aile ve Çocuk" konulu açılış konferansı ile başladı. Halka açık olarak gerçekleştirilen bu konferansa katılım çok fazlaydı ve Türk aile yapısı bağlamında, aile yapıları ve yaşanan sorunlar karşılıklı olarak tartışıldı. Kongre boyunca süren Prof. Dr. Charles John

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 6(1) 1999

son'un "Çocuğun Fiziksel ve Cinsel İstismarı" konulu konferans-kursu en çok ilgi çeken oturumlar arasındaydı. Prof. Dr. Charles Johnson fotoğraflarla kendi kliniklerini tanıtmanın yanı sıra, video gösterimi yoluyla çocukla görüşme tekniğini ve kliniklerindeki yaklaşımı tanıttı. Kongre kapsamında "Çocukta Ölümü Algılama", "Ailenin Çocuğun Ruhsal Sorunlarına Tutum ve Davranışları", "Cinsel İstismar Süreci: Bir Olgu Sunumu", "Çocukta Baş Ağrısı", "Çocuk-Ergende Borderline Bozukluklar", "Ülkemizden Proje Manzaraları", "Çocuklarda Yeni Kuşak Antipsikotiklerin Kullanımı", "Ergenlik ve Normalite", "Bebek Oyunları", "Terapisiz Yardım", "Bütüncüleyici Çocuk Psikoterapisi", "Bebeklerde Dil Gelişimi", "75 Yılda Çocuk Sağlığı", "Boşanma Sürecinde Psikoterapi" konulu konferanslar, "Göçmen Çocukları: Avrupa Geleceğinin Bir Parçası" konulu proje tanıtımı, "Sokak Çocukları", "Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında Konsültasyon Liyazon", "Çocuk Psikofarmakolojisinde Etik Sorunlar", "Çocuk ve Ergenlerde Organizasyonun Araştırılması", "Louise 21 Yaşında", "Yayın Gelişimsel Bozukluklar", "Ergen" konulu paneller gerçekleştirildi. Katılımı en yüksek düzeyde gerçekleşen bir diğer oturumda da çocuk ve ergen ruh sağlığı yeterlilik kurulu (board) çalışmalarının sunulduğu toplantıydı. Bu toplantıda asistanlar, uzmanlar ve öğretim üyeleri bir araya gelerek tartışma olanağı elde ettiler. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitiminin daha nitelikli olabilmesi için neler yapılması gerektiği ve neler yapılabileceği eğitilen ve eğitmen boyutunda karşılıklı olarak tartışıldı. Yeterlilik kurulunun bugüne kadarki çalışmaları ve yeterlilik kurulu iç yönerge taslağı sunuldu. En çok tartışılan konular eğitim içi, yeterlilik ve yeniden belgelendirme sınavları oldu.

Kongrede poster sunumları arasında, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'ndan Dr. Alyanak ve Dr. Motovallı'nın "Otistik bozuklukta doku uyumu antijenleri (HLA) dağılımı ve klinik bulgularla ilişkisinin değerlendirilmesi" çalışması birincilik ödülü, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan Dr. Bozabalı ve arkadaşlarının "Tourette bozukluğunda etiyolojik etkenler" çalışması ikinci-

lik ödülü ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan Dr. Karacan ve arkadaşlarının "Yaşamın ilk yılında bebeklerdeki ekspresif ve reseptif dil gelişimi üzerine boylamsal bir çalışma" araştırması üçüncülük ödülü aldılar. Kongreyi takiben Çocuk Ruh Sağlığı Derneği ve Türk Tabipleri Birliğinin ortaklaşa düzenledikleri birinci basamak sağlık hizmetlerinde çocuk ruh sağlığı seminerleri dizisinin ikincisi gerçekleştirildi.

Kongre yeni bilgilerin ve deneyimlerin paylaşıldığı oturumlarla olduğu kadar, çocuğun cinsel, fiziksel ve ruhsal istismarı konusundaki kurs ile de oldukça ilgi çekti. Kongre sosyal faaliyetler eşliğinde, çok çeşitli konulardaki zengin içeriği ile tamamlandı.

Dr. Ebru Çengel

XXIV. BERGAMA GRUP PSİKOTERAPİLERİ SEMPOZYUMU

2500 yılı aşan bir tarih ve kültür hazinesi olan Eskulap-Bergama'da Türkiye Grup Psikoterapileri Derneği, İstanbul Psikoterapi Derneği, İzmir Psikoterapi Derneği ve Bergama Belediyesi ortaklığı ile düzenlenen Grup Psikoterapileri Sempozyumunun XXIV' üncüsü 27-29 Mayıs 1999 tarihleri arasında yapıldı.

Sempozyum Türkiye Grup Psikoterapileri Derneği Başkanı Prof. Dr. Abdülkadir Özbek, Prof. Dr. Gülören Ünlüoğlu, Sempozyum başkanı Uz. Psk. Aysel Özlü, Moreno Enstitüsü Başkanı Dr. Grete Leutz, Doç. Dr. İnci Doğaner ve Bergama Belediye Başkanı Akif Ersezgin'in Eskulap'ın tarihteki ve ruh sağlığındaki yeri ve önemi ile birleştirerek açılış konuşmalarını yaptılar.

Sempozyumun bu alanda çalışan konuşmacı ve grup yöneticisi olarak yabancı ve Türk öğretim üyeleri ile 400 kadar dinleyicinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

Prof. Dr. Leyla Zileli'nin yürüttüğü ilk konferansta bu toplantıların Bergama'da yapılması için Prof. Dr. Abdülkadir Özbek hocayı çok des-

tekleyen ve 16 yıldır hemen hemen hiç aksatmadan grup psikoterapileri toplantılarına gelen Dr. Grete Leutz, Moreno'nun psikiyatrik hastalara yaklaşımlarından örnekler sunmuştur. Prof. Dr. Abdülkadir Özbek ise yine Moreno'nun klasik psikodramasında söz ettiği nörofizyolojik ve psikobiyolojik örtüşmeden, Prof. Dr. Peter Petersen ise terapötik sürecin ilkelerinden söz etmiştir.

Katılımcıların çok ilgisini çeken Prof. Dr. Peter Kellerman ise coşku ile uygulamalı olarak psikodrama ve grup psikoterapisinde kişiler arası çatışmanın çözülmesini çalıştı.

Analitik grup terapisinin kuramsal temelleriyle ilgili konferansı ise Prof. Dr. Wolfgang Senf vermiştir.

Üçüncü yıldır bu etkinliklere katılan Dr. Joseph Moreno ise bu yılki müzik terapi ile ilgili konuşmasında değişik ülkelerde ve kültürlerdeki uygulamaları kendi gözlemleriyle birlikte antik hastane girişi olan tünelde slaytlarıyla anlattı.

Psikodramada farklı tip rüyaların oynanmasını Prof. Dr. Maurizio Gasseau işledi.

Dr. Joachim Gneist ise Borderline hastalarda Psikodramadan kendi deneyimleriyle örnekler vererek sempozyumun son konuşmasını tamamladı.

Gelecek yıl 28-30 Mayıs 2000 tarihleri arasında XXV. Uluslararası Grup Psikoterapileri Kongresinde görüşmek dileğiyle sempozyum kapatıldı.

Doç. Dr. Ayla Aysev

3. BAHAR SEMPOZYUMU YAPILDI

Psikiyatri Derneği'nin düzenlediği Bahar Sempozyumları'nın 3.'sü 27 Nisan 2 Mayıs 1999 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Bu kez sempozyum, Antalya'nın Belek ilçesinde yapıldı.

Türk Psikiyatri Dergisi'nin hayatına başlamasının 10. yılı nedeniyle "Psikiyatri'de Bilimsel Makale Yazmak ve Yayınlamak" konulu uluslararası

sı uydu sempozyumu, etkinliklerin ilk gününde yer almıştır. Bu çerçevede davetli olan konuklardan alanda söz sahibi olan üç derginin editörü, sırası ile, Nancy Andreasen, American Journal of Psychiatry; Povl Munk Jorgensen, Acta Psychiatrica Scandinavica; K.W.M. Fulford, Journal of Philosophy, Psychiatry and Psychology, sempozyuma büyük renk kattılar. Her biri kendi dergileri açısından bir makalenin yayınlanma sürecini aktardılar. İzleyiciler için bilimsel bir yazının uluslararası bir dergide nasıl ele alındığını birinci ağızlarından dinlemek büyük bir zevk oldu.

Sempozyumun diğer dört gününde çeşitli panel, konferans ve forumlar gerçekleştirildi. Birinci gün ağırlıklı olarak yabancı konukların sunduğu konferansları içeriyordu. Nancy Andreasen tarafından şizofreni nörobiyolojisinde patolojik mekanizmaya frontal lob, talamus ve serebellumun da katıldığı üniteler bir bozukluğun var olduğu yaklaşımı sundu. Jorgensen ve Fulford tarafından sunulan konferanslar da izleyiciye alanda etkin olan kişilerden yeni düşünceler ve yaklaşımlar duymanın zevkini yaşattı.

3. Bahar Sempozyumu'nun diğer etkinlikleri içinde bilimsel çalışma birimlerinin toplantıları, yeterlilik sınavının (board) tartışılması, Psikiyatri Derneği'nin örgütlenme süreci ve sorunlar, psikiyatride etik ilkeler ele alındı. Afektif bozukluklarda sürdürüm ve koruyucu sağaltımların ele alındığı konferans ve paneller de psikofarmakoloji ile ilgili birçok konu tartışıldı. Ayrıca disosiyatif bozukluklar, grup ve evlilik terapileri ile ilgili de konferanslara yer verildi.

Sempozyum, beş gün gibi bir süreye yayılmış olması ve ilaç firmalarınca desteklenen gecelerin şaşaası yönünden eleştirilerle kapanırken bu yıl da çok sayıda katılımcı tarafından izlendi.

Dr. Ahmet TIRYAKI

TOPLANTI - KONGRE

22-26 Haziran 1999 Anadolu Psikiyatri Günleri, Diyarbakır. "Bedenselleştirme"
Başvuru: Yrd. Doç. Dr. Aytekin Sır 8. APG Kongre Sekreteri Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı 21280 Diyarbakır.
Tel: 0.412 2488284 Faks: 0.412 2488440
e-posta: asir@usa.net

4-7 Eylül 1999 International Society for Adolescent Psychiatry (ISAP) 5th International Congress "Conduct Disorders in Adolescence: Developmental and Psychologic Perspectives", Aix-en-Provence, Fransa
Başvuru: Adolescence 1999 Philippe Gutton-UFR de Psychologie 29. Avenue Schuman-13621 AIX-EN-PROVENCE Cedex Fransa
Tel/Faks: 0.442 208773, 0.442 953768
e-posta: phgutton@aixup.univ.aix.fr

6-12 Eylül 1999 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslararası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu, Trabzon.
Başvuru: Prof. Dr. Mehmet Bekaroğlu KTÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Trabzon.
Tel: 0.462 3253223/5390 Faks: 0.462 3258355
http://www.psikiyatri.org.tr

15-19 Eylül 1999 European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) 11th International Congress, Hamburg.
Başvuru: PO Box 302480 D-20308 Hamburg Germany
Tel: 49 40 3569 2247 Faks: 49 40 3569 2269
e-posta: escap@cch.de

21-25 Eylül 1999 12th ECNP Congress, London
Başvuru: ECNP Office PO Box: 85410-3508 AK Utrecht The Netherlands
Tel: +31 30 2538567 Faks: + 31 30 2538568
e-posta: secretaria@aecnpl.nl

19-24 Ekim 1999 46th Annual Meeting of the American Academy Child Adolescent Psychiatry, 19th Annual Meeting of the Canadian Academy of Child Psychiatry, Chicago.
Başvuru: Lily Hechtman, AACAP 3615 Wisconsin Avenue, N.W. Washington DC

20016-3007
Tel: (202) 9667300 Fax: (202) 9662891
http://www.aacap.org/meeting

21-23 Ekim 1999 1. İzmir Psikanaliz ve Psikoterapi Günleri "Psikopatoloji ve Teknik"
Başvuru: Doç. Dr. Işıl Vahip 1773 Sok. No: 29/4 K. Yaka 35540 İzmir
Tel/Faks: 0 232 3688229
e-posta: analiz@psikiyatri

28-31 Ekim 1999 6. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi, Kapadokya.
Başvuru: Doç. Dr. Oğuz Berksun, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
Tel/Faks: 0.312 3621292
e-posta: uspkongresi@superonline.com

5-7 Ocak 2000 Association for Child Psychology and Psychiatry 4th European Conference 2000, London.
Başvuru: ACPP, St Saviour House 39/4 Union Street, London Faks: 44 171 403 74 58
e-posta: cjackson@acpp.co.uk