

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

CİLT : 6 SAYI : 2

1999



ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Cilt: 6 Sayı: 2, 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

Uzm. Dr. Hakan Erman

Uzm. Dr. Özlem Erman

Arş. Gör. Ebru Çengel

Psk. Prof. Dr. Ferhunde Öktem

Yrd. Doç. Dr. Berna Pehlivan Türk

Doç. Dr. Bengi Semerci

Yrd. Doç. Dr. Birsen Sonuvar

Uzm. Dr. Tümer Türkbey

DANIŞMA KURULU

Uzm. Dr. Zafer Atasoy (Ankara)

Doç. Dr. Ayşe Avcı (Adana)

Prof. Dr. Cahide Aydın (İzmir)

Prof. Dr. Kemal Aydınalp (Ankara)

Prof. Dr. Kayhan Aydoğmuş (İstanbul)

Prof. Dr. Ayşen Baykara (İzmir)

Doç. Dr. Meral Berkem (İstanbul)

Doç. Dr. Ayşen Coşkun (Kocaeli)

Doç. Dr. Ümran Tüzün (İstanbul)

Doç. Dr. Ayla Aysev (Ankara)

Doç. Dr. Belma Ağaoğlu (Kocaeli)

Psk. Doç. Dr. Neşe Erol (Ankara)

Doç. Dr. Levent Kayaalp (İstanbul)

Prof. Dr. Efser Kerimoğlu (Ankara)

Doç. Dr. Esin Özatalay (Antalya)

Doç. Dr. Haluk Özbay (Ankara)

Prof. Dr. Teoman Söhmen (Ankara)

Prof. Dr. Şahnur Şener (Ankara)

Prof. Dr. Suna Taneli (Bursa)

Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın (Ankara)

Doç. Dr. Yankı Yazgan (İstanbul)

Prof. Dr. Aysel Ekşi (İstanbul)

KAPAK RESMİ

Sırma SEÇİL ÖZEL - Türkiye

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 gösterecek 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.

İ Ç İ N D E K İ L E R

| | |
|--|-----|
| Önyazı | 73 |
| F. Çuhadaroğlu | |
| Çocuk ve Ergenlerdeki Korkularla, Kaygı ile Depresyon Düzeyleri ve Fiziksel Kötüye Kullanım Arasındaki İlişki | 75 |
| H. Aslan, N. Alparlan | |
| Eşler Arası Çatışma ve Boşanmanın Çocuklar Üzerindeki Etkileri II : Sosyal Destek | 83 |
| D. Şirvanlı Özen | |
| Obsesif Kompulsif Bozukluğun İlkokul ve Ortaokul Çocuklarında Görülme Sıklığı: Norm Çalışması | 89 |
| N. Palulu, N. Erol | |
| Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Aile İşlevleri | 99 |
| A. Pekcanlar, A. Turgay, S. Miral, A. Baykara | |
| Gilles de la Tourette Sendromu Olan Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk Birlikteliği | 108 |
| B. Semerci | |
| Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yürütücü İşlevler | 114 |
| Ö. Öner, A. Aysev | |
| Görüşler | 121 |
| B. Semerci | |
| Yeni Yayınlardan Özetler | 122 |
| Kitap Tanıtımı | 125 |
| Tez Tanıtımı | 126 |
| Haberler | 128 |
| Toplantı - Kongre | 130 |

*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. Birsen Sonuvar
Doç. Dr. Yankı Yazgan

Başvuru Adresi

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

ÖNYAZI

17 Ağustos depremi Türkiye'yi birçok yönden salladı, deprem bölgesinde yaşayanlar kadar ülkenin birçok kuruluşu da depremden etkilendi, kendi içinde alabora olanlar, yıkılanlar ve kayıp verenler oldu. Bu hazırlıksızlığın zararını tabii yine en çok depremzedeler gördü. Hoş olan birşey yurdun her yanından gönüllü insanların bölgedekilere yardıma koşmasıydı. Bu durum son yıllarda televizyon ve basılı yayınların duyarsızlaştırıcı etkilerine karşın insanlarımızın duyarlılıklarını koruduklarını ve yardımseverlik ruhundan ödün vermediklerini göstermesi açısından umut vericidir.

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği olarak Ağustos'taki depremden sonraki ilk haftadan itibaren deprem bölgesine gitmeye başladık. Gönüllülük esasına göre yürütülen bu çalışmaya çeşitli bölgelerden katılan arkadaşlarımıza burada bir kez daha teşekkür etmek isterim. İzmit ve Bursa'da görev yapmakta olan meslektaşlarımız kendileri de depremi yaşamı olmalarına karşın bölgedeki depremzedelere yönelik çalışmaları sürdürmek ve yönlendirmek için olağanüstü bir çaba gösterdiler. İzmit ve Bursa ekipleri Kocaeli ve Yalova'da çalışmaları sürdürdüklerinden dernek gönüllüleri daha çok Adapazarı yöresinde hizmet verdiler. Bu çalışmalar çadırkentlerde tarama yapma, poliklinik hizmeti verme, çocuk ve gençlerle grup çalışmaları yapma çerçevesinde sürdürüldü. Yapılan çalışmalara ilişkin rapor derginin bir sonraki sayısında yayınlanacaktır.

Dernek olarak Sağlık Bakanlığı Kriz Masası, SHÇEK Genel Müdürlüğü ve UNICEF ile kurduğumuz temaslardan yalnızca UNICEF'den bir olumlu tepki alabildik. Bölgedeki çocuk ve ergenlerde depremin yarattığı travmatik etkileri belirlemeye ve uzun vadede tedavi edici ve koruyucu önlemler almaya yönelik bir proje taslağı UNICEF tarafından onaylandı. Bu projenin geliştirilmesi çalışmaları sürdürülmektedir.

Bu çalışma süreci içinde üzücü bir konu yurt dışı kaynaklı bazı kuruluşların tutumları oldu. Travma durumlarında yerel kaynakları kullanma esas alınması gereken bir nokta iken nedense depremzelere yardım için yurt dışından uzmanlar getirilme çabası içine girildi. Ne yazık ki gelenlerin büyük çoğunluğunun hizmetten çok kendi bazı projeleri için veri toplamaya çalıştıklarını üzümlere gözledik. Bu konuya ilişkin temalar kurarak dernek adına görüşümüzü bildirdik.

Yaşadığımız felaket kendi meslek alanımızda da travmayla ilişkili durumların bilimsel ve uygulamalı boyutlarda gündeme neden oldu. Saptanan önemli bir eksiklik travmayla ilgili olaak çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesine yönelik toplumumuza uyarlanmış bir değerlendirme aracının bulunmamasıydı. Bu eksikliğin yakın zamanda giderileceğini umut ediyoruz. Eksikliklerin yanısıra konuyla ilişkin güzel çalışmalar olduğunu da düşündüğümüzde dergimizin bir sonraki sayısını "Travma Sonrasında Çocuk ve Ergenlerde Görülen Stres Bozuklukları" konusunda bir Özel Sayı olarak çıkarmayı planladık. Bu sayıda toplanacak çalışmaların meslektaşlarımıza yapacağı katkının yanısıra depremzedelere yönelik hizmetlerde de yol gösterici olabilmesini diliyoruz.

Doç. Dr. Füsun Çuhadaroğlu

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Ö D Ü L Ü

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

Psik. Doç. Dr. Ferhunde Oktem

Doç. Dr. Fusun Çuhadaroğlu

Psik. Prof. Dr. Ayşe Yalın

ÇOCUK VE ERGENLERDEKİ KORKULARLA, KAYGI İLE DEPRESYON DÜZEYLERİ VE FİZİKSEL KÖTÜYE KULLANIM ARASINDAKİ İLİŞKİ

Halime Aslan * Nazan Alparslan**

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada çocuk ve ergenlerdeki korkuların sosyodemografik değişkenler, fiziksel kötüye kullanım öyküsü, depresyon ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya katılan 467 ilk ve ortaokul öğrencisine Korku Tarama Ölçeği, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, Çocuklar İçin Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ve Fiziksel Kötüye Kullanım Tarama Formu uygulanmıştır. **Sonuç:** Kızlarda korkular daha yoğun ve yaygındır. Korku yoğunluğu ve yaygınlığı yalnızca erkeklerde yaşla birlikte azalma göstermektedir. Korku düzeyleri ile depresyon, kaygı ve fiziksel kötüye kullanım öyküsü arasında belirgin ilişki vardır. Ergenlerde toplumsal olarak değerlendirilmeye ilgili korkular, çocuklarda ise ölüm ve tehlikeyle ilgili korkular daha yaygındır. Anne-babadan ayrılık korkuları her yaşta, sosyoekonomik düzeyde ve cinsiyette görülen en yoğun korkulardır. **Tartışma:** Sonuçlar kültürümüzdeki çocuk yetiştirme biçimleri ve cinsiyete yüklenen değerlerle açıklanmaya çalışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Korku, çocukluk, ergenlik, depresyon, kaygı, fiziksel kötüye kullanım

SUMMARY

THE RELATIONSHIPS BETWEEN THE FEARS AND LEVELS OF ANXIETY AND DEPRESSION, AND PHYSICAL ABUSE AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS

Objective: The relationships between the fears and sociodemographic variables, levels of anxiety and depression, and physical abuse were investigated in children and adolescents. **Method:** Fear Survey Schedule for Children, Children's Depression and State-Trait Anxiety Inventories, a form for screening physical abuse were given to 467 elementary school students. **Result:** Fears were found to be more prevalent and intensive among girls. The prevalence and intensity had correlations with age only among boys. The levels of depression, anxiety and physical abuse showed significant associations with the levels of fear. The levels of social-evaluative fears tended to be higher in adolescents, whereas the levels of danger and death fears tended to be higher in children. The fears about separation from the parents were found to be most intensive fears in each socioeconomic-level, age and gender. **Discussion:** Results were explained according to child-rearing practices and gender-role attributions in our culture.

Key words: Fear, childhood, adolescence, depression, anxiety, physical abuse.

GİRİŞ

Günümüzde çocukların gelişimleri boyunca çeşitli korkular yaşadıkları, korkuların içeriğinin yaş, gelişim evreleri, cinsiyet ve topluma göre değişiklik gösterse de korkunun işlevinin değişmediği; korkunun herhangi bir tehlike ya da tehdide karşı koruyucu işlevi olup, mantıklı ve uygun bir davranış biçimi geliştirmeyi ve savunma düzeneklerini harekete geçirmeyi sağladığı bildirilmektedir (Dellisch 1991). Korku, çocuk ya da ergenin herhangi bir durumdaki olası tehlikenin ya da tehdidin ayırında olması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu da çocuğun çevresindeki

olası "tehlike" ya da "tehdidi" anlama ve tanımayla ilgili bilişsel kapasitesindeki gelişmeye bağlıdır. Korku tam olarak denetlenemeyen ya da anlaşılamayan bir duruma ya da bir şeye karşı kendini koruma tepkisi olarak tanımlanmaktadır (Dong ve ark. 1994).

Çocukluk ve ergenlikteki korkuların yaşa, bilişsel gelişime, cinsiyete ve toplumdaki topluma ayrımlıklar gösterdiği bildirilmektedir (Dong ve ark. 1994, Ginsburg ve Silverman 1996). Çocuklarda daha çok hayvan, karanlık ve ayrılık korkuları görülürken, ergenlikte eleştirilme ve yetersizlik korkuları görülmektedir; çocuk büyüdükçe anne babanın ve toplumun sorunlarına ortak olup,

* Doç. Dr., KSÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, K. Maraş

** Prof. Dr., ÇÜTF Biyoistatistik AD, Adana.

benzer korkuları yaşamaya başlamaktadır (Dong ve ark. 1994, Ollendick ve King 1991, Ginsburg ve Silverman 1996, Erol ve Öner 1999). Fiziksel olarak zarar görme ya da yaralanma korkularının erken yaşlarda daha sık olsa da tüm çocukluk ve ergenlik döneminde sürdüğü bildirilmektedir (Ollendick ve King 1991). Batıda en yoğun görülen korkular ölümle ilgiliyken, doğulu toplumlarda bilinmeyenden korku daha yoğundur (Dong ve ark. 1994, Ginsburg ve Silverman 1996). Cinsiyete göre bakıldığında ise kız çocukların erkeklerle göre daha çok sayıda ve daha yoğun korku gösterdiği belirlenmiştir (Erol ve ark. 1990, Ollendick ve King 1991, Erol ve ark. 1997). Bu ayrılık daha çok cinsiyete özgü toplumsallaşma farklılıklarına bağlanmıştır (Ollendick ve King 1991, Shore ve Rapport 1998).

Çocukluk ve ergenlikteki korkuların çocuğu yaşa özgü ve geçici olsa da kimi korkular aşırı yoğunlukta ve kalıcı olup zamanla geçmeyebilmekte, kalıcı korkuların çocuklukta depresyon ve kaygıyla ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Bu çocuklar çevrelerindeki olaylar üzerinde denetimleri olmadığı düşünmekte, kendilerini etkisiz ve yetersiz duyumsamaktadırlar (Dong ve ark. 1994). Yapılan çalışmalar çocuk ve ergenlerde korku yoğunluğunun depresyon ve kaygı düzeyleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir (Ollendick ve Yule 1990, Ollendick ve ark. 1991).

Ülkemizde fiziksel olarak kötüye kullanılan çocuklardaki ruhsal sorunların araştırıldığı bir çalışmada, bu çocuklarda sık görülen ruhsal sorunların başında korkuların (% 34.4) geldiği belirlenmiştir. Bu çalışmada çocuğun ailedeki herhangi birinin fiziksel olarak kötüye kullanımına tanık olup olmamasının da ruhsal sorunlarda önemli olduğu bildirilmiştir (Bilir ve ark. 1991). Yurt dışı çalışmalarda da aile içi şiddete tanık olan çocukların, kendileri bu şiddete uğramasalar da, duygusal ve davranışsal sorunlar gösterdiği belirtilmektedir (Fantuzzo ve ark. 1997).

Bu verilerden yola çıkarak bu çalışmada:

1- Korku yaygınlığı ve yoğunluğunun yaş, cinsiyet, anne baba eğitimi, sosyoekonomik durum, çocukluk ya da ergenlik çağında bulunma gibi kimi sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi,

2- Çocuk ve ergenlerde korku yaygınlığı ve yoğunluğu ile depresyon, kaygı düzeyleri ve fiziksel kötüye kullanım öyküsü arasındaki ilişki,

3- Çocukluk ya da ergenlik çağında olma, cinsiyet ve sosyoekonomik duruma göre en yoğun korkuların belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Gerekli izinler alındıktan sonra, Adana ili merkezinde bulunan bir devlet ve bir özel ilkokul ile ortaokulun 4., 5., 6., 7. ve 8. sınıflarından seçkisiz örnekleme yoluyla birer sınıf seçilmiş; seçilen sınıflardaki öğrenciler araştırmaya alınmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilere çalışmanın niteliği açıklanmış, anket formlarında kimliğini gösterebilecek herhangi bir kaydın istenmediği ve yazılmaması özellikle belirtilmiştir. Örneklem yaş aralığı 9-15, yaş ortalaması 12.4±1.6 olan 467 çocuk ve ergenden oluşmaktadır. Devlet okulunun düşük ve orta, özel okulun yüksek sosyoekonomik düzeyi örnekleyeceği düşünülmüştür. Örneklemle ilgili sosyodemografik özellikler tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1: Örneklem sosyodemografik özellikleri

| | N | % |
|-----------------------------|-----|------|
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 247 | 52.9 |
| Kız | 220 | 47.1 |
| Okul | | |
| Devlet | 296 | 63.4 |
| Özel | 171 | 36.6 |
| Kardeş sırası | | |
| İlk | 180 | 38.5 |
| Ortanca | 111 | 23.8 |
| En küçük | 176 | 37.7 |
| Anne eğitimi | | |
| Yok | 24 | 5.1 |
| İlkokul | 174 | 37.3 |
| Ortaokul | 71 | 15.2 |
| Lise | 137 | 29.3 |
| Yüksek okul | 61 | 13.1 |
| Baba eğitimi | | |
| Yok | 2 | 0.4 |
| İlkokul | 127 | 27.2 |
| Ortaokul | 75 | 16.1 |
| Lise | 124 | 26.6 |
| Yüksek okul | 139 | 29.8 |
| Fiziksel kötüye kullanım | | |
| Yok | 220 | 47.1 |
| Var | 247 | 52.9 |
| Aile içi şiddete tanık olma | | |
| Yok | 373 | 79.9 |
| Var | 94 | 20.1 |
| Yaş aralığı | | |
| ≤ 11 yaş | 158 | 33.8 |
| > 11 yaş | 309 | 66.2 |

Çalışmada kullanılan ölçekler

1- Sosyodemografik veri toplama formu: Tarafımızdan hazırlanan bu formda öğrencinin yaşı, okulu, kardeş sayısı ve sırası, anne baba eğitimi ile ilgili sorular yer almaktadır.

2- Korku Tarama Ölçeği Çocuk Formu (KTÖ): 110 maddeden oluşan beş basamaklı likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekten iki tür puan elde edilmektedir; birincisi yoğunluk puanı olup her maddenin 1-5 arasında değişen yoğunluk derecelerinde, ölçeğin tümünden elde edilen toplam puanı göstermektedir. Toplam yoğunluk puanı ölçekteki korku maddelerinin ne derecede korku uyandırdığını belirtmektedir. İkincisi ise yaygınlık puanıdır; bu puan işaretleme derecesi ne olursa olsun, toplam kaç maddede korku belirten seçeneklerde en az birinin işaretlendiğinin hesaplanmasıdır. Özgün biçimi Yule (1987) tarafından geliştirilmiş, ancak yayınlanmamıştır (aktaran: Erol ve ark. 1990). Ülkemizde geçerlik, güvenilirlik ve gecekondü kesmine ilişkin norm çalışması yapılmıştır. Ancak bu çalışmadaki veriler 8-12 yaş aralığındaki çocuklar için geçerlidir (Erol ve ark. 1990). Araştırmamıza katılan öğrencilerin yaş aralığı ise 9-15'dir; bu nedenle ölçeğin bu yaş aralığındaki güvenilirliği Cronbach alfa katsayısı ile sınanmış, alfa 0.97 olarak bulunmuştur.

3- Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ): Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmıştır.

4- Çocuklar İçin Durumluk (ÇDKE) ve Sürekli Kaygı Envanteri (ÇSKE): Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta (1995) tarafından yapılmıştır. Her ne kadar ölçeğin güvenilirlik çalışması 9-12 yaş çocuklarında yapıldıysa da 12 yaşından büyük çocukların erişkin kaygı ölçeğini anlamakta güçlük çekmeleri nedeniyle 17 yaşa kadar kullanılmaktadır (Öy ve ark. 1995).

5- Anne baba tarafından fiziksel olarak kötüye kullanılmayı tarama formu (FKK): Fiziksel kötüye kullanım, çocuğun anne, baba ya da bakımından sorumlu diğer erişkin kişiler tarafından değişik şiddette (izler, çürükler, çukuk, kırık) fizik-

sel olarak cezalandırılması ya da yaralanması olarak tanımlanmaktadır (Kazdin ve ark. 1985). Çocuğa anne baba tarafından uygulanan fiziksel kötüye kullanımı ve düzeyini belirlemeye yardımcı olması amacıyla, bu konudaki kaynaklar gözönünde bulundurularak, tarafımızdan hazırlanan 5 maddelik bir formdur (Ek1). Her madde "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen" ve "çoğu zaman" olarak değerlendirilmekte ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. 6. madde olarak çocuğun evdeki diğer bireylere uygulanan şiddete tanık olup olmadığını soran bir ifade yer almaktadır. Yanıtlar likert tipi işaretlenen 5 madde üzerinde değerlendirilmiş, 6. madde "evet" ya da "hayır" olarak yanıtladığı için puanlama dışı tutulmuştur. Dolayısıyla alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek 15'tir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı yine bu 5 madde üzerinden hesaplanmış, alfa 0.73 bulunmuştur.

Veriler spss-x for Windows paket programında t-testi, Pearson korelasyon analizi ve tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiş, ölçek güvenilirlikleri Cronbach alfa katsayısı ile sınanmıştır.

BULGULAR

Çalışmada kullanılan ölçeklerin alt ve üst sınırları ile ortalamaları tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2: Ölçeklerin alt-üst sınırları ve ortalamaları

| | Alt sınır | Üst Sınır | Ortalama | SS |
|----------|-----------|-----------|----------|------|
| K-yoğun | 110 | 457 | 217.5 | 67.7 |
| K-yaygın | 0 | 102 | 47.2 | 23.9 |
| ÇDÖ | 0 | 60 | 12.0 | 8.2 |
| ÇDKE | 20 | 59 | 32.5 | 6.8 |
| ÇSKE | 20 | 58 | 35.8 | 7.1 |
| FKK | 0 | 13 | 1.4 | 1.9 |

KTÖ'de 110 madde dışında kalan "diğer" maddesine 25 (%5.4) öğrenci yanıt vermiştir; burada belirtilen diğer korkular tablo 3'de görülmektedir.

Tablo 3: Diğer korkular

| Korku türü | N | % |
|------------------------------|---|-----|
| Tecavüze uğramak | 5 | 1.1 |
| Allah | 5 | 1.1 |
| Cinler | 3 | 0.6 |
| Üvey çocuk olmak | 2 | 0.4 |
| Karanlık | 1 | 0.2 |
| Rezil edilmek | 1 | 0.2 |
| Arkadaşlarından ayrılmak | 1 | 0.2 |
| Hırsızlığa uğramak | 1 | 0.2 |
| Annesi tarafından öldürülmek | 1 | 0.2 |
| Küçümsenmek | 1 | 0.2 |
| Karşı cins | 1 | 0.2 |
| Aniden hastalanmak | 1 | 0.2 |
| İhanete uğramak | 1 | 0.2 |
| Öğretmenden dayak yemek | 1 | 0.2 |

Korku yoğunluğu ve yaygınlığı ile diğer ölçek puanları arasındaki korelasyonlar tablo 4'dedir.

Tablo 4: Korku ve yoğunluğu ve yaygınlığı ile yaş ve diğer ölçekler arasındaki korelasyonlar

| | K-yoğun | K-yaygın |
|------|-----------------------|-----------------------|
| Yaş | R: 0.13* | R: -0.13* |
| ÇDÖ | R: 0.13* | R: 0.13* |
| ÇDKE | R: 0.12 ^{AD} | R: 0.12 ^{AD} |
| ÇSKE | R: 0.26** | R: 0.37* |
| FKK | R: 0.13* | R: 0.13* |

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

Sosyodemografik değişkenlerle ilişkilere bakıldığında, cinsiyete göre gerek korku yoğunluğu gerekse korku yaygınlığı belirgin farklılık göstermektedir; kızlarda korkular daha yoğun ve yaygındır (Tablo 5). Anne eğitimine (F: 2.7, sd:2, p>0.05), baba eğitimine (F:1.4, sd:2, p>0.05) ve kardeş sırasına (F:0.3, sd:2, p>0.05) göre korku yoğunluğu ve yaygınlığı puanları belirgin farklılık göstermemektedir. Anne ve baba eğitimi incelenirken eğitimi olmayanlarla ilkökul çıkışlı olanlar, ortakokul çıkışlı olanlarla lise çıkışlı olanlar birlikte ele alınmıştır. Pearson korelas-

yon analizine göre yaşla hem korku yoğunluğu hem de yaygınlığı azalmaktadır (Tablo 4). Ancak cinsiyete yaş ilişkisine bakıldığında, erkeklerde yaşla korku yoğunluğu (r:-0.20, p<0.01) ve yaygınlığı (r:-0.19, p<0.01) arasında negatif korelasyon varken, kızlarda bu ilişki belirlenmemiştir (r:-0.09, p>0.05, r:-0.10, p>0.05).

Tablo 5: Cinsiyete göre yaş ve ölçek puanlarının ortalamaları

| | Erkek | | Kız | | Analiz t-testi |
|----------|----------|------|----------|------|--------------------|
| | Ortalama | SS | Ortalama | SS | |
| Yaş | 12.3 | 1.6 | 12.4 | 1.6 | 0.1 ^{AD} |
| K-yoğun | 188.4 | 51.4 | 250.1 | 68.9 | 11.0**** |
| K-yaygın | 37.8 | 21.5 | 57.7 | 22.0 | 10.0**** |
| ÇDÖ | 12.1 | 8.8 | 12.0 | 7.6 | 0.04 ^{AD} |
| ÇDKE | 32.1 | 6.6 | 32.9 | 7.1 | 1.4 ^{AD} |
| ÇSKE | 34.9 | 7.0 | 36.8 | 7.0 | 2.9*** |
| FKK | 1.4 | 1.7 | 1.4 | 2.1 | 0.08 ^{AD} |

AD: p> 0.05 ***: p<0.005 ****: p<0.001

İki okulun öğrencilerin korku yoğunluğu ve yaygınlığı benzerdir (Tablo 6).

Tablo 6: Okul türüne, anne babanın uyguladığı fiziksel kötüye kullanıma, aile içi fiziksel şiddete tanık olup olmamaya ve çocukluk ya da ergenlik döneminde olmaya göre korku puanları.

| OKUL | Devlet | | Özel | | Analiz t-testi |
|--------------|----------|------|----------|------|-------------------|
| | Ortalama | SS | Ortalama | SS | |
| K-yoğun | 218.9 | 67.7 | 215.0 | 67.8 | 0.6 ^{AD} |
| K-yaygın | 48.3 | 23.7 | 45.2 | 24.1 | 2.3 ^{AD} |
| FKK | Olmayan | | Olan | | Analiz t-testi |
| | Ortalama | SS | Ortalama | SS | |
| K-yoğun | 211.4 | 69.3 | 222.9 | 65.8 | 1.8* |
| K-yaygın | 43.5 | 23.9 | 50.5 | 23.5 | 3.2**** |
| TANIK | Olmayan | | Olan | | Analiz t-testi |
| | Ortalama | SS | Ortalama | SS | |
| K-yoğun | 214.6 | 66.8 | 228.7 | 70.1 | 1.8* |
| K-yaygın | 46.0 | 23.5 | 52.1 | 24.7 | 2.2** |
| YAŞ AĞIRLIĞI | ≤11 yaş | | >11 yaş | | Analiz t-testi |
| | Ortalama | SS | Ortalama | SS | |
| K-yoğun | 225.4 | 64.4 | 213.4 | 69.0 | 1.8* |
| K-yaygın | 51.3 | 23.2 | 45.1 | 24.0 | 2.6*** |

AD: p> 0.05 *: p = 0.07 **: p<0.05 ***: p<0.01 ****: p<0.005

Anne babaları tarafından hiçbir zaman fiziksel kötüye kullanıma uğramadıklarını belirten çocuklarla, herhangi bir fiziksel kötüye kullanıma uğradığını belirten, yani FKK puanı 1 ve üzerinde olan öğrenciler karşılaştırıldığında, korku yoğunluk puanları belirgin farklılık göstermezken, korku yaygınlığının farklılık gösterdiği bulunmuştur (Tablo 6). Benzer biçimde, aile içinde herhangi bir şiddete tanık olduğunu bildiren öğrencilerin tanık olmayanlara göre, korku yoğunlukları belirgin olarak farklı olmayıp, korku yaygınlıkları farklıdır (Tablo 6).

Öğrenciler çocuk (11 yaş ve altı) ve ergen (12 yaş ve üzeri) olarak iki gruba ayrılıp incelendiğinde, korku yoğunluğu puanları belirgin farklılık göstermezken, korkuların çocuk yaş grubunda daha yaygın olduğu görülmüştür (Tablo 6).

En yoğun 10 korku cinsiyete (Tablo 7), okula (Tablo 8) ve yaşa (Tablo 9) göre ilgili tablolarda yer almaktadır.

Tablo 7: Cinsiyete göre en yoğun on korkunun dağılımı

| ERKEKLERDE | Ortalama | SS |
|-------------------------------------|----------|-----|
| Annemin ölümünden | 4.2 | 1.4 |
| Babamın ölümünden | 4.1 | 1.5 |
| Ailedeki birinin ölmesinden | 3.5 | 1.7 |
| Cehennemden | 3.3 | 1.8 |
| Anne-babamdan ayrılmaktan | 3.1 | 1.7 |
| Dini bir kuralı çiğnemekten | 2.9 | 1.7 |
| Ölmekten | 2.7 | 1.7 |
| Ateşli silah ile vurulmaktan | 2.7 | 1.7 |
| Evlat edinilmiş olmaktan | 2.7 | 1.7 |
| Havasızlıktan, dumandan boğulmaktan | 2.6 | 1.7 |
| KIZLARDA | | |
| Annemin ölümünden | 4.5 | 1.1 |
| Babamın ölümünden | 4.3 | 1.3 |
| Ailedeki birinin ölmesinden | 4.2 | 1.4 |
| Cehennemden | 4.1 | 1.5 |
| Anne-babamdan ayrılmaktan | 3.7 | 1.7 |
| Çıplak görülmekten | 3.7 | 1.6 |
| Ölüden | 3.6 | 1.6 |
| Okuldan zayıf not almaktan | 3.6 | 1.6 |
| Ateşli silah ile vurulmaktan | 3.6 | 1.6 |
| Kaçılmaktan | 3.4 | 1.5 |

Tablo 8: Okul türüne göre en yoğun on korkunun dağılımı

| DEVLET OKULU | Ortalama | SS |
|------------------------------|----------|-----|
| Annemin ölümünden | 4.2 | 1.3 |
| Babamın ölümünden | 4.2 | 1.4 |
| Ailedeki birinin ölmesinden | 3.8 | 1.6 |
| Cehennemden | 3.7 | 1.7 |
| Anne-babamdan ayrılmaktan | 3.3 | 1.6 |
| Dini bir kuralı çiğnemekten | 3.2 | 1.6 |
| Ölmekten | 2.7 | 1.7 |
| Okulda zayıf not almaktan | 3.1 | 1.6 |
| Ateşli silah ile vurulmaktan | 3.1 | 1.6 |
| Çıplak görülmekten | 3.0 | 1.7 |
| Evlat edinilmiş olmaktan | 2.7 | 1.7 |
| ÖZEL OKUL | | |
| Annemin ölümünden | 4.5 | 1.1 |
| Babamın ölümünden | 4.3 | 1.4 |
| Ailedeki birinin ölmesinden | 3.9 | 1.6 |
| Cehennemden | 3.6 | 1.7 |
| Anne-babamdan ayrılmaktan | 3.5 | 1.7 |
| Dini bir kuralı çiğnemekten | 3.1 | 1.7 |
| Ölmekten | 3.1 | 1.7 |
| Ateşli silah ile vurulmaktan | 3.1 | 1.7 |
| Çıplak görülmekten | 3.0 | 1.7 |
| Ölüden | 3.0 | 1.5 |

Tablo 9: Çocukluk-ergenlik çağına göre en yoğun on korkunun dağılımı

| ÇOCUKLUK ≤ 11 YAŞ | Ortalama | SS |
|------------------------------|----------|-----|
| Annemin ölümünden | 4.5 | 1.1 |
| Babamın ölümünden | 4.3 | 1.3 |
| Cehennemden | 4.0 | 1.5 |
| Ailedeki birinin ölmesinden | 3.9 | 1.5 |
| Anne-babamdan ayrılmaktan | 3.6 | 1.6 |
| Ölmekten | 3.6 | 1.7 |
| Ateşli silah ile vurulmaktan | 3.4 | 1.6 |
| Ölüden | 3.3 | 1.7 |
| Evlat edinilmiş olmaktan | 3.3 | 1.6 |
| Dini bir kuralı çiğnemekten | 3.3 | 1.6 |
| ERGENLİK > 11 YAŞ | | |
| Annemin ölümünden | 4.2 | 1.3 |
| Babamın ölümünden | 4.2 | 1.4 |
| Ailedeki birinin ölmesinden | 3.8 | 1.6 |
| Cehennemden | 3.5 | 1.7 |
| Anne-babamdan ayrılmaktan | 3.2 | 1.7 |
| Dini bir kuralı çiğnemekten | 3.1 | 1.7 |
| Çıplak görülmekten | 3.1 | 1.7 |
| Ateşli silah ile vurulmaktan | 3.0 | 1.7 |
| Sınavda başarısız olmaktan | 3.0 | 1.6 |
| Okulda zayıf not almaktan | 3.0 | 1.6 |

TARTIŞMA

Bu araştırmamızın sonuçları çocukluk ve ergenlik çağındaki korku yoğunluğu ve yaygınlığının sosyoekonomik durum, anne-baba eğitimi ve kardeş sırasına göre ayrılıklar göstermemesine karşın, cinsiyete ve yaşa göre farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Kızlarda ve çocukluk çağında korku yaygınlığı ve yoğunluğu puanları daha yüksektir. Bu bulgu birçok çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur (Erol ve ark. 1990, Ollendick ve ark. 1996, Erol ve ark. 1997, Shore ve Rapport 1998). Yaşla korkuların azalması daha çok bilişsel gelişmeyle açıklanırken, cinsiyete göre farklılık korkuların edinilmesindeki cinsiyet farklılıklarına bağlanmaktadır. Çalışmalar korkuların erkek çocuklarında doğrudan koşullanma yoluyla, kız çocuklarında daha çok bilgilenme-öğrenme yoluyla ortaya çıktığını desteklemektedir (Ollendick ve King 1991). Korkuların toplumsal aktarımının (transmission) kadınlar arasında erkeklere göre daha yaygın olduğu, kadınların "rol örneği" yoluyla korkuyu öğrenmeye daha duyarlı olup, korkunun bu "rol ölçüğü" ile sanki bulaşma gösterdiği bildirilmektedir (Fredrikson ve ark. 1996). Bu görüş, çalışmamızın sonuçlarına göre erkeklerde yaş ile korku yoğunluğu ve yaygınlığı azalırken, kızlarda değişiklik göstermemesi bulgusunu da açıklayabilir. Ayrıca öz bildirim ölçeklerinde kızların erkeklere göre daha çok korku ve kaygı bildirmesinde, kızların korku ve kaygılarını erkeklere oranla daha rahat ifade etmelerinin etken olabileceği ileri sürülmüştür (Özusta 1995). Özellikle toplumumuzda erkeklere atfedilen roller gereği erkek çocuklar korkularını tam olarak ifade edememiş olabilirler. "Erkek adam korkmaz", "Erkek adam ağlamaz" deyişleri bu konuda erkeklerden toplumsal beklentileri ortaya koymaktadır. Bu toplumsal beklentiler doğrultusunda yetişen çocuklar için "korku" kadınsı bir özellik olabilmektedir (Bilir ve ark. 1991).

Sosyoekonomik duruma göre korku yoğunluğu ve yaygınlığının farklılık göstermemesi, sosyoekonomik durumu düşük çocuklarda korkuların daha yoğun ve yaygın olduğunu bildiren çalışmalardan farklıdır (Shore ve Rapport 1998). Ancak çalışmamızda sosyoekonomik durumun yalnızca okul türüne ve anne baba eğitimine göre değerlendirilmesi bu sonucu kısıtlar niteliktedir.

Çalışmada korku yoğunluğu ve yaygınlığının depresyon ve kaygı düzeyleriyle ve fiziksel kötüye kullanım öyküsüyle ilişkili olduğu görülmektedir. Bu bulgular çocukluk korkularının depresyon ve kaygı, özellikle de kaygı düzeyleriyle koşut gittiğini bildiren diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Ollendick ve ark. 1991, Dong ve ark. 1994, Muris ve ark. 1996). Bunda her ne kadar korku ve kaygıyı ayıran birçok farklılık olsa da, her ikisinde de benzer klinik belirtilerin, benzer aşırı uyarılma durumunun ve buna bağlı fizyolojik belirtilerin bulunması etken olabilir (Erol ve Öner 1999).

Fiziksel olarak kötüye kullanılan ya da aile içi şiddete tanık olan çocuklarda korkuların sık görüldüğü bildirilmektedir (Bilir ve ark. 1991). Bu çocuklar çevrelerindeki olumsuz olaylar üzerinde denetim sağlayamadıklarını düşünmekte, öğrenilmiş çaresizlik ve umutsuzluk duygularını yaşamakta, benlik saygıları düşmekte, kaygı ve depresif belirtiler göstermektedirler (Fantuzzo ve ark. 1997, Flisher ve ark. 1997, Kaplan ve ark. 1998).

En yoğun görülen on korku türüne bakıldığında, okula göre korkuların birkaçının sıra değişimi dışında belirgin bir farklılık dikkati çekmezken, cinsiyete ve yaşa göre kimi farklılıklar dikkati çekmektedir. Kızlarda "çıplak görülmek", "kaçırılmak", "okulda zayıf not almak", "havasızlıktan, dumanda boğulmak" gibi daha çok tehlike ve güvenlikle ilgili korkular görülmektedir. Çocukluk çağındakilerle ergenliktekiler de "çıplak görülmek", "sınavda başarısız olmak", "okulda zayıf not almak" gibi toplumsal korkularda farklılaşmaktadır. Bu bulgular daha çok, doğu kültüründe yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir ve çocuk yetiştirme ve eğitimdeki kültürel ayrılıklara bağlanmaktadır (Dong ve ark. 1994, Ollendick ve ark. 1996). Doğu kültüründe değerler, toplumsal kurallara aşırı bağlı olmayı, kendini denetleyebilmeyi ve duygusal olarak kısıtlayabilmeyi içermekte, toplum kişiyi toplumsal kurallara uymak konusunda zorlamaktadır (Ollendick ve ark. 1996). Bu bağlamda dikkati çeken bir bulgu da, her yaş grubunda, her iki cinsiyette, her iki okulda en yoğun görülen beş korkunun aynı olmasıdır. Bu korkular aileden ayrılık, ölüm ve cehennemle ilgilidir. Doğu toplumlarında anne babalar genellikle aşırı koruyucu-kolla-

yıcı olup, çocuğun ya da ergenin özerkleşmesini engelleyebilmekte, aşırı denetimci davranmakta, hatta zaman zaman kendine güven ve özerk davranmak anne babaya karşı koyma, disiplinsizlik gibi algılanabilmektedir (Shore ve Rapport 1998). Bu toplumlarda aile bağları sıkı olup, geleneksel aileye değer verilmekte, anne babalar çocuklarını yetiştirirken "bağımsızlık, özerklik" yerine aile bireylerinin "karşılıklı dayanışma" içinde birarada tutulmasına özen göstermektedirler (Ginsburg ve Silverman 1996). Bu değerlerle yetişen çocuklarda aileden ayrılmayla ilgili kaygılar yoğun olabilmektedir. Cehennem korkusu ise din kültürümüzle açıklanabilir. Diğer korkular içinde %1.1 çocuğun belirttiği "Allah" korkusu da din kültürümüze bağlanabilir.

Araştırmada elde edilen korku yoğunluğu puanlarının ortalaması Erol ve arkadaşlarının (1990) sonuçlarıyla karşılaştırıldığında, kızların puanlarının benzerlik göstermesine karşın, çalışmamızdaki erkeklerin puanları daha düşüktür. Bu bulgu, Erol ve arkadaşlarının (1990) çalışmasına 13 yaşın üzerindeki çocukların alınmamasına bağlı olabilir, çünkü araştırmamızda kızlarda yaşla korku yoğunluğu puanları ilişki göstermezken, erkeklerde yaş yükseldikçe korku yoğunluğu puanları azalmaktadır.

Dikkati çeken bir başka bulgu da 110 korku türünün içinde yer almamasına karşılık, "diğer" olarak belirtilen "tecavüze uğrama" korkusudur. Bu korkuyu bildirenlerin beşi de kız çocuğudur ve ortaokul öğrencisidir. Yurt dışı çalışmalarda kız ergenlerde sık görülen korkular arasında yer almasına karşın (Shore ve Rapport 1998), "tecavüze uğrama" korkusunun Korku Tarama Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanan biçiminde yer alması ileride yapılacak çalışmalarda önemli olabilir. Bu nedenle Korku Tarama Ölçeği'nin gözden geçirilmiş biçiminin Türkçe'ye uyarlanmasının, geçerlik ve güvenilirliğinin sınanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak, çocukluk ve ergenlikteki korku türleri ve yoğunlukları yaş, cinsiyet gibi değişkenlerle farklılık gösterse de toplumsal değerler ve kültürel özelliklerden de önemli ölçüde etkilenebilmektedir. Çocuk ve ergenler zaman zaman gerçek korkulardan çok kültüre özgü özellikleri yansıtan korkular sergileyebilmektedir.

Bu konuda yapılacak kültürler arası karşılaştırmalı çalışmalar toplumumuza özgü korkular ve gelişme süreçlerini ortaya koyması bakımından ilgi çekici olabilir. Ayrıca değişik psikopatolojisi olan anne babaların çocuklarındaki ya da değişik aile yapısına sahip çocuklardaki korku türlerinin ve yoğunluklarının araştırılmasının da korkunun gelişimiyle ilgili varsayımlara katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. İlk kez ortaya konan ya da bu çalışmaya özgü bir sonuç olmasa da fiziksel kötüye kullanım ve aile içi şiddete tanık olma ile korkunun ilişkili bulunması, bu konuda yapılacak eğitim ve önleme çalışmalarının çocuğun ruhsal sağlığını koruma ve sürdürmede önemli olacağını bir kez daha göstermektedir.

KAYNAKLAR

- Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB, Atik B, San P (1991) Türkiye'nin 16 ilinde 4-12 yaşlar arasındaki 50473 çocuğa fiziksel ceza verme sıklığı ve buna ilişkin problem durumların incelemesi. *Aile ve Toplum* 57-70.
- Dellisch H (1991) Krankmachende Angst in der Familie. *Kinderpsychol Kinderpsychiatrie* 40: 128-133.
- Dong Q, Yang B, Ollendick TH (1994) Fears in Chinese children and adolescents and their relations to anxiety and depression. *J Child Psychol Psychiatry* 35: 351-363.
- Erol N, Şahin N, Özcebe H (1990) Çocukluk Korkuları: Korku Tarama Ölçeği'nin psikometrik özellikleri ve gecekondü kesimine ilişkin norm çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1(1): 31-38.
- 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, Öner Ö (1999) Anksiyeteye yeni bakışlar. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 6(1): 52-60.
- Fantuzzo J, Brouch R, Beriama A, Atkins M, Marcus S (1997) domestic violence and children: prevalence and risk in five major U.S. cities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:116-112.
- Flisher AJ, Kramer Ra, Howen CW, Greenwald S, Alegria M, Bird HR, Canino G, Connell R, Moore RE (1997) Psychosocial characteristics of physically abused children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 123-131.
- Fredrikson M, Annas P, Fischer H, Wik G (1996) Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behav Res Ther* 34 33-39.
- Ginsburg GS, Silverman WK (1996) Phobic and anxiety disorders in hispanic and caucasian youth. *J Anxiety Disorders* 10: 517-528.

Kazdin AE, Moser J Colbus D, Bell R (1985) Depressive symptoms among physically abused and psychiatrically disturbed children. *J Abnorm Psychol* 94: 298-307.

Kaplan SJ, Pelcovitz P, Salzinger S, Weiner M, Mandel FS, Lesser ML, Labruna VE (1998) Adolescent physical abuse : risk for adolescent psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 155: 954-959.

Muris P, Steerneman P, Merckelbach H, Meesters C (1996) The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. *Behav Res Ther* 34: 265-268.

Ollendick TH, Yule W (1990) Depression in British and American children and its relation to anxiety and fear. *J Consult Clin Psychol* 58: 126-129.

Ollendick TH, King NJ (1991) Origins of childhood fears: an evaluation of Rachman's theory of fear acquisition. *Behav Res Ther* 29:117-123.

Ollendick TH, Yule W, Ollier K (1991) Fears in British children and their relationship to manifest anxiety and depression. *J Clin Psychol Psychiat* 32:321-331.

Ollendick TH, Yang B, King NJ, Dong Q, Akande A (1996) Fears in American, Australian, Chinese, and Nigerian children and adolescents: a cross-cultural study. *J Child Psychol Psychiatry* 37: 213-220.

Özusta Ş (1995) Çocuklar İçin Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri uyarlaması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 10(34): 32-44.

Öy B (1991) Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği: geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2: 132-136.

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

Shore GN, Raport (1998) The Fear Survey Schedule for Children-revised (FSSC-HI) ethnocultural variations in children's fearfulness. *J Anxiety Disord* 12: 437-461.

EK 1: Anne baba tarafından uygulanan fiziksel kötüye kullanımı tarama formu

1. Annem ya da babam bana vurur ya da beni döver.

2. Annem ya da babam beni bir yerlerim çürüyecek ya da iz kalacak kadar döver.

3. Annem ya da babam beni bir yerlerim kırılacak ya da doktora, hastaneye gitmek zorunda kalacak kadar döver.

4. Annem ya da babam beni arkadaşlarımın, öğretmenlerimin ya da komşularımızın dikkatini çekecek kadar döver.

5. Annem ya da babam beni oklava, terlik gibi cisimlerle döver.

EŞLER ARASI ÇATIŞMA VE BOŞANMANIN ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ II: SOSYAL DESTEK

Dilek Şirvanlı Özen*

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, eşler arasında yaşanan çatışma ve boşanmanın, çocukların sosyal destek algıları üzerindeki etkisini yaş ve cinsiyete bağlı olarak bir Türk örnekleminde belirlemektir. **Yöntem:** Üç farklı yaş grubundan (10 - 13 - 16 yaş) 138'i erkek, 170'i kız toplam 308 denekli bir örneklem üzerinde çalışma yapılmıştır. Araştırmada çocukların sosyal destek algıları, Çocuklar ve Ergenler için Sosyal Destek Ölçeği ile belirlenmiştir. **Bulgular:** Sonuçta, çatışmalı ve boşanmış anne-babaların çocuklarının sosyal destek algılarının, çatışmasızlara oranla daha düşük olduğu bulunmuştur. **Tartışma:** Bulguların ilgili literatürü büyük ölçüde desteklediği görülmüş, kültüre özgü farklılıklar üzerinde durulmuş ve olası sonuçları tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Eşler arası çatışma, boşanma, sosyal destek, çocuklar

SUMMARY: THE ROLE OF MARITAL CONFLICT AND DIVORCE ON CHILDREN II: SOCIAL SUPPORT

Objective: The purpose of this study was to investigate the effects of marital conflict and divorce combined with age and sex on perceived social support of children in Turkish sample. **Method:** A sample of 308 subject (138 boys, 170 girls) was selected from three different age groups (10 - 13 - 16 years old). Perceived social support of children were measured by The Social Support Scale for Children and Adolescent. **Results:** The result showed that the children of conflicted and divorced parents perceived less social support. **Conclusion:** Results supported the relevant findings in the literature. Cultural differences were also discussed.

Key words: Marital conflict, divorce, social support, 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.

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 boşanma 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.

Eşler arasında yaşanan çatışma, anne baba 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-babaları kendilerini çocuklarından uzaklaştırmalarına ya da onları reddetmelerine neden olabilmekte ve buna bir tepki olarak da çocuklar uyum sorunları 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 (Faubert ve ark. 1990).

Konuyla ilgili literatüre bakıldığında, çocukların, eşler arası çatışma ve boşanma sonucu so-

*Yrd. Doç. Dr. Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bl., Ankara.

runlar yaşama konusunda eşit oranda riske sahip olmadıkları, bununla bir takım değişkenlerin ortak etkiler gösterdiği ve farklı sonuçlara yol açtığı görülmektedir. Bu değişkenlerden biri, çocuğun yakın çevresinden aldığı sosyal desteklerdir. Bir çok araştırma bulgusu, aileden, arkadaşlarından ve içinde yaşanılan toplumdaki algılanan sosyal desteğin, daha iyi fiziksel sağlık ve daha az psikolojik belirti ile ilişkili olduğunu göstermektedir (King ve ark. 1993, Patten ve ark. 1997). Wasserstein ve Lagreca (1996), yakın arkadaşlardan algılanan sosyal desteğin, anne-baba çatışmasının çocukların davranışları üzerinde yaratabileceği olumsuz etkileri hafiflettiğini bulmuşlardır. Bunun gibi, çatışmalı aile ortamında yaşayan ergenlik öncesi dönemdeki çocukların, sosyal destek arama türü başatme yollarını kullandıklarında, anneleri tarafından daha uyumlu olarak değerlendirildikleri bildirilmektedir (Obrein ve ark. 1995, Rogers ve Holmbeck 1997). Diğer çalışmalar da, boşanmış anne babaların çocuklarının gösterdikleri uyum sorunları ile algıladıkları sosyal destek arasında negatif bir ilişki olduğunu ve sosyal destek algısı yükseldikçe çocukların daha hafif uyum sorunları gösterdikleri belirtmektedir (Teja ve Stolberg 1933, Kurtz 1994, Gonzalez ve ark. 1994).

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 çocukların çevrelerinde algıladıkları sosyal destek üzerindeki etkilerinin nasıl olduğunun incelenmesi, böyle bir konuda kültürel farklılıkların da incelenmesi açısından önemlidir. Ülkemizde bu konunun incelendiği kapsamlı bir araştırma bulgusuna rastlanmamıştır.

Bu çerçevede, eşler arası çatışma ve boşanmanın çocuklar üzerindeki etkileri hem ortaya çıkan davranış ve uyum sorunları yönünden hem de algılanan sosyal destek yönünden bir araştırma kapsamında incelenmiştir. Bu araştırmanın davranış ve uyum sorunlarıyla ilgili sonuçları yazarın bir başka raporunda (Şirvanlı-Özen, 1999) aktarılmıştır.

Bu noktadan hareketle, bu çalışmanın amacı, evli ve çatışmasız, evli ve çatışmalı ve de boşanmış anne-babaların çocuklarının algıladıkları sosyal destek düzeylerinde bir farklılık olup olmadığını Türk örnekleminde belirlemek; aynı zamanda, bu sorunların gelişimsel olarak çocuğun yaşı ve cinsiyetine göre değişip değişmediğini irdelemektir.

YÖNTEM

Araştırmanın evrenini, Ankara'nın Çankaya ilçesi Merkez ilkököl, ortaokul ve liselerinde okuyan öğrenciler oluşturmuştur. Araştırmanın yapılacağı okullar seçkisiz olarak belirlendikten sonra, ilkököl 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= 308; 138 erkek; 170 kız) 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 yaşanılan 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 uyarlanması yapılan "Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ)"; (2) çocuk ve ergenlerin algıladıkları sosyal desteği belirlemek amacıyla Harter (1985) tarafından geliştirilen ve İlkin (1994) tarafından Türkçeye uyarlanması yapılan "Çocuklar ve Ergenler İçin Sosyal Destek Ölçeği" ile deneklerin demografik özelliklerini belirlemek amacıyla da "Kişisel Bilgi Formu" kullanılmıştır.

Araştırmada, 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 araştırmanın amacı ve uygulanmasına yönelik bir yönerge verilmiş ve daha sonra Sosyal Destek Ölçeği deneklere dağıtılmıştır. Grup uygulamasının ardından her çocu-

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

| Eşler Arası Evlilik Niteliği | Cinsiyet | Cinsiyet X Yaş Grupları | | | | Yaş Grupları |
|---|----------|-------------------------|-----------|----------|-------|---|
| Çatışmasız X= 80.79 S= 10.63 N= 90 | Erkek | | | | | 10 Yaş X= 81.33 S= 11.58 n= 40 |
| | X= 79.51 | 10 Yaş | X = 80.58 | S= 10.34 | n= 19 | |
| | S= 10.56 | 13 Yaş | X= 79.78 | S= 11.53 | n= 9 | |
| | n= 47 | 16 Yaş | X= 78.32 | S= 10.77 | n= 19 | 13 Yaş X= 81.29 S= 10.63 n= 21 |
| | X= 82.19 | 10 Yaş | X = 82.00 | S= 12.81 | n= 21 | 16 Yaş X= 79.69 S= 9.49 n= 29 |
| | S= 10.66 | 13 Yaş | X= 82.42 | S= 10.26 | n= 12 | |
| n= 43 | 16 Yaş | X= 82.30 | S= 6.04 | n= 10 | | |
| Çatışmalı X= 76.23 S= 13.71 N= 73 | Erkek | | | | | 10 Yaş X= 84.91 S= 9.73 n= 23 |
| | X= 74.17 | 10 Yaş | X = 82.23 | S= 9.14 | n= 13 | |
| | S= 12.32 | 13 Yaş | X= 66.71 | S= 10.16 | n= 14 | |
| | n= 30 | 16 Yaş | X= 69.67 | S= 8.74 | n= 3 | 13 Yaş X= 70.55 S= 15.22 n= 29 |
| | X= 77.67 | 10 Yaş | X = 87.70 | S= 10.51 | n= 10 | 16 Yaş X= 74.57 S= 10.56 n= 21 |
| | S= 14.56 | 13 Yaş | X= 74.13 | S= 18.42 | n= 15 | |
| n= 43 | 16 Yaş | X= 75.39 | S= 10.83 | n= 18 | | |
| Boşanmış X= 75 S= 13.46 N= 54 | Erkek | | | | | 10 Yaş X= 78.19 S= 14.12 n= 16 |
| | X= 71.11 | 10 Yaş | X = 67.60 | S= 10.60 | n= 5 | |
| | S= 11.16 | 13 Yaş | X= 78.43 | S= 11.44 | n= 7 | |
| | n= 19 | 16 Yaş | X= 66.29 | S= 8.24 | n= 7 | 13 Yaş X= 75.08 S= 14.12 n= 16 |
| | X= 78.23 | 10 Yaş | X = 83.00 | S= 13.14 | n= 11 | 16 Yaş X= 74 S= 12.06 n= 14 |
| | S= 14.07 | 13 Yaş | X= 73.71 | S= 15.14 | n= 17 | |
| n= 35 | 16 Yaş | X= 81.71 | S= 10.42 | n= 7 | | |
| GENEL X= 78 S= 12.62 N= 217 | Erkek | | | | | 10 Yaş X= 81.73 S= 11.74 n= 79 |
| | X= 76.18 | | | | | |
| | S= 11.65 | | | | | 13 Yaş X= 75.07 S= 14.20 n= 74 |
| | n= 96 | | | | | |
| | X= 79.44 | | | | | 16 Yaş X= 76.77 S= 10.62 n= 64 |
| | S= 13.20 | | | | | |
| n= 121 | | | | | | |

ğa, içinde 'Evlilikte Uyum Ölçeği', ve 'Kişisel Bilgi Formu' bulunan kapalı bir zarf verilerek, bunu annesine götürmesi, içindeki formları annesi yanıtladıktan sonra geri getirip sınıf öğretmeni-ne teslim etmesi istenmiştir.

Öte yandan, boşanmış tek ebeveynli (anneleri ile yaşayan) çocukların annelerine yollanan zarfta her iki ölçekte yer almış, fakat içindeki yönergede boşanmış olan annelerden 'Evlilikte Uyum Ölçeğini doldurmamaları istenmiştir.

BULGULAR

Bilindiği gibi, bu araştırmanın amacı, çatışmasız, çatışmalı ve boşanmış anne-babaların çocuklarının algıladıkları sosyal destek düzeylerinde bir farklılık olup olmadığını belirlemektir. Sosyal destek ölçeğinden elde edilen Sosyal Destek Toplam puanlarının, eşler arası 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 verilmiştir.

Tablo 2: Eşler arası evlilik niteliği, cinsiyet ve yaş grupları değişkenlerinin sosyal destek toplam puanları üzerindeki etkilerine ilişkim ANOVA sonuçları

| Değişim Kaynağı | Kareler Toplamı | s.d. | Ortalama Kare | F |
|-----------------|-----------------|------|---------------|--------|
| A | 1004.89 | 2 | 502.45 | 3.60* |
| B | 890.72 | 1 | 890.72 | 6.38** |
| C | 1465.10 | 2 | 732.55 | 5.25** |
| AxB | 264.74 | 2 | 132.37 | 0.95 |
| AxC | 1866.95 | 4 | 466.74 | 3.34* |
| BXC | 255.72 | 2 | 127.86 | 0.92 |
| AxBxC | 983.04 | 4 | 245.76 | 1.76 |
| HATA | 27771.35 | 199 | 139.56 | |
| Toplam | 34392.99 | 216 | 159.23 | |

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

Tablo 2'den izlenebileceği gibi, Sosyal Destek Toplam puanları üzerinde evlilik niteliği, cinsiyet ve yaş grupları temel etkileri ile evlilik niteliği ve yaş grupları ortak etkisi anlamlı bulunmuş

ve anlamlı bulunan temel etkiler ile ortak etkiyi oluşturan ortalama değerler Tukey testi ile karşılaştırılmıştır.

TARTIŞMA

Çalışmanın bulguları, çatışmasız anne-babaların çocuklarının, çatışmalı ve boşanmış anne-babaların çocuklarına oranla çevrelerinden daha fazla sosyal destek algıladıklarını göstermektedir. Bu bulgu daha önceki araştırmaların bulgularını destekler niteliktedir (Lusting ve ark. 1992, Obrein ve ark. 1995, Wasserstein ve Lagreca 1996). Evlilik niteliğine bağlı olarak, çocukların çevrelerinden algıladıkları sosyal destek ile gösterdikleri davranış ve uyum sorunlarıyla ilgili bu araştırmada elde edilen bulgular birlikte değerlendirildiğinde, gerek çatışmalı gerekse boşanmış anne-babaların çocuklarının, çatışmasız anne-babaların çocuklarına oranla çevrelerinden daha az sosyal destek algıladıkları ve daha fazla davranış ve uyum problemleri gösterdikleri görülmektedir. Anne-baba arasında yaşanan çatışma ve boşanma sürecinde, anne babaların çocukları

na çok fazla ilgi ve sevgi gösterememelerinin, bu çocukların anne babalarından daha az sosyal destek algılamalarıyla ve buna bağlı olarak da daha yoğun bir stres yaşamaları, dolayısıyla da

daha fazla davranış ve uyum sorunları göstermeleriyle bağlantılı olduğu düşünülebilir.

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu ise, kız çocukların, erkek çocuklarına oranla çevrelerinden daha fazla sosyal destek algılamalarıdır. Bu bulgu da, bu alanda yapılan çalışmaların bulgularını destekler niteliktedir. Ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada, kızların, erkeklere oranla arkadaşlarından daha fazla duygusal destek aldıkları; bunun da kızların erkeklere oranla daha fazla sayıda önemli ve güvenli ilişkiye sahip olmalarından kaynaklandığı bildirilmektedir (Frey ve Röthlisberger 1996). Ayrıca, kızların diğer insanlarla iletişim kurmaya, onlarla ilişkiye girmeye daha fazla önem vermelerine karşın; erkeklerin paylaşılan etkinliklere önem verdikleri belirtilmektedir. Konuyla ilgili olarak yetişkinler üzerinde yapılan çalışmalarda, kadınların erkeklere oranla kendilerine duygusal destek sağlama açısından daha büyük bir sosyal ağa sahip oldukları belirtilmektedir (Schwarzer ve Leppin 1989, Olson ve Shultz 1994).

Algılanan sosyal desteğe yönelik olarak elde edilen diğer bir bulgu ise, çocukların yaşları büyüdükçe çevrelerinden daha az sosyal destek algılamalarıdır. Çocuklarda algılanan sosyal desteğin yaşa bağlı olarak farklılık gösterip göstermediği konusunda literatürde herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Bu araştırmada ise, yaş arttıkça algılanan sosyal desteğin azaldığı gözlenmiştir ki, üzerinde çalışılan yaş aralığı göz önüne alındığında, bunun doğal bir sonuç olabileceği söylenebilir. Bilindiği gibi bu araştırmada, sosyal destek algısı değişkeni üzerinde 5 yaş grubuna ölçek uygulaması yapılmadığından, 10-16 yaş aralığı üzerindeki gelişimsel farklılıklara bakılabilmektedir. Dolayısıyla, özellikle 13 ve 16 yaş grubundaki çocukların ergenlik öncesi ve ergenlik dönemindeki çocuk olmaları, bu dönemlerin kendine özgü özellikleri arasında yer alan; hiç kimsenin kendilerini anlamadıkları, her şeyi en iyi kendilerinin bildikleri ve en önemlisi kimlik arayışı içinde olmalarının, onları, çevrelerinden uzaklaşmaya itebileceğini, bunun da var olan desteği algılayabilmelerini engelleyebileceğini düşündürmektedir.

Son olarak, araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu da, çocukların çevrelerinden algıladıkları sosyal destek düzeyleri üzerinde, eşler arası ev-

lilik niteliği ile yaş grupları değişkenleri arasındaki ortak etkinin anlamlı olmasıdır. Bu bulgu, yapılan Tukey karşılaştırmalarına göre, çatışmalı anne-babaların 13 yaşındaki çocukların çevrelerinden algıladıkları sosyal destek düzeylerinin, çatışmasız ile çatışmalı anne-babaların 10 yaşındaki ve çatışmasız anne-babaların 13 ve 16 yaşındaki çocuklarına oranla daha düşük olmasına bağlıdır. Ayrıca, çatışmalı anne-babaların 10 yaşındaki çocuklarının çevrelerinden algıladıkları sosyal destek düzeylerinin, çatışmalı anne-babaların 16 yaşındaki ve boşanmış anne-babaların 13 ile 16 yaşındaki çocuklarına oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Dolayısıyla genel olarak bakıldığında, yaşla birlikte algılanan sosyal desteğin azaldığı ve çatışmasız anne-babaların çocuklarının, çatışmalı ve boşanmışlara oranla çevrelerinden daha fazla sosyal destek algıladıkları söylenebilir. Bu konuda literatürde herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Ancak eşler arası evlilik niteliğine göre, çocuklar algıladıkları sosyal destek açısından farklılık olduğu bilinmektedir ki (Kurtz 1994; Obrein ve ark. 1995; Wasserstein ve Lagreca 1996), çalışmamızda da çatışmasız anne-babaların çocuklarının, çatışmalı ve boşanmış anne-babaların çocuklarına oranla daha fazla sosyal destek algıladıkları görülmüştür. Buna ek olarak eşler arası evlilik niteliğinin yaş grupları ile girdiği etkileşim sonucunda, yaş ilerledikçe, algılanan sosyal desteğin azaldığı görülmektedir ki, bu da anılan dönemlerde yaşın beraberinde getirdiği bir takım karıştırıcı değişkenlerin, bu farklılıkların görülmesine neden olabileceği düşüncesini akla getirmektedir.

SONUÇ

Bu araştırmada, çatışmasız anne-babaların çocuklarını, çatışmalı ve boşanmışların çocuklarına oranla; kız çocuklarının da erkeklere oranla çevrelerinden daha fazla sosyal destek algıladıkları; çocukların yaşları büyüdükçe çevrelerinden daha az sosyal destek algıladıkları ve evlilik niteliği ile yaş grupları arasındaki ortak etkinin anlamlı olduğu, buna bağlı olarak, yaşla birlikte algılanan sosyal desteğin azaldığı ve çatışmasız anne-babaların çocuklarının, çatışmalı ve boşanmışlara oranla çevrelerinden daha fazla sosyal destek algıladıkları bulunmuştur. Tüm bu bulgular literatürdeki bulgularla büyük ölçüde uyumludur.

KAYNAKLAR

- Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) (1997) 1997 yılı istatistikleri. DİE, Ankara.
- Fauber R, Forehand R, Thomas AM, Wierson 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 Devel* 61: 1112-1123.
- Frey UC, Röthlisberger C (1996) Social support in healthy adolescents, *J Youth Adol* 25 (1): 17-31.
- Glic PC (1989) The family cycle and social changes, *Fam Relat* 38: 123-129.
- Gonzalez KP, Field TM, Lasko D, Harding J, Yando R (1995) Adolescents from divorced and intact families, *J Div Rem* 23 (3-4): 165-175.
- Harter S (1985) *The Social Support Scale for Children and Adolescents*. Manual. University of Denver.
- İlkin Z (1994) İlkokul Çağındaki Çocuklarda Kendilik Olgusu. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- King KB, Reis HT, Porter LA, Norsen LH (1993) Social support and long-term recovery from coronary artery surgery: effects on patients and spouses, *Health Psych* 12: 56-63.
- Kurtz L (1994) Psychosocial coping resources in elementary school age children of divorce, *Am J Orthopsychiat* 64 (4): 554-563.
- Locke H, Wallace K (1959) Short Marital adjustment and prediction tests: their reliability and validity, *Marriage Fam Living* 2: 251-255.
- Lusting JL, Wolckik Sa, Braver SL (1992) Social support in chumships and adjustment in children of divorce, *Am J Commun Psy* 20 (3): 393-399.
- Obrein M, Margolin G, John RS (1995) Relation among marital conflict, child coping and child adjustment, *J Clin C Psy* 24 (3): 346-361.
- Olson DA, Shultz KS (1994) Gender differences in the dimensionality of social support, *J App Soc Psy* (24 (14) 1221-1232.
- Patten CA, Gillin JC, Farkas AJ, Gilpin EA, Berry CC (1997) Depressive symptoms in California adolescents-family-structure and parental support, *J Adoles Health*, 20 (4): 271-278.
- Rogers MJ, Holmbeck GJ (1997) Effects of interparental aggression on childrens adjustment-the moderating role of cognitive appraisal and coping, *J Fam Psy* 11 (1): 125-130.
- Schwarzer R, Leppin A (1989) 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.
- Şirvanlı-Özen D (1999) Eşler arası çatışma ve boşanmanın çocuklar üzerindeki etkileri I: Davranış ve uyum problemleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 6(1): 19-29.
- Teja AS, Stolberg AL (1993) Peer support, divorce and childrens' adjustment, *J Div Rem* 20(3-4): 45-64.
- 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.
- Wasserstein SB, Lagreca AM (1996) Can peer support buffer behavioral consequences of parental discord, *J Clin C Psy* 25 (2): 177-182.
- Weed J (1986) Marriage rate down, divorce rate up for 1985, *Marriage Div Today News* 11 (38): 2.

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN İLKOKUL VE ORTAOKUL ÇOCUKLARINDA GÖRÜLME SIKLIĞI: NORM ÇALIŞMASI

Nilgün Palulu * Neşe Erol **

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı, 8-16 yaş grubu çocuk ve gençlerde obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) görülme sıklığını çocuk, ergen ve öğretmenlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda belirlemektir. **Yöntem:** Araştırma, 918 erkek, 844 kız öğrenci olmak üzere toplam 1762 denekten oluşmuştur. Çalışmada Leyton Obsesyon Envanteri (LOI)-Çocuk ve Ergen Formu, Leyton Obsesyon Envanteri - Öğretmen Değerlendirmesi Formu, Batıl İnançları Belirleme Formu ve Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi kullanılmış ve ölçekler arasındaki korelasyonlar belirlenmiştir. **Bulgular:** LOI-Çocuk ve Ergen Formunda OKB'un görülme sıklığı %10.4 olarak bulunmuştur. **Tartışma:** Bu çalışma, ölçeklerin OKB'un görülme sıklığını belirlemek açısından güvenilir bir biçimde kullanılabileceklerini ve daha ileri araştırma ve kültürlerarası karşılaştırmalı çalışmalara gereksinim olduğunu ortaya koymuştur.

Anahtar Sözcükler: Obsesif-Kompulsif Bozukluk, çocukluk, dönemi, norm çalışması
SUMMARY: THE PREVALANCE RATE OF OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER IN PRIMARY AND SECONDARY SCHOOL CHILDREN: A NORM STUDY.

Objective: The aim of the present study was to identify and obtain data on the prevalence rates of the obsessive compulsive disorders in Turkish children and adolescents in terms of their age, gender and SES characteristics based on child, youth and teacher reports. **Method:** Leyton Obsessional Inventory-Child and Adolescents Version, Leyton Obsessional Inventory Teacher Rating, Maudsley Obsessive-Compulsive Questionnaire and Superstitions Forms were completed by 1762 nonreferred children and adolescents aged 8-16. **Results:** The psychometric properties of the inventories indicate that they can be used with Turkish children as a valid and valuable instrument or a screening device for research and clinical purposes. The correlations among inventories were satisfactory. In terms of children reports the prevalence rate of OCD in the total population was found to be 10.4%. **Conclusion:** These findings suggest that the percentage prevalence of OCD in Turkish children is quite high. Further researches and cross-cultural studies need to be conducted in this area.

Key words: Obsessive-compulsive disorder, childhood, norm study.

GİRİŞ

Epidemiyolojik çalışmalar çocuk ve ergen popülasyonunda obsesif-kompulsif bozukluğun (OKB) %10'a varan oranlarda görüldüğünü ortaya koymuştur (Berg ve ark. 1988). Ancak çocuk ve gençlerin kişisel ve özel düşüncelerini kolaylıkla açıklayamamaları, sorunlarının yetişkinlerle tartışmaktan hoşlanmamaları, belirtilerini arkadaşlarından özellikle de yetişkinlerden saklamaları gerçek sayının ortaya çıkmasını ve konu-

nun ele alınmasını güçleştirmektedir. Okullarda yapılan araştırmalarda, bu çocukların ya ölçekleri yanıtlamaktan kaçındıkları ya da sorunlarından ötürü okulda bulunmadıkları için yanıtlamadıkları belirtilmektedir (Jensen 1990). Tüm bu güçlüklerle rağmen hastalığın üçte biri ile yarısının 15 yaş ve öncesi ortaya çıktığı sistematik çalışmalarla gösterilince çocuk ve ergen psikiyatrisinde konuya özel bir yer verilmiştir (Judd 1965, Rapoport 1986). Bununla ilişkili olarak yapılan çalışmalarda bozukluğun çocuk ve ergenlerde belirtiler, komorbidite ve prognoz açısından yetişkinlerle yüksek oranda benzerlik gösterdiği de dikkati çekmiştir (Rapoport 1989). Epidemiyolojik, farmakolojik ve klinik çalışmalar, birbiri-

* Uzm. Psk., Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hast. Fiziksel ve Tıp Rehabilitasyon Kliniği, Ankara.

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

ne paralel olarak bozukluğun çocuk ve ergen popülasyonunda düşünüldüğünden de yaygın olduğunu ortaya koyarak konunun önemini vurgulamışlardır (Rapoport 1986, 1994, Berg ve ark 1988, Jensen 1990, March ve Leonard 1996, Rachman 1997).

Klinik popülasyonda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda: OKB'un başlangıç yaşı ilkökul dönemi olarak belirtilmekte ancak okul öncesi dönemde de yansıyan pek çok özelliğin varlığı vurgulanmaktadır (Rapoport 1989). Judd (1965) OKB'un başlangıç yaşını 7.5 olarak saptamıştır. Hollingworth ve arkadaşları (1989) 3-15 yaş arasındaki çocuklarla yaptığı bir çalışmada yaş ortalamasını 9.6 olarak belirtmiştir. Rapoport (1986) ortalama yaşı 9.5 olarak açıklamıştır. Yine klinik popülasyonda yapılan cinsiyet dağılımına ilişkin çalışmalar ise OKB'un erkek çocuklarda kızlara oranla daha fazla görüldüğünü ve 2.5 yıl daha erken başladığını belirtmektedir (Rapoport 1989, Hollingworth ve ark. 1989, Swedo ve ark. 1989a, 1989b). Erkek-kız oranının incelendiği National Institute of Mental Health (NIMH)'in örnekleminde bozukluğun yaşa bağlı olarak değiştiği ve çocukluk döneminde erkeklerde daha sık görülen bu belirtilerin ergenlik dönemi ile birlikte kızlarda artış gösterdiği belirtilmektedir (Swedo ve Rapoport 1989). Sosyo-ekonomik düzeyin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde bozukluğun klinik popülasyon da görülme sıklığı %2 olarak belirtilmiştir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniği'ne baş vuran çocuklar arasında OKB'un görülme sıklığı 1986'da %1.9, 1991'de ise 6 aylık süre içinde %2 olarak saptanmıştır (Erol 1988, Avcı 1992). Kız-erkek oranı incelendiğinde bu oran 1986'da erkeklerde 1.7, kızlarda 2.3 olarak saptanmıştır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. 1991'de ise bu oran erkeklerde 1.7, kızlarda 2.6'dır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir. Özetle klinik popülasyonda bozukluğun görülme sıklığı %2 olarak belirlenmiş ve cinsiyetler arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Yapılan diğer epidemiyolojik çalışmalarda OKB ile çocukluk ritüelleri ve batıl inançlar arasındaki ilişkiler incelenmiş ve aralarında yüksek bir korelasyon saptanmıştır (Swedo ve Rapoport 1989). Normal gelişimsel ritüellerin 4-8 yaşların-

da yaygın olduğu ve çocukların günlük yaşamla ilgili sıkıntıdan uzaklaşmak için kendilerine uğurlu sayılar buldukları, yerdeki çizgilere basmaktan kaçındıkları ya da bazı şeyleri düzgün yapmaya özen gösterdikleri bilinmektedir. Ritüellerin çocukların sosyalleşmesini zenginleştirdiği, kaygı ile başa çıkmalarına yardımcı olduğu ve gelişimlerine katkıda bulunduğu belirtilmekte ve ilerleyen yaşla paralel olarak azaldığı üzerinde durulmaktadır. Ancak normal gelişimsel ritüellerden farklı olarak OKB ritüellerinin başlangıç yaşı daha geç olarak belirtilmekte, ergenlik döneminde devam ettiği bildirilmekte ve yapılmadıkları zaman sıkıntı yarattığı, acı verdiği, sosyal açıdan yalnızlığa neden olduğu ve kişinin yaşamını bozucu etkenlerinin olduğu vurgulanmaktadır (Rapoport 1989). NIMH'in yaptığı bir dizi çalışmada OKB tanısı alan çocukların batıl inançlarının olmadığı ancak normal gelişimsel ritüelleri abarttıkları saptanmıştır (Leonard 1989). Çocukluk OKB'daki ritüeller ve batıl davranışlarla ilgili olarak yapılan bir pilot çalışmada OKB'u olan çocuklarla normal kontrol grubu arasında batıl inançların sıklığı farklılık bulunmamasına rağmen, anne-babalar OKB tanısı alan çocuklarında anlamlı olarak çok daha fazla ritüalistik davranışlar tanımlamışlardır (Leonard ve ark. 1990). Bu çalışmalar sonucunda OKB da kültürel/çevresel etkilerin de araştırılması gereği üzerinde durulmaktadır.

Çocuk ve gençlerdeki OKB'u tanımaya yönelik olarak geliştirilen ölçekler çeşitli ülkelerde klinisyen ve araştırmacılar tarafından yaygın olarak kullanılmış ve üzerinde araştırmalar yapılmıştır (Sandler ve Hazari 1960, Cooper 1970, Hodgson ve Rachman 1977; Berg ve ark. 1986, Berg 1989, Sanavio 1988).

Ülkemizde ise Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi'nin Türkiye uyarlaması yapılmış ve ölçek, farklı yaş dilimleri dikkate alınarak normal grup, obsesif-kompulsif grup, obsesif-kompulsif bozukluk tanısı konan çocukların anne-babaları ve banka personeli olmak üzere 1144 kişiye uygulanmıştır (Erol ve Savaşır 1988). Bu çalışmada ise, farklı bir ölçek kullanılmış ve daha küçük yaş grubunda ölçek denenmiştir. Elde yeterli sayıda güvenilir ve geçerli ölçeklerin olması epidemiyolojik çalışmaların yapılmasını kolaylaştırmaktadır. Toplumdaki yüksek risk gruplarını er-

ken dönemde tanıma, gerekli önlemleri alabilme ve yetişkin dönemi ile ilgili bağları kurabilme açısından güvenilir ve geçerli ölçeklere gereksinim vardır. Öte yandan tedavi öncesi ve sonrası değişiklikleri değerlendirmede kullanılacak objektif araçlara gereksinim duyulmaktadır. Bu gibi nedenlerle Berg ve arkadaşları (1986) tarafından geliştirilmiş olan "Leyton Obsesyon Envanteri (LOI) Çocuk ve Ergen Formu" temel alınarak çalışmamızda kullanılmıştır.

Çalışmanın Amacı:

- 1) Leyton Obsesyon Envanteri - Çocuk ve Ergen Formu'nun Türk toplumundaki çocuk ve ergenler için verilerini toplamaktır.
- 2) Testin içi tutarlığının ve test-tekrar test güvenilirliğini saptamak, faktör yapısını inceleyerek kapsam geçerliğini araştırmaktır.
- 3) Leyton Obsesyon envanteri-Çocuk ve Ergen Formu ile Leyton Obsesyon Envanteri Öğretmen Değerlendirmesi arasındaki korelasyonu incelemektedir.
- 4) Leyton Obsesyon Envanteri - Çocuk ve Ergen Formu ile Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) arasındaki korelasyonu belirlemek ve her iki test arasındaki eşdeğer geçerliği saptamaktır.
- 5) Batıl İnançları Belirleme Formu'nun kültürümüze uygunluğu ve dağılımını belirleyerek, LOI-Çocuk ve Ergen Formu ile MOKSL arasındaki korelasyonu araştırmaktır.
- 6) Tüm bu bilgiler doğrultusunda 8-16 yaş grubu çocuk ve ergenlerde obsesif-kompulsif bozukluğun görülme sıklığını yaş, cinsiyet ve sosyo-ekonomik düzey değişkenleri arasından çocuk, ergen ve öğretmenlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda belirlemektir.

Leyton Obsesyon Envanteri (LOI) - Çocuk ve Ergen Formu ile Öğretmen Değerlendirmesi'nin Çeviri Çalışması:

Ölçek; Türkçe ve İngilizce'yi çok iyi bilen 3 kişi tarafından ayrı ayrı çevrilmiş ve daha sonra çeviriler karşılaştırılarak farklılıklar gözden geçirilmiştir. Güçlük çekilen maddeler 3 ayrı kişiye sorulmuştur. Daha sonra çevirilen maddeler, iki

dili bilen farklı 2 kişi tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilerek geri çevirisi işlemi uygulanmış ve farklılıklar yeniden gözden geçirilmiştir. Ölçek daha sonra Türk Dili Edebiyatından bir dilbilimciye verilerek Türkçe açısından gözden geçirilmiştir. Maddelerin orjinallerine uygun ve aynı zamanda çocuk ve ergenler tarafından anlaşılır olmasına özen gösterilmiştir. Son şekli ile envanter kliniğe başvuran 10 çocuğa uygulanmış ve anlaşılır olduğu görülmüştür.

YÖNTEM

Örneklem: ilköğretim 4., 5., 6., 7., 8. ve 9. sınıf öğrencilerinden 915 erkek, 847 kız öğrenci olmak üzere toplam 1762 çocuk ve ergen araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. 8 yaş ve 16 yaş grupları yeterince temsil edilmemiştir. Örneklemin yaş ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Örneklemin Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı.

| Yaş | Erkek | Kız | Toplam |
|-----|-------|-----|--------|
| 8 | - | 5 | 5 |
| 9 | 34 | 36 | 70 |
| 10 | 172 | 163 | 335 |
| 11 | 200 | 152 | 352 |
| 12 | 179 | 203 | 382 |
| 13 | 167 | 198 | 365 |
| 14 | 127 | 86 | 213 |
| 15 | 34 | 4 | 38 |
| 16 | 2 | - | 2 |
| N | 847 | 915 | 1762 |

Tablo 1'de izlendiği gibi grubun çoğunluğu 9-14 yaş arasındadır ve ilköğretim 4. ve 5. sınıflar ile ortaokul öğrencilerinden oluşmuştur. Ölçekleri okuyup doldurabilmeleri açısından en küçük sınıf olarak 4. sınıf öğrencileri alınmıştır. Bu sınıflarda bulunan 8 yaşındaki çocuk sayısı beklendiği gibi azdır. 12 - 13 - 14 yaş grubu ortaokul öğrencilerinden oluştuğundan 15-16 yaş grubunun sayısının az olması da beklenen bir durumdur.

Denekler, 1991-1992 öğretim yılında Devlet İstatistik Enstitüsünün kayıtlarına göre üç sosyo-ekonomik düzeyi temsil edebilecek 2 özel, 3 devlet okulundan seçilmiştir. Çalışmamızda sosyo-ekonomik düzey, babaların eğitim düzeylerine göre belirlenmiştir. Okuma-yazma bilmeyen, okur-yazar ve ilkökul mezunu babaların çocukları alt SED, ortaokul ve lise mezunu babaların çocukları orta SED, üniversite ve üstü eğitimi olan babaların çocukları üst SED olarak ele alınmıştır. Anne-babaların eğitim düzeyleri incelendiğinde babaların %37.4'ü üniversite mezunu, %29.3'ü ortaokul-lise mezunu, %29'u ilkökul mezunu ve %4.3'ü ise okuma yazma bilmeyenlerden oluşmaktadır. Annelerin ise %40.8'i ilkökul mezunu, %27.8'i ortaokul-lise mezunu ve %17.1'i üniversite mezunu ve %14.3'ü ise okuma yazma bilmeyenlerden oluşmaktadır.

Veri Toplama Araçları:

a) Leyton Obsesyon Envanteri (LOI) Çocuk ve Ergen Formu: Berg ve arkadaşları (1986) tarafından geliştirilen ve 20 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme aracıdır. Envanter, 5000 öğrenciyi kapsayan bir epidemiyolojik çalışmada kullanılmak üzere 44 maddeden oluşan LOI Çocuk formundan yararlanılarak geliştirilmiştir. 44 madde çocukların uzun sürelerde dikkatlerinin dağılması nedeniyle ve obsesif hastaların daha yavaş tepki zamanları olduğu bilindiği için kısaltılmış ve sözcükler basitleştirilmiştir. Maddeler ısrarlı düşünceleri, kontrol etmeyi, kirlilik korkusunu, tehlikeli objelerden kaçınmayı, temizlik ve titizliği, düzeni tekrarlamayı ve kararsızlığı içerir. Öncelikle Evet - Hayır biçiminde yanıtlanan bu envanterde "evet" yanıtları daha sonra, 0, 1, 2, 3 gibi Likert biçiminde 4 uçlu bir ölçek üzerinde puanlanır. Örneğin: "Bazı şeyleri tekrar kontrol edermisiniz?" sorusuna eğer çocuğun yanıtı evet ise, evet'in yanındaki, 0, 1, 2, 3 numaralarından uygun olan ifadeyi yuvarlak içine alması istenir. Şöyle ki: 0 - Bu alışkanlık, beni yapmak istediğim diğer şeylerden alıkoyuyor. 1- Bu alışkanlık, beni biraz engelliyor ya da çok az zamanımı alıyor. 2- Bu alışkanlık, beni yapmak istediğim diğer şeylerden alıkoyuyor ve zamanımın bir kısmını alıyor. 3- Bu alışkanlık, beni yaptığım birçok şeyden alıkoyuyor ve çok fazla zamanımı alıyor gibi. Ölçeğin 9-18 yaş arasında olan ve obsesif - kompulsif bozukluk tanı-

sı alan grubu tanı almayan gruptan ayırt edilemediği ortaya koymuştur (Berg ve ark. 1986). Testin 1 ay ara ile uygulanan test tekrar test güvenilirliği, .75 olarak saptanmıştır. Leyton yanıtları ile klinisyen değerlendirmesi arasında .28 ila .69 'luk bir korelasyon olduğu ortaya konmuştur.

Leyton Obsesyon Envanteri Öğretmen Değerlendirmesi ise 8 maddeden oluşmaktadır. Bu form, öğretmenler tarafından öğrencilerin davranışlarına ilişkin gözlemlerine dayalı olarak işaretilenmektedir. Örneğin; çocuk ve ergenlerdeki sık yıkanmaktan kızarmış ya da yaralı eller, sık sık tuvalete gitme, sınav ve ev ödevlerinde tekrarlanan sileler, kitap ve ödevlerin belli bir düzende yerleştirilmesi gibi öğretmenlerin dikkat edebileceği özelliklerden oluşmaktadır. Maddeler 4 uçlu Likert tipi bir ölçek üzerinde değerlendirilmektedir (0 - Hiçbir zaman, 4- Her zaman).

b) Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi (MOSKL): Hodgson ve Rachman (1977) tarafından geliştirilen ve 38 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme aracıdır. Doğru - Yanlış biçiminde yanıtlanan bu ölçek obsesif-kompulsif belirtilerin türünü araştırmak ve obsesif hastaları diğer nevroitik hastalardan ayırt edebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin faktör analizinden 4 faktör elde edilmiştir. Bunlar "Kontrol etme", "Temizlik-Titizlik", "Kararsızlık-Kuşku" ve "Yavaşlık" faktörleridir. Testin iç tutarlığı incelendiğinde alt ölçeklerin alpha kat sayıları 0.2, 0.8, 0.7 ve 0.7 olarak saptanmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği gece okuluna devam eden 50 öğrenciyeye 1 ay ara ile iki kez uygulanarak saptanmış ve 0.8 olarak belirlenmiştir (Hodgson, Rachman 1977). Ölçeğin Türk toplumu için adaptasyon ve standardizasyonu Erol ve Savaşır (1988) tarafından yapılmış ve MMPI'dan alınan 7 maddenin eklenmesiyle 37 madde olarak yeniden düzenlenmiştir. Test 1 ay ara ile 50 deneye uygulanmış ve test-tekrar test güvenilirliği Pearson Momentler Çarpımı korelasyonu yoluyla hesaplanmıştır. Ölçeğin toplam puan korelasyonu .88, alt testlerin güvenilirlik katsayıları ise Kontrol Etme .78, Temizlik .84, Yavaşlık .59 ve Kararsızlık-Kuşku .66 olarak bulunmuştur. Testin iç tutarlığı ise Cronbach Alpha katsayısı ile hesaplanmış ve 30 madde üzerinden .81, 37 madde üzerinden .86 olarak saptanmıştır (Erol, Savaşır 1988). Sonuçlar ölçeğin normal ve psikiyatrik örnekleme

obsesif-kompulsif yakınmaların türü ve yaygınlığını ölçmede yararlı bir araç olduğunu göstermiştir.

Bu araştırmada MOKSL, daha küçük yaş grubunda denenmiş ve 9-15 yaş grubuna özgü normlar elde edilmiştir. Bu çalışmada, MOKSL'nin diğer ölçeklerle olan korelasyonuna ağırlık verilmiştir.

c) Batıl İnançları Belirleme Formu: Çocuk ve ergenlerin batıl inançlarını ve bunların görülme sıklığını belirlemek üzere oluşturulmuş bir formdur. Marmor (1956) batıl inançları belirlemek amacıyla iyi şans (uğur), kötü şans (uğursuzluk) getirdiğine inanılan olaylarla ilgili liste hazırlanmış ve uğursuz olarak düşünülen olaylardan korunabilmek için yapılan davranışları içeren bir form geliştirmiştir. 3 bölümden oluşan bu listenin her bölümünde yaklaşık 8-9 madde bulunmaktadır. Çalışmamızda bu maddeler de dikkate alınarak bir form oluşturulmuş ve Yıldız ilk ve orta okulunda okuyan 100 öğrenciye form dağıtılarak, konu ile ilgili olarak onların görüşleri alınmıştır. Çocukların ekledikleri yeni maddelerle kültürümüze özgü, uğur ve uğursuzluk getirdiğine inanılan ve uğursuzluktan korunabilmek için yapılan davranış örnekleri toplanmıştır. Bu örnekler bir araya getirilerek "Batıl İnançları Belirleme Formu" oluşturulmuştur. 1. Bölüm 21 maddeden oluşmuş ve çocukların uğur getirdiğine inandıkları olayları içermiştir. Örneğin: Yataktan sağ tarafından kalkmak, dört yapraklı yonca bulmak gibi, 2. Bölüm ise 30 maddeden oluşmuş ve çocukların genel olarak uğursuzluk getirdiğine inandığı olayları içermiştir. Örneğin: Kara kedi görmek, 13 sayısı, merdiven altından geçmek gibi, 3. Bölüm ise 15 maddeden oluşmakta ve çocukların uğursuzluktan (kötü şans) korunmak için yaptıkları davranışları ve başvurdukları yolları içermektedir. Örneğin: Tahtaya üç kez vurmak, nazar boncuğu taşımak, kurşun döktürmek gibi. Her üç bölümün sonuna "diğer" seçeneği eklenerek, öğrencilerin formda yer almayan ancak kendi inançlarını yansıtan maddeleri yazmalarına olanak sağlanmıştır (Palulu, 1993).

İşlem:

Araştırma, Ankara ili içinde yer alan ve Devlet İstatistik Enstitüsü'nün kayıtlarına göre, üç sos-

yo-ekonomik düzeyi temsil edebilecek 2 özel, 3 devlet okulunda 1991-1992 öğretim yılında yaptırmıştır. Milli Eğitim Bakanlığından izin alındıktan sonra okul müdürleri ve öğretmenleri ile görüşülmüş ve seçkisiz yolla seçilen sınıflardaki çocukların ailelerine araştırmanın amacını açıklayan bir yazı gönderilmiş ve ailelerden izin alınmıştır. 8 aile, formların çocuklarına uygulanması istememiştir. Bu nedenle o çocuklar çalışmaya alınmamıştır.

Uygulama, öğretmenlerin eşliğinde yapılmıştır. Öncelikle öğrencilere çalışmanın amacı anlatılmış, daha sonra ölçekler, öğrencilere sınıflarında tek tek dağıtılarak nasıl doldurulacağı konusunda bilgi verilmiştir. Öğrencilere LOI, Batıl İnançları Belirleme Formu ve MOKSL birbiri ardından verilmiş ve şu açıklama yapılmıştır.

"Şimdi cevaplandıracağınız maddeler, sizin gündelik yaşamda doldurmanız daha kolay olacaktır. Bu nedenle önce ilk formda yer alan 20 soruyu tek tek okuyun, size uygun gelen soruları "evet", uygun gelmeyenleri "hayır" olarak işaretleyin. Bu işlemi bitirdikten sonra tekrar ilk sayfaya dönün ve evetlerin yanında yer alan 0, 1, 2, 3 numaralarındaki size en uygun olan maddeyi işaretleyin. 0- Engellemiyor. 1- Az engelliyor. 2- Çok engelliyor anlamına gelmektedir. "Hayır" diye işaretlediğiniz sorularda başka işaretleme yapmayın. Bu işlemleri bitirdikten sonra 2. form olan Batıl İnançlar kısmına geçiniz. Bu bölümde yer alan açıklamaları okuyun ve uygun seçenekleri daire içine alın. İstedğiniz sayıda uygun seçenekleri işaretleyebilirsiniz. Seçenekler altında yer alan "diğer" in yanına bu bölümde bulunmayan ancak sizin aklınıza gelen maddeleri ekleyebilirsiniz. 3. Formdaki soruları okuyup sizin için doğru olan ve size uygun olan maddeleri "evet", size uygun olmayan maddeleri ise "hayır" olarak işaretleyiniz.

Maddeleri dikkatlice okuyunuz. Vereceğiniz cevaplar ilkokul ve ortaokul öğrencilerinin davranışları ve düşünceleri hakkında kültürümüze özgü bilgi verilecektir. Bu nedenle yanınızdaki arkadaşlarınıza bakmayın ve soruları içtenlikle yanıtlayın. Anlamadığınız yer olursa çekinmeden sorabilirsiniz. Teşekkürlerimizle".

Bu açıklama yapıldıktan sonra, her 3 form ile ilgili tahtaya uygulamalı 2 örnek yapılmış ve an-

ladıklarından emin olduktan sonra öğrencilerin doldurmayı istenmiştir. Soruları olan öğrencilere uygulamayı yapan 2 kişi tarafından nasıl yapılacağı konusunda yardımcı olunmuştur.

Öğrenciler formları doldururken uygulama yapılan her sınıfın sınıf öğretmenlerine Leyton Öğretmen Envanteri verilerek, sınıftaki her bir öğrenci için bir form doldurulması istenmiştir. O gün, sınıfta herhangi bir nedenle olmayan öğrenciye formlar daha sonraki günlerde uygulanmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Cinsiyet Farklılıkları: Deneklerin LOI- Çocuk ve Ergen Formu'ndan aldıkları puanların yaş ve cinsiyete göre ortalama ve standart sapmaları Tablo 2'de gösterilmektedir. Tabloda izlendiği gibi erkek ($X= 23.16$) ve kız ($X= 23.95$) öğrencilere

Yaşa Bağlı Değişmeler: Varyans analizi sonuçları yaş değişkeninin anlamlı olduğunu göstermektedir ($F= 8.1742$) = 14.60 $p<.001$). Yaş grupları arasındaki anlamlı farklılığın hangi yaş grubundan kaynaklandığı Tukey testi uygulanarak bulunmuştur. Tukey testi sonucuna göre toplam Leyton puanlarında küçük yaş grubu olan 8-11 yaş grubu ($X= 24.54$), 12-16 ($X= 19.72$) yaş grubundan anlamlı oranda daha yüksek puan almıştır. "Temizlik-Titizlik ve Düzen", "Tekrar Etme-Kararsızlık", "Özel Bir Söz-Sayı" ve "Kontrol Etme" alt ölçeklerine uygulanan varyans analiz sonuçlarında, tüm alt ölçeklerde yaş grupları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<.05$). Tukey karşılaştırma yöntemine göre küçük yaş grupları tüm alt testlerde ileri yaş gruplarından daha yüksek puan almıştır.

Bu sonuçlar, MOKSL'den daha önce elde ettiğimiz bulgularla paralellik göstermektedir (Erol,

Tablo 2: LOI'nin Yaş ve Cinsiyete Göre Orlama ve Standart Sapmaları.

| Yaş | Erkek | | | Kız | | |
|---------------|-------|-------|-----|-------|-------|-----|
| | X | Sd | N | X | Sd | N |
| Toplam (Cins) | 23.16 | 10.46 | 915 | 23.95 | 11.52 | 847 |
| 8 yaş | - | - | - | 35.00 | 12.73 | 5 |
| 9 yaş | 23.32 | 10.87 | 34 | 29.86 | 15.48 | 36 |
| 10 yaş | 24.79 | 11.73 | 172 | 27.38 | 11.80 | 163 |
| 11 yaş | 25.50 | 10.99 | 200 | 26.95 | 11.42 | 152 |
| 12 yaş | 23.60 | 10.45 | 179 | 22.19 | 9.92 | 203 |
| 13 yaş | 19.90 | 9.22 | 167 | 20.27 | 10.64 | 198 |
| 14 yaş | 20.97 | 8.95 | 127 | 22.09 | 10.84 | 86 |
| 15 yaş | 23.65 | 9.28 | 34 | 23.50 | 13.23 | 4 |
| 16 yaş | 10.50 | 7.78 | 2 | - | - | - |
| Toplam Grup | 23.54 | 10.98 | 915 | 23.54 | 10.98 | 847 |

rin puanlarında büyük bir benzerlik göze çarpmaktadır. Toplam puanlar ayrıca cinsiyet, yaş ve SED değişkenlerine göre varyans analizine tabi tutulmuştur. Varyans analiz sonuçları cinsiyet değişkeninin anlamlı olmadığını ortaya koymuştur. Bu sonuçlar MOKSL'den daha önce elde edilen sonuçlarla paralellik göstermiştir (Erol, Savaşır 1988).

Savaşır, 1988). Çalışmada Kontrol etme, Temizlik ve Kararsızlık alt ölçeklerinde küçük yaş gruplarının (12-15 yaş) aldığı puanlar, daha ileri yaş gruplarından elde edilen puanlardan daha yüksek bulunmuştur. Benzer eğilim, "Yavaşlık" ortalama puanı dışında diğer alt ölçeklerde de saptanmıştır. Her ne kadar iki ayrı testin yaş dilimlerinde farklılık olsa da erken yaşlarda elde

edilen puanların yüksek oluşu sorunun erken çocukluk yıllarında ele alınmasının önemini ortaya koymaktadır.

Sosyo - Ekonomik Düzey: Varyans analiz sonuçları SED değişkeninin de anlamlı olduğunu ortaya koymuştur [F (4.1742)= 22.64 p<.001]. SED, arasındaki anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı Tukey testi uygulanarak bulunmuştur. Tukey testi sonucuna göre alt SED çocukları diğer gruplardan daha yüksek puan almıştır.

Bulguları özetlersek, 8-16 yaş grubu normal örnekleme, obsesif-kompulsif belirtiler açısından cinsiyet değişkeni arasında fark bulunmamıştır. Küçük yaş grubu büyük yaş grubundan ve alt SED grubu diğer SED gruplarından daha yüksek puan almıştır.

Testin Güvenirliği: Çalışmamızda test 1 ay ara ile 55 deneğe uygulanmış ve test-tekrar test güvenirliği Pearson Momentler Çarpımı korelasyonu yoluyla hesaplanmış ve toplam puan korelasyonu .73 olarak bulunmuştur.

Testin İç Tutarlılığı: Çalışmamızda LOI-Çocuk ve Ergen Formu'nun Croncbah Alpha katsayısı .80 olarak saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar ölçeğin ülkemizde güvenilir olarak kullanılabileceğini ortaya koymaktadır.

Ölçekler arası ilişkiler: Araştırmamızda LOI-Çocuk ve Ergen Formu ile LOI-Öğretmen Formu, MOKSL ve Batıl İnançlar Formu arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bu amaçla ölçeklerin puanları arasındaki korelasyonlar saptanmıştır. LOI-Çocuk ve Ergen Formu ile Leyton Öğretmen değerlendirmesi puanları arasında $r = .13$ düzeyinde korelasyon bulunmuştur. Diğer alt testler arasında da (obsesif düşünce ve sihirli oyunlar dışında) anlamlı korelasyon bulunmuştur. LOI-Çocuk ve Ergen Formu ile MOKSL arasında $r = .48$, LOI-Çocuk ve Ergen Formu ile Batıl İnançlar Formu'nun her üç bölümü arasında $r = .31$ ve MOKSL ile Batıl İnançlar Formu puanları arasında $r = .40$ korelasyon değerleri bulunmuştur. Bu korelasyonların tümü $p < .001$ düzeyinde anlamlıdır.

Faktör Analizi: Çalışmamızda tüm örnekleme uygulanan faktör analizi (principal component analysis) sonucunda 4 faktör bulunmuş ve Tablo 3'de gösterilmiştir. Bu faktörler toplam varyansın %40.3'ünü açıklamaktadır. Dört faktörden bir-

rincisi güçlü bir faktördür ve toplam varyansın %20.9'unu açıklamaktadır. Maddelerin çoğunluğu bu faktör üzerinde yüksek faktör yükleri almaktadırlar. Bu faktöre "Temizlik - Titizlik ve Düzen" faktörü adı verilmiştir ve 6 maddeden oluşmuştur. İkinci faktöre "Tekrar Etme - Kararsızlık" adı verilmiştir. Bu faktörde; düşünce ya da kelime tekrarları, ev ödevlerini tekrar yapma gibi 6 madde bulunmakta ve toplam varyansın %7.2'sini oluşturmaktadır. Üçüncü faktör "Özel Bir Söz-Sayı" olarak adlandırılmış ve 4 maddeden oluşmuştur. Toplam varyansın %6.8'ini oluşturan bu faktörde; sürekli olarak bazı sayıları geçirme-sayma, içten bazı şeyleri tekrarlamak, şanssızlıktan korunmak için bazı davranışları yapma gibi maddeler yer almaktadır.

Dördüncü faktöre "Kontrol Etme" faktörü adı verilmiştir. Toplam varyansın %5.4'ünü açıklayan bu faktör 4 maddeden oluşmuş ve kontrol etme ile ilgili maddeleri yansıtmıştır. İlk faktör olan "Temizlik-Titizlik ve Düzen" faktörü diğer üç faktöre göre çok daha güçlüdür. Bu faktör MOKSL'de de varyansın %32'sini açıklamış ve en güçlü faktör olarak yer almıştır.

Bulgularımız farklı ölçekler arasında anlamlı korelasyonlar olduğunu ortaya koymuştur. En düşük korelasyon çocuk ve ergenlerin kendilerini değerlendirmesiyle öğretmen değerlendirmesi arasındadır. LOI-Çocuk ve Ergen Formu'nda çocukların verdiği bilgiler doğrultusunda cinsiyetler arasında bir farklılık saptanmamıştır. Ancak öğretmen formunda varyans analiz sonuçları cinsiyet değişkeninin anlamlı olduğunu ortaya koymuştur [F(1.1692)= 63.31 p<.001].

Tukey sonuçlarına göre öğretmenler de, öğrenciler gibi 8-11 yaş grubunda 12-16 yaş grubuna göre daha fazla sorun davranış bildirmişlerdir. Öğretmenlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda varyans analiz sonuçları SED değişkeninin anlamlı olmadığını ortaya koymuştur.

Çalışmamızda en yüksek korelasyon LOI Çocuk ve Ergen Formu ile MOKSL arasında bulunmuştur ($r = .48$). Her iki ölçekten elde edilen faktör yapıları da oldukça benzerlik göstermektedir. Benzer amaca yönelik olarak getirilen ölçeklerin birlikte kullanılmalarda elde edilen verileri zenginleştirmekte ve birbirini tamamlayıcı nitelik kazanmaktadır.

| | FAKTÖR | | | |
|--|--------|-----|-----|-----|
| | I | II | III | IV |
| 1. Sıklıkla yapmak zorunda olmadığınızı bile bile bazı şeyleri yapmaya kendinizi mecbur hisseder misiniz? | | .52 | | |
| 2. Düşünceler ya da kelimeler aklınızdan tekrar tekrar geçer mi? | | .36 | | |
| 3. Bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol eder misiniz? | | | | .54 |
| 4. Kirden kirli şeylerden nefret eder misiniz? | .71 | | | |
| 5. Başkasının dokunduğu ya da kullandığı bir şeyin sizin için artık kirlenmiş olduğunu düşünür müsünüz? | .45 | | | |
| 6. Yeterince temiz olup olmadığınız konusunda endişelenir misiniz? | .49 | | | |
| 7. Ellerinizin temiz olmasına çok özen gösterir misiniz? | .70 | | | |
| 8. Gece yatarken eşyalarınızı mutlaka düzgün biçimde kaldırır mısınız? | .56 | | | |
| 9. Okulda arkadaşlarınız sıranızı karıştırırsa öfkelenir misiniz? | .45 | | | |
| 10. Ev ya da okul ödevlerinizi doğru yaptığınızdan emin olana kadar onları kontrol ederek fazla zaman harcar mısınız? | | | | .62 |
| 11. Tamamen doğru olduğundan emin olmadan önce belli bir sayıda tekrar tekrar yaptığınız şeyler var mıdır? | | | | .49 |
| 12. Sürekli olarak saydığınız ya da aklınızdan geçirdiğiniz sayılar var mıdır? | | | .54 | |
| 13. Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığınız için okul ödevleriniz ya da günlük işlerinizi bitirmekte güçlük çeker misiniz? | .56 | | | |
| 14. İçinizden birçok kere tekrarladığınız ve bazı şeyleri o sayı kadar yaptığınız özel sayınız var mıdır? | | | .57 | |
| 15. Hiç kimse kötü olduğunu düşünmediği halde yaptığınız bazı şeylerden dolayı kendinizi kötü hisseder misiniz? | .54 | | | |
| 16. Bazı şeyleri tam olarak hissettiğiniz gibi yapmayınca üzülür müsünüz? | .49 | | | |
| 17. Karar vermede güçlük çeker misiniz? | .63 | | | |
| 18. Yaptığınız şeyleri doğruluğundan emin olmadığınız için tekrar tekrar yapar mısınız? | | | | .73 |
| 19. Şanssızlıktan korunmak için özel olarak yaptığınız bir davranış veya söylediğiniz bir söz var mıdır? | | .64 | | |
| 20. Şanssızlık ya da kötülüklerden kurtulmak için kullandığınız özel sayılar ya da kelimeler var mıdır? | | .75 | | |
| % Toplam Varyans: | 20.9 | 7.2 | 6.8 | 5.4 |

Faktör I : Temizlik - Titizlik ve Düzen

Faktör II : Tekrar Etme - Kararsızlık

Faktör III : Özel Bir Söz-Sayı

Faktör IV : Kontrol Etme

Çalışmamızda Batıl İnançları Belirleme Formu ile LOI ve MOKSL arasında .31 ve .40'lık bir korelasyon saptanmıştır. Araştırmada Batıl İnançlar Formu'nun 3 bölümünden (uğur getiren olaylar, uğursuzluk getirdiğine inanılan olaylar ve uğursuzluktan - şanssızlıktan korunmak için yapılan davranışlar) elde edilen toplam puanlara ayrıca yaş, cinsiyet ve SED değişkenlerine göre varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçları sadece şanssızlık getirdiğine inanılan olaylarda cinsiyet değişkeninin anlamlı olduğunu [$F(1.1729) = 4.15 p < .05$] diğer iki bölümde cinsiyetler arası anlamlı bir farklılığın olmadığını ortaya koymuştur. Tukey sonuçları kız çocuklarının daha çok sayıda şanssızlık getirdiğine inandıkları olayları işaretlediklerini göstermiştir. Ayrıca analiz sonuçları yaş ve SED değişkenlerinin anlamlı olduğunu göstermiştir. Tukey testi ilerleyen yaşla beraber bu inançların azaldığını ve alt SED grubu çocukların daha fazla sayıda uğur ve uğursuzluk getiren olaylara inandıkları ve korunmak için bazı davranışları yaptıklarını ortaya koymuştur. Öğrencilerin büyük bir kısmı muska taşıdıklarını ve nazar boncuğu taktıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, öğrenciler bu formda yer alan açık uçlu "diğer" seçeneğine en çok "Besmele çekerek bir işe başlamak", "Allah" sözcüğü ve bazı duaların kendilerine iyi şans-üğur getirdiğine inandıklarını belirtmişlerdir.

Alt SED grubu çocuk ve ergenler, LOI-Çocuk ve Ergen Formu ile Batıl İnançlar Formu'nda diğer SED gruplarına oranla yüksek puan almışlardır. Çalışmamız bu grubun OKB'un belirtilerinin görülmesi açısından risk altında olduğunu ve koruyucu ruh sağlığı programlarına gereksinim duyulduğunu ortaya koymuştur.

SONUÇ

Bulgularımız, ölçeklerin çocuk ve ergenlerde görülen OKB belirtileri ile ilgili değerli bilgiler verdiğini, araştırma ve klinik amaçlar için geçerli ve güvenilir biçimde kullanılabileceğini ortaya koymuştur. Araştırma sonuçları OKB ile ilgili belirtilerin erken çocukluk yıllarında ileri yaşlardan daha sık görüldüğünü, alt SED grubu çocuk ve ergenlerde diğer gruplara göre daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Çocukların değerlendirilmeleri sonucunda cinsiyetler arası fark bu-

lunmamıştır, ancak öğretmen değerlendirilmesi belirtileri kızlarda daha fazla görüldüğü doğrudur.

LOI-Çocuk ve Ergen Formu - MOKSL ve Batıl İnançları Belirleme Formu birer öz değerlendirme araçlarıdır. Dolayısıyla bireylerin güçlüklerini dürüstçe ortaya koydukları varsayımına dayanır. Ancak obsesif-kompulsif özellikleri olan çocuk ve ergenlerin belirtilerini yetişkinlerden sakladıkları göz önüne alınırsa güçlüklerin her zaman ölçeklere yansımaya dikkate alınmalıdır. Bu nedenle, çocuk ruh sağlığı değerlendirmelerinde tek bir kaynaktan elde edilen bilgi ile yetinilmemeli, çoklu kaynaklardan bilgi edinilmelidir. Çocuğun kendi, öğretmen ve anne-babalardan edinilen bilgiler değerlendirmeyi zenginleştirmektedir. Her ne kadar çocukların, öğretmenlerin ve anne-babaların ölçeklere verdikleri bilgiler arasında düşük korelasyonlar saptansa da bu sonuçlar farklı kaynaklardan elde edilen bilgilerin değerini azaltmamaktadır. Aksine bilgileri tamamlayarak zenginleştirmektedir. Çalışmamızda anne-babalara yönelik testlerde uygulanmıştır. Merkez Anadolu İmam Hatip Okulu'nda uygulanan ölçekler, dini eğitim ile OKB arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla dini eğitim görmeyen grupla eşleştirilerek karşılaştırılmaktadır. Çalışmamız halen devam etmektedir. Çocukluk yıllarında başlayan izleme çalışmaları yapabilmek, çocukları şu andaki dikkatli ve titiz biçimdeki değerlendirmemize bağlıdır.

Ölçeklerin Türkçe'ye kazandırılması ve norm çalışmalarının sonuçlandırılması kültürümüze özgü bilgi sahibi olmamızı sağlamakta ve kültürler arası karşılaştırmalı çalışmalara olanak tanımaktadır.

KAYNAKLAR

Avcı A (1992) A.Ü.T.F. Çocuk psikiyatristi kliniği'ne başvuran hastaların belirti dağılımı ve sosyo-demografik özellikleri. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

Berg C J, Rapoport J L, Flament M (1986) The Leyton Obsessional Inventory-Child Version. *J Am Acad Child Psychiatry* 25: 84-91.

- Berg C Z, Whitaker A, Davies M ve ark. (1988) The Survey Form of the Leyton Obsessional Inventory-Child Version: Norms from an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27:756-763.
- Berg C Z, Rapoport J L, Whitaker ve ark. (1989) Childhood Obsessive Compulsive disorder: A two year prospective follow-up of a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28:528-533.
- Berg C Z (1989) Behavioral assesment techniques for childhood obsessive-compulsive disorder. Rapoport, J. L. : *Obsessive-Compulsive Disorder in children and adolescent*. American Psychiatric Press, 41-70.
- Cooper J (1990) The Leyton Obsessional Inventory. *Psychol Med* 1 : 48-64.
- Erol N (1988) Çocuk psikiyatrisinde demografik özellikler ve belirti dağılımı. *Ankara Tıp Bülteni* 10:13-24.
- Erol N, Savaşır I (1988) Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi. GATA. Ankara.
- Hodgson R J, Rachman S (1977) Obsessional-compulsive ve complaints. *Behav Res and Ther* 15:389-395.
- Hollingsworth C E, Tanguay PE ve ark. (1989) Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder in childhood. *J Am Acad Child Psychiatry* 19: 134-144.
- Jensen JB (1990) *Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents*. Garnifinkel, B.D.: Psychiatric Disorder in Children and adolescents. Saunders Company, USA.
- Judd LL (1965) Obsessive-compulsive neurosis in children. *Arch Gen Psychiatry* 12: 136-143.
- Leonard HL (1989) Childhood Rituals and Superstitions: Developmental and Cultural Perspective. Rapoport JL.: *Obsessive-Compulsive disorder in children and adolescent*. American Psychiatric Press, 289-309.
- Leonard HL, Goldberger BA, Rapoport JL ve ark. (1990) Childhood rituals: Normal development or obsessive-compulsive symptoms? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:17-23.
- March JS, Leonard HL (1996) Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 1265-1273.
- Marmor J (1956) Some observations on superstition in contemporary life. *Am J Orthopsychiatry* 13: 119-30.
- Palulu N (1993) *Obsesif-Kompulsif Bozukluğun İlkokul ve Ortaokul Çocuklarında Görülme Sıklığı*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Rachman S (1997) *Anxiety*. Psychology Press Ltd. Publishers, UK.
- Rapoport JL (1989) *Obsessive-Compulsive Disorder in Children & Adolescents*. American Psychiatric Press, Inc. USA First Edition.
- Rapoport JL (1994) *Obsessive-Compulsive Disorder. International Handbook of Phobic and anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York: Plenum Press.
- Sanavio E (1988) Obsessions and Compulsions: The Padua inventory. *Behav Res Ther* 26: 169-177.
- Sandler J, Hazart A (1960) The obsessional on the psychological classification on obsessional character traits and symptoms *Br J Med Psychol* 33: 113-122.
- Swedo SE, Rapoport JL, Cheslow DL, Leonard HL ve ark. (1989a) High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with sydenham's chorea. *Am J Psychiatry* 146: 246-249.
- Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H ve ark. (1989b) Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 46: 335-341.
- Swedo SE, Rapoport JL (1989) Phenomenology and Differential Diagnosis of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. Rapoport J: *Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents*. Washington, American Psychiatric Press.

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA AİLE İŞLEVLERİ

Aynur Pekcanlar * Atilla Turgay ** Süha Miral *** Ayşen Baykara****

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı almış çocuklarda ve ailelerinde görevleri başarma, rolünü yerine getirme, iletişim, duygusal dışavurum, girişlilik, kontrol, değerler ve kurallar gibi özellikler değerlendirilmiştir. **Yöntem:** Araştırma DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı alan 60 çocuk ve anneleri üzerinde yürütülmüştür. Klinik gözlem ve değerlendirmelerle konulan tanılar, okullara, annelere ve öğretmenlere DSM-IV 'e dayalı Turgay Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Conners Ana Baba Ölçeği, Conners Öğretmen Ölçeği, Du Paul DEHB Ölçeği verilerek desteklenmiştir. Aile işlevlerini değerlendirmek için annelere Aile Değerlendirme Ölçeği III (FAM III) uygulanmıştır. **Bulgular:** DEHB'li çocukların ailelerinin işlevleri genel olarak normal sınırlar içinde bulunmuştur, ancak büyük yaş (1-14) DEHB'li çocuğu olan ailelerde özellikle, yönetimde katılık, belirsizlik, sorumsuzluk gibi kontrol alanında olmak üzere sorunların arttığı saptanmıştır. DEHB + davranım bozukluğu çocuğu olan ailelerde kontrol ve aile içerisindeki bireylerin ilti gönderiminin açık, doğrudan ve yeterli olmayışı gibi iletişim alanlarında belirgin olmak üzere sorunları arttığı belirlenmiştir. **Tartışma:** DEHB'li çocukların aile işlevlerinin normal sınırlar içinde bulunması DEHB etiolojisinde psikososyal etkenlerden çok biyolojik etkenlerin rol oynayabileceğinin bir göstergesi olabilir.

Anahtar Sözcükler: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, aile işlevleri.

SUMMARY

FAMILY FUNCTIONING IN ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER

Objective: The purpose of the study was to examine family functioning in children and adolescent with Attention Deficit and Hiperactivity Disorder (ADHD). **Method:** Turgay DSM-IV Based Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale, Conners' Rating Scales for Parents, Conners' Rating Scales for Teachers, Du Paul ADHD Scale were given to 60 children outpatients, their mothers and their teacher to assess the presence of ADHD. Family Assessment Measure Version III (FAM III) were given to their mothers to evaluate their family functioning. **Results:** We found that functioning of families of children with ADHD were in normal range. But families interactions with older children with ADHD (aged 9-14 years) were problematic in control and communication including message sent is not clear, direct, and sufficient. **Conclusions:** Results of study support the biological factors than the psychosocial factors in etiology of ADHD.

Key words: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, family functioning.

GİRİŞ

DEHB etiyojisi tam olarak saptanamamış, heterojen bir bozukluktur. Başka ruhsal bozukluklarla çok sık birliktelik gösterir. Tedavisinin uzun süreli olması ve kişiyi üretken olmaktan alıkoymasını nedeniyle topluma getirdiği ekonomik yük, ailede yarattığı sorunlar, okul, iş ve

benlik saygısı üzerine olumsuz etkisi nedeniyle çok önemlidir.

DEHB'nin etiyojisinde hem psikososyal, hem biyolojik olayların sorumlu olduğu düşünülmektedir.

Etiyojide çevresel etkenlerin rol oynadığı varsayımının doğruluğu kanıtlanamamıştır. Biederman ve ark. (1995), Rutter ve arkadaşlarının ortaya çıkardığı aile-çevre risk etmenleri olarak kabul edilen; ciddi evlilik uyumsuzlukları, düşük sosyal sınıf, geniş aile, baba tarafında yasalara karşı gelme, anne tarafında mental hastalık ve koruyucu aile yanına yerleştirilme gibi güçlü be-

* Uzm. Dr., Dokuz Eylül Ü., Tıp F., Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ABD, İzmir.

** Prof. Dr., Toronto Ü., Scarborough Gen. Hosp. Child and Family Clinic Toronto, Ontario, Kanada.

*** Doç. Dr., Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak., Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ABD, İzmir.

**** Prof. Dr., Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak., Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ABD, İzmir.

lirleyicileri ile DEHB ilişkisini araştırmamışlardır. DEHB gelişimini arttıran tek bir etmeden çok bu etmenlerin DEHB'li hastalarda durumu kötüleştirdiğini saptamışlardır. Ayrıca Rutter'ın ortaya çıkardığı güçlük belirleyicilerinin DEHB ile birlikte görülen depresyon, anksiyete, davranım bozukluğu ve özgül öğrenme bozukluğu gibi bozuklukların gelişiminde rolü olabileceğini öne sürmüştür.

Cunningham ve Barkley (1979) DEHB'li çocukların annelerinin daha az ilişki başlatıcı, daha az yanıtlayıcı, daha kontrol edici ve daha emredici olduklarını bildirmişlerdir. Annelerin ödüllendirmelerinin az ve çocukları istenen davranışları yaptığında ödüllendirmelerinin sürekli olmadığını gözlenmiştir.

Hecthman (1981) hiperaktiflerin annesabablarında disiplinde sürekliliğin olmayışı, kontrolsüzlük, cezalandırıcılık-otoriterlik ve aşırı koruyuculuk gibi çocuk yetiştirme yöntemlerini değerlendirmiş, sadece cezalandırıcı-otoriter yöntemlerin hiperaktif olguların ailelerinde daha fazla görüldüğünü saptamıştır.

Schachar ve ark. (1978) ilaç alan hiperaktif çocukların anneleriyle etkileşimlerinde yumuşaklık ve temasta artma, eleştiride azalma ve kardeşleri ve akranlarıyla daha iyi ilişkiler saptamışlardır. Anne-çocuk ilişkisindeki bu değişim, çocuğun bozuk davranışlarının, zorlayıcı, kontrol edici, onaylamayan anne tutumuna neden olduğu düşündürmüştür.

Pek çok yazar hiperaktif çocukların anneleriyle etkileşimlerinin zaman içinde nasıl değiştiğini araştırmışlardır. Campbell ve Ewing (1990) erken ve geç çocukluk dönemlerindeki etkileşimleri, Barkley ve ark. (1991) çocukluk ve ergenlik dönemlerini karşılaştırmışlardır. Yazarlar genelde büyük çocukların daha az olumsuz oldukları ve uyumlarını daha iyi sürdürüldükleri sonucuna varmışlardır. Barkley ve ark. (1991) hiperaktif ergenlerin, anne-ergen etkileşimleri açısından daha olumsuz ve kontrol edici davranışlar sergilediklerini gözlemişlerdir. DEHB ile karşı olma-karşı gelme bozukluğu (KOKGB) birlikteyse özellikle bu güçlükler yaşanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı DEHB tanısı alan çocukların ailelerinde görevleri başarma, rolünü yerine

getirme, iletişim, duygusal dışavurum, girişlik, kontrol, değerler ve kurallar gibi ailedeki temel kavramların değerlendirilmesidir. Bununla birlikte DEHB'deki aile işlevleri açısından oldukça kısıtlı olan kaynaklara katkıda bulunmak hedeflenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma 1996 yılı içinde, Scarborough General Hospital Ruh Sağlığı Çocuk ve Aile Birimine başvuran ve DEHB tanısı alan çocuklarda gerçekleştirildi. Tanılar DSM-IV ölçütlerine göre değerlendirildi. Anne-baba ve öğretmenlere Turgay, Du Paul ve Conners ölçekleri verilerek tanıları desteklendi. Hastaların hepsi için ilaç tedavileri planlanıp, 2 saat süreli, 12 haftalık bir süreci içeren anne-baba eğitimi programı için hastaların annesababaları kliniğe davet edildi. Araştırmaya çağrıya uyan ailelerde yürütülmüştür. 2 çocuk dışında, çocukların hepsi ilaç tedavisi, 8 çocuk bir diğer tedavi, 2 aile aile tedavisi almaktaydı. Eğitime başlamadan önce Turgay, Du Paul ve Conners ölçekleri annesababa ve öğretmenlere verilmiştir. Baba sayısının yetersiz olması nedeniyle babalar, öğretmen verilerindeki yetersizlik nedeniyle öğretmenler çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışmamızda kullanılan ölçekler şunlardır:

- 1- "DSM IV Based Child and Adolescent Behavior disorders Screening and Rating Scale" (yayınlanmamış bir ölçek) DSM-IV ve Dalayı Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları Tarama ve Değerlendirme Ölçeği.
- 2- "Du Paul ADHD Rating Scale" (Du Paul 1991), Du Paul Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği.
- 3- "Conners'Parent rating Scales Short Version (CPRS-48) Conners Annesababa Değerlendirme Ölçeği Kısa Form (Conners 1994).
- 4- "Conners'Teacher Rating Scales Short Version (CTRS-28) Conners Öğretmen Değerlendirme Ölçeği Kısa Form (Conners 1994).
- 5- "FAM III (Family Assesment Measure Version III)" Aile İşlevlerini Değerlendirme Ölçeği (Skinner ve ark. 1995). FAM kantitatif olarak ailenin güçlülüğünü veya zayıflığını gösterir. Görevleri

ni başarma, rol performansı, iletişim, duygusal dışavurum, girişiklik, kontrol, değerler ve kurallar gibi temel kavramlar FAM'la değerlendirilebilir.

FAM "self report" tekniğine dayalı aileye bir sistem olarak odaklanan bir ölçektir. SSPS programı kullanılıp, verilerin yüzde hesabı olarak dökmü yapılmıştır. Fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Cinsiyet dağılımı incelendiğinde 60 olgunun 15'i kız (%25), 45'i erkek (%75) olup kız/erkek oranı yaklaşık 1/3 olarak bulundu.

Yaş aralığı kızlarda, 5-14 yaş (yaş ortalaması 8.6, SD: 1.08) erkeklerde 5-14 yaş (yaş ortalaması : 8.4, SD: 3.65), toplam yaş ortalaması: 8.45, SD: 4.62 idi.

60 çocuk tanı açısından değerlendirildiğinde 51 (%85) çocuk DEHB bileşik tip tanısı aldı. Bunların 39'u (%87) erkek, 12'si (%80) kız idi. DEHB dikkat eksikliği baskın tip tanısı alan 9 (%15) çocuk bulunmaktaydı.

Komorbid tanılar incelendiğinde 52 çocuk (%86) DEHB'dan başka ikinci bir ruhsal bozukluğa sahipti. 28 çocuğun (%46) üçüncü, 11 çocuğun (%18) dördüncü ek bozukluğa sahip olduğu görüldü. DEHB ile birlikte en fazla görülen bozukluk olarak, 46 çocukta (%76) KOKGB saptandı. Kızların 10'u (%66) ve erkeklerin 36'sı (%80) KOKGB tanısı aldı. İkinci en fazla komorbid bozukluk olarak DB saptandı. 8 çocuk (%13) DB tanısı aldı. Bunların 2'si (%13) kız, 6 sı (%13) erkekti.

Araştırmamızdaki 60 çocuğun anneleriyle, ailelerinin işlevlerini değerlendirmek için FAM III verildi.

Görevlerini başarabilme (task accomplishment) (FAM A), rol performansları (role performance) (FAM B), iletişim (communication) (FAM C), duygusal dışavurum (affective expression) (FAM D), girişiklik (involvement) (FAM E), değerler ve kurallar (values and norms) (FAM G), sosyal olma arzusu (social desirability) (FAM H), karşıtlık-savunuculuk (defensiveness) (FAM I) ve toplam olarak FAM için kız ve erkek çocuklu aileler teker teker değerlendirildiğinde cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 1).

Tablo 1: DEHB'li çocukların aile işlevlerinin ortalama skorları (cinsiyete göre).

| CİNSİYET | NO | FAM A | FAM B | FAM C | FAM D | FAM E | FAM F | FAM G | FAM H | FAM I | FAM T |
|----------|----|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|------------------|
| KIZ | 15 | 6.06 (1.73) | 7.73 (1.96) | 6.53 (1.51) | 5.93 (1.88) | 4.86 (1.62) | 6.46 (1.37) | 5.13 (2.19) | 8 (3.08) | 8.6 (2.64) | 60.06 (10.53) |
| ERKEK | 45 | 6.31 (2.80) | 7.46 (2.66) | 6.08 (2.61) | 5.77 (2.62) | 5.4 (2.57) | 6.35 (2.45) | 5.95 (2.75) | 7.6 (3.57) | 7.68 (2.69) | 59.28 (12.04) |
| TOPLAM | 60 | 6.25 (2.56) | 7.53 (2.52) | 6.2 (2.37) | 5.81 (2.46) | 5.26 (2.38) | 6.38 (2.25) | 5.75 (2.60) | 7.7 (3.43) | 8.58 (2.66) | 59.48 (10.90) |

* Standart sapmalar parantez içinde belirtilmiştir.

Çocuklar yaş gruplarına göre incelendiğinde; 5-8 yaş aralığındaki 33 çocuğun 2'si (%6) DEHB dikkat eksikliği baskın tip tanısı, 31'i (%94) DEHB bileşik tip tanısı, 9-14 yaş grubundaki 27 çocuğun 7 si (%26) DEHB dikkat eksikliği baskın tip, 20'si (%74) DEHB bileşik tip tanısı aldı. DEHB'nun alttıplerinin yaş gruplarına göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamadı (Fisher X^2 p: 0.065).

Bütün ortalamaların T değerleri hesaplanıp grafik oluşturuldu. Bütün ortalamaların T değerleri 40-60 (normal) arasındaydı. 40 ve altı güçlülük, 60 ve üstü sorun olduğunun göstergesiydi (Grafik 2) (Grafik 3).

Aile işlevleri 5-8 ve 9-14 yaş olmak üzere çocuklar iki gruba ayrılarak karşılaştırıldı. Tüm alt testler ve FAM toplam için, 5-8 yaş ve 9-14 yaş grupları arasında anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tablo 2: DEHB'li çocukların ortalama skorları (yaşa göre).

| CİNSİYET | NO | FAM A | FAM B | FAM C | FAM D | FAM E | FAM F | FAM G | FAM H | FAM I | FAM T |
|----------|----|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| 5-8 Yaş | 33 | 6.09 (2.44) | 7.33 (2.03) | 5.87 (1.90) | 5.63 (2.22) | 4.87 (2.06) | 6.15 (2.25) | 5.93 (2.39) | 7.78 (3.29) | 8.66 (2.75) | 58.21 (-9.28) |
| 9-14 Yaş | 27 | 6.44 (2.74) | 7.77 (3.04) | 6.59 (2.83) | 6.03 (2.78) | 5.81 (2.68) | 6.77 (2.22) | 5.7 (2.88) | 7.88 (3.39) | 8.48 (2.59) | 61.03 (12.61) |
| Toplam | 60 | 6.25 (2.56) | 7.53 (2.52) | 6.2 (2.37) | 5.81 (2.46) | 5.26 (2.38) | 6.38 (2.25) | 5.75 (2.60) | 7.7 (3.43) | 8.58 (2.66) | 59.48 (10.90) |

* Standart sapmalar parantez içinde belirtilmiştir.

Bütün ortalamaların T değerlerinden grafik oluşturuldu. Bütün ortalamaların T değeri, 9-14 yaş grubundaki kontrol işlevi (FAMF: 60) hariç, normal değerler arasındaydı (T skorları 40-60 arası). FAM III'te 60 ve üzeri sorun olarak gözetilmelidir.

Davranım Bozukluğuna sahip olan çocukların, annelerin aile işlevlerini değerlendirmeleri incelendi.

FAM A için ort: 6.87 ± 2.36 FAM B için ort: 7.75 ± 2.36

FAM C için ort: 7.57 ± 1.77 FAM D için ort: 7.75 ± 2.76

FAM E için ort: 5.87 ± 2.23 FAM F için ort: 7.37 ± 2.00

FAM G için ort: 6.62 ± 2.50 FAM H için ort: 7.37 ± 3.81

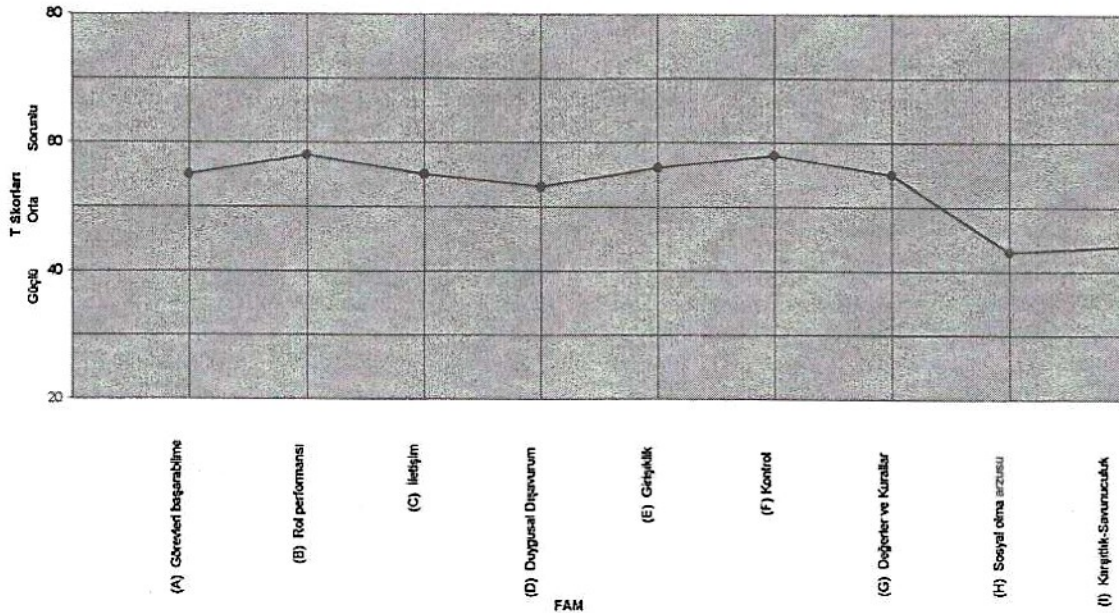
FAM I için ort: 8.37 ± 1.85 FAM top. iç. ort: 62.25 ± 9.478

DEHB + DB ye sahip çocuklar sadece DEHB ve DEHB + diğer komorbid bozukluklarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. T değeri hesaplandığında, iletişim (FAM C) ve Kontrol (FAM F) alanlarında ailelerde sorun saptandı, (FAM C: 62, FAM F: 64) diğer değerler normal sınırlar içerisindeydi (Grafik 5).

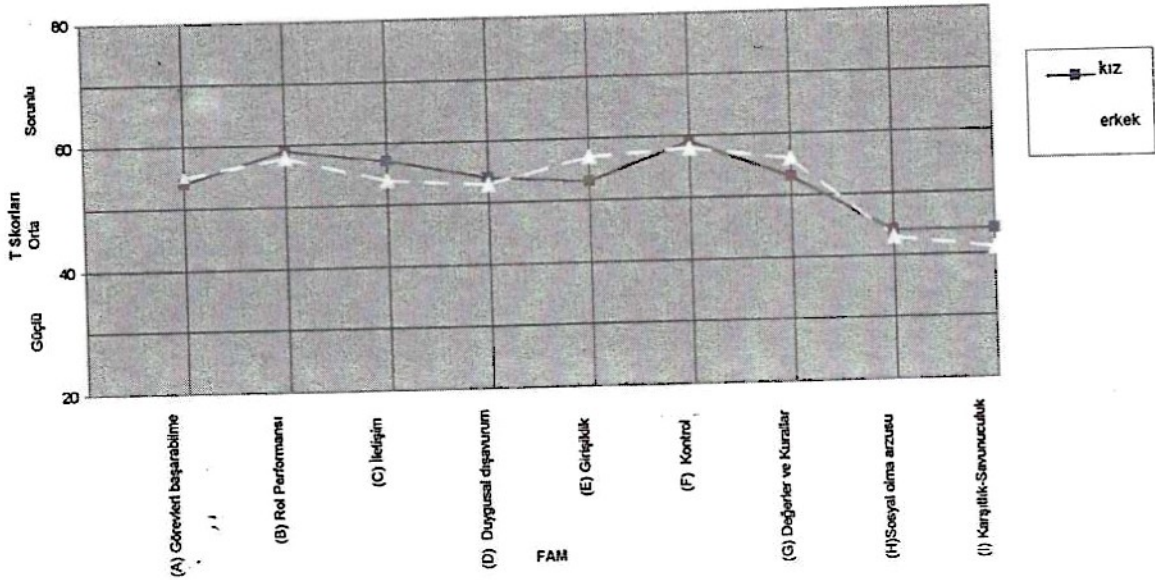
TARTIŞMA

Kesin nedeni bilinmemekle birlikte bilindiği gibi DEHB erkek çocuklarda kızlara oranla daha fazla görülmektedir (APA 1994). Değişik çalışmalarda DEHB'da kız-erkek oranının 1/1.6 dan 1/9'a kadar değiştiği saptanmıştır (Szatmari ve

GRAFİK 1: DEHB'Lİ ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN AİLE İŞLEVLERİNİ DEĞERLENDİRMELERİ (TOPLAM T SKORLARININ ORTALAMALARI)



GRAFİK 2: DEHB'LI ÇOCUKLARI OLAN ANNELERİN AİLE İŞLEVLERİNİ DEĞERLENDİRMELERİ
(KIZ VE ERKEKLERİN T SKORLARININ ORTALAMALARI)



ark. 1989). Çalışmamızda da DEHB'nun erkeklerde üç kat daha fazla görümesi kaynaklarla uygunluk göstermektedir. Bu eğilim biyolojik, genetik, hormonal farklılıklardan kaynaklanabileceği gibi sosyokültürel etkenlerden de kaynaklanabilir.

Yapılmış olan çalışmalarda DEHB'nun 6-9 yaş arası çocuklarda en yüksek oranda görüldüğü bulunmuştur (Mc Clure ve ark. 1989). Bizim çalışmamızda yaş ortalaması 8.45 olarak saptanmıştır. Bu durum, zihinsel çaba gerektiren ders çalışma, ödev yapma, sınıfta ders dinleme gibi dikkat eksikliği ve sınıfta sürekli oturma güçlüğü gibi hiperaktivite belirtilerinin okul döneminde ön plana çıkması ile ilgili olabilir.

Yapılan çalışmalara göre yaş ilerledikçe DEHB bileşik tip/DEHB dikkat eksikliği baskın tip oranı küçülmektedir (APA 1994). Bizim çalışmamızda da 5-8 yaş grubuna göre, 9-14 yaş grubunda bu oran daha küçük olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalara göre kızlarda DEHB bileşik tip/DEHB dikkat eksikliği baskın tip oranı erkeklere göre daha düşüktür (Baumagaertel ve ark. 1995, Cantwell 1994). Bu çalışmadaki kız çocuklarda hem 5-8 yaş grubunda, hem de 9-14 yaş grubunda bu oran daha küçük olarak saptanmıştır. Yani kız çocuklarda her iki yaş grubu için DEHB dikkat eksikliği baskın tip sıklığı erkeklere göre daha fazladır. Bunun nedeni kız çocukla-

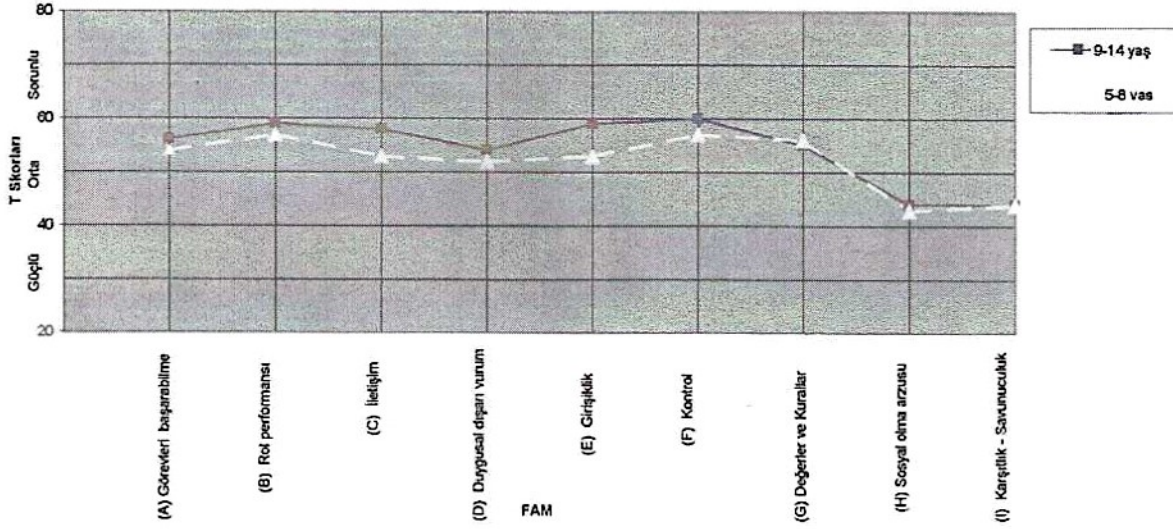
rın doğaları gereği erkek çocuklardan daha az hareketli ve dürtüsel olmaları olabilir.

DEHB'nin hatırı sayılır ve çeşitli komorbid bozukluklarla birlikte görülen heterojen bir bozukluk olduğu bilinmektedir (Biederman ve ark. 1995).

DEHB ile en fazla birlikte görülen bozukluğun KOKGB olduğu saptandı. Kızların %66'sında, erkeklerin %80'inde, ortalama %76 oranında KOKGB bulundu. Kaynaklara göre bu oran %40-95 olarak belirlenmiştir (Angold ve Costello 1993, Biederman ve ark. 1991, Turgay ve ark. 1994, Faraone ve ark. 1995). En sık görülen ikinci bozukluk DB idi. Bu oran kızlar için %13, erkekler için %13 olarak bulundu. Kaynaklara göre birliktelik oranı %13'ten %50'ye kadar değişmektedir (Mc Ardie ve ark. 1995, Grillo ve ark. 1996). Diğer en fazla görülen bozukluklar, duygulanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, özgül gelişimsel bozukluklardır (Jensen ve Sherette 1993).

Çalışma kapsamına giren çocukların aile işlevlerini değerlendirmek amacıyla annelere uygulanmış olan aile değerlendirme ölçeğinin (FAM III) yapılan çalışmalara göre klinik bozukluğu olan veya olmayan aileleri ortaya çıkarabildiği gösterilmiştir (Skinner ve ark. 1995). Bizim çalışmamızda görevlerini başarma, rol performansı, iletişim, duygusal dışavurum, girişlilik, kontrol,

GRAFİK 3: DEHB'Lİ ÇOCUKLARI OLAN ANNELERİN AİLE İŞLEVLERİNİ DEĞERLENDİRMELERİ (5-8 YAŞ VE 9-14 YAŞ T SKORLARININ ORTALAMALARI)



değerler ve kurallar gibi ailedeki temel kavramlar, aileyi en iyi değerlendirebilecek kişi olan anne tarafından değerlendirilmiştir; ailenin işlevleri normal sınırlarda bulunmuştur. Bu da DEHB etiolojisinde psikososyal etkenlerden çok biyolojik etkenlerin rol oynayabileceğinin bir göstergesi olabilir.

Çalışmamızda ailelerin görevlerini iyi bir şekilde yerine getirebildikleri ve işlevlerini sürdürebildikleri belirlenmiştir. Grup uyumunda ve ailenin başarılı olmasında görevlerini başarabilme, yerine getirebilme önem taşır. Bu işlev aile üyelerinin gelişmesine, güvenliğine, bütün olarak birlikteliklerini sürdürmelerine ve toplumsal uyumlarına olanak sağlar (Skinner ve ark. 1995). Aile üyelerinin görevlerini başarabilmesi ve yerine getirebilmesi, onların çocuklarındaki sorun veya hastalık üzerine odaklanıp, kendi olağan karmaşalarını, evlilik sorunlarını unutmaları veya ikinci plana atmalarından kaynaklanabilir.

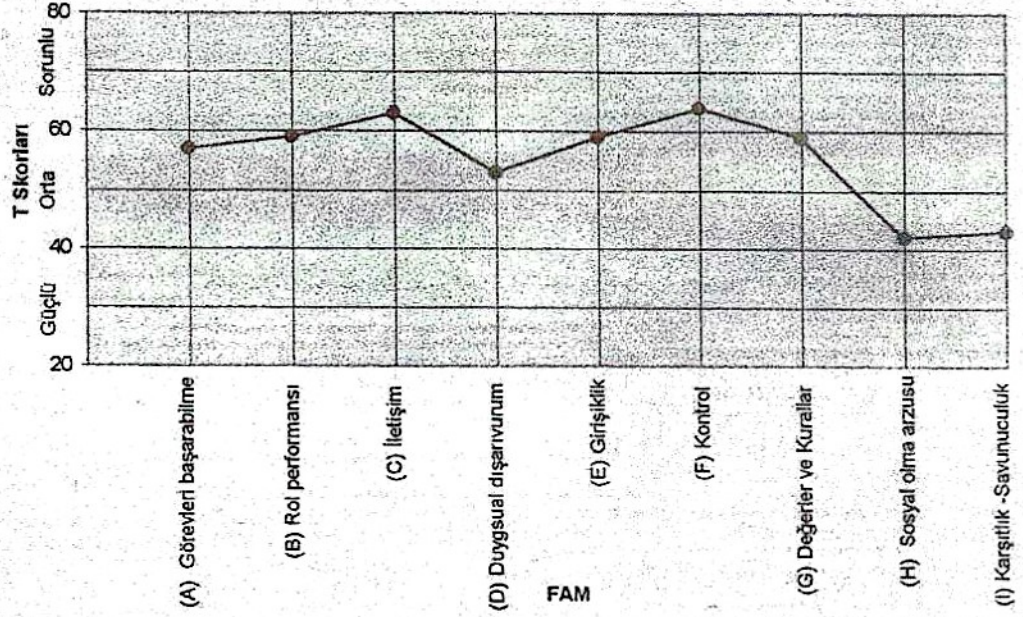
Araştırma kapsamına girmiş olan ailelerde bireylerin rollerinin bilincinde oldukları ve en iyi şekilde yerine getirmeye çalıştıkları saptanmıştır. Rol performansı aile üyelerinin gerekli beslenme, giyinme ve destek gibi işlevlerini karşılamak, aile sisteminin sınırlarını koruma ve standartların devamını sağlamaya kapsar (Epstein ve ark 1978). Araştırma kapsamındaki aile bireylerinin rol performansının iyi düzeyde olması DEHB'den etkilenmiş çocukların görev ya da

rollerini yerine getirebilmek için diğer aile üyelerinin fedakarlık yapmasından kaynaklanabilir. Okulda başarılı olamayan DEHB'li çocuğa özel ilgi gösterilmesi ve bu açığın kapatılmaya çalışması buna bir örnek olabilir. Aile üyeleri çocuğun DEHB sorunu nedeniyle çocukta beklentilerini daha aza indirgemiş ya da daha toleranslı olabilirler.

Bu çalışmaya alınmış olan ailelerin aile içi iletişim alışverişi doğrudan ve yeterli bulunmuştur. Etkili iletişimin, temel hedefi, karşılıklı anlaşılmanın başarılmasıdır. Böylece iletiler istenildiği şekilde algılanmış olur (Epstein ve ark 1978). DEHB'li çocuklardaki impulsivite ve dikkat eksikliği gibi sorunlar iletişim becerilerinin uygun şekilde gelişimini engelleyebilir. Çalışmaya alınmış olan ailelerdeki iletişimin yeterli ve doğrudan olması ailenin çocuğunun düzeyine uygun, açık bir iletişim modeli geliştirmiş olmalarından kaynaklanabilir.

Bizim çalışmamızda aileler, duygusal dışavurumlarında sorun tanımlamamaktadırlar. Duygusal dışavurum özelliği görevlerin başarılması ve başarılı rol paylaşımı gibi çeşitli işlevleri engelleyebilir veya kolaylaştırabilir (Skinner ve ark. 1995). Aileler hasta çocuklarının koruma isteğiyle veya incitmekten korktukları için hasta çocuğa veya diğer aile üyelerine karşı duygusal dışavurumunda kontrollü davranıyor olabilirler.

GRAFİK 4: DEHB'Lİ ÇOCUKLARI OLAN ANNELERİN AİLE İŞLEVLERİNİ DEĞERLENDİRMELERİ (DEHB + DB T SKOR ORTALAMARI)



Bu çalışmadaki ailelerde girişiklik normal sınırlarda saptanmıştır. Aile üyelerinin diğerlerine olan girişikliği, aile üyelerinin birbirine olan ilgi derecesi ve kalitesine bağlıdır. Girişikliğin diğer önemli bir unsuru; aile üyelerinin birbirlerinin düşünce, özerklik ve işlevlerine destek verirken, duygu ve güvenlik gereksinimlerini karşılamalarıdır (Skinner ve ark. 1995). Bu çalışmadaki ailelerde girişikliğin normal sınırlarda saptanması DEHB'li çocukların ailelerinin empatik aileler olabileceğini ve çocuklarının sorunlarına empati yapabileceklerini gösterebilir.

Bizim çalışmamızdaki ailelerin kontrol işlevleri normal sınırlarda bulunmuştur. Kontrol, aile üyelerinin diğerlerini etkileme sürecidir. Rijid, otoriter, karşılıklı etkileşimin az olduğu, disiplin konusunda annenin farklı tutumlarının olduğu ailelerde daha fazla annenaba - çocuk çatışması ortaya çıkabilir (Barkley ve ark. 1991). Çalışmamızdaki ailelerin kontrol işlevlerinin normal olması annenabaların esnek ve tutarlı bir disiplin uygulamasıyla çocuklarındaki sorunlarla başa çıkabildiklerini gösterebilir.

Bu çalışmada, değerler ve kuralların ailelerin işlevlerini normal ölçülerde etkilediği saptanmış-

tır. Görevlerin nasıl tanımlanacağını, ailenin nasıl bu görevleri başarıyla yerine getireceğini büyük ölçüde kurallar ve özellikle ailenin kültürel değerleri belirlemektedir (Skinner ve ark. 1995).

Sosyal olma arzusu ve karşıtlık-savunuculuk, daha çok aile üyelerinin kendi ilişkilerini nasıl gördüklerini yansıtmaları açısından yararlıdır. Aile üyelerinin kendi ailelerini sorunlu olarak görmemeleri ya da görmek istememeleri halinde oldukça yüksek değerlerde çıkabilir. Sorunsuz ailelerde bu iki değeri hafifçe yükseltme eğilimi vardır. Eğer bu iki değer 50'nin üzerindeyse klinik ölçüğe verilen cevapların geçerliliğinden şüphelenmek gerekir. 60'ın üzerindeyse, kesinlikle FAM profilinin yanlışlığı gösterir. 40'ın altında olması, profilin doğruluğunu kesin olarak göstermez (Skinner ve ark. 1995). Bizim çalışmamızdaki ailelerin değerlerinin normal sınırlar içinde çıkması FAM profillerinin geçerliliğini desteklemektedir.

9-14 yaş grubu çocuklarda kontrol alanında sınırlarda sorunlu sayılabilecek aile işlevleri saptanmıştır. 9-14 yaş grubu çocuğu olan ailelerde, 5-8 yaş grubuna göre daha yüksek rol performansı ve girişiklik skorların elde edilmiş olması çocu-

ğün yaşının büyümesiyle aile sorunlarının artışı-
nı yansıtabilir. Lewis ve Abney (1993) aile işlev-
leriyle DEHB'li çocuğun yaşı arasında anlamlı
ilişki bulmuşlardır. Daha büyük çocuğu olan ai-
leler daha bozuk işlevler bildirmişlerdir. Anne-
baba yeterliliği ve çocukları kontrol edebilme
yönünden bu ailelerin işlevlerinde zayıflıklar
görülmüştür. DEHB'li çocuklarda artan yaşla
birlikte ergenlik dönem özellikleri, çocuğun bo-
zukluğuna ikincil olarak geliştirebileceği davra-
nuş sorunları ve duygulanımsal güçlükler nede-
niyle kontrol başta olmak üzere tüm aile işlevle-
ri bozuluyor olabilir. Herhangi bir ruhsal bozuk-
luk tanısı almamış bile olsa ergenlik döneminde
çocuğu olan ailelerde bu düzeyde bir sorun ya-
şamaları da doğal kabul edilebilir.

Yapılan çalışmalarda sadece DEHB dikkat eksik-
liği baskın tip bozukluğuna olan çocukların ailele-
rinin en yüksek işlev düzeylerinin olduğu, hipe-
raktivite ve saldırganlığı olan çocukların aileleri-
nin ise işlevlerinin ise daha bozuk olduğu sap-
tanmıştır (Lewis 1992). Çalışmamızda da DEHB
+ DB'nun birlikte bulunduğu çocukların aileleri-
nin profilleri incelendiğinde iletişim ve kontrol
alanlarında sorunlar belirlenmiştir. Bu da aile
üyeleri arasında karşılıklı anlaşılmanın başarıla-
madığı veya yetersiz olduğunu, ileti gönderimi-
nin yeterince açık olmadığını, karşılık durum-
larında aydınlanma arayışının eksik olduğunu
göstermektedir. Kontrol açısından, aile üyeleri-
nin birbirlerini yeterli ölçüde etkileyemedikleri-
ni, yaşam koşullarına uyum sağlamada güçlük-
leri olabileceğini, yönetimde çok fazla katılık ve
ya karmaşa ve belirsizliğin bulunabileceğini,
kontrol girişimlerinin yıkıcı veya utandırıcı ola-
bileceğini, açık veya gizli güç mücadelesi olabi-
leceğini gösterebilir. Ek davranış sorunlarının bu
tür işlev bozukluklarına yol açıp açmadığı açık
değildir.

Çalışmamızda DEHB'li çocukların aile işlevleri-
nin normal sınırlarda bulunması DEHB etiolo-
jisinde psikolojik etmenler ve aile işlevlerindeki
yetersizlikten çok biyolojik varsayımları destek-
leyen bir bulgudur. Bu da DEHB'da aile tedavi-
lerinden çok ilaç sağaltımını ve annesaba eğiti-
mine öncelik verilmesi gerektiğini akla getir-
mektedir. Çalışmamızda DEHB'da aile işlevleri-
nin normal sınırlarda bulunmasının bir nedeni
ilaç sağaltımı ve diğer sağaltımların belirtilerinin

şiddetini baskılamış olması olabilir. Ayrıca tıbbi
tedaviye karşın, belirtilerin halen var olması ve
DEHB + DB'ye birlikte sahip olan çocukların ai-
lelerinde işlevlerin yetersizliği yalnızca ilaç teda-
visinden çok, ilaç tedavisi ile birlikte annesaba
eğitimi ve aile tedavisini birlikte içeren bütünle-
yici yaklaşımların DEHB tedavisinde kulla-
nılması gerektiğini düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

- Angold A, Costello E (1993) *Depressive comorbidity in children and adolescent: Empirical theoretical and methodological issues*, *Am J Psychiatry* 150: 1779-1791.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, (DSM IV)* American Psychiatric Association, Washington D.C
- Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS ve ark. (1991) *The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria III: mother-child interactions family conflicts and maternal psychopathology*, *J Child Psychol Psychiatry* 32: 233-55.
- Baumgaertel A, Wolraich ML, Dietrich M (1995) *Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorder in a german elementary school sample*, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28: 777-784.
- Biederman J, New Corn J, Sprich S (1991) *Comorbidity of ADHD with conduct, depressive, anxiety, and other disorders*, *Am J Psychiatry* 148: 564-577.
- Biederman J, Milberger S, Faraone SV ve ark. (1995) *Family environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity*, *Arch Gen Psychiatry* 52(6): 464-470.
- Campbell SV, Ewing LJ (1990) *Follow-up of hard to manage preschoolers' adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms*, *J Child Psychol Psychiatry* 31:871-85.
- Cantwell DP (1994) *Therapeutic Management of Attention Deficit Disorder, participant workbook*, New York. SCP communication, pp:4-20.
- Conners K (1994) *Conners Abbreviated Symptom Questionnaire*, North Tonawanda NY: Multi Health Systems.
- Cunningham CE, Barkley RA (1979) *The interactions of normal and hyperactive children and their mothers in free play and structured tasks*, *Child Dev* 50: 217-24.

- Du Paul GJ, Anastopoulos AD, Shelton TL ve ark. (1992) Multimethod assessment of ADHD: the diagnostic utility of clinic-based test. *J Clin Child Psychol* 221: 194-202.
- Epstein NM, Bishop DS, and Levin S (1978) The Mc Master model of family functioning. *J Marriage Counseling* 19-31.
- Faraone SV, Biederman J, Chen WJ ve ark. (1995) Conduct disorder, substance use disorders, and coexisting conduct and substance use disorders in adolescent inpatients. *Am J Psychiatry* 153: 914-920.
- Hechtman L (1981) Families of hyperactives. In: Greenley J, editor research in community and mental health, vol 2. Greenwich CT: JAI Press; 1981. P 275-92.
- Jensen PS, Shervette RE (1993) Anxiety and depressive disorders in ADHD: New finding. *Am J Psychiatry* 150: 1203-1209.
- Lewis K (1992) Family functioning as perceived by parents of boys with ADHD. *Mental Health Nursing* 13(4): 369-386.
- Lewis-Abney K (1993) Correlates of family functioning when a child has attention deficit disorder. *Issues Comprehensive Pediatric Nursing* 16(3): 175-190.
- Mc Ardle D, O'Brien G, Kolvin I (1995) Hyperactivity prevalence and relationship with conduct disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 36: 279-303.
- Mc Clure, Ferguson, Boodoosingh, ve ark. (1989) The frequency and severity of psychiatric disorders in special education and psychiatric programs. *Behav Disord* 14: 117-126.
- Schachar R, Taylor E, Wieselberg M ve ark. (1978) Changes in family function and relationships in children who responded to methylphenidate. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26: 728-32.
- Skinner HA, Steinhaur PD, Santa-Barbara J (1995) Family Assessment Measure Version III. Manual Toronto: Multi Health Systems, Inc.
- Szatmari P, Offord DR, and Boyle MH (1989) Ontario child health study: prevalence of ADHD. *J Child Psychol Psychiatry* 30: 219-230.
- Turgay a, Gordon E, Vigdor M (1994) ADHD and comorbidity in the study group. Abstract published in the APA, Annual Meeting's New research Section, Washington D.C.

GILLES DE LA TOURETTE SENDROMU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK BİRLİKTELİĞİ

Bengi Semerci*

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada DSM-IV (APA 1994) tanı ölçütlerine göre Gilles de la Tourette Sendromu (GTS) tanısı konan hastalarda obsesif kompulsif bozukluk (OKB) birlikteliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** GTS tanısı konan 40 çocuk ve ergene, Yale Tik Ağrılığını Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Ayrıca bu çocuk ve ergenlerde OKB'ü değerlendirmek için DSM-IV tanı ölçütleri, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi kullanılmıştır. Aile öyküsü ve sosyo-demografik özellikler hazırlanan bir form ile sorgulanmış, ulaşılabilen akrabalar DSM-IV tanı ölçütlerine göre taranmıştır. **Sonuç:** Araştırmaya katılan 40 çocuk ve ergenin %37,5'inde OKB ve %15'inde obsesif kompulsif semptomlar saptanmıştır. Yakın akrabalarda OKB görülme oranı %15 olarak belirlenmiştir. **Tartışma:** OKB'un GTS ile birlikte görülme oranı yüksek bulunmuştur. Bu nedenle OKB birlikteliğinin saptanması tedavinin planlanması, okul ve sosyal yaşama ilişkin sorunların daha kolay çözülmesi açısından önemlidir. **Anahtar Sözcükler:** Gilles de la Tourette sendromu, obsesif kompulsif bozukluk, obsesif kompulsif semptomlar, birliktelik

SUMMARY: OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER COMORBIDITY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH GILLES DE LA TOURETTE SYNDROME

Objective: The purpose of this study is to investigate the incidence of obsessive compulsive disorder (OCD) in patients with Gilles de la Tourette syndrome (GTS) according to DSM-IV criteria. **Method:** For this purpose The Yale Global Tic Severity Scale and Maudsley Obsessive-Compulsive Disorder scale were administered to 40 children and adolescents with GTS. A questionnaire that is including family history and demographic characteristics were administered to their family and some of them were examined according to DSM-IV criteria. **Results:** 37,5% of the subjects met the DSM-IV diagnosis criteria for OCD and 15% of the subjects had obsessive compulsive symptoms. Findings showed that relatives had 15% of the OCD. **Conclusion:** There was a significantly greater incidence of OCD in the patients with GTS. This comorbidity is important for the treatment and solution of the school and social life problems. **Key words:** Gilles de la Tourette syndrome, obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive symptoms, comorbidity.

GİRİŞ

Gilles de la Tourette sendromu (GTS) çocukluk çağı başlangıçlı, zaman içinde artma ve azalmalar gösteren, çoğul motor ve vokal tiklerle nitelikli nöropsikiyatrik bir bozukluktur (Carter ve ark. 1994, Cohen ve Leckman 1994, Robertson 1994).

Klinik gözlemler birçok ruhsal ve davranışsal bozukluğun GTS ile birlikte bulunabildiğini göstermektedir (Comings ve Comings 1987, Gökler 1995). Georges Gilles de la Tourette'nin ilk yayınından beri bir çok GTS'lu hastada obsesif-kompulsif bozukluğun (OKB) birlikte bulunduğu bildirilmiştir (Robertson ve ark. 1988).

Aile çalışmaları, klinik değerlendirmeler ve nörofarmakolojik bulgular GTS ve OKB arasında bir ilişkinin olduğunu düşündürmektedir. Genel toplumu değerlendiren çalışmaların sonuçları ile karşılaştırıldığı zaman GTS olanlarda obsesif-kompulsif semptomlar (OKS) ve OKB daha fazladır (Pauls ve ark. 1986, Steingard ve Dillon-Stout 1992). Birçok çalışmada (Comings ve Comings 1985, Pitman ve ark. 1987). Çocuklarda bu oranlar daha düşüktür. Bazı GTS'lu hastaların erişkin dönemde OKB geliştirdiği bildirilmiştir (Robertson ve ark. 1988).

Başlama yaşı, hastalığın gidişi, belirtilerin artma ve azalmaları seyretmesi, istemsiz olmaları,

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

davranışların ve hareketlerin benliğe yabancı oluşu, aynı ailelerde görülmeleri, depresyon ve kaygı gibi ek ruhsal sorunlarla belirtilerin kötüleşmesi OKB ile GTS arasında saptanan ortak özelliklerdir (Comings ve Frankel 1985). Ayrıca nöroradyolojik incelemelerde gözlenen özgül olmayan frontal lob bozuklukları (Garber ve ark. 1989), bazal ganglion işlev bozukluğu (Swedo ve ark. 1989) ve kaudat nukleus işlev bozukluğu (Luxemberg ve ark. 1988) gibi bulgular bu iki bozukluk arasındaki bağlantıyı desteklemektedir.

OKB ve GTS arasındaki genetik benzerliği araştıran çalışmalar da vardır (Ramussen ve Tsuang 1986). Genetik çalışmaların sonuçları bu iki bozukluk arasında etiyolojik bir bağlantı bulunduğunu, OKB'un GTS ve kronik tik bozukluğunun bir değişkeni olabileceğini düşündürmektedir (Pauls ve ark. 1986). OKB olan hastalarda vebirinci derece akrabalarında yaşam boyu tik görülmeye oranı yüksektir (Pauls ve ark. 1991).

GTS'lu hastaların birinci derece akrabalarında da OKB öyküsü sıktır. Bu bulgular otozomal dominant geçişin değişik bir görünümü olabilir. GTS'lu hastaların kadın akrabalarında OKB gelişme riskinin daha fazla bulunması, OKB'un GTS spektrumunun kadınlarda görülen bir şekli olabileceğini akla getirmektedir (Pauls ve Leckman 1986). Yapılan ikiz çalışmalarında da monozigot ikizlerde OKB ve GTS eş hastalanım oranı %52 bulunmuştur. Dizigot ikizlerde ise bu oran %15'e kadar düşmektedir (Price ve ark. 1985).

Bazı araştırmacılar genetik etmenlerin tek başına GTS ve OKB birlikteliğini açıklayamadığını, serotonin düşüklüğü gibi değişik etkenlerin genetik yatkınlığı arttırdığını ileri sürmüşlerdir (Bornstein ve Baker 1991). Serotoninin GTS etiyolojisinde rolü henüz aydınlatılmamıştır. Ancak bazı çalışmalarda serotoninin ana metaboliti olan 5-hidroksiindolasetikasit GTS'lu hastaların beyin-omurilik sıvısında düşük bulunmuştur (Chon ve ark. 1978, Cohen ve ark. 1979). Genel olarak OKB etiyolojisinde serotonin, GTS etiyolojisinde dopamin metabolizmalarının bozuklukları sorumlu tutulmakla birlikte, her iki bozukluk için diğer nörotransmitter metabolizmaları da araştırılmaktadır (Goodman ve ark. 1990). GTS ve OKB birlikteliğinde her iki sistemin bozukluğu birlikte olabilir. Bazal ganglionlar her

iki nörotransmitteri de içermektedir ve bu kuram nöroanatomik kuramlarla bağdaşmaktadır (Steingard ve Dillon-Stout 1992).

Bazı araştırmalarda OKB belirtilerini düzelten klomipramin, fluoksetin gibi serotonin geri alım inhibitörlerinin GTS'lu hastalarda OKB belirtileri ile birlikte tikleri de düzelttiği saptanmıştır (Riddle ve ark. 1991, Kurlan ve ark. 1993). Bu durum GTS etiyolojisinde yer alan serotonin metabolizması bozukluğuna bağlı bulunabileceği gibi, OKB bulgularının giderilmesi sonucunda azalan stres nedeniyle de ortaya çıkmış olabilir (Sandor 1993).

OKB olan hastalarda çeşitli silik nörolojik belirtiler bildirilmiştir (Hollender ve ark. 1990). Bu bulgular dominant olmayan hemisferin işlev bozukluğunu ve GTS ile OKB'un birlikteliğinde bazal ganglionların bozukluğunu desteklemektedir. Bu sonuçlar aynı zamanda GTS'da izlenen farklı semptomların farklı nöroanatomik yapılarla ilişkili olduğunu da gösterebilir (Bornstein 1991).

Bazı çalışmalarda, GTS'lu hastaların Maudsley ve Leyton ölçeklerinden aldıkları puanlarla OKB olan hastaların aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. GTS'lu hastaların daha düşük puanlar almış olmaları GTS ile birlikte olan OKB'un daha hafif olduğunu düşündürmektedir (Pitman ve ark. 1987).

Shapiro ve arkadaşları ise GTS'lu hastalardaki OKB'a benzeyen belirtilerin gerçekte dürtüsellik olduğunu ileri sürerek, OKB ayırıcı tanısında obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun, dürtüsellik ve dürtü kontrol bozukluğunun önemi üzerinde durmuşlardır (Aktaran Cath ve ark. 1992).

Çalışma sonuçları en azından OKB'un bazı alt tiplerinin GTS ile birlikte bulunduğunu ve bu iki bozukluk arasında genetik bağlantı olma olasılığını göstermektedir.

Bu araştırmada kliniğimize başvuran ve DSM-IV (APA 1994) tanı ölçütlerine göre GTS tanısı konan hastalarda eşlik eden OKB belirtilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmaya polikliniğe başvuran ve DSM-IV (APA1994) tanı ölçütlerine göre GTS tanısı konan, 7-15 yaşları arasında, 11'i kız, 29'u erkek 40

çocuk ve ergen alınmıştır. GTS'nun şiddeti Yale Genel Tik Ağırlığını Değerlendirme Ölçeği (YGTADÖ) kullanılarak yapılmıştır. Leckman ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen, Türkçe uyarlaması Zaimoğlu ve arkadaşları tarafından (1995) yapılan ölçek, tiklerin özelliklerini ve dağılımlarını değerlendirmek üzere oluşturulmuş, yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Bilgiler hasta ve aileden alınır.

GTS tanısı konan çocuklarda DSM-IV (APA 1994) tanı ölçütlerine göre OKB belirtileri taranmış ve ölçütleri taşıyanlara OKB tanısı konmuştur. Araştırmaya alınan 40 çocuk ve ergenden otuz yedisine Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) uygulanmıştır. Üç kişi ölçeği dolduramamıştır. Hodgson ve Rachman (1977) tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe çevirisi ve geçerlilik-güvenirlik çalışması Erol ve Savaşır (1988) tarafından yapılmıştır. Ayrıca DSM-IV'de bulunan tanı konması için gerekli belirtilerin bir kısmını gösteren, ancak tanı konması için DSM-IV ölçütlerini tam karşılamayan, aynı zamanda MOKSL puanları yüksek olan çocuk ve ergenler Obsesif kompulsif semptomlar taşıyan grup olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmacı tarafından yapılandırılan bir form ile hastaların sosyodemografik özellikleri ile akrabalarında bulunan GTS ve diğer psikiyatrik bozukluklar sorgulanmıştır. Ayrıca araştırmacı tarafından ulaşılabilen ana baba ve kardeşlerle görüşmeler yaparak, DSM-IV (APA 1994) tanı ölçütlerine göre; GTS, OKB ve tik bozuklukları taranmıştır.

Verilerin istatistiksel analizi bilgisayarda SPSS (Statistical Package for Social sciences, For Windows Release 5.0.1, SPSS Inc., 1992) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Ölçümle belirtilen verilerin değerlendirmesinde parametrik test varsayımları karşılandığında t-testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi), parametrik test varsayımları karşılanmadığında Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

BULGULAR

Araştırma grubunu oluşturan 40 çocuk ve ergenin 11'i (%27.5) kız, 29'u (%72.5) ise erkektir.

Yaşları 7-15 (ort±ss= 10.975 ± 2.434) arasında değişmektedir. GTS başlama yaşı 4-14 (ort±ss= 8.15 ± 2.15) olarak belirlenmiştir.

Tablo 1: Birlikte Olan Bozuklukların Cinsiyete Göre Dağılımı

| | CİNSİYET | | | | | |
|--------|----------|-------|-------|-------|--------|------|
| | KIZ | | ERKEK | | TOPLAM | |
| | S | % | S | % | S | % |
| OKB | 7 | 63,63 | 4 | 13,79 | 11 | 37,5 |
| OKS | 2 | 18,18 | 4 | 13,79 | 6 | 15 |
| TOPLAM | 9 | 81,81 | 8 | 37,58 | 17 | 42,5 |

40 GTS olgusunun YGTADÖ ile yapılan değerlendirmeleri sonucunda hareket tikleri, ses tikleri, genel bozulma ve toplam tik değerlendirme puanlarının ortalamaları Tablo 2'de görülmektedir.

Tablo 2: YGTADÖ Puan Ortalamaları

| Gruplar | PUAN | | | |
|-----------------|----------|--------|--------|--------|
| | Ortalama | SS | En alt | En üst |
| Hareket Tikleri | 14.125 | 4.065 | 7 | 25 |
| Ses Tikleri | 11.725 | 4.788 | 2 | 25 |
| Genel Boz. | 18.750 | 10.667 | 10 | 50 |
| Toplam | 44.750 | 17.560 | 22 | 96 |

YGTADÖ'den alınan puanların OKB birlikteliğinden etkilenmediği görülmüştür (Tablo 3).

Araştırma grubunda bulunan çocuk ve ergenlerin 11'inde (%37,5) DSM-IV (APA 194) tanı ölçütlerine göre OKB saptanmıştır. Tüm araştırma grubunda 37 çocuk ve ergene MOKSL uygulanmıştır. 37 hastanın ölçekten aldıkları puanlar 6-34 arasında (ort ± ss=18.027 ± 6.030) değişmektedir. Ayrıca tanı ölçütlerini tümüyle karşılamayan ve MOKSL puanları yüksek olan, OKS taşıyan 6(%15) çocuk ve ergen saptanmıştır. Bu ölçekten elde edilen puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 4'de gösterilmiştir. Kız ve erkekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 3: OKB Birlikteliğinde YGTADÖ Puan Ortalamaları

| YGTADÖ ALT GRUPLARI | OKB BİRLİKTELİĞİ VAR | | OKB BİRLİKTELİĞİ YOK | | İSTATİSTİK | |
|------------------------|-------------------------|--------|-------------------------|--------|------------|------------|
| | Ortalama | SS | Ortalama | SS | U | P |
| Hareket Tikleri | 14.588 | 5.478 | 13.782 | 2.679 | 193 | 0.94 (ad)* |
| Ses Tikleri | 12.235 | 5.652 | 11.347 | 4.130 | 191 | 0.90 (ad) |
| Genel Boz. | 19.411 | 12.976 | 18.260 | 8.869 | 189 | 0.84 (ad) |
| Toplam | 46.235 | 22.728 | 43.652 | 12.960 | 180 | 0.68 (ad) |

*ad: Anlamlı değil

Tablo 4: Cinsiyete Göre MOKSL Puan Ortalamaları

| Cinsiyet | Ortalama | SS | Sayı |
|----------|----------|-------|------|
| Kız | 22.9000 | 6.607 | 10 |
| Erkek | 16.2222 | 4.766 | 27 |

U= 55.5 P= 0.0064

MOKSL puanları, OKB ve OKS birlikteliği olan GTS'lu hastalarda, birliktelik saptanamayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. (U=102.5, P= 0.0392).

GTS ve OKB-OKS birlikteliği yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde 7-11 ve 12-15 yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2 = 5.985$, D.F=1, P=0.4392).

Aile öyküleri değerlendirildiğinde 40 hastadan 6 (%15) hastanın ailesinde OKB öyküsü olduğu görülmüştür.

TARTIŞMA

Gilles de la Tourette sendromu'nun genel klinik özellikleri ve OKB ile birlikteliğini araştırmak üzere planlanan bu çalışma sonucunda, kliniğimizde tanı konan GTS'lu hastalar içinde, erkek çocuk ve ergenlerin kızlardan yaklaşık 2.5 kat fazla olduğu saptanmıştır. 11(%27.5) kız olguya karşın 29(%72.5) erkek olguya GTS tanısı konmuştur. Tüm GTS ile ilgili yayınlarda da GTS'nun erkeklerde kızlardan yaklaşık 3-4 kez fazla görüldüğü bildirilmektedir (Cohen ve Leckman 1994).

Araştırmanın amacını oluşturan GTS ve OKB birlikteliğine ilişkin sonuçlara bakıldığında, hastalarda %37.5 oranında OKB ve %15 oranında OKS saptanmıştır (Tablo 1). OKB'un GTS ile birlikteliğine ilişkin yazında verilen oranlar %30-%90 arasında değişmektedir (Pauls ve ark. 1986, Pitman ve ark. 1987, Steingard ve Dillon-Sotut 1992). Bizim bulduğumuz oran bu sınırlar içindedir. Bazı çalışmalarda OKB birlikteliği için daha düşük oranlar bulunmuştur. Wand ve arkadaşları (1993) yaşları 6-17 arasında değişen GTS'lu hastalarda OKB birlikteliği %6.1 olarak bildirmişlerdir.

Yazında GTS birlikteliğinde bu konuda bir ayırma ulaşılamamasına karşın, biz kızlarda OKB birlikteliğini anlamlı oranlarda yüksek bulduk (Tablo 1). Ancak genel olarak OKB kızlarda daha fazla görülmektedir (Ramussen ve Eisen 1994). Bu nedenle de kızlarda MOKSL puan ortalaması erkeklerden daha yüksek çıkmıştır.

YGTADÖ ile yapılan değerlendirme sonucunda OKB birlikteliğinin tiklerin ağırlığını etkilemediği görülmüştür (Tablo 3). Bornstein (1991) yaptığı çalışmanın sonucunda OKB birlikteliğinde Tourette değerlendirme puanlarının arttığını bildirmiştir.

GTS yazınındaki bir çok çalışma GTS'lu hastaların ailelerinde yüksek oranda OKB bulunduğunu bildirmiştir (Pauls 1992). Pauls ve ark. (1986) GTS'lu hastaların 103 birinci derece akrabasında %12.6 oranında OKB saptayan çalışmalarının bulgularına dayanarak GTS ve OKB arasında etyolojik bir benzerlik olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz oran %15'dir. Eğer obsesif kişilik özellikleri bu değerlendirmeye eklenirse bu oran daha da yüksek olabilir. Ailelerden öykü alınırken akrabalarda bulu-

nan bozukluklar sorgulandığında, oranların verdikleri öykülerden oldukça yüksek oranlarda tik bozuklukları, OKB ve çeşitli psikiyatrik hastalıklara ilişkin bilgiler elde edilmiştir. Ancak bu kişilerin hekim tarafından değerlendirilmemesi nedeniyle istatistiksel yorum yapılmamıştır.

GTS tanısı alan hastalarda sık olarak OKB ve OKS görülmektedir. Birlikte bulunan bu sorunların saptanması, hem GTS bulgularının tedaviye daha iyi yanıt vermesi, hem de hastaların içinde bulunduğu özellikle okul ve sosyal yaşama ilişkin sorunların daha çabuk çözümlenmesinde önem kazanmaktadır.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*. Washington, D.C., American Psychiatric Association.
- Bornstein RA (1991) *Neuropsychological correlates of obsessive characteristics in Tourette syndrome*. *J Neuropsychiatry Clinical Neurosciences* 3(2): 157-162.
- Bornstein RA, Baker GB (1991) *Urinary indoleamines in Tourette syndrome patients with obsessive-compulsive characteristics*. *Psychiatry Research* 41: 267-274.
- Carter AS, Pauls DL, Leckman JF ve ark. (1994). *A prospective longitudinal study of Gilles de la Tourette's syndrome*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33(3): 377-385.
- Cath DC, Hoogduin CAL, Van de Wetering BJM ve ark. (1992) *Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder*. *Advances in Neurology* 58:33-41.
- Cohen DJ, Shaywitz Ba, Caparulo BK ve ark. (1978) *Chronic multiple tics of Gilles de la Tourette's disease*. *Arch Gen Psychiatry* 35: 245-250.
- Cohen DJ, Shaywitz Ba, Young JG ve ark. (1979) *Central biogenic amine metabolism in children with the syndrome of chronic multiple tics of Gilles de la Tourette*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 18:320-341.
- Cohen DJ, Leckman JF (1994) *Developmental psychopathology and neurobiology of Tourette's syndrome*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 2-15.
- Comings JL, Frankel M (1985) *Gilles de la Tourette syndrome and neurological basis of obsession and compulsion*. *Biol Psychiatry* 20:1117-1126.
- Comings DE, Comings BG (1985) *Tourette syndrome: Clinical and psychological aspects of 250 cases*. *Am J Hum Genet* 37: 435-450.
- Comings DE, Comings BG (1987) *A controlled study of Tourette syndrome. IV. Obsessions, compulsion and schizoid behaviors*. *Am J Hum Genet* 41: 782-803.
- Erol N, Savaşır I (1989) *Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru listesinin Türkiye uyarlaması, sunum. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Ankara*.
- Garber HJ, Ananth JV, Chiu LC ve ark. (1989) *Nuclear magnetic resonance study of obsessive-compulsive disorder*. *Am J Psychiatry* 146:1001-1005.
- Goodman WK, McDougle CJ, Price LH ve ark. (1990) *Beyond the serotonin hypothesis: a role for dopamine in some forms obsessive compulsive disorder?* *J Clin Psychiatry* 51(suppl 8): 36.
- Gökler B (1995) *Gilles de la Tourette Sendromu ile birlikte bulunan bozukluklar. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2 (1): 35-39.
- Hodson RJ, Rachman S (1977) *Obsessional-compulsive complaints*. *Behav Res Ther* 15: 389-395.
- Hollender E, Schiffman E, Cohen B ve ark. (1990). *Sign of central nervous system dysfunction in obsessive-compulsive disorder*. *Arch Gen Psychiatry* 47: 27-32.
- Kurlan R, Como PG, Deeley C ve ark. (1993) *A pilot controlled study of fluoxetine for obsessive-compulsive symptoms in children with Tourette's syndrome*. *Clin Neuropharmacol* 16(2): 167-172.
- Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT ve ark. (1988) *The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity*. *J Am Child Adolesc Psychiatry*, 28: 566-573.
- Luxenberg JS, Swedo SE, Flament MF ve ark. (1988) *Neuroanatomical abnormalities in obsessive-compulsive disorder*. *Am J Psychiatry* 145: 1089-1093.
- Pauls DL, Leckman JF (1986) *The inheritance of Gilles de la Tourette's syndrome and associated behaviours: Evidence for autosomal dominant transmission*. *N Engl Med* 315:993-997.
- Pauls DL, Towbin Ek, Leckman JF ve ark. (1996) *Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder: Evidence supporting a genetic relationship*. *Arch Gen Psychiatry* 43: 1180-1182.
- Pauls DL, Raymond CL, Leckman JF ve ark. (1991). *A family study of Tourette's syndrome*. *Am J Hum Genet* 48: 154-163.
- Pauls D (1992) *The genetics of obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette syndrome*. *Psychiatr Clin North Am* 15(4): 759-766.
- Pitman RK, Green RC, Jenice MA ve ark. (1987) *Clinical comparison of Tourette's disorder and obsessive-compulsive disorder*. *Am J Psychiatry* 144: 1166-1171.
- Price RA, Kidd KK, Cohen DJ ve ark. (1985) *A twin study of Tourette syndrome*. *Arch Gen Psychiatry* 42:815.
- Ramussen SA, Tsuang MT (1986) *Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder*. *Am J Psychiatry* 143: 317-322.

- Ramussen SA, Eisen JL (1994) The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *Clin Psychiatry* 55 (suppl): 5-14.
- Riddle MA, Hardin MT, King R ve ark. (1991). Fluoxetine treatment of children and adolescent with Tourette's and obsessive-compulsive disorder: preliminary clinical experience. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 29:45-48.
- Robertson MM, Trimble MR, Less AJ (1988) The psychopathology of the Gilles de la Tourette syndrome: a phenomenological analysis. *Br J Psychiatry* 152: 383-390.
- Robertson MM (1994) Annotation: Gilles de la Tourette syndrome-an update. *J Child Psychol Psychiatry* 35: 597-611.
- Sandor P (1993) Gilles de la Tourette Syndrome: a neuropsychiatric disorder. *J Psychosom Research* 37(3):211-226.
- Steingard R, Dillon-Stout D (1992) Tourette's Syndrome and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 15(4): 849-860.
- Swedo SE, Rapoport JL, Cheslow DL (1989) High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with Sydenham chorea. *Am J Psychiatry* 146: 246-249.
- Wand RR, Matazow GS, Shady GA ve ark. (1993) Tourette Syndrome: Associated symptoms and most disabling features *Neuroscience Biobehavioral Reviews* 17: 271-275.
- Zaimoğlu S, Rodopman Arman A, Sabuncuođlu O (1995) Yale Genel Tik Ağırlığını Derecelendirme Olçeđinin güvenirlilik çalışması. sunum, 5. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Ankara.

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER

Özgür Öner*, Ayla Aysev**

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) belirtilerinin açıklanmasında yürütücü işlev bozukluklarının önemini vurgulamak amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu konudaki yayınlar ilk önce Medline'den taranmış, daha sonra aydınlatıcı olduğu düşünülen kitap ve makaleler gözden geçirilmiştir. **Sonuç:** Gözden geçirilen yayınların ortak noktası olarak, farklı tanımlamalara karşın, yürütücü işlevlerin DEHB belirtilerinin açıklanmasında önemli rol oynadığı görülmüştür. **Tartışma:** DEHB çocukluk çağının en sık rastlanan nöropsikiyatrik bozukluğudur. Bu bozukluk, ergenlik ve yetişkinlikte de büyük oranda devam etmesi ve çoğunlukla diğer bozukluklarla birlikte görülmesinden dolayı önemlidir. Pekçok kaynaktan elde edilen bilgilerde DEHB'de yürütücü işlevlerin bozulmuş olabileceğine ilişkin kanıtlar vardır. Yürütücü işlevler, prefrontal lob yerleşimli olan ve davranışın üst düzey belirleyicisi olduğu düşünülen işlevlerdir. Bu işlevleri ve bozukluklarını anlamak, DEHB'nin belirtilerini ve doğal gidişini gözlemlemek klinisyenlere yardımcı olabilir.

Anahtar Sözcükler: Dikkat eksikliği, hiperaktivite, yürütücü işlevler.

SUMMARY: ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AND EXECUTIVE FUNCTIONS

Objective: The purpose of this study is to state the importance of executive functions for explaining symptomatology of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). **Method:** First, all the relevant document is searched from Medline, and then the most explanatory documents are taken into account. **Results:** In spite of different definitions of executive functions, their role in ADHD seems clear. **Discussion:** ADHD is the most common neuropsychiatric problem of childhood. This disorder is important because it continues in adolescence and adulthood in a substantial part of patients and it has comorbidity with various disorders. There is evidence from a lot of sources about executive function deficits in ADHD. Executive functions are mediated by prefrontal cortex and are supposed to be the ultimate determinant of behavior. Understanding these functions and their deficits will be helpful for clinicians to observe the symptoms of ADHD and its natural course.

Key words: Attention deficit, hyperactivity, executive functions.

TANIMLAR

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocukluk çağının en sık görülen nöropsikiyatrik bozukluğudur. Okul çağı çocuklarının yaklaşık %3-5'inde bu bozukluk vardır. Erkek/kız oranı 4-9 arasında değişmektedir. Esas olarak belirtiler üç grup altında toplanabilir. Bunlar aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve dikkat eksikliğidir. Tanı için belirtilerden en az birisinin 7 yaşından önce başlaması ve her iki belirti grubundan (aşırı hareketlilik/dürtüsellik ve dikkat eksikliği) belli sayıda belirtinin bir arada bulunması gerekmektedir. Eğer bu iki gruptan

bir tanesinin ölçütleri karşılanıyorsa, o zaman o alt grubun baskın olduğu tipten sözedilir. Bozukluğun yaygınlığının vurgulanması açısından, en az iki farklı ortamda (örneğin ev ve okul gibi) belirtilerin ortaya çıkması gerekmektedir (APA, 1994).

DEHB'nun klinik önemi nedir? DEHB'nu üzerinde durulması gerektiren önemli bir konu yapan sebeplerden bir tanesi yaygınlığıdır. İkincisi ise ergenlik (%50-80) ve yetişkinlikte (%30-50) önemli oranda devam etmesidir (Barkley 1996, Weiss ve Hechtman 1993). Bu bozukluk, bireylerin sosyal yaşantısını, iş ve akademik yaşantılarını etkilemektedir. Ayrıca beraber olduğu bir çok bozukluk da (davranım bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, anksiyete bozuk-

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

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

luğu, duygudurum bozuklukları, tik bozukluğu gibi), tedaviyi etkileyerek ve gidişi değiştirerek bu durumun önemini arttırmaktadır (Biederman ve ark. 1991). Bu sebeplerden dolayı, bozukluğun etyolojisine yönelik temelde yatan düzenekleri açığa çıkartmak amacıyla bu konuda pek çok araştırma yapılmaktadır.

DEHB'daki temel bozukluklardan esas bozukluğun hangisi olduğu hakkındaki tartışmalar uzun zamandan beri devam etmektedir. Geçmişte bozukluk tanınmaya başlandıktan bir süre sonra önce aşırı hareketliliğin, daha sonra da dikkatsizliğin esas bozukluk olduğu öne sürülmüştür. Günümüzde ise bazı araştırmacılar tarafından esas bozukluğun prefrontal lob yerleşimli olduğu düşünülen yürütücü işlevlerde (executive functions) olduğu iddia edilmektedir.

Yürütücü işlevler kavramı ise tanım açısından araştırmacıların üzerinde tam olarak uzlaşamadıkları bir kavramdır. Bu tanımların bir değerlendirilmesini yapan Eslinger'e göre, yürütücü işlevlerin üzerinde en çok anlaşılan altı özelliği: kendini kontrol, davranışların sıralanması, esneklik, cevapların ketlenmesi, planlama ve davranışların düzenlenmesidir (Eslinger, 1996).

Yürütücü işlevler kavramı, frontal lobları hasar gören hastaların davranışlarının izlenmesiyle ortaya çıkmıştır. Bundan dolayı, yürütücü işlevler kavramının daha iyi anlaşılması için frontal korteksin daha iyi tanınması gerekir.

Frontal Korteks ve Hasarları:

Frontal korteksin ayrıntılı incelemelerinde, bu bölgenin farklı alt bölgeler içerdiği ortaya çıkmıştır. Frontal lobun üç kortikal parçası vardır. Bunlar motor-premotor, paralimbik ve heteromodal izokorteksten oluşur. Paralimbik ve heteromodal bölümlerin birleşimi, prefrontal korteksi oluşturur (Mesulam 1986).

Frontal lob hasarı olan hastaların incelenmesi, bu bölgenin işlevleri hakkında önemli bilgiler vermiştir. Grattan ve Eslinger (1991), çocuk ve yetişkinlerdeki frontal lob hasarlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında, çocuğun gelişim döneminin önemini vurgulamışlardır. Bu bölge 4-7 yaşlarında olgun hale gelir. Tam miyelinizasyonu

ise daha uzun sürer. Miyelinizasyonun en uzun sürdüğü beyin bölgelerinden biridir ve 20 yaşına kadar devam edebilir.

Aynı çalışmada bildirilen iki olgu örneği frontal korteks hasarlarının klinik bulgularını vermektedir: Birinci olguda konjenital ve idiopatik dejeneratif bir hastalıktan dolayı iki taraflı prefrontal lob atrofisi gelişmiştir. Çocuğun bilişsel değerlendirilmesinde ortalama bir zeka düzeyi bulunmuş; ancak soyutlama, planlama, bilişsel esneklik, kendini düzenleme (self-regulation) ve amaca yönelik davranışı devam ettirebilme gibi beceriler gerektiren ödevlerde başarısız olduğu izlenmiştir. Sosyal alanda, arkadaşlıkları ve yakın ilişkileri devam ettirmede zorlukları olduğu izlenmiş, bunun olumlu ya da olumsuz deneyimlerden bir çıkarım yapamamanın bir sonucu olduğu düşünülmüştür. Yetişkin dönemdeki uyumsuzluk, dürtüsellik ve uyumu sağlayabilme ya da davranışları değiştirme gerektiren durumlarda aşırı uyarılabilir, çabuk heyecanlanır olmaları nedeniyle uyum sağlayabilmeleri bozulmuştur. Bu zorluklar kendini 30 seneden fazla devam eden psikoseksüel gelişimde olgunlaşmama, iş hayatında başarısızlık ve kişiler arası ilişkilerde yüzeysellikle belli etmektedir. Sosyal alandaki sorunlarının, soyutlama ve davranışsal geri bildirimden yararlanma alanlarındaki eksikliklerinden oluştuğu düşünülmüştür. Bilişsel esneklik bozukluğuna bağlı olarak konuşurken konu değişimlerine dirençli ve rahatsız olduğu gösterilmiştir.

Uzun dönemli izlenen frontal lob hasarı olan ikinci olgu, sol prefrontal bölgesinde sebebi bilinmeyen bir kanamadan dolayı kraniyotomi yapılan 7 yaşında bir kız çocuğudur. Bu olaydan önce, çocuğun doğumu, gelişimi, sosyal, akademik ve duygusal olgunlaşması normaldir. Yetişkin dönemde değerlendirilmesinde ise zeka, dil ve bellek alanlarında normal sınırlarda olduğu saptanmıştır. Ancak, sürekli dikkat ve yoğunlaşma, bilişsel esneklik, karmaşık bilgilerin düzenlenmesi, yanıtların değerlendirilmesinde geri bildirim kullanılması, ileriki bir amaca göre planlama yapma gibi beceriler gerektiren ödevlerde başarısız olduğu görülmüştür. Akademik başarısı da beklenenin altındadır. Dikkati çeken bir nokta ise yapılandırılmış, bilginin onun için düzenlendiği ve dikkatinin

devamlı konu üzerinde tutulduğu ortamlarda çocuğun bilişsel becerilerinin daha iyi olmasıdır. Kendi kendine sözel komutlar vermesinin bozuk olduğu görülmüş, bunun lezyonun sol tarafta yerleşmiş olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Yavaş öğrenme dışında, bu çocuğun bilişsel becerileri ve sosyal davranışları ergenliğe kadar belirgin bir bozukluk göstermemiştir. Ergenlikten sonra ise bilişsel, duygusal ve sosyal alanlarda öğrenmesinde ciddi sorunlar görülmeye başlanmıştır. Bu bozukluklar devamlı dikkat gerektiren, çelici uyaranlar içeren ya da organize edilmiş, çok basamaklı problem çözümü gerektiren ödevlerde belirginleşmiştir. Ergenlik ve genç yetişkinliği boyunca çalışma hayatı verimsiz, ilişkileri yüzeysel, cinsel ve sosyal ilişkileri uygunsuz, yargılaması bozuk ve günlük işlerini tamamlamada beceriksiz olduğu gözlenmiştir. Duygusal ve sosyal gelişimini engelleyen öğenin bilişsel yapısındaki bozulma olduğu düşünülmüştür. Burada ilginç bir nokta da, bozuklukların hasardan uzunca bir süre sonra ortaya çıkmasıdır.

Bu iki olgu ve benzer birçok çocuk ve yetişkinin incelenmesiyle, prefrontal korteks lezyonlarına bağlı bulgular açıklık kazanmaya başlamıştır. Bu olguların herbiri değişik özelliklerle görülebilirler, hatta aynı olguda bulgular farklı zamanlardaki muayeneler sırasında değişebilir. Özgül davranışsal sorunlar lezyonun büyüklüğüne, doğasına, gelişim hızına ve yerine bağlıdır. Ancak bu olgulardaki önemli bir ortak özellik, belirtilerin daha çok yeni ortamlarda ve yanlış cevap olasılıkları arasından seçim yapmayı gerektiren durumlarda ortaya çıkmasıdır. Bu kişiler onlara verilen görevi anlamalarına rağmen perseverasyon, görevle ilgili davranışların araya girmesi, göreve başlayamama ya da devamlılık olmaması nedeniyle görevi yerine getiremezler. Amaca yönelik davranışlardaki bu bozukluk algı, dil ya da bellekteki bozukluklarla açıklanamaz. Dış uyaran ne denli olursa belirtiler o denli çok ortaya çıkar. Bundan dolayı prefrontal korteks, davranışın 'yürütücüsü' olarak kabul edilir (Pennington ve Ozonoff 1996). Ayrıca, Grattan ve Eslinger (1991)'e göre, frontal lob hasarlarının en ayırıcı özelliği yol açtıkları sosyal bozukluklardır. Bu durum bilişsel bozukluğa bağlı olarak geri bildirimlerden öğrenmeyi başaramamaya bağlı olabilir.

Prefrontal Korteks Hasarının Değerlendirilmesi:

Prefrontal Korteks Hasarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmalarda bu bölge hasarlarında yürütücü işlevlerin değerlendirilmesi önemlidir. Zeka bölümü (ZB) değerlendirilmesi bu hastalarda önemli bir bilgi vermez ve genelde ZB değerleri normal sınırlardadır. Frontal lobla karşılıklı ilişkisi olan bazal ganglionlar gibi bölgelerin hasarlarında da yürütücü işlev bozukluğu gelişebilir ve frontal lob hasarlarında yürütücü işlev bozukluğu dışındaki işlevlerde de (örneğin, kokuları ayırma) bozulmalar olabilir. Bu noktalar değerlendirme sırasında gözletilmelidir.

Prefrontal korteks hasarlarına daha duyarlı olan değerlendirmeler planlama, bu planı ilerideki bir amaç için devam ettirebilme ve ilişkisiz hareketleri inhibe edebilme becerisi isteyen ödevler kullanılarak yapılan değerlendirmelerdir. Bu tip testlerden ilki Wisconsin Kart Sıralama Testi'dir (Wisconsin Card Sortin Test, WCST). Bu testte önceden deneye bildirilmeden kartların uygun sıralama kuralları değiştirilmekte ve bireyin verilen geri bildirimlerden doğru kart sıralama şeklini bulup uygulaması beklenmektedir. Deneyin olumsuz geri bildirimle rağmen, eski sıralama kuralına göre sıraladığı kart sayısı perseverasyon değerini verir (Heaton 1981). Esas kullanılan değer de budur. WCST'den başka Tower of Hanoi (TOH), Benzer Şekilleri Eşleme Testi (Matching Familiar Figures Test, MFFTR, Trail-making Test B bölümü, Stroop, Go- NoGo gibi testler duyarlı bulunmuştur. Bu testler ve geçerlilikleriyle ilgili ayrıntılı bir tartışma Pennington ve Ozonoff'un derlemesinde bulunabilir (Pennington ve Ozonoff 1996).

Yürütücü İşlevler Kavramı

Daha önce de belirtildiği gibi, yürütücü işlevler kavramı farklı araştırmacılar tarafından farklı şekillerde betimlenmektedir. Welsh ve Pennington'a göre, "yürütücü işlevler ilerideki bir amaca ulaşabilmek için uygun problem çözümünü devam ettirebilme becerisidir". Bu problem çözümü içerisinde bir cevabı inhibe edebilme ya da daha uygun bir zamana erteleyebilme becerisi, hareket sırasının stratejik planı ve bellekteki

ödevle ilgili bilgileri de içeren görevin zihinsel bir simgesini devam ettirebilme yer alır. Bilişsel psikolojide, yürütücü işlev kavramıyla, sınırlı kapasiteli merkezi işleme sistemi kavramları birbirine yakındır (Welsh ve Pennington 1988).

Denckla'ya göre ise "yürütücü işlevler kavramı zaman içinde bilişsel işlemlerin düzenlenmesi ve birleştirilmesi amacını taşıyan, ketlenme ve cevabın geciktirilmesini içeren bir kontrol işlemdir. Davranışsal cevapların sıralaması, karışıklığın (interferansın) önlenmesi, beklentiye göre hazırlık yapılması gibi işlemleri içerir. Değişik bilişsel işlevlerde merkezi durumdadır ve çocukluktan yetişkinliğe geçiş esas olarak yürütücü işlevlerin gelişimiyle olur (Denckla 1996).

Hayes ve arkadaşlarına göre "yürütücü işlevler, ani ve alışılmış cevapların geçerli olmadığı durumlarda devreye girer. Böyle durumlarda bireyler yeni kurallar üretmelidir. Burada da sözel kendini düzenlemenin çok önemli bir rolü vardır. Bu, kişinin davranışsal cevaplarını özgül sözel uyarılarla düzenlemesi demektir (Hayes ve ark. 1996). Barkley'e göre "yürütücü işlevler dikkat etmenin özgül bir şeklidir. Bireyin yaşamındaki gelecekteki olayları değiştirme işlevi vardır. Burada olaylar, cevaplar ve sonuçlar arasında bir zamanın geçmesi tipiktir. Yürütücü bir işlevin başlaması için, olası diğer cevapların ketlenmesi ve geciktirilmesi şarttır. Barkley'e göre ketlenmeyle yürütücü işlev arasında önemli bir bağ olduğunu görmekteyiz (Barkley 1996b).

Yürütücü İşlev Bozukluklarının Sosyal Yönleri

Eslinger'e göre bu konu fazla ele alınmamış olsa da yürütücü işlev bozuklukları olan yetişkin ve çocukların en ayırt edici yönü sosyal işlev boyutundadır. Öte yandan, davranışın sosyal ve bilişsel yönlerini karşılaştıran ve oluşabilecek bozuklukları açıklayan bir yürütücü işlev modeli henüz yoktur. Bu hastalardaki sosyal bozukluklar çok değişik şekillerde olabilmesine rağmen, sıklıkla şu ortak özellikler görülür: ben merkezci ve talepkar davranışlar, sosyal destek yoksunluğu, dürtüsel konuşma ve hareketler, ketlenmenin kalkması, künt, kayıtsızlık ve eş duyum yoksunluğu (Eslinger 1996). Grattan ve arkadaşlarına göre (1995), sosyal bilişsel sistemler ara-

sında da yürütücü işlev gösterenler vardır. Güçlü yürütücü özellik gösteren dört sosyal ve kişiler arası davranış ise; sosyal kendini düzenleme (self regulation), sosyal olarak kendinin farkında olma (self awareness); sosyal duyarlılık ve dikkati çekme (saliency)dir. Bu sosyal yürütücüler işlevsel olurken gelişimsel ve patofizyolojik değişkenlerden etkilenirler. Bunlar arasında kişilik özellikleri, eğitim, bilişsel kapasite, sosyal sistem yer alır.

DEHB'da Yürütücü İşlev Bozukluklarıyla İlgili Bulgular

Pek çok araştırmacı, frontal lob lezyonlarında görülen aşırı hareketlilik, dikkatin kolay dağılması ya da dürtüsellikle DEHB bulgularının benzerliğini farketmiştir. Bundan dolayı DEHB ile frontal lob işlevlerinin birbiriyle ilişkili olduğu düşünülmüştür. Pennington ve Ozonoff'un 1997 yılında bu konuyu gözden geçiren yazısında, DEHB'daki yürütücü işlev bozukluklarıyla ilgili yapılan çalışmalar özetlenmiştir. Buna göre, yazarların ölçütlerine uygun olan 18 çalışmadan 15'inde DEHB olan çocuklarda yürütücü işlev bozukluğu saptanmıştır. Bu çalışmalarda toplam 60 yürütücü işlev ölçümü kullanılmış ve DEHB olan grubun bunların 40'ında (%67) belirgin olarak kötü performans gösterdiği izlenmiştir. Tersine, kontrollere göre hiçbir ölçümde DEHB olan çocuklar daha başarılı bulunmamıştır. Yürütücü işlev testlerinin arasında DEHB için duyarlılıkta belirgin farklar olduğu görülmüştür. WCST çok duyarlı bulunmazken (ortalama etki büyüklüğü 0.45), Tower of Hanoi (TOH), Benzer Şekilleri Eşleme Testi (MFFT), Stroops testi daha duyarlı bulunmuştur. Ayrıca saf motor inhibisyon testleri de duyarlıdır (Go, No-Go, Antisaccades gibi). Bunun yanında DEHB olan çocukların sözel belleklerinde kontrollere göre bozukluk bulunmadığı görülmüştür. Bu, öğrenme güçlüklerinden ayırt etmede faydalı bir bulgu olabilir.

DEHB'daki yürütücü işlev bozukluğu bulguları yaşa, cinsiyete, ZB değerine, sosyoekonomik duruma, etnik özelliklere bağlı değildir; beraberrinde görülen öğrenme güçlüğü ya da davranış bozukluğu ile açıklanamaz.

Yürütücü işlev bozukluklarını değerlendirmeye yönelik test sonuçlarına göre DEHB olgularının doğru sınıflandırılıp sınıflandırılmayacağı değerlendirilmiş, ortalama doğru sınıflama %80.1 olarak bulunmuştur. Bu, DEHB için % 70.3, normal kontroller için ise %84'dür. Yani, özgüllük (specificity) duyarlılıktan daha (sensitivity) yüksektir. Buna göre testler normalleri ayırmada, DEHB olanların tanılarını desteklemekten daha başarılıdır. Düşük duyarlılık bozukluğun heterojenliğine bağlı olabilir. Kullanılan bilişsel testlerde DEHB olgularının büyük bir kısmı bozukluk gösterir, ancak önemli bir azınlıkta bozukluk görülmez. Bu azınlıkta olguların çoğunda olan bilişsel bozukluk testler tarafından saptanamayacak kadar hafif olabilir ya da onlarda bu bozukluk yoktur; DEHB belirtileri başka bir nedenle, örneğin başka bir birincil eşzamanlı bozukluğa bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. (Pennington ve Ozonoff 1997).

Bulguların DEHB'ye Uygulanması:

Bu bulgular, DEHB'da yürütücü işlevlerle ilgili bazı bozuklukların olduğunu göstermektedir. Barkley (1997)'e göre yürütücü işlevler için gerekli ilk basamak ketlenmedir. Ketlenme, devam eden cevapların ve davranışların durdurulmasını ya da ertelenmesini sağlar. Böylece, yürütücü işlevler davranışı düzenlemek için gerekli bilişsel alanı ve zamanı kazanmış olurlar. Bu kazanılan zaman içinde dört yürütücü işlev (çalışma belleği, dilin içselleştirilmesi, duygulanım - motivasyon - uyarılabilirliğin düzenlenmesi ve yeniden yapılandırma) etkili olarak görev yapabilir. Eğer bu ketlenme olmazsa, yürütücü işlevler görev yapamaz ve amaca yönelik davranış gerçekleşemez. Bu durumda da dikkat eksikliği ortaya çıkar.

Ketlenmeyle kazanılan zaman süresince duygulanım iletinin içeriğinden ayrılır, böylece bireyin verdiği cevap duygu yüklü olmasından daha başarılı ve uyuma yönelik olur. İletin zihinsel bir imgesi oluşturulur ve bu çalışma belleğinde tutularak daha uzun süre analiz edilir, önceki bilgilerle karşılaştırılır. Bir iletinin etkisinin, onun zihinsel simgesini oluşturarak uzatma (prolongation) kavramı, Piaget'in nesne devamlılığı ve korunum kavramlarıyla ve Penning-

ton'un çalışma belleği kavramıyla benzerlik gösterir. Daha sonra zihinsel imgesi oluşturulan iletinin analiz ve sentezi gerçekleştirilir. DEHB olan olgularda bu basamakların ketlenme eksikliğine bağlı olarak yeterli derecede gerçekleştirilememesi sebebiyle bu çocukların içsel (internal) kontrolleri dış kontrolden daha zayıftır, davranışları daha fazla dışarıdan hemen gelen ödüllere bağlıdır, yönergelere uymakta zorlanırlar, görevin arasında bekleme süreleri olursa görevi başarıyla tamamlama şansları azalır, nörolojik silik bulgular muayenesinde farkedilecek şekilde motor koordinasyon bozulur (Barkley, 1997).

Barkley'in modelinde yürütücü işlevlerden biri olarak yer alan duygulanım - motivasyon ve uyarılabilirliğin düzenlenmesi bozuk olduğundan, duygusal tepkilerde aşırılık, hayal kırıklığına dayanmada azalma ve duygusal olarak kendini kontrolde zorlanma ortaya çıkar. Hasta diğerlerini umursamaz. Sosyal ilişkilerinde daha saldırgan, duygularına göre hareket eden ve olumsuz bireyler olurlar (Barkley, 1997). Bu görüş, Eslinger'in yürütücü işlev bozukluklarının sosyal yönleriyle ilgili görüşleriyle önemli benzerlikler taşımaktadır.

Pennington'un 'çalışma belleği' kavramı da önemlidir. Bu kavrama göre, çalışma belleği ortamla ilgili bilgileri geçici olarak kendisinde tutarak, bunların iletişimini sağlayan sınırlı kapasiteli bir alandır. Bu alanı oluşturan elemanların kendi içinde bağlantıları olduğu gibi alanın da diğer beyin bölgeleriyle ilişkisi vardır. Bu, beyinin bazal gangliyonlar gibi prefrontal korteks dışındaki bölümlerinin hasarlarında da nasıl yürütücü işlevlerin bozulduğunu açıklar. Bu alanda değişik bilgiler değişik bölgeleri kullanabilir. Bilgiler, bir süre sonra alandan silinmelidir. Bu, karışmanın (interferansın) önlenmesi için gereklidir. Ayrıca aynı modele göre, sistemin uyarılması beyin sapından gelen dopaminerjik fibrillerle belirlenir. Bu ise dopamine etkili ilaçların nasıl belirtileri düzelttiğini açıklamaya yarar (Pennington ve ark. 1996).

DEHB'nun nörobiyolojisi oldukça iyi bilindiğinden, bu bozuklukta yürütücü işlev bozukluklarının birincil olup olmadığı araştırılmaktadır. Eğer alta yatan nörokimyasal dengesizlik dü-

zertilince yürütücü işlevler normale dönüyorsa, bu yürütücü işlev bozukluklarının DEHB'da birincil rolü olduğunu gösterir. Eğer bu bulgular, davranım sorunlarıyla geçen bir yaşama ikincil ise tedaviyle büyük oranda düzelmesi beklenmez. Bu güne kadar bu konuda yapılan çalışmalar stimulan tedavisiyle bazı yürütücü işlev testlerinin normale döndüğünü göstermektedir (Schachar ve Logan 1990, Schachar ve ark. 1993). Altta yatan bir ketlenme eksikliği DEHB'deki davranım sorunlarını oldukça iyi açıkladığından, DEHB'da yürütücü işlev sorunları birincil gözükmemektedir.

Tartışma:

DEHB'da yürütücü işlevlerin bozuk olduğunu düşündüren bilgiler hem bu işlevlere duyarlı olduğu düşünülen testlerle yapılan ölçümlerle, hem de frontal lob hasarı yapılan kişilerin incelenmesinden elde edilmektedir. Yürütücü işlevler kavramı ışığında DEHB bulguları tekrar gözden geçirildiğinde, bu kavramın önemi ortaya çıkmaktadır. Bu, hem bozukluğun belirtilerinin anlaşılmasında, hem de olası sonuçlarının değerlendirilmesinde önemlidir. Frontal lob hasarı olan çocuk, yetişkin ve hayvanlarla olan çalışmalar, gelişimsel dönemin önemini ortaya koymuştur. İlerleyen dönemlerde özellikle sosyal alandaki güçlüklerin belirginleşmesi dikkat çekicidir. Eğer frontal ve özellikle de prefrontal lobla DEHB arasında gerçekten güçlü bir ilişki varsa, DEHB'nun seyrinin de diğer frontal lob bozukluklarına benzerlik göstermesi beklenebilir. Bu durumda, ilerleyen senelerde DEHB'nun en önde gelen belirtisinin sosyal alanda yaşanan güçlükler olması gerekir. Bu, yetişkin DEHB olan olgularla çalışılarak daha iyi açıklanması gereken bir durumdur.

Sonuç:

DEHB belirtilerinin, ve bozukluğun gidişinin daha iyi gözlemlenebilmesi için yürütücü işlevler kavramı ve bu kavramın çıkarsamaları faydalı olabilir. Gelişimin değişik dönemlerinde yürütücü işlev bozukluklarının ortaya çıkış biçimi tahmin edilebilirse, DEHB olan çocukların değişik yaş ve gelişim dönemlerinde göstereceği

belirtiler de tahmin edilmiş olur. Bu şekilde yürütücü işlevlerin bozuk olduğunu düşündüren özellikle ergenlikte ve yetişkin dönemde görülen olguların tanınması da kolaylaşacaktır.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition), Washington, DC, American Psychiatric Association.*
- Barkley RA (1997): Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. Psychol Bul 121:65-94.*
- Barkley RA (1996a): Attention deficit/hyperactivity disorder. Child Psychopathology içinde, EJ Mash, RA Barkley (eds.), Guilford, New York. s:63-112.*
- Barkley RA (1996b): Linkages between attention and executive functions. Attention, Memory and Executive Functions içinde, GR Lyon, NA Krasnegor (eds.), Paul H Brookes, Baltimore, s:307-327.*
- Biederman J, Newcorn J, Sprich S (1991): Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. Am J Psychiatry 148:564-577.*
- Denckla MB (1996) A theory and model of executive function: a neuropsychological perspective. Attention, Memory and Executive Functions içinde, GR Lyon, NA Krasnegor (eds.), Paul H Brooks, Baltimore, s:263-279.*
- Eslinger PJ (1996) Conceptualizing, describing and measuring components of executive function: A summary. Attention, Memory and Executive Function içinde, GR Lyon ve NA Krasnegor (eds.), Paul H Brooks, Baltimore, s: 367-397.*
- Eslinger PJ, Grattan LM, Geder L (1995): Impact of frontal lobe lesions on rehabilitation and recovery from acute brain injury. NeuroReh 5: 161-182.*
- Grattan LM, Eslinger PJ (1991): Frontal lobe damage in children and adults: a comparative review. Dev Neuropsychol 7:283-326.*
- Hayes SC, Gifford EV, Ruckstuhl LE (1996): Relational frame theory and executive function: a behavioral approach. Attention, Memory and Executive Functions içinde GR Lyon, NA Krasnegor (eds.), Paul H Brooks, Baltimore, s: 279-307.*

Heaton RK (1981): *Wisconsin Card Sorting Test Manual*. Psychological Assessment Sources, Odessa, FL.

Mesulam M (1986): Frontal cortex and behavior. *Ann Neurology* 19: 320-325.

Pennington BF, Benetto L, McAleer O, Roberts RJ Jr (1996): Executive functions and working memory: Theoretical and measurement issues. *Attention, Memory and Executive Functions* içinde GR Lyon, NA Krasnegor (eds.). Paul H Brooks, Baltimore, s: 327-349.

Pennington BF, Ozonoff S (1996): Executive functions and developmental psychopathology. *J Child Psychol and Psychiatry* 37: 51-87.

Schachar R ve Logan GD (1990): Impulsivity and inhibitory control in normal development and childhood psychopathology. *Dev Psychopathol* 26: 710-720.

Schachar R, Tannock R, Logan GD (1993): Inhibitory control, impulsiveness and attention deficit hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev* 13: 721-739.

Weiss G, Hechtman LT: (1993) *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults* (2th edition). Guilford, New York.

Welsh MC, Pennington BF (1988): Assessing frontal lobe function in children: views from developmental psychology. *Dev Psychol* 4: 199-230.

Wels MC, Penninton BF, Groisser DB (1991): A Normative - developmental study of executive function: a window on prefrontal function in children. *Dev Neuropsychology*. 7: 131-149.

GÖRÜŞLER

1 ARALIK DÜNYA AIDS GÜNÜ

DİNLE, ÖĞREN, YAŞA!

Dünya 1981 yılında AIDS hastalığı ile ilk kez tanıştığında çoğunluk bu hastalığın cinsel sapmaları olan bir grubun hastalığı olduğunu düşünüyor ve kendilerinden çok uzaklarda bulunduğunu sanıyordu.

1999 yılına gelindiğinde iki önemli gerçekle karşılaşıldı. Bunlardan ilki başlangıç yaşının 20 yaştan 15 yaşa düşmesi, ikincisi de kadın/erkek oranının eşitlenmesiydi. Bu gerçekler AIDS'in bizlerden ve çocuklarımızdan çok da uzaklarda olmadığını gösterdi. Aslında dünya bu tabloyu 1997 yılının sloganının "AIDS"li bir dünya da yaşayan çocuklar", 1998 yılı sloganını da "Gençler: değişimin gücü" olarak belirlemişti. 1999 yılı sloganı ise adeta AIDS tedavisinde ki çaresizliği ve tek çarenin korunma olduğunu haykırıyordu: "DİNLE, ÖĞREN, YAŞA!"

2000 yılından önceki dünya AIDS gününde dünya ve biz neredeyiz? Birçok insanın düşündüğü gibi daha sık görülen ve ölüm nedeni olan hastalıklar varken HIV/AIDS uğraşılması ve emek harcanması gereksiz bir olgu mudur? Yoksa aşısı, tedavisi olmayan ve eldeki tedavi yöntemleri de çok pahalı olan, tek çarenin korunmak olduğu bilinen ve korunmanın o kadar da zor ve masraflı olmadığı bir sorunu ortadan kaldırmak için yalnızca insanları eğitmeye çalışmak; bir anlamda geleceği önceden görüp değiştirme çabası mıdır? Belki de gerçek bu denli basit: Dinle, öğren, yaşa!

Bu kararı verebilmemizde yardımcı olacak bulgulara bakmak bir hekim için bile ürkütücü olabiliyor. 1998 yılı içinde 3 milyondan fazla genç insan HIV ile enfekte olmuştur. Bu gençlerin yaklaşık 600 milyonu 15 yaşın altında, 2,5 milyondan fazlası da 15-24 yaşları arasındadır. Yani 1998 yılında da her gün, her 6 dakikada bir 8500 çocuk ve ergen HIV ile enfekte olmuştur. Yine 1998 yılında 33,4 milyon insan HIV(+) olarak yaşamıştır ve bunların %43'ü kadındır. Bu kadınların %25-35'i hamilelikleri sırasında ya da emzirirken çocuklarına HIV bulaştırmıştır. 1981 yılından beri HIV ile enfekte olmuş 15 yaş altında 4 milyondan fazla çocuğun %90'ı virüsü annelerinden almıştır. Çocuklarda hastalığın gidişi daha kötü olduğundan bu çocuklardan çoğu hastalıktan ölmüştür. 1998 yılında AIDS'den ölen 2,5 milyon insanın 510 milyonu 15 yaş altındadır.

Dünya Sağlık Örgütü cinsel ilişki kurma yaşının gittikçe düştüğünü saptamıştır. Her yıl kesin sayısı tam bilinmeyen yüzlerce çocuk yakınları ve yabancılar tarafından cinsel istismara uğrama riski altındadır. Tüm dünyada en az 100 milyon çocuk ve ergen her tür saldırıya açık bir şekilde sokaklarda çalışmakta ve yaşamaktadır. Bunların sonucunda HIV ile enfekte olanların 1/3'ü 15 yaş civarındadır. 1998 yılında her gün her dakika 5 den fazla 15-24 yaş arası kadın ve erkek genç insan HIV ile enfekte olmuştur.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nun Haziran 1999 sonu resmi sayılarına göre 928 HIV (+) insan vardır. Bunların 25 tanesi 19 yaşın altında ve 137 tanesi 20-24 yaşları arasındadır. 14 yaş altında transfüzyonla ya da ailelerden bulaşla HIV(+) olan bilinen çocuk sayısı 20 dir. 2000 yılına girerken bilinmeyenve korunmasız ilişkiler sonrasında HIV(+) doğmaya aday bebekler beklenmektedir.

Evet! Çocukları elimizde aşısı olan ve tedavi edilebildiğimiz hastalıklardan koruyalım ve ölmelerine izin vermeyelim. Ama yeni bir yüzyıla başlarken değişen değerler sonucu gittikçe artan ve korunma dışında savaşmak için hiç bir silahımız olmayan, enfekte olduktan sonra kurtaramadığımız, yaşadıkları süreyi acılar içinde ve toplumdan dışlanmış bir şekilde geçirmeye mahkum çocuklarımızı ve annelerini HIV/AIDS için eğitelim.

1998 yılı sloganın açıklamalı şekline birkez daha bakalım:

Dinle: Çocukların ve gençlerin görüşlerini ve ilgi alanlarını duy ve yaşamlarında nelerin önemli olduğunu anla.

Öğren: HIV enfeksiyonundan korunma yolları için onları destekle, katılımlarını sağla.

Yaşa: Tüm dünya çocuk ve ergenleri hakları doğrultusunda; enfeksiyonlardan korundukları, HIV/AIDS olanların bakıldığı ve ayrımcılıkların engellendiği bir dünyada yaşamalıdır.

Hekim olarak, aydın olarak koruyucu hekimlik adına, çocuklarımızın geleceği adına 2000 yılında öğrenelim, öğretelim ve yaşatalım.

Doç. Dr. Z. Bengi Semerci

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 6(2) 1999

YENİ YAYINLARDAN ÖZETLER

Başa Çıkması Zor Okul Öncesi Çocukların Orta Çocukluk ve Erken Ergenlikteki Tanısal Durumları ve Semptomatik Davranışları

Pierce EW, Ewing LJ, Campbell SB (1999) Diagnostic status and symptomatic behavior of hard-to-manage preschool children in middle childhood and early adolescence. *J Clin Child Psychol* 28:44-57.

Bu çalışmada araştırmacılar tarafından izlenen iki ayrı kesitsel örneklemin 10 ve 7 yıllık izlem sonuçları açıklanıyor. Her iki grupta da aileleri tarafından 3 yaşında iken 'başa çıkılması zor' olarak tanımlanan çocuklar ve normal kontrol grubu kullanılmıştır. 3 yaşındaki, ilk değerlendirme için yapılandırılmış görüşme olmadığından standart gözlem ve ebeveynin doldurduğu ölçekler kullanılmıştır. Diğer değerlendirmelerde ise tanısal görüşmeler ve yaşa uygun ölçekler kullanılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre izlemde her iki örneklemden önemli oranda çocuğun dışa yönelim sorunları gösterdiği görülmüştür. İçe yönelim sorunlarında ise normal kontrollerle anlamlı fark bulunmamıştır. Her iki örneklem için okula başlangıç sırasında yakınmaların devam etmesinin gelecekteki dışa yönelim sorunları için yordayıcı olduğu görülmüştür. 6 ve 9 yaşlarında sorun gösteren çocukların 13 yaşında sorun gösterme oranı %94 olarak bulunmuş ve bu, sorunların orta çocuklukta stabil hale gelmesinin sorunlarının ergenlikteki devamına yol açtığı şeklinde yorumlanmıştır. Öte yandan okula başladıklarında belirti göstermeyen çocuklarda ilerisi için risk artmıştır. Devam eden dışa yönelim sorunları zamanla içe yönelim sorunlarına yol açmaktadır. Sorunların devamını yordayan etkenler ilk başvurudaki yakınmaların şiddeti ve iyi işlev göstermeyen aile ortamıdır. Bu bilgilere dayanılarak okul öncesi dönemde dışa yönelim yakınmalarıyla getirilen çocuklara ve ailelere yönelik koruyucu ve tedavi edici yaklaşımların önemi vurgulanmıştır.

Dr. Özgür Öner

Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Olan Okul Öncesi Erkek Çocukları: Klinik Görünüm ve Tanısal Değişim

Speltz ML, McClellan J, DeKlyen M, Jones K (1999) Preschool boys with oppositional defiant disorder: clinical presentation and diagnostic change. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38:838-845.

İlk olarak okul öncesi dönemde tanı konulan karşıt olma karşı gelme bozukluğunun klinik görünümü ve gidişi iyi bilinmemektedir. Bu amaçla 4-5.5 yaşları arasındaki DSM-III-R'ye göre karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) tanısı konan 79 çocuk iki yıl sonra tekrar değerlendirilmiştir. Bunun için öğretmen ve ebeveyn ölçekleriyle yapılandırılmış görüşme (DISC) kullanılmıştır. İki yıllık izleme sonunda olguların %76'sında KOKGB, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ya da her ikisi birden saptanmıştır. Bu çocukların %25'inde başta anksiyete ve duygudurum bozuklukları olmak üzere diğer tanılar konmuştur. Davranım bozukluğuna fazla rastlanmamıştır. Bu durum olguların yaşının küçük olmasına bağlanmıştır. KOKGB ile beraber olan DHEB'nun gelecekteki patalojiyi yordamada önemli olduğu belirtilmiştir. Bu bulgulara dayanılarak okul öncesi dönem çocuklarda KOKGB tanısının güvenilir şekilde konabileceği ve özellikle DEHB ile beraber olan olguların gelecek yaşantılarında psikopatoloji yönünden yüksek risk altında olduğu sonucuna varılmıştır.

Dr. Pınar Öner

Ergenlerde Elektrokonvulsif Tedavi: Tedavi Uygulananların Deneyim, Bilgi ve Tutumları

G Walter, K Kosner, JM Rey (1999) Electroconvulsive therapy in adolescents: Experience, knowledge, and attitudes of recipients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(5): 594-599

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 6(2) 1999

Bu yazıda ergenlik döneminde elektrokonvülfif tedavi alan bireylerin elektrokonvülfif tedavi (EKT) ile ilgili bilgi, deneyim ve tutumlarını belirlemek amaçlanmıştır. 1990-1998 tarihleri arasında Avusturalya'da New South Wales bölgesinde yapılan bu çalışmada 19 yaşından önce EKT almış olanlara telefon aracılığıyla 53 maddelik bir liste uygulanmıştır. 26 hasta ile görüşme yapılmış ve EKT ile ilgili deneyim ve düşüncelerin genel olarak olumlu olduğu sonucuna varılmıştır. Olguların %50'si EKT'nin yararlı olduğunu ifade etmişlerdir. Yaklaşık olguların dörtte üçü hastalıklarının EKT ya da farmakoterapiden daha kötü olduğunu belirtmişlerdir. Hatırlanan yan etki sıklığı EKT ve ilaç için benzerdir. Hastaların küçük bir bölümü EKT aldıklarını gizli tutma eğilimindedirler. Büyük bir çoğunluğu EKT'nin yasal ve mantıklı bir tedavi olduğunu, gerektiğinde yeniden bu tedaviyi alabileceklerini ve başkalarına da tavsiye edebileceklerini belirtmişlerdir.

Bulgular ciddi ruhsal hastalığı olan ergenlerde EKT'nin etkili ve güvenilir bir tedavi olduğunu desteklemektedir. Araştırmada görüşme yapılan eski hastalar tarafından sıklıkla bildirilen olumlu deneyim ve tutumların ergen hastalar, aileleri ve sağlık ekibinin EKT'ye güvenlerini artıracakı düşünölmektedir.

Dr. Elvan Karacan

Çocuk ve Ergenlerde İhmal ve İstismar Araştırmaları: Son 10 Yılın Gözden Geçirilmesi, Bölüm 1: Fiziksel ve Duygusal İhmal ve İstismar

SJ Kaplan, D Pelcovitz, V Labruna (1999) Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38(10): 1214-1222.

Bu yazıda çocuk ve ergenlerde fiziksel ve duygusal ihmal ve istismara ilişkin 1988-98 yılları arasında yayınlanan 10 yıl içindeki yazın bilgisi gözden geçirilmiştir. Yazıda ihmal ve istismarın tanımlanması, epidemiyolojisi, fiziksel istismar ve buna bağlı; ilişki sorunları, bilişsel, akademik

yetersizlik, agresyon, intihar ve risk alma davranışları, psikiyatrik bozukluklar, psikobiyolojik özellikleri (hormonal, uyku ve elektrofizyolojik bozukluklar gibi) ile duygusal ihmal ve istismara ilişkin belirlenen zaman içindeki bilgi birikimi aktarılmıştır. İhmal ve istismara uğrayan çocuklara psikoterapötik yaklaşımlar ve ilaç tedavileri üzerinde durulmuştur.

Geçen son on yıl içinde ihmal ve istismar ile ilgili klinik belirtileri anlamada belirgin ilerlemeler sağlanmıştır. Ancak önleme ve müdahaleye yönelik araştırmalar görece azdır ve sıklıkla önemli yöntemsel sınırlılıkları bulunmaktadır. Gelecek on yıl içinde çocukta ihmal ve istismar araştırmaları, psikoterapötik ve psikofarmakolojik tedavi yöntemlerinin etkinliğini belirlemeye ve süreci etkileyen etkenleri anlamaya odaklanacaktır. Bu araştırma ve çalışmalar artan sayıdaki merkezlerce de desteklenmelidir.

Dr. Elvan Karacan

Juvenil Bipolar Bozuklukta Risperidon Tedavisi: Geriye Dönük Kayıt Taraması

Fraizer JA, Meyer MC, Biederman J ve ark. (1999) Risperidon treatment for juvenile bipolar disorder: A retrospective chart review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38(8): 960-965.

Juvenil bipolar bozukluklarda kullanılan duygu durum düzenleyicilerinin (Lityum karbonat, karbamazepin, valproik asit) yavaş etki etmeleri ve yüksek tekrarlama oranı, tipik nöroleptiklerin ekstrapiramidal yan etkilerinin fazla olması nedeni ile bu hastalık grubunda atipik nöroleptiklerin hem dopaminerjik hem de serotinerjik etkilerinden dolayı uygun olabileceği düşünülmüştür. Bu araştırma "Risperidon etkili ve güvenli bir ilaçtır" varsayımına dayanılarak planlanmıştır.

DSM-IV tanı ölçütlerine göre Juvenil bipolar bozukluk tanısı konan 28 çocuk ortalama 6 ay süre ile (6.1±8.5 ay), ortalama 1.7 mg (1.7±1.3) risperidon kullanmış ve ayda en az bir kere kontrolleri yapılmıştır. Eşlik eden tanılara yönelik de tedavi verilmiş, yan etkiler takip edilmiştir.

Tedaviye yanıt Klinik Etkilenme Ölçeği (Clinical Global Impression Scale - CGI) ile değerlendirilmiş ve mani psikoz, saldırganlık ve dikkat azlığı hiperaktivite bozukluğu ayrı olarak ele alınmıştır. Mani ve saldırganlık belirtilerinde %82, psikotik belirtilerde %69, DEHB belirtilerinde %8 azalma gözlenmiştir.

Hastaların hiçbirinde ciddi yan etki görülmemiştir. En sık kilo alma (%18), sedasyon (%18) ve daha az olarak salivasyon, kilo kaybı, baş ağrısı, galaktore saptanmıştır. Bir hastada saldırganlıkta artma görülmüştür.

Sonuç olarak risperidon ile psikoz saldırganlık ve manide hızlı, güçlü ve sürekli bir yanıt alınmış, DEHB belirtilerine etkisi az olmuştur. Eşlik eden bozukluklar olduğu için tek başına etkinliğini göstermek zor olmuştur.

Tek başına etkinliğini gösteren ya da tardiv diskinezi yan etki olasılığını araştıran çalışmalara gereksinim vardır.

Int. Dr. Ömer Karadağ

Ergenlik Öncesi Çocuklarda Öğrenme Güçlüğü ve Psikolojik Problemler Arasındaki İlişki: Boylamsal Örneklem

Prior M, Smart D, Sanson A, Oberklaid F (1999) Relationships between learning difficulties and psychological problems in preadolescent children from a longitudinal sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38: 4, 429-436.

Bu çalışmada, Avustralya Mizaç Projesi (Australia Temperament Project) kapsamındaki veriler ele alınarak, ergenlik öncesi çocuklarda öğrenme güçlüğü (ÖG) ve davranış problemleri (DP) arasındaki ilişkiler ve ÖG tipleri ile DSM ölçütlerine göre bozukluklar arasındaki bağlar araştırılmıştır. Boylamsal veriler; mizaç, okulda ve evde davranışsal uyum, akademik gelişim, çocuk sağlığı ve aile faktörleri açısından 2443 çocuğun ilk yaşlarından itibaren 18 aylık aralarla uygulanan 10 ayrı survey sonucunda elde edilmiştir. Bu çalışma ise, aynı çalışmanın 1994'deki izlemi sırasında çocuklar 11-12 yaşlarında iken alınan verilerle 296 çocuk üzerinden yürütülmüştür.

Zeka bölümleri 80 ve üzerinde olan ve yazma ve/veya aritmetik standart testlerinde %30'luk dilimin altında kalan çocuklar ÖG olarak değerlendirilmiştir. DP olan çocuklar, Rutter Çocuk Davranış Anketi (CBQ) ebeveyn ve öğretmen formları sonuçlarına göre ve yapılandırılmış psikiyatrik görüşme sonrasında belirlenmiştir. Bu ankette ortalamanın bir veya daha fazla standart sapma üzerinde kalan 100 kız ve 100 erkek çocuk klinik grup, 0.5 standart sapmanın üzerinde olmayan 48 kız ve 48 erkek çocuk da karşılaştırma grubu olarak seçilmişlerdir.

Çalışmanın sonunda, klinik gruptaki çocukların aritmetik ve yazma becerilerinin karşılaştırma grubundaki çocuklara oranla anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur. Klinik grupta ÖG olan çocukların DSM-III-R'ye göre herhangi bir tanı alma oranlarının %52 olduğu görülmüştür. ÖG tipleri ile içeyönelim ve dışayönelim bozuklukları arasında ilişki vardır. Aritmetik güçlüklerin, hem kızlarda hem erkeklerde DSM tanılarıyla güçlü bir bağlantısı olduğu ve dışayönelim sorunlarının ÖG ile eşzamanlı olarak ortaya çıkabildiği görülmüştür. Sadece yazma ya da sadece aritmetik alanında güçlüğü olan çocuklar içeyönelim bozukluğu tanısı alırken, iki alanda da güçlüğü olan çocukların dışayönelim bozukluklarına daha yatkın olduğu görülmüştür.

Boylamsal açıdan ele alındığında, hem klinik hem karşılaştırma grubundaki çocuklardan 7-8 yaşlarında ÖG tanısı almış olanların 11-12 yaşlarına geldiklerinde, %80'inde yazma alanında ve %57'sinde aritmetik alanda güçlükleri olduğu bulunmuştur. Erken yaşlarda hem ÖG hem de DP olan erkek çocukların, sadece ÖG olan erkek çocuklara oranla 6. sınıfta kalıcı ÖGleri olduğu görülmüştür.

Klinik açıdan, ÖG ve DP arasında güçlü bir ilişki olduğu ve özellikle erkek çocuklarda ilköğretim yıllarında süregen olduğu görülmüştür. Kızlarda ise yazma alanında güçlüğü olanlara oranla, uyum problemleri açısından matematik alanındaki güçlüklerin, risk faktörü olabileceği bulunmuştur. Tek alandaki ÖG'lerin içeyönelim, birden fazla alandaki ÖG'lerin dışayönelim bozuklukları açısından risk faktörü olabileceği belirtilmiştir.

Uzm. Psk. İlkiz Altınoğlu-Dikmeer

KİTAP TANITIMI

BEN HASTA DEĞİLİM

Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü

Ben Hasta Değilim kitabı ülkemizde çeşitli üniversitelerden 28 psikiyatrist, 25 pediyatrist, 10 psikolog ve pedagog tarafından yazıldı, editörlüğünü Prof. Dr. Aysel Ekşi yaptı. Yazarlar emeklerinin karşılığı olan telif ücretlerini, varoşlardaki çocukların eğitimiyle ilgilenen Bizim Ülke Derneğine bağışladılar; Nobel Tıp Kitabevleri tarafından basılan kitap 752 sayfa ve fiatı 7 milyon liradır.

Kitap sekiz bölümden oluşuyor. İlk bölümde bebeğe yaklaşım ele alındı; anne yeni doğan bağının önemi, bu etkileşimde olumlu ve olumsuz tutumlar, ani bebek ölümü sendromu konuları işlendi. Bundan sonraki iki bölüm normal çocuğun özellikleri ile uyum ve davranış sorunlarını içermektedir. Çocukluk çağında beklenen normal gelişim belirtileri ve psikopatolojinin öncü işaretleri tablolarda sergilenmiştir.

Dördüncü bölüm adolesana ayrıldı. Adolesans döneminde çok daha sık görülen Anoreksiya Nervosa, intihar, uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanımı, davranış bozuklukları, cinsel bozukluklar, cinsel kimlik bozuklukları bu bölümde incelendi; hayli nadir rastlanması nedeniyle iki kızda puberte öncesi Anoreksiya Nervosa ve bir erkek adolesanda Bulimiya Nervosa olguları sunuldu.

Beşinci bölüm çocuk ve adolesan psikopatolojisiyle ilgilidir. Otizm, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, disleksi-öğrenme bozuklukları, sosyal fobi, panik bozukluğu ve diğer temel bozukluklar son yayınların ışığında incelendi.

Altıncı bölüm, çocuk konsültasyon ve liyezon psikiyatrisinin başlıca konularını içermektedir. Çocuk ve aileler için çocuğun hastalanmasının, kronik hastalıkların, özürlerin, malformasyonların, hastaneye yatmanın, ameliyatların anlamı ve etkileri pediyatrist, psikiyatrist ve psikologların görüşleri açısından işlendi. Özellikle astım, insüline bağımlı diabetes mellitus, kanser, diyaliz, organ transplantasyonu, HIV enfeksiyonu, kronik kalp ve böbrek hastalıkları ve ölümcül hastalık karşısında çocuğun, ailenin ve hekimin tepkileri ile doktorlarda oluşabilecek "Tükenmişlik

Sendromu" incelendi. Normal çocuk ve hasta çocuk için ölüm olayının anlamı, ölümü bilişsel ve duygusal bakımdan nasıl algıladıkları ayrıntılı olarak ele alındı. Doktorun, ölümcül bir hastalığın gidişini aile ile konuşmaya, hasta çocuğun ve ailenin duygusal tepkileriyle başa çıkmaya hazır olabilmesi günümüz liyezon psikiyatrisinin temel konularından birisidir. Uzun yıllar ölmekte olan çok sayıda çocukla ve aileleriyle çalışmış olan psikiyatrist Kübler Ross'un çocuklarını kaybetme aşamasındaki anne babalara yazdığı mektup, bu alanda zaman zaman herkesin kafasını kurcalayan pek çok soruya açık yanıtları içerdiği için, kitaba bu mektup da alınmıştır.

Kitabın yedinci bölümü 'Psikososyal Acillere' ayrılmıştır. Bu bağlamda intihar, uyku bozuklukları, katılma nöbeti, hiperventilasyon sendromu, kolik, beslenme sorunları, çocukluk çağında kazalar ve korunma ile cinsel istismar ve kötüye kullanmada acil yaklaşımın temellerine değinilmiştir. Uzun süreli ve büyük streslerin insanda ruhsal karmaşalarla bağlantılı olduğu bilinmektedir; son aylarda ülkemizde meydana gelen depremler nedeniyle daha da güncel bir sorun haline alan Travma Sonrası Stres Bozukluğu başlığı ile çocukların travmadan etkilenme konusu da burada hayli ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Kitabın sekizinci bölümü psikolojik değerlendirme, yaklaşım ve tedaviyi içermektedir. Ayrıca genetik değerlendirme, fenilketonüri çocuklara psiko-pedagojik yaklaşım ve kronik hastalarda uygulamalı ekip çalışmasının özelliklerine değinilmiştir. Çocuk ve adolesanlara psikolojik yaklaşım ilkeleri ile çocuk ve adolesan psikoterapisinin özellikleri ana çizgileriyle vurgulanmış, psikofarmoloji alanına geniş yer ayrılmıştır. Kitap tıbbi etik konusu ve geniş bir indeks ile sona ermektedir.

Çocuk - konsültasyon - liyezon psikiyatrisi konusunda hayli kapsamlı bir kitap ülkemizde ilk kez yayınlanmıştır. Ben Hasta Değilim kitabı pediyatrist ve psikiyatristler başta olmak üzere psikologlar, diğer sağlık çalışanları, aydınlar ve hasta çocukların ana babaları için yol gösterici ve yararlı olacaktır. Bunun onuru 63 yazara aittir.

Prof. Dr. Aysel Ekşi

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 6(2) 1999

TEZ TANITIMI

Ayrılık Kaygısı Bozukluğunda Psikolojik, Ailesel ve Sosyal Etmenlerin Araştırılması

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Askeri Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı 1999. 90 sayfa, 93 kaynak.

Bu araştırmada "ayrılık kaygısı bozukluğu" (AKB) olan çocuklardaki psikolojik, ailesel ve sosyal etmenler incelendi ve normal çocuklarla karşılaştırıldı.

Araştırma grubunu, Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Askeri Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ile Hacettepe Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na anneleri tarafından getirilen ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre AKB tanısı konan 6-12 yaş grubu 40 çocuk (18 erkek, 22 kız) oluşturdu. Kontrol grubu olarak da Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Askeri Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na aşı veya küçük enfeksiyonlar nedeni ile gelen, AKB ve okul reddi öyküsü olmayan, cinsiyet ve yaş olarak eşleştirilmiş 30 çocuk (14 kız, 16 erkek) seçildi.

Araştırmada, bölümümüz tarafından hazırlanan Yarı Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu, Ayrılık Kaygısı Bozukluğu Tanı Ölçeği, 4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği ve Eysenck Kişilik Envanteri kullanıldı. Araştırma ve kontrol grubundaki çocuklara ve annelere uygulanan ölçeklerden elde edilen puanlar ki-kare, t testi ve Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı.

Yapılan analizler sonucunda şu sonuçlar elde edildi. Araştırma grubunun yaş ortalaması 7.7 ± 1.8 yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması 7.6 ± 1.4 yıldır. Araştırma ve kontrol grubu anne ve babaların eğitim düzeyleri arasında farklılık yoktur.

AKB olan çocukların ailelerinin çocuk ve ergen ruh sağlığı bölümlerine en sık başvuru nedeni okul reddi (%75)'dir. AKB olan erkek çocuklarda

okul reddi kız çocuklarına oranla daha sıktır ($p > 0.01$). Araştırma grubundaki çocukların diğer belirtileri sıklık sırasına göre; %67.5'inde ($n=27$) "birşeylerin ailesine zarar vereceği ya da onları yitireceği konusunda gerçek dışı kaygıların olması, %57.5'inde ($n=23$) "ebeveyni yanında olmadan uyumak istememe", %57.5'inde ($n=23$) "bedensel yakınmalardan (%30'unda karın ağrısı, %22.5 unda baş ağrısı, %32.5'inde bulantı/kusma) en az birisinin olması, %40'ında ($n=16$) "ebeveyni ile birlikte olma isteği nedeniyle evde yalnız olmaktan kaçınma", %32.5'inde ($n=13$) "ayrılık kaygılarını yansıtan tekrarlayan gece kabuslarının olması" ve %27.5'inde ($n=11$) "kötü bir olayın ailesinden ayrılmasına yol açacağına ilişkin kaygılar" şeklindedir.

AKB olan çocukların annelerinin bedensel yakınmalarını çocuklarına aktarması ve bunları bazı koşullarda çocuklarına yaptırım olarak kullanması annelerin yaklaşık olarak yarısında bulundu. Öncesinde AKB'na benzer sorunları yaşamış olma araştırma grubundaki çocukların yaklaşık yarısında saptanırken, zorlu yaşam olayları dörtte birinde belirlendi.

Araştırma grubundaki çocukların "4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği"ndeki sosyal içe dönüklük ($p < 0.01$), anksiyete/depresyon ($p < 0.001$), içe yönelim ($p < 0.01$) ve toplam sorun puanları ($p < 0.01$) kontrol grubuna oranla anlamlı derecede yüksek olarak saptandı.

AKB olan çocukların annelerine uygulanan "Eysenck Kişilik Envanteri'nin sonuçlarına göre, kişiliğin, psikotiklik ve nevroitiklik boyutlarının puanları, kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0.001$).

AKB olan çocukların annelerine uygulanan "Eysenck Kişilik Envanteri'nin sonuçlarına göre, kişiliğin psikotiklik ve nevroitiklik boyutlarının puanları, kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0.001$). Bu sonuçlar, AKB olan çocukların normal

çocuklara göre daha sık ruhsal sorunları olduğunu ve annelerin nevroitik kişilik özellikleri taşıdığını göstermektedir.

Dr. Tümer Türkbay

Otistik Bozukluğu Olan Çocuklarda Antioksidan Enzimler ve Bunlarla İlgili Eser Elementlerin Araştırılması

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Askeri Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı 1999. 114 sayfa, 281 kaynak.

Bu çalışmada otistik bozukluğu olan çocukların plazmalarında glutasyon peroksidaz (GSH-Px), Se, Zn, Mn, Cu; eritrositlerinde süperoksit dismutaz (SOD), GSH-Px, Se, Zn, Mn düzeylerinin araştırılması amaçlandı. Bu çalışmadaki varsayımlar şunlardır: (1) Otistik bozuklukta SOD ve GSH-Px antioksidan enzim aktivitelerinde yetersizlikler sonucunda, serbest radikaller MSS'de birikir ve beyin hücrelerinin gelişimini, yapısını ve işlevini bozar. (2) SOD ve GSH-Px antioksidan enzim aktivitelerindeki yetersizlik bu enzimlerin yapısına giren eser elementlerin serum ve eritrositlerde ölçülen miktarlarının azlığına bağlıdır. Bu nedenle otistik çocuklarda antioksidan enzim sistemi işlevlerinde yetersizlik sözkonusudur.

Araştırma grubunu, Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Askeri Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na anne ya da babaları tarafından getirilen ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre otistik bozukluk tanısı konan 4-12 yaş grubu 45 çocuk (39 erkek, 6 kız) oluşturdu. Kontrol grubu olarak da Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Askeri Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na aşı olmak için gelen ve herhangi bir tıbbi ve ruhsal hastalığı olmayan 4-12 yaş grubu 41 çocuk (35 erkek, 6 kız) seçildi. Sosyodemografik özelliklerle-

rin araştırılmasında bölümümüzce hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formu kullanıldı. Araştırma ve kontrol grubu deneklerinden sabah saat 9 ile 10 arasında kan örnekleri alındı. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eczacılık Bilimleri Merkezi, Farmasotik Toksikoloji Anabilim Dalı Başkanlığı Laboratuvarlarında, eritrositlerde SOD, eritrosit ve plazmada GSH-Px ölçümleri spektrofotometrik olarak; eritrositlerdeki ve plazmadaki bakır, çinko, selenyum ve mangan ölçümleri ise atomik absorpsiyon spektrofotometrisi kullanılarak yapıldı. Araştırma ve kontrol grubundan elde edilen veriler istatistiksel olarak ki-kare ve t-testi ile karşılaştırıldı.

Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular şunlardı: Araştırma grubunun yaş ortalaması 6.4 ± 2.2 yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması ise 6.7 ± 2.5 yıldır. Araştırma grubu ile kontrol grubunun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Araştırma ve kontrol grubundaki çocukların annelerinin ve babalarının yaş ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Araştırma ve kontrol grubundaki çocukların anneleri arasında eğitim düzeyi yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yokken, babaları eğitim düzeyleri araştırma grubundakilere göre daha yüksektir. Araştırma grubundaki otistik bozukluğu olan çocuklarda normal çocuklara göre eritrosit SOD ile eritrosit ve plazma GSH-Px etkinliğinde, eritrosit ve plazma selenyum, çinko ve mangan düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalmanın olduğu bulundu. Otistik bozukluğu olan çocukların bakır düzeylerinde ise kontrol grubundaki normal çocuklara göre anlamlı bir artışın olduğu saptandı.

Bu sonuçlar otistik bozuklukta, normal çocuklara göre antioksidan enzim savunma sistemi işlevlerinde azalmanın olduğunu ve bu nedenle biriken serbest radikallere bağlı olarak beyin dokusunda örselenmenin olabileceğini düşündürmektedir. Otistik çocuklarda plazmadaki ve eritrositlerdeki düşük düzeydeki eser elementlerin SOD ve GSH-Px işlevlerinde azalmaya neden olduğu ileri sürülebilir. Yaptığımız çalışmada söz konusu olan bu durum, plazma bakırı için geçerli bulunmamıştır.

Dr. Özgür Yorbık

HABERLER

ULUSLARARASI ERGEN PSİKIYATRİSİ TOPLULUĞUNUN V. KONGRESİ

International Society of Adolescent Psychiatry'nin (ISAP) bu son Kongresi Fransız meslekdaşlar tarafından 4 - 7 Temmuz 1999'da Aix-en-Provence'da düzenlendi. Cezanne'in doğup büyüdüğü ve eserlerinin çoğunu yarattığı bu kentteki Kongre'nin açılışı Kongre başkanı Philip Gutton tarafından Cezanne'in yaşamına ilişkin analitik bir konuşma ile yapıldı. İçeriğinin daha çok analitik ağırlıklı olduğu toplantıda çeşitli ülkelerden ergenlere ilişkin görüşler, araştırmalar ve klinik deneyimler paylaşıldı ve tartışıldı. Türkiye de bu kongrede 'Çocukluktan Ergenliğe' başlıklı panelde 'Self Patoloji Belirtisi olarak Kimlik Kargaşası' başlıklı konuşma ile temsil edildi. ISAP'ın 4 yıl sonraki kongresinin İtalya'da yapılması kararlaştırıldı.

Doç. Dr. Füsün Çuhadaroğlu

AVRUPA ÇOCUK VE ERGEN PSİKIYATRİSİ BİRLİĞİ (ESCAP) KONGRESİ

Avrupa Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Birliği'nin (ESCAP) 11. Uluslararası Kongresi 15-19 Eylül tarihleri arasında Hamburg'da (Almanya) yapıldı.

Toplantıya bu alanda dünyanın önde gelen bilim adamlarından Micheal Rutter 'Çocuklardaki Psikopatoloji Üzerindeki Çevresel Etkiler'; Christopher Gillberg 'Asperger Sendromu ve Empati Bozuklukları'; Donald Cohen 'Sosyal Nörolojik Bilimler' ve Herman van Engeland 'Davranım Bozukluklarının Nörobiyolojisi' başlıklı konuşmalarıyla katıldılar. Çocuklarda görülen çeşitli gelişimsel bozukluklardaki nörobiyolojik ve çevresel etkenlerin etkileşimi, bu konuşmaların odak noktasını oluşturuyordu.

Ülkemizdeki çeşitli merkezlerden gelme bilim adamlarının da bir bölümüne katkıda bulunduğu 55 sempozyum, 16 çalışma grubu, 19 serbest bildiri oturumu ve 34 poster oturumu, kongreyi bilimsel açıdan doyurucu bir niteliğe ulaştırdı.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği'nin Avrupa Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Birliği'ne (ESCAP) üyelik olarak kabul edilmesiyle bu kongredeki genel kurul, ilk kez ülkemizden de bir delegenin katılımıyla gerçekleşti. Bu toplantıda yeni dönemin başkanı olarak Philippe Jeammet'nin seçilmesiyle bir sonraki toplantının Fransa'da yapılması kesinleşmiş oldu.

Doç. Dr. Fatih Ünal

12. AVRUPA NÖROPSİKOFARMAKOLOJİ TOPLULUĞU KONGRESİ

Avrupa nörofarmakoloji kongrelerinin 12.si 21-25 Eylül tarihleri arasında Londra'da yapıldı. Londra Senfoni orkestrası'nın konseri ile başlayan ve ödül dağıtımı ile süren görkemli açılıştan sonra kongre 5 gün boyunca aynı anda 4-5 salonda gerçekleşen toplantılarla sürdü. Kongrenin önemli bölümü çağın hastalığı olan Alzheimer ve tedavisine ayrılmıştı. Nörofarmakoloji alanındaki yeniliklerin tartışıldığı kongrede çocuk ve ergenlere ilişkin 3 sempozyum ve 8 poster sunumu bulunuyordu. Çocukluk başlangıçlı obsesif-kompulsif bozuklukta spektrum bozuklukları ve komorbidite başlıklı sempozyumda M.F. Flament (Fransa) ve E. Hollender'in (A.B.D) sunumları bu konudaki yeni görüşleri içermekteydi.

Türkiye Kayseri Erciyes Üniversitesi'nden Dr. Ali Saffet Gönül'ün sunduğu posterin ödül aldığı kongrenin 2001 yılında İstanbul'da yapılacağı duyuruldu.

Doç. Dr. Z. Bengi Semerci

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 5(3) 1998

ULUSLARARASI PSİKANALİZ BULUŞMALARI -İSTANBUL 1999-

"Uluslararası Psikanaliz Buluşmaları" toplantısı 12-13 Kasım tarihleri arasında İstanbul Fransız Kültür Merkezi'nde yapıldı. Toplantı 7 ülkeden 17 konuşmacının katılımı ile gerçekleşti. Genel teması "yabancılık" olan ve "kendimize yabancı olanın, bilinç dışının keşfi, yabancı bir olgu olarak psikanaliz" başlığı altında değişik boyutlarda tartışılan toplantı 100'ün üzerinde kişi tarafından izlendi.

Psikanalizin, psikiyatriye ve psikolojiye yabancılığı ve psikanalitik formasyonun ne olduğu onusu katılımcılar ve konuşmacılar arasında hareketli tartışmalara yol açtı. Klasik psikanaliz ile psikodinamik kökenli psikoterapi arasındaki sınırın ayırımında yoğunlaşan tartışmaların sonucunda, psikanalist olmanın ancak bireysel analizden geçmek ve ona uygun bir eğitim almakla mümkün olabileceğinin, bu sürecin de ancak

Uluslararası Psikanaliz Derneği'nin tanıdığı ölçütlere uygun olarak çalışan enstitüler aracılığı ile olabileceğinin altı çizildi. Uluslararası Psikanaliz Derneği Başkan Yardımcısı Dr. Paul Israel İstanbul'da bu alanda yapılan çalışmaların kendilerince desteklendiğini belirtti.

Kahve araları, kokteyl ve gala yemeği süresince de süren tartışmalarla katılımcılar hem birbirlerini hem de bir "yabancı" olan psikanalizi tanıtmaya çalıştılar. Uzaklaşılana yaklaşmak, çalıştığımız alanın biraz gözardı edilmeye başlanan yanları ile yeniden karşılaşmak, yabancılığımızı algalamak katılımcılar için yeni bir tat ve değerlendirme olanağı oldu. Toplantının sonunda psikanalize ikinci buluşmanın 2000 yılında "gelenek ve geleneğin iletimi" konusu ile ilgili olacağı belirlendi.

Doç. Dr. Bengi Semerci

TOPLANTI - KONGRE

5-7 Ocak 2000 Association for Child Psychology and Psychiatry 4th European Conference 2000, London.

Başvuru: ACPP, St Saviour House 39/41 Union Street, London Faks: 44 171 403 7458
e-posta: cjackson@acpp.co.uk

21-23 Şubat 2000 "Travma ve Sonrası", Ankara. Prof. Dr. Mualla Öztürk anısına. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Başvuru: Tel: 3628166, 3623030/6609
Fax: 3620809

15-17 Nisan 2000, Rusya 5th ECNP Regional Meeting

Başvuru: ECNP-Office P.O. Box 85410
3508 Ak Utrecht The Netherlands
Tel: +31 30 253 8567 Fax: +31 30 253 8568
e-posta: secretariat@ecnp.nl

10-13 Mayıs 2000

10. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi
İber Otel - Sangerme EÜTF Çocuk Psikiyatrisi
AD 35100 - Bornova İZMİR
Başvuru: Tel: 0232 374 77 66 Fax: 0232 388 61 51
E-mail: caydin@egenet.com.tr

14-16 Mayıs 2000 II. Ulusal Çocuk Nörolojisi Kongresi, Ankara

Başvuru: Prof. Dr. Meral Topçu Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Nörolojisi Bölümü
06100 Sıhhiye-Ankara
Tel: 0 312 3113711, 3051165 Faks: 0 312 3116262
e-posta: mtopcu@genetic.gen.hun.edu.tr

13-17 Haziran 2000 9. Anadolu Psikiyatri Günleri, Edirne

Başvuru: Prof. Dr. Ercan Abay Trakya Üniversitesi Psikiyatri A.B.D
Tel: 0 284 2352821 Faks: 0 284 2352821
e-posta: psikiyatri@trakya.edu.tr.

9-13 Eylül 2000, Almanya 13th ECNP Congress

Başvuru: Congrex Holland BV P.O. Box 302 1000
AH Amsterdam The Netherlands
Tel: +31 20 50 40 205
Fax: + 31 20 50 40 225 253 8568
e-posta: ecnp@congrex.nl

29 Ekim - 3 Kasım 2000 Jerusalem The Promised Childhood

Başvuru: The Secretariat Promised Childhood
P.O. Box 50006, Tel Aviv 61500, Israel
Tel: 972 3 51 4000 Fax: 972 3 5175674
e-posta: childhood@kenes.com