

# ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

CİLT: 6

SAYI: 3

1999



TRAYMA ÖZEL SAYISI

# ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Cilt: 6 Sayı: 3, 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	Yrd. Doç. Dr. Berna Pehlivan Türk
Prof. Dr. Saynur Canat	Doç. Dr. Bengi Semerci
Arş. Gör. Ebru Çengel	Yrd. Doç. Dr. Birsen Sonuvar
Uzm. Dr. Hakan Erman	Doç. Dr. Selahattin Şenol
Uzm. Dr. Özlem Erman	Uzm. Dr. Tümer Türkbey
Psk. Prof. Dr. Ferhunde Öktem	

## DANIŞMA KURULU

Doç. Dr. Belma Ağaoğlu (Kocaeli)	Psk. Prof. Dr. Neşe Erol (Ankara)
Uzm. Dr. Zafer Atasoy (Ankara)	Doç. Dr. Levent Kayaalp (İstanbul)
Doç. Dr. Ayşe Avcı (Adana)	Prof. Dr. Efser Kerimoğlu (Ankara)
Prof. Dr. Cahide Aydın (İzmir)	Doç. Dr. Esin Özatalay (Antalya)
Prof. Dr. Kemal Aydınalp (Ankara)	Doç. Dr. Haluk Özbay (Ankara)
Prof. Dr. Kayıhan Aydoğmuş (İstanbul)	Prof. Dr. Teoman Söhmen (Ankara)
Doç. Dr. Ayla Aysev (Ankara)	Prof. Dr. Şahnur Şener (Ankara)
Prof. Dr. Ayşen Baykara (İzmir)	Prof. Dr. Suna Taneli (Bursa)
Doç. Dr. Meral Berkem (İstanbul)	Doç. Dr. Ümran Tüzün (İstanbul)
Prof. Dr. Ayşen Coşkun (Kocaeli)	Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın (Ankara)
Prof. Dr. Aysel Ekşi (İstanbul)	Doç. Dr. Yankı Yazgan (İstanbul)

## KAPAK RESMİ

Anonim - 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.

# İÇİNDEKİLER

Önyazı .....	133
B. Gökler	
Marmara Depremi Yaşayan Çocuk ve Gençlerde Ruhsal Bozukluk ve Kaygı Düzeyleri .....	135
S. Alparlan, A. İ. Koçkar, S. Şenol, I. Maral	
Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği: Türkçe Geçerlilik, Güvenirlik Ön Çalışması .....	143
G. Erden, E. Z. Kılıç, R. İ. Uslu, E. Kerimoğlu	
Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Sürdüren Ailesel Etmenler .....	150
E. Z. Kılıç, R. İ. Uslu, E. Kerimoğlu	
Çocuk ve Ergenlerde Depremle İlişkili Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Araştırılması .....	158
Ö. Yorbık, T. Türkbay, M. Ekmen, S. Demirkan, T. Söhmen	
Borderline Kişilik Bozuklukları: Örselenme (Travma) .....	165
C. Odağ	
Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu .....	172
T. F. Oğuz, E. Z. Kılıç	
Felaketlerde Krize Müdahale .....	182
I. Sayıl	
Görüşler .....	188
A. Coşkun	
Yeni Yayınlardan Özetler .....	190
Haberler .....	193
Toplantı - Kongre .....	196

*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 SİNİR 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 1998" 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 Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği  
Büklüm Sokak 89/3  
Kavaklıdere, 06700 ANKARA

## ÖNYAZI

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi ilk kez bir özel sayı çıkarmaktadır. Dergimiz bu sayısını travma ve travma sonrası görülebilecek ruhsal belirti ve bozukluklara ayırmıştır.

Bu konuda bir özel sayı çıkarma kararına bizi iten dört ana neden bulunmaktadır: Birincisi, ülkemizi derinden sarsan ve halkımızın bir bölümünü çok ciddi biçimde olumsuz koşullar içinde bırakan Marmara Depremine yönelik olarak geliştirilen ulusal destek etkinliklerine, çocuk ve ergen psikiyatrisi bilimi açısından dergimiz aracılığıyla katkıda bulunmak. İkincisi, travmatik yaşantıların üstesinden gelmede, travmaya yol açan olay ya da durumların işlenmesinin, o konularda bilgilenmenin, kabullenme ve travmayla başetme süreçlerini kolaylaştıracağı gerçeğinden yola çıkarak, travmaya neden olabilecek durumlar karşısında özellikle çocuk ve gençlerde ortaya çıkan tepkiler ve travma sonrası görülebilecek olan ruhsal belirtiler konusunda yapılmış olan araştırmaları, özgün yazıları, gözden geçirme çalışmalarını dergimiz aracılığıyla duyurup yayınlamak, bu alandaki bilgilenme, bilinçlenme sürecini hızlandırmak. Üçüncüsü, bir deprem kuşağı ülkesi olarak, depremler ve onların oluşturabileceği psikolojik travmalar konusunda donanım kazanma yönündeki bilimsel sorumluluğumuzun gereklerini yerine getirmek. Dördüncüsü de, depremler ve onların ardından yaşananlar bağlamında gözden geçirildiğinde; çocuk ve gençlerde genel anlamda travma ve travma sonrası stres bozukluklarına ilişkin çalışmaların gerek ulusal gerekse uluslararası yazında niceliksel olarak çok yetersiz olduğu saptandığından, bu alandaki yayınların sayısını arttırmaya çalışmak.

Bu ilk özel sayımızda, belirlediğimiz amaçlar doğrultusunda belli oranda işlevsel olabildiğimizi umuyor, 2000'li yıllarda ülkemizi böylesine yıkımlardan, acılardan uzak, daha aydınlık günlerin beklemesini diliyoruz. Umutla kalın...

*Prof. Dr. Bahar Gökler*

# ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

## Ö D Ü L Ü

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

### SEÇİCİ KURUL :

Prof. Dr. Cahide Aydın

Prof. Dr. Bahar Gökler

Prof. Dr. Saynur Canat

Psk. Doç. Dr. Ferhunde Oktem

Doç. Dr. Fusun Çuhadaroğlu

Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın

# MARMARA DEPREMİNİ YAŞAYAN ÇOCUK VE GENÇLERDE RUHSAL BOZUKLUK VE KAYGI DÜZEYLERİ

Serdar Alparslan \*, Aylin İlden Koçkar \*\*,  
Selahattin Şenol\*\*\*, Işıl Maral \*\*\*\*

## ÖZET

**Amaç:** Çocuklar korku içeren yaşam olaylarına bazen akut bazen de kronik psikolojik bozukluklara neden olan bilişsel mekanizmalarla yaklaşırlar. Bu tür bozukluklara neden olan olaylar, genellikle yoğunlukları, çocuğu ya da bir yakınını tehdit etmesi, doğal olmayan yapısı ve ani olarak ortaya çıkıp, şaşkırtma oranı ile çocuğun doğal başa çıkma mekanizmalarını geçerek onları tamamen çaresiz bırakırlar. Çocukluk travmatik yaşantıları normal bir çocukluk döneminde beklenen yaşantıların tümüyle dışında bir deneyimdir. Doğal felaketler, alleden birinin kaybı, kazalar gibi yaşamın içinde gelişen ve denetlenemeyen olaylar kurulmuş olan dengeyi alt üst ederler. 17 Ağustos 1999 Marmara depremi çocukların üzerinde çok önemli etkiler bırakan bir doğal felakettir. Bu araştırmanın amacı bu etkilerin içeriğini anlamaya çalışmaktır. **Yöntem:** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin deprem bölgesindeki çocuklarda fiziksel ve ruhsal hastalık tarama ve tedavi amacıyla yürütülen programın içinde 13-17 Eylül 1999 tarihleri arasında Bolu'nun Gölyaka ilçesinde ilköğretim okullarında ve liselerdeki çocuklar bir çocuk psikiyatristi tarafından değerlendirilmiştir. Çocuk ve ergenlerdeki kaygı düzeyleri ve deprem sonrası akut stres bozukluğunun varlığı belirlenmeye çalışılmıştır. Toplam 1118 çocuğun tarandığı araştırma kapsamında 408 çocuğa durumluk ve sürekli kaygı ölçekleri uygulanmıştır. 13 yaş ve üstü çocuklar için durumluk ve sürekli kaygı formları, 12 yaş ve altındaki çocuklara ise çocuklar için durumluk ve sürekli kaygı ölçekleri uygulanmıştır. **Sonuç:** 12 yaş ve altı için yaşın küçük olması ve yakınların kaybı anlamlı olarak durumluk kaygıyı yordamıştır. 13 yaş ve üstü için ise yaşın büyümesi ve cinsiyet durumluk kaygıyı yordamaktadır. 12 yaş ve altı için cinsiyet sürekli kaygıyı yordamıştır. Psikiyatrik muayene sonunda deneklerden 84'ünde akut stres bozukluğu, 20'sinde uyku bozukluğu, 6'sında depresyon, 9'unda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve 3'ünde de enürezis saptanmıştır. Ayrıca 6'sında anksiyete, birinde obsesif ve 1 denekte ise fobik belirtilere rastlanmıştır. Deneklerin 136'sı bir ruhsal bozukluk ya da semptom tanısı ile değerlendirilmiş ve tedavi programına alınmıştır. **Tartışma:** Araştırma sonuçlarının genelleştirilebilmesi için, çocuk ve ergenin risk grubunu oluşturdukları böylesi travmatik yaşantıların etkilerinin araştırılmasına yönelik daha kapsamlı çalışmalar gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Deprem, travmatik yaşantı, akut stres bozukluğu, çocuk ve ergen, durumluk ve sürekli kaygı.

## SUMMARY: PSYCHIATRIC SYMPTOMS AND ANXIETY LEVELS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS SURVIVING THE MARMARA EARTHQUAKE

**Objective:** Children respond to horrifying events with cognitive mechanisms that may lead to acute or chronic psychological disorders. The events that cause these disturbances are usually through their intensity, their threats to the child or to someone else, their unusual nature and their suddenness break the child's ordinary coping mechanisms, leaving the child totally helpless. Childhood traumatic events are outside the range of what is expected in the course of an ordinary childhood. Natural disasters, a loss in the family and accidents change the child's normal equilibrium. The August 17 1999 Marmara Earthquake is a natural disaster which has effected many children. Thus this research has aimed to find the effects on children after this earthquake. **Method:** A child psychiatrist from Gazi University Medical Faculty has assessed a total of 1118 children in primary and high schools in Bolu-Gölyaka during 13-17 September.

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

\*\* Uzm. Psk., Gazi Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

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

\*\*\*\* Yrd. Doç. Dr., Gazi Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

A total of 408 children were administered the state and trait anxiety inventories. For ages 13 and higher the state-trait anxiety inventory was administered. For 12 years and below the state trait anxiety inventory for children was administered. **Results:** For 12 years and under the loss of someone close and the age being smaller predicted the state anxiety. State anxiety was predicted by gender and increasing age. Trait anxiety was predicted by gender for 12 years of age and below. For 13 years and higher trait anxiety was predicted by increasing age and gender. **Discussion:** In order to generalize the results of this research more studies in traumatic events need to be conducted. **Keywords:** Earthquake, traumatic events, acute stress disorder, child and adolescent, state and trait anxiety.

## GİRİŞ

Çocuklar korku içeren yaşam olaylarına bazen akut bazen de kronik psikolojik bozuklara neden olan bilişsel mekanizmalarla yaklaşırlar. Bu tür bozukluklara neden olan olaylar genellikle yoğunlukları, çocuğu ya da bir yakınına tehdit etmesi, doğal olmayan yapısı ve ani olarak ortaya çıkıp şaşırtma oranına göre çocuğun doğal başa çıkma mekanizmalarını geçerek onları tümüyle çaresiz bırakırlar. Çocukluk travmatik yaşantıları normal çocukluk döneminde beklenen yaşantıların tümüyle dışında bir deneyimdir. Doğal felaketler, aileden birinin kaybı, kazalar gibi yaşamın içinde gelişen ve denetlenemeyen olaylar kurulmuş olan dengeyi alt üst eder. Yetişkinler için zor olan bu durum çocuk ve ergenler için hem zor, hem de karmaşıktır. Herkes için belirgin bir stres etkeni olarak kabul edilebilecek olağan dışı bir olay, çocuk ve ergende bunların yanısıra yaşamı tehdit ettiği anlamına da gelmektedir. Kendisine, ailesine ve arkadaşlarına zarar gelebileceği kaygılarını daha çok yaşarlar.

Çocukluk çağında ortaya çıkan travmalar çocuğun biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimini etkileyebilir. Doğal felaketlerden olan deprem gibi travmatik bir olay nedeniyle ev ve okulların yıkılmasına neden olan olaylar varolan düzenin bozulmasına yol açar. Özellikle aileden ya da yakınlarından birinin bu olay nedeniyle kaybı, hem olayın yoğunluğunu, hem de yeni durumun güçlük derecesini arttırır. Bu durum çocuğun çevresinin ve bilgisi kapsamındaki gerçeklerin güvenilirliği ve sürekliliği konusundaki algısını sarsabilir. Bu yaşantılar çocuk ve ergenlerde akut stres bozukluğu ya da travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) yol açabilir. (Lonigen ve ark. 1994, Gaconia ve ark. 1995, Sharon ve ark. 1996).

DSM-IV'e göre bir olayın travma niteliği taşıması için çocuğun kendinin ya da bir başkasının hayatını ya da fiziksel bütünlüğünü tehdit eden bir durumla karşılaşması ya da böyle bir yaşantıya tanık olması gerekmektedir (APA 1994). Ancak travmatik bir deneyimin oluşması için bu olaya çocuğun bilişsel bir uyum göstermesi gerekir. Travmatik bir olaya uyum göstermesi için çocuğun korkunç bir olaya tanık olduğunun ya da tehlikede olduğunun bilincinde olması; çaresizliğinin farkına varması; travmatik olayı algılaması ve hatırında tutması gerekmektedir (Terr 1991). Çocuk ancak tehlikeyi, tehdidi ve bu durumdaki çaresizliğini anlayıp bunu belleğinde bir süreçten geçirdikten sonra ya tek bir semptom veya bir grup semptomdan oluşan akut stres bozukluğu ya da travma sonrası stres bozukluğu yaşayacaktır. Çocukların ya da ergenlerin bu türden yaşantılardan etkilenme dereceleri farklılık göstermektedir. Deprem merkezinde oluşan ölümlerin sonucunda cesetlerin taşınması ya da yaralılara yardım çabaları sırasında bunlara tanık olan çocuklarda etkilenmelerin daha yoğun yaşandığı belirtilmektedir (Pynoos 1990). Yapılan çalışmalar farklı bulgular ortaya koymaktadır. Felaketlerde daha zorlayıcı koşullarla karşı karşıya kalan çocuk ve gençlerin felaket sonrasında daha fazla semptom gösterdiği görüşlerden bir tanesidir (Nolen ve ark. 1991, Murphy 1986). Buna uyumlu olarak 1989 Loma Prieta depreminde yapılan bir çalışmada daha zor ve tehlikeli bir koşulla karşı karşıya kalan gençlerin on gün sonrasındaki izlemlerinde daha az zorlayıcı koşullara maruz kalan gençlerin on gün sonrasındaki izlemlerinde daha az zorlayıcı koşullarla karşı karşıya kalan gençlere göre, daha fazla stres semptomu saptanmıştır (Nolen ve ark. 1991). Ancak, şiddeti ne olursa olsun aynı travmatik deneyimlerden geçenlerde bazen



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

Geçirilen çeşitli travmalardan hemen sonra oluşan bozukluk "akut stres bozukluğu" tanısını alır. Belirtilerin bir ayı aşması ile TSSB tanısı ko-

## YÖNTEM

### Denekler

17 Ağustos 1999 Marmara depremi çocukların üzerinde çok önemli etkiler bırakan bir doğal felakettir. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinin deprem bölgesindeki çocuklarda Fiziksel ve ruhsal hastalık tarama ve tedavisi amacıyla yürütülen programın içinde 13-17 Eylül 1999 tarihleri arasında Bolu'nun Gölyaka ilçesinde ilköğretim okullarında ve liselerdeki çocuklar bir çocuk psikiyatrisi tarafından değerlendirilmiştir. Çocuk ve ergenlerdeki kaygı düzeyleri ve deprem sonrası akut stres bozukluğunun varlığı belirlenmeye çalışılarak belirtilerin zaman içindeki izlemi planlanmıştır.

Program kapsamında 5-16 yaşları arasında ortalama yaşları  $10.01 \pm 2.29$  olan (en küçüğü 6, en büyüğü 16) 518 kız, 600 erkek, toplam 1118 çocuk değerlendirilmiştir. Deneklerin yaşara göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Ruhsal muayenesi yapılan 1118 denekğin yaşlara göre dağılımı

Yaşlar	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
frekans n	49	123	153	179	144	130	144	116	64	11	1
%	4.4	11	13.7	16	12.9	11.6	12.9	10.4	5.7	1	0.1

nur. İyileşmenin ilk üç ay içinde olması beklenir. Belirtiler üç aydan daha uzun sürerse, süregen TSSB tanısını alır. Belirtiler altı ay sonra ortaya çıkmışsa tanıya "geç başlangıçlı" terimi eklenir (Battal ve Ak 1995). TSSB, anksiyete bozuklukları tanıları içinde geçmektedir. Bu ana başlık altında bu durumlarda yaygın anksiyete bozuklukları tanıları içinde geçmektedir. Bu ana başlık altında bu durumlarda yaygın anksiyete bozukluğu tanısı da oldukça sık konmaktadır. Travma sonrasında affektif bozukluklara (örn., major depresyon) rastlanabileceği gibi uyum bozukluğu da dikkat edilmesi gereken bozukluklardandır (APA 1994). Bu alanda ülkemizde sınırlı sayıda araştırma olması nedeniyle araştırmada bu yıkımın çocuk ve ergenler üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

### Araçlar

*Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DKÖ, SKÖ)*: Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından 20'şer maddeden oluşan iki formu içermektedir. Bunlarda ilki durumluk kaygıyı, diğeri ise sürekli kaygıyı ölçmektedir. Ölçekler Türkçe'ye Öner ve Le Compte (1983) tarafından çevrilmiş ve uyarlanmıştır.

*Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE)*: Spielberger (1973) tarafından geliştirilmiştir. Durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen yirmişer maddelik iki alt ölçekten oluşmaktadır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Özusta (1993) tarafından yapılmıştır.

### İşlem

17 Ağustos 1999 tarihinde Adapazarında 7.4 büyüklüğünde bir deprem olmuş ve resmi verilere

göre 16.000 kişi hayatını kaybetmiş, binlerce kişi ise evsiz kalmıştır. Deprem kapsadığı alanın büyüklüğü açısından Körfez depremi olarak anılmaktadır. Depremden etkilenen illerden biri de Bolu'dur. Bu araştırma Bolu ili Gölyaka ilçesinde 13-17 Eylül 1999 tarihleri arasında yapılmıştır. GÜTF'den 9 doktor, 5 hemşire ve 1 sağlık teknisyeninden oluşan 15 kişilik ekip, 13 Eylül 1999 tarihinde Gölyaka ilçesine giderek taramalara başlamıştır.

Araştırma ekibi 13 Eylül'de Atatürk İlköğretim okuluna giderek çalışmalarına başlamıştır. İlçede ve ilçeye bağlı ilköğretim okullarındaki öğrenciler belirli bir düzenle servislere bindirilerek Atatürk İlköğretim okuluna getirilmiştir.

Okul bahçesinde bu amaca yönelik hazırlanan bir çadırda çocuklara sırasıyla genel fizik muayene, göz muayenesi ve dermatolojik muayene yapılmıştır. Çocuklar bu değerlendirmelerden sonra çadırda ayrı olarak düzenlenen bir ortamda çocuk psikiyatristi tarafından değerlendirilmiştir. Çocuk psikiyatristine ölçeklerin uygulanması ve muayenenin hızla sürdürülmesi için daha önceden bu konuda eğitim alan bir hemşire yardımcı olmuştur. Çocukların psikometrik değerlendirilmesi amacıyla testler hemşire gözetiminde sınıflarda uygulanmıştır. Ruhsal muayenede DSM-IV tanı ölçütleri (APA 1994) göz önünde bulundurulurken ilk olarak akut stres bozukluğu semptomları ve daha sonra genel psikiyatrik semptomlar taranmıştır. Olabildiğince çok sayıda çocuğun değerlendirilmesi amacıyla hemşire anne babadan depremden sonra çocuklarında gözlenen değişiklikleri sorgulamış, çocuk psikiyatristi de gerektiğinde aile ve öğretmenlerden bilgi alınmıştır. Gerekli görülenler ya ilaç tedavisi başlanarak ya da doğrudan çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne sevk edilmişlerdir.

Tablo 2: Belirlenen ruhsal bozuklukların yaşlara göre dağılımı

	7 yaş ve altı	8-9 yaş	10-11 yaş	12 yaş ve üzeri	TOPLAM
Akut stres bozukluğu	9	1	21	40	84
Uyku bozuklukları	3	7	7	3	20
Enürezis noktürna	2	-	-	1	3
Depresyon	-	1	1	4	6
DEHB	3	3	1	2	9
Mental Retardasyon	1	2	3	-	6
Obsesif özellikler	-	-	-	1	1
Fobi	1	-	-	-	1
Anksiyete	1	2	-	3	6

Katılımcıların tümü programa ve araştırmaya gönüllü olarak katılmışlardır. Çocuk ve gençler yaş gruplarına göre ayrılarak muayene edilmiş ve değerlendirilmiştir. Gerekli görülen bazı çocukların ailesi ile ilişki kurularak danışmanlık verilmiştir. Ailelerine ulaşamayan çocuklar kaymakam, okul müdürü aracılığıyla sağlık kuruluşlarına yönlendirilmiştir.

İlk olarak öğrenciler psikiyatrik değerlendirmeye alınmıştır. Bir kısmına ayrıca tarama amaçlı kaygı testleri uygulanmıştır. Ayrıca öğretmenlere, çocuklara nasıl yaklaşacakları ve kendilerinin depremlerle nasıl başa çıkacakları konusunda bir seminerle danışmanlık verilmiştir.

Kaygı ölçekleri sınıflarda ve ders saatlerinde uygulanmıştır. Ölçeklerin verilmesi rastlantısal olarak düzenlenmiştir. Deneklerin ölçekleri doldurmaları yaklaşık 25 dakikalarını almıştır. Öğrencilerden gönüllü olanlar uygulamalar katılmışlardır. Çocuklara bu ölçeklerin uygulanış amaçları açıklanmış ve yönergelerin üstünden geçilmiştir. İstatistiksel analizler Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi ile yapılmıştır (SPSS; Nie ve ark. 1975).

## BULGULAR

Psikiyatrik muayene sonucunda tanılara göre dağılım ve bu öğrencilerin yaş aralıkları ve psikiyatrik semptom dağılımları Tablo 2'de verilmiştir. Deneklerden 84'ünde akut stres bozukluğu saptanmıştır. Yirmisinde uyku bozukluğuna, altısında depresyona, dokuzunda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna (DEHB), üçünde de enürezise rastlanmıştır. Ayrıca altısında anksiyete, birinde obsesif, birinde de fobik belirtilere rastlanmıştır. Tablo 2'de görüleceği gibi deneklerin 136'sı bir ruhsal bozukluk ya da semptom tanısı ile değerlendirilmiş ve tedavi programına alınmıştır.

Deneklerden 650'sine anksiyete ölçekleri uygulanmış, değerlendirme sonucunda bu çocuklardan 408'inin testleri doğru olarak tamamladığı belirlenmiştir. Diğerleri ya testleri eksik doldurmuş, ya isim yazmamış ya da diğer sebeplerden dolayı geçersiz sayılmıştır. 12 yaş ve altındaki çocuklara Spielberger'in çocuklar için durumluk ve sürekli kaygı ölçekleri (Spielberger 1973), 13 yaş ve üstü çocuklar için ise erişkin formu (Spielberger, 1970) uygulanmıştır. Buna göre ölçekleri dolduran deneklerin yaş ve cinsiyetlere göre dağılımları Tablo 3'de gösterilmiştir.

**Tablo 3:** Ölçekleri dolduran deneklerin yaş ve cinsiyetlere göre dağılımı

	12 yaş ve altı		13 yaş ve üstü	
	n	%	n	%
Kızlar	151	43,9	36	25,9
Erkekler	118	56,1	103	74,1
Toplam	269	100	139	100

Anksiyete ölçeklerinden alınan puanların ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 4'de verilmiştir.

**Tablo 4:** Deneklerin durumluk ve sürekli kaygı ölçekleri ortalama puanları

	n	Durumluk kaygı ölçeği	Sürekli kaygı ölçeği
		Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
12 yaş ve altı çocukların durumu	269	36.33 ± 8.00	39.40 ± 6.26
13 yaş ve üstü çocukların durumu	139	44.17 ± 7.44	42.81 ± 6.75

Değişkenlerin anlamlığını yordamak amacıyla lineer regresyon analizi uygulanmıştır. İlk basamakta cinsiyet ve yaş, ikinci basamakta yakın kaybı ve ev yıkılması girilmiştir. Sonuçlar Tablo 5 ve 6'da verilmiştir.

Tablo 5'de durumluk kaygının yaş gruplarına göre yordayıcıları belirtilmiştir. 12 yaş ve altı için yaşın küçük olması ve yakınların kaybı anlamlı olarak durumluk kaygıyı yordamıştır. 13 yaş ve üstü için ise yaşın büyümesi durumluk kaygıyı yordamaktadır. Ayrıca cinsiyetin de anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlenmiştir. Tablo 6'da ise sürekli kaygının yaş gruplarına göre yordayıcıları belirtilmiştir. 12 yaş ve altı için cinsiyet sürekli kaygıyı yordamıştır. 13 yaş ve üstü için yaşın büyümesi sürekli kaygıyı yordamaktadır. Ayrıca cinsiyetin de anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlenmiştir.

### TARTIŞMA

Araştırma Marmara Depremi sonrasında öğretimin başlayacağı ilk günden başlayarak öğrencilerin tıbbi ve psikiyatrik yakınma ve bozukluklar yönünden değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi amacıyla yürütülen bir program içinde gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle kontrol grubu ve daha sonraki izlem dönemini içermemektedir.

Felekatler sonrasında çocuklarda yapılan araştırmalarda kızların sürekli kaygı puanlarının er-

keklerle göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Cooley ve ark. 1995a, 1995b, Giacomia ve ark. 1995, Horowitz ve ark. 1995, North ve ark. 1994, Palinkas ve ark. 1993, Shanno ve ark. 1994). Bu araştırmanın bulguları da yazınla uyumludur.

**Tablo 5:** Yaş gruplarına göre durumluk kaygının yordayıcıları

Yordayıcı Değişkenler	12 yaş ve altı			13 yaş ve üstü		
	Beta	r <sup>2</sup> değişimi	T	Beta	r <sup>2</sup> değişimi	T
Cinsiyet	.48	.03	.79	.23	.08	2.73*
Yaş	-.17		-2.86*	.24		2.84**
Evinin yıkılması	.05	.01	.87	.02	.08	.25
Yakın kaybı	.14		2.25*	.28		.33

\*p < .005 \*\* p < 0.01

Tablo 6: Yaş gruplarına göre sürekli kaygının yordayıcıları

Yordayıcı Değişkenler	12 yaş ve altı			13 yaş ve üstü		
	Beta	r <sup>2</sup> değişimi	T	Beta	r <sup>2</sup> değişimi	T
Cinsiyet	.13	.029	2.14*	.20	.051	2.26*
Yaş	-.11		-1.91	.18		2.07*
Evinin yıkılması	.08	.008	1.36	.02	.002	.31
Yakın kaybı	.06		.95	-.03		-.36

\*p &lt; .05

Kızlardaki durumluk ve sürekli kaygı ölçekleri ile belirlenen puanlarının, 12 yaş ve altı grubun durumluk kaygı puanları dışında, erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Durumluk kaygı puanlarının 12 yaş ve altı çocuklar için yaşı küçük olması ile artmakla birlikte 13 yaş ve üstü çocuklar için yaşı büyümesi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. 13 yaş ve üstü deneklerin kaygı ölçeklerinin ortalamalarına bakıldığında ise normal popülasyonun üzerinde bir ortalama olduğu görülmektedir (Öner ve LeCompte 1983).

Goenjian ve arkadaşları (1994). 1988 Ermenistan depreminden sonra travma sonrası stres bozukluğu gelişiminde çocuk ve yaşlı olmanı risk faktörü olabileceğini bildirmişlerdir. Bu araştırma travma sonrası stres bozukluğu tanısının koyulabilmesi için gerekli olan zaman ölçütlerini karşılamakla birlikte akut stres bozukluğu tanısı alan birçok çocuğun bulunduğunu göstermiştir. Travmanın zaman içinde güven duygusunu, kişilerarası ilişkileri ve hatta kişilik oluşumunun bütünlük ve sürekliliğini etkilediği yazında belirtilmiştir (Pynoos 1990). Bu nedenle araştırmada kısa süreli değerlendirmelerin daha sonraki dönemlerde yinelenmesinin önemli olacağı düşünülmektedir.

Tüm travmatik olaylar duygusal tepkilerin yanı sıra davranış değişikliklerine neden olmaktadır. Bu tepkiler stresin azalmasına ve dengenin yeniden kurulmasına yardım etmektedir. Travmaya normal tepkiler arasında anksiyete, depresyon ve psikosomatik belirtiler bulunmaktadır. Bu belirtiler normal durumda travmadan sonra birkaç hafta içinde azalarak kaybolur. Çocukların, gençlerin ve yaşlıların stres etkenlerine daha duyarlı oldukları ve travmanın sonuçlarıyla başedebilme güçlerinin daha az olduğu bildirilmek-

tedir. Ancak çocuk ve ergenlerin gelişimsel yeterlilikleri ve premorbid uyumlarının etkisi de burada vurgulanmalıdır. 1989 yılındaki Loma Prieta depreminden 14 gün önce 137 öğrencinin duygudurumları ve olumsuz ruh haline olan tepki biçimleri değerlendirilmiştir. Depremden 10 gün ve 7 hafta sonra yapılan değerlendirmelerde ise öğrencilerden hangilerinin en kalıcı depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini gösterecekleri araştırılmıştır. Sonuçlar, depremden önce yükselmiş depresyon ve stres semptomları olan öğrencilerin izlemlerde de daha fazla depresyon ve stres semptomları gösterdikleri belirlenmiştir (Nolen Hoeksema ve Morrow 1991). Bu durumlarda varolan sosyal destek sistemlerinin uzun süreli örselenmeleri azalttığı bilinmektedir. Bu sistemler psikolojik bir zedelenme olmasını engellemek ve stres etkenlerinin gücünü azaltmak için gereklidir. Bunlar arasında 1) Aile destek sistemleri, 2) Okul-devlet destek sistemleri, 3) Çocuk ya da ergenin kişisel özellikleri ön planda ele alınmalıdır (Glonte ve Foa 1986).

Çocuk ya da ergenin kişisel özelliklerinin travma yaşantısı ve buna eşlik eden korkulara karşılık, olayı tartışma, başedebilme gücü ön plana çıkarılmalıdır. Psikolojik destek bu noktada önem taşır (Ekşi 1994). Benzer bir yaşantıdan geçmiş olmalarına karşın deprem sırasındaki kayıpları, olaya tanık olma yaşantıları farklıdır. Bunun yanında kişisel özellikleri de olaydan etkilenmelerine yön vermektedir. Bunun örneği bazı deneklerin tedaviye gereksinim duymalarıyla ilgili somut verilerle desteklenmektedir. sürekli ve durumluk kaygı puanlarındaki yükseklik ileride travma sonrası stres bozukluğunun yol açtığı bir ruhsal bozukluğa zemin oluşturabilir (Giaconia ve ark. 1995). Bu yaşantının erişkin dönemde ye-

niden ortaya çıkmasını önlemek, bu destek sistemi içinde yer almaktadır. Yaşanan travmanın, olası ruhsal sorunun ortaya çıkmasında önemli bir etken olmakla birlikte, tek etken olmadığı gösterilmiştir. Travmanın şiddeti yanında çocuk ve ergen için ne anlam taşıdığı da çok önemlidir.

Araştırmalarda yıkımlar ve neden oldukları psikiyatrik semptomlarla felaketin derecesinin, yol açtığı hasarın veya yaşamı tehdit etme derecesinin ilişkili olduğu belirlenmiştir (Lonigan ve ark. 1994, Miral ve ark. 1998, Nolen Hoeksema ve Morrow 1991, Murphy 1986). Bu araştırmada ise bu bulgu sadece 12 yaş ve altındaki çocuklar için bulunmuştur. 12 yaş ve altı çocuklarda yakınların kaybı anlamlı olarak durumluluk kaygıyı yordamıştır. Yapılan araştırmalarda çocukların felaketlere olan tepkilerinin buldukları gelişimsel dönem tarafından etkilendiği belirtilmektedir (Coffman 1998). Bu araştırmadaki bulgunun nedeninin de çocukların içinde buldukları gelişimsel dönem ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Travma sonrasında gelişebilecek ruhsal bozukluklar arasında en yüksek oranda saptanan tanı travma sonrası stres bozukluğudur. Bunu sırasıyla akut stres bozukluğu, genellenmiş kaygı bozukluğu, fobik bozukluk ve uyku bozukluğu izlemektedir (Giaconia ve ark. 1995, Geonjian 1993, Pynoos ve ark. 1993, Shannon ve ark. 1994). Bu araştırmada da travma sonrası stres bozukluğu tanısının kapsam dışında bırakıldığı düşünüldüğünde aynı sıralama görülmüştür.

#### SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarımız Marmara Depremi'nin oluşturduğu diğer kayıplar gibi psikolojik ve psikiyatrik etkilerin de önemli boyutlarda olduğuna dikkat çekmektedir. Araştırma sonuçlarının genelleştirebilmesi için, çocuk ve ergenin risk grubunu oluşturdukları böylesi travmatik yaşantıların etkilerinin araştırılmasına yönelik daha kapsamlı çalışmalar gerekmektedir. 17 Ağustos depreminin yarattığı yıkımdan toplumun her kesimi etkilenmiştir. Toplumun bilinçlendirilmesi, jeolojik yapısı nedeniyle doğal felaketlerin sık sık görüldüğü ülkemizde, yaşamsal değer taşımaktadır. Bu anlamda travma sonra-

sında alan ve izlem çalışmalarının önemi büyüktür. Ülkemizde bu alanda çok sınırlı sayıda araştırmacının olması (Miral ve ark. 1998, Şener ve ark. 1997) nedeniyle travmatik süreçlerin sonuçları hakkında daha detaylı çalışmalar gerekmektedir. Bu anlamda ruh sağlığı çalışanlarının da bilinçlendirilmesi ve acı durumlardaki girişimler konusunda eğitilmesi gerekmektedir. Ayrıca sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesi ve disiplinler arası işbirliği yapılması da felaketlerin sonrasında yaşanan yıkımları azaltmak yönünden önemli bir adımdır.

#### KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, 4<sup>th</sup> Edition (DSM-IV) Washinton, DC: American Psychiatric Association.
- Battal S, Ak İ (1995) Posttravmatik Stres Bozukluğu. Anksiyete Monografileri Serisi (7) Hekimler Yayın Birliği, 273-285.
- Coffman S (1998) Children's reactions to disaster. J Psychiatr Nurs 13 (6) 376-382.
- Cooley MR, Turner SM, Beidel DC (1995a) Assessing community violence: The children's report of exposure to violence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34: 201-208.
- Cooley MR, Turner SM, Beidel DC (1995b) Emotional impact of children's exposure to community violence: A preliminary study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34: 1362-1368.
- Ekşi A (1994) Terör eylemi ve savaşın çocuk ve gençlere etkisi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 1: 23-27.
- Garmezy N (1986) Children under severe stress: Critique and commentary. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 25(3): 384-392.
- Giaconia RA, Reinherz HZ, Silverman AB ve ark. (1995) Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34: 1369-1380.
- Goenjian A (1993) A mental health relief programme in Armenia after the 1998 earthquake. BR J Psychiatry 163: 230-239.

- Geonjian AK, Najarian LM, Pynoos RS ve ark. (1994) Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *Am J Psychiatry*. 151: 895-901.
- Glante R, Foa D (1986) An epidemiological study of psychic trauma and treatment effectiveness for children after natural disaster. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 25(3): 363.
- Horowitz K, Weine S, Jekel J (1995) PTSD symptoms in urban adolescent girls: Compounded community trauma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 1353-1361.
- Lonigan CJ, Shannon MP, Taylor C ve ark. (1994) Children exposed to disaster: II. Risk factors the development of posttraumatic symptomatology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 94-105.
- Miral S, Özcan Ö, Baykara A ve ark. (1998) Dinar depremi sonrası çocuklarda kaygı ve depresyon. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 5(1): 16-22.
- Murphy SA (1986) Status of natural disaster victims' health and recovery 1 and 3 years later. *Res Nurs Health* 9(4): 331-340.
- Najarian LM, Geonjian MD, Pelcovitz D ve ark. (1996) Relocation after a disaster: Posttraumatic stress disorder in Armenia after the earthquake. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35 (3).
- Nie NH, Hull CH, Jenkins J ve ark. (1975) SPSS: Statistical package for the social sciences (2<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Nolen Hoeksama S, Morrow J (1991) A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *J Personality and Social Psychology* 6(1): 115-121.
- North CS, Smith EM, Spitznagel EL (1994) Posttraumatic stress disorder in survivors of a mass shooting. *Am J Psychiatry* 151: 82-88.
- Öner N, LeCompte A (1983). *Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Özusta Ş (1993) *Çocuklar İçin Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterinin Türkçe'ye uyarlaması geçerlik güvenirlik çalışması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler, Psikoloji Bölümü, Ankara.
- Palinkas LA, Petterson JS, Russel J ve ark. (1993) Concomitant patterns psychiatric disorders after the Exxon Valdez oil Spill. *Am J Psychiatry* 150: 1517-1523.
- Pynoos RS (1990) Posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Psychiatric Disorder in Children and Adolescents içinde*. BD Garfinkel, GA Carlson, EB Welder (eds). WB. Saunders Company. Harcourt Inc., USA s: 48-64.
- Pynoos RS- Gaenlian A, Tashjian M ve ark (1993) Posttraumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian Earthquake. *Br J Psychiatry* 163:239-247.
- Shannon MP, Lonigan CJ, Finch AJ ve ark. (1994). Children exposed disaster: I. Epidemiology posttraumatic symptoms and symptom profiles. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:80-93.
- Sharon P, Chaudhory G, Kovatkeker AS (1996) Preliminary report of psychiatric disorder in survivors of a severe earthquake. *Am J Psychiatry* 153(4): 556-559.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R (1970) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger CD (1973) *Preliminary Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sungur M (1994) Felaket üstüne felalet. *Parlamentodun, Martı Yayıncılık* 21(3): 66-67.
- Şener Ş, Özdemir DY, Şenol ve ark. (1997) Dinar depreminden sonra Ankara'da yatılı okula yerleştirilen ergenlerde travmanın psikolojik etkileri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 4(3): 135-144.
- Terr LC (1991) Childhood trauma: An outline and overview. *Am J Psychiatry* 148: 10-20.

# ÇOCUKLAR İÇİN TRAVMA SONRASI STRES TEPKİ ÖLÇEĞİ: TÜRKÇE GEÇERLİK, GÜVENİRLİK ÖN ÇALIŞMASI

Gülşen Erden\*, Emine Z. Kılıç\*\*, Runa İ. Uslu\*\*, Efser Kerimoğlu\*\*\*

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliğinin sınanmasıdır. **Yöntem:** Kırıkkale ilinde mühimmat fabrikası patlamasına tanık olmuş çocuklar arasından seçkisiz yolla seçilen 60 çocuğa (30 kız ve 30 erkek) Çocuklar İçin Travma Sonrası Tepki Ölçeği uygulanarak, test-tekrar test güvenilirliği, puanlayıcılar arası tutarlılık ve yapı geçerliği sınanmıştır. **Bulgular:** Zaman içerisindeki tutarlılığı test-tekrar test yöntemi ile sınanan ölçeğin güvenilirliği .86, Cronbach Alfas'ı .75 bulunmuştur. Puanlayıcılar arası tutarlılık Cappa .87 dir. Travma sonrası stres bozukluğu DSM IV tanıları ile Çocuklar İçin Travma Stres Tepki Ölçeği puanlarına ilişkin ölçütlerin tutarlılığı anlamlı ( $p < .000$  ile  $p < .01$ ) bulunmuştur. **Tartışma:** Ölçeğin iç tutarlılık, test-tekrar test, puanlayıcılar arası tutarlılık ve yapı geçerliğine ilişkin bulguları çocuklarda ortaya çıkan travma sonrası belirtilerin izlenmesi açısından yararlı olacağını göstermektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Çocuk, TSSB, değerlendirme.

## SUMMARY: THE VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF TURKISH VERSION OF CHILD POSTTRAUMATIC STRESS REACTION INDEX

**Objective:** The Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (CPTS-RI) designed for the assessment of PTSD symptoms has been adapted to Turkish and tested for validity and reliability. **Method:** Randomly selected sixty children (30 girls and 30 boys) who have experienced the explosion at the ammunition factory in Kırıkkale, have been interviewed using the CPTS-RI. The Turkish version index has been evaluated with test-retest reliability, interrater reliability and construct validity. **Result:** The overtime consistency has been measured by test-retest reliability with  $r = .86$  ( $N = 20$ ). The Cronbach Alpha was .75. Interrater reliability has been found Cappa .887. DSM IV posttraumatic stress disorder criteria and CPTS-RI scores have yielded positively significant correlations ( $p < .000$  -  $p < .01$ ). **Discussion:** The test-retest reliability, interrater reliability and construct validity results of the CPTS-RI indicates that it is a reliable and useful assessment tool for posttraumatic stress disorder symptoms in Turkish children. **Keywords:** Child, PTSD, assessment.

## GİRİŞ

Travma sonrası stres bozukluğu, bireyi beklemediği anda yakalayan bir yıkım sonrasında, bireyin alışageldiği yaşam düzenini bozan, duygusal ve sosyal sorunlara yol açan bir ruhsal sorundur. Günümüzde doğal ya da insanların yarattığı yıkımlara karşı karşıya kalmış çocukların bu zorlu yaşam olayına bağlı olarak gelişen sorunlarına gösterilen ilgi, belirgin bir artış göstermektedir. Sadece doğal yıkımlar değil toplumsal şiddet ya

da savaş gibi nedenler de çocukları doğrudan etkilemektedir. Aynı zamanda daha da ürkütücü olanı, çocukların savaş ya da toplumsal şiddet durumunda olayın doğrudan kurbanları haline getirilmeleridir. Sözü edilen zorlu yaşantılar, çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu görülme sıklığını artırmaktadır (Pynoos ve ark. 1987). Çocukların doğrudan kurban olmaları ya da olaya tanık olmaları sonrasında ortaya çıkan kısa ya da uzun dönem etkiler üzerinde önemle durulması gereken sorunlar olmaktadır. Ancak risk altında olan grupları belirleyebilmek ya da travma sonrası stres bozukluğu tanısını destekleyebilmek için standart ve güvenilir bir değerlendirme ölçeğine gereksinim vardır.

\* Psk. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara.

\*\* Doç. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara.

\*\*\* Prof. Dr. Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara.

Bu konuya ilişkin yayınlarda özellikle savaş durumu ile karşılaşmış olmanın psikolojik tepkilerle ilişkisini araştırmaya yönelik çabalar dikkati çekmektedir (Laor ve ark. 1996). Yayınlarda savaş ya da sivil ayaklanmalardan yaşanan şiddetle karşılaşmış çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gözlemlendiği bildirilmektedir (Green ve ark. 1994, Laor ve ark. 1992, Terr 1983). Savaşı yaşamış çocuklar, gece korkuları, kabuslar, regresyon, benlik saygısında azalma, depresyon, korkular, karşı çıkma, kavgacılık ve uyku bozuklukları gibi belirtiler göstermektedirler (Earls ve ark. 1988, Maida ve ark. 1989). Ayrıca psikosomatik belirtiler, konsantrasyon güçlüğü, bellek sorunları, kekemelik, kaygı, enürezis, enkoprezis ve saldırganlık gibi belirtilerden de söz edilmektedir (Nader ve ark. 1990, Maida ve ark. 1989). Konuya ilişkin ilk çalışmalar, travma sonrası stres bozukluğuna özgü sistematik bir değerlendirme aracı ile yapılmamıştır. Pynoos ve arkadaşları (1987) travma sonrası stres bozukluğunu değerlendirebilmek için standart bir davranış ölçeği üzerinde çalışmışlar ve ilk defa bu ölçekle, kendi okullarında silahlı bir şiddet olayını yaşamış olan çocukları değerlendirmişlerdir. Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ) özgül travmatik bir olay ve kayıp yaşama karşısında ortaya çıkan tepkileri değerlendirebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Aynı zamanda, savaş ve şiddet gibi bir yıkıma eş zamanlı ya da sonrasında yayınlanan olaya ait medyatik sonuçların (cinayet, infaz, yaralama ve ölüm benzeri olaylara ait çıplak ve yineleyen gösterimler) da etkilerini ölçebilmektedir (Singer ve ark. 1998, Pynoos ve ark. 1987).

Bu çalışmanın amacı, son yıllarda travmatik yaşantıların sık ortaya çıkması ve bunların medyatik sunuşlarının çoklu yinelemeler ve canlandırmalarla yapılması nedeniyle çocukların sıklıkla travmayla yüzyüze kalmaları gözönüne alınarak, Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeğinin ülkemizde kullanılabilirliğini sınamaktır. Çocukların değerlendirmelerinde de ölçeklerin gerekliliği göz önüne alındığında, travma sonrası stres bozukluğu konusunda halen gündemde olan tek ölçek olarak bulabildiğimiz bu ölçeğin ülkemizde çocuk ruh sağlığı alanında güvenle kullanılabileceğinin gösterilmesi önemli bir katkı olacaktır.

### Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeğinin Tanıtımı

20 maddelik bu ölçek, şiddetle karşılaşmanın ardından bireyde özgül stres belirtilerini değerlendirmek için kullanılmaktadır (Pynoos ve ark. 1987). Her çocuk kriz karşısında kendi gösterdiği tepkiler hakkında kendisi ile görüşülerek değerlendirilmektedir. Görüşme sırasında çocuktan öğrenilen belirtilerin puanlanması ile tepki ölçeği toplam puanı elde edilmektedir. ÇTSS-TÖ, TSSB DSM III ölçütleri tanımlamasına uygun olarak Pynoos ve arkadaşları tarafından (1987) geliştirilmiştir. Ölçeğin ilk hali nükleer bir kazayı yaşamış çocuklarla, cinsel taciz ve fiziksel istismara uğramış çocuklarda kullanılmıştır. Gözden geçirilmiş bu hali ile ilk kez, bir ilkokulda ateşli silahla saldırıya uğrayan bir grup çocukta, ölüme neden olan bir saldırı sonrası, bu olayı görmüş çocuklarla yapılan bir çalışmada kullanılmıştır. Ölçeğin bu ilk versiyonunda elde edilen puanlar için belirlenen ölçütler; 7-10 puan: "Hafif Düzeyde Travma Sonrası Stres Bozukluğu", "10 - 12 puan: "Orta Düzeyde Travma Sonrası Stres Bozukluğu", 12 ve üstü puan "Ağır Düzeyde Travma Sonrası Stres Bozukluğu" şeklinde değerlendirilmiştir (Nader ve ark. 1990). Bir hafta arayla yapılan iki değerlendirmede puanlayıcılar arası uygunluk %94, Cohen K katsayısı .878 bulunmuştur (Pynoos ve ark. 1987).

Ölçeğin ilk haline ilişkin yapılan faktör analizinde maddeler 3 faktör altında 50. faktör yükü ile toplanmıştır. Faktörlerin maddeleri için elde edilen iç tutarlılık ölçümlerinde Birinci Faktör için Cronbach Alfa .80, İkinci Faktör için .69 ve Üçüncü Faktör için .68 bulunmuştur. Birinci Faktör altında, TSSB DSM III ölçütleri içinde yer alan iki ana ölçüt ile ilişkili maddeler yer almıştır. Bu ölçütler, olayı yeniden yaşama ve yanıt vericiliğin azalması ya da dış dünya ile ilişkinin azalması şeklindedir. Faktör dağılımına bozukluğun ağırlığı açısından bakıldığında, birinci faktördeki belirtilere orta düzeyde TSSB olan çocuklarda sık rastlandığı saptanmıştır. Bu faktör kaçınma, duygusal küntleşme ve travmatik anılardan kurtulamama belirtilerini içermektedir. İkinci faktörde, olaya uygun ortmuş kaygı ve korku belirtilerine ilişkin maddelerin gruplaştığı görülmüştür. Bu belirtiler hafif düzeyde TSSB çocuklarda gözlenmiştir. Üçüncü faktörde, oku-



la dikkatini vermede güçlük ve uyku düzeninde bozulma ile ilişkili belirtiler yer almıştır. Bu belirtiler ağır düzeyde TSBB gösteren çocuklarda gözlenmektedir.

Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği Pynoos ve Nader (1988) tarafından yeniden gözden geçirilmiştir. Ölçeğin gözden geçirilmiş bu formunda "Hiç"ten "Çoğu Zaman"a değişen beş dereceli Likert tipi puanlama yapılmaktadır. Elde edilen puanlar için belirlenen ölçütler; "12-24" puan arası için "Hafif Düzeyde Travma Sonrası Stres Bozukluğu", "25-39" puanlar arası için "Orta Düzeyde Travma Sonrası Stres Bozukluğu", "40-59" puanlar arası için "Ağır Düzeyde Travma Sonrası Stres Bozukluğu", 60 ve üstü puanlar arası içinse "Çok Ağır Travma Sonrası Stres Bozukluğu" şeklindedir. Ölçeğin bu şekilde puanlanması yazarlarca klinik uygulama sonucunda önerilmektedir ve klinisyenler tarafından uygulandığında uygulayıcılar arası güvenilirlik oranının çok yüksek olduğu belirtilmektedir (Pynoos ve ark. 1993).

Ölçeğin bu hali ile geçerlik çalışması DSM III-R ölçütleri ile tanıları konmuş Ermenistan depresini yaşamış çocuklarda yapılarak geçerli bir ölçek olduğu kanıtlanmıştır (Pynoos ve ark. 1993). Ölçeğin ölçüt geçerliği DSM III-R ölçütlerine uyularak konulan klinik tanı ile ölçekten elde edilen bulgular arasında .91 bulunmuştur.

DSM III-R sınıflandırmalarında travma sonrası stres bozukluğu tanısı üç boyutta ele alınır. Birinci boyutta, olayı yeniden yaşama yer almaktadır. Ölçeğin faktör analizi bulgularına göre olayı yeniden yaşama boyutu, olaya ilişkin düşünce

ma boyutu, ölçekte faktör iki altında toplanan; yalnızlık duygusu, duygusal küntleşme, etkinliklere karşı ilgi kaybı, hatıralardan ve duygulardan kaçınmaya ilişkin maddelerle yer almıştır. Üçüncü boyutta yer alan aşırı uyarılmışlık ise ölçekte faktör üç altında yer alan uyku bozukluğu, dikkatini yoğunlaştırmada güçlük, fizyolojik reaktivite ve içgüdülerin kontrolünde güçlük maddeleri ile tanımlanmaktadır.

## YÖNTEM

### Denekler

Kırıkkale ilinde yaşayan ve 3 Temmuz 1997 tarihinde mühimmat fabrikasının patlaması sırasında şehirde olup patlamaya tanık olan 8 - 12 yaşlar arasında, 30 kız 30 erkek, toplam 60 çocuk araştırma grubunu oluşturmuştur. Araştırma patlamadan sonraki 10-12 aylar arasında yapılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Kırıkkale Valiliği ve İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Araştırma grubu, TSSB belirtilerini en yoğun gösteren çocuk grubuna ulaşmak amacıyla fabrikaya en yakın yerleşim yerinde oturan ve o bölgedeki ilköğretim okulunun üçüncü, dördüncü ve beşinci sınıflarına devam eden çocuklar arasından seçkisiz örneklem yöntemi ile seçilmişlerdir. Öğrencilerle patlamadan bir yıl sonra görüşmeler yapılmıştır. Çocukların yaş ortalaması 10.3'dür. Araştırma grubunun sosyo kültürel düzeyi baba eğitimi ile belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Çocukların yaş ve cinsiyetleri ile babanın eğitim düzeyine göre denek grubunun dağılımı.

Yaş Cinsiyet	Okur yazar		İlkokul		Ortaokul		Lise		Yüksek okul	
	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E
9		1	1	1	1	1	5	2		1
10			1	3	3	4	3		3	2
11			3	4	2	4	6	3		2
12	1					2	1			

ve hatıralar için korku, üzüntü ile dalıcı düşünce, hayaller, rüyalar ve olayın yineleyeceğine ilişkin düşünceler ifade eden maddelerden oluşmuştur. DSM III-R'de yer alan, yok sayma-kaçın-

### Ölçeğin çeviri çalışmaları

Bu çalışmada kullanılan Çocuk Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği UCLA Travma Psikiyatrisi

Merkezi Yöneticisi Dr. Robert Pynoos'dan temin edilmiş ve bu araştırmacının izniyle çevirisi yapılmıştır. Ölçeğin çevirisi İngilizce'yi çok iyi derecede bilen bir çocuk ve bir yetişkin psikiyatristi tarafından yapılmıştır. Bu çeviriler karşılaştırılarak güçlük çekilen maddeler düzeltildikten sonra, bir psikiyatrist tarafından da geri çevirim işlemi yapılmıştır. Geri çevirim yazarın kendisine gönderilerek bilgi verilmiştir. Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirimdeki tutarlılık yüksek bulunmuştur. Ölçeğin doğrudan anlaşılabilirliğinin sınanması için Çocuk Ruh Sağlığı kliniğinde ön uygulama yapılmıştır.

Ölçek maddeleri "hiçbir zaman"dan, "pek çok zaman"a değişen derecelendirme ile işaretlenmektedir. Bu işaretleme görüşmeci tarafından alınan yanıtta uygun olarak yapılmaktadır.

### İşlem

Uygulama araştırma grubunun seçildiği okulda çocuklarla tek tek görüşülerek yapılmıştır. Görüşmeler iki araştırmacı tarafından ayrı odalarda yapılmıştır.

## BULGULAR

### Ölçeğin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği'nin güvenilirliği Cronbach Alpha katsayısı ile iç tutarlılık açısından ve test-tekrar test yöntemi ile zaman içerisindeki tutarlılık açısından incelenmiştir. Görüşmeciler ve yaptıkları puanlamalar arası tutarlılık içinse Cappa sayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin güvenilirliğine ilişkin olarak iki ölçüm alınmıştır. Test-tekrar test güvenilirliği için "7-14" gün arayla, ölçek, araştırma grubunda yer alan 20 deneğe uygulanmıştır. Test-tekrar test güvenilirliği .86, Cronbach Alfa katsayısı .75 bulunmuştur.

Test-tekrar test güvenilirliği için 10 çocuk için iki araştırmacı bağımsız puanlama yapmışlardır. Bu puanlama sonucunda, değerlendiriciler arası tutarlılık Cappa .887 olarak hesap edilmiştir. Bu haliyle ölçeğin özgün ölçek bulguları ile tutarlılık gösterdiği düşünülmüştür.

### Ölçeğin Geçerlik Çalışması

Ölçeğin ölçüt geçerliğine ilişkin çalışma başka benzer bir ölçek bulunmadığı için yapılamamıştır. Bunun yerine yapı geçerliği, klinik görüşme sonucu elde edilen DSM-IV tanı ölçütlerine uygun travma sonrası stres bozukluğu tanıları ile Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği puanlarına ilişkin ölçütlerin tutarlılığına bakılarak yapılmıştır.

Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği puanları ile DSM-IV ölçütlerine göre elde edilen bulguların ilişkisini yansıtan Ki Kare puanları anlamlı ( $p < .000$  ile  $p < .01$  arasında) bulunmuştur. Tüm grupta ÇTSS-TÖ puan ortalaması 18 (ss: 10.53) olarak bulunmuştur. En yüksek puan 43 en düşük puan 0 dir. Bu puanlar Pynoos ve arkadaşlarının çalışmasında kullanılan biçimde; 12-24 puan arası için "hafif" 25-39 puanlar arası için "orta", 40-59 puanlar arası için "ağır" 60> ise "çok ağır düzeyde" TSSB olarak gruplandırıldığında araştırma grubunda çok ağır düzeyde belirti veren kimse olmamış, 2 çocuk ağır (%3.3), 13 çocuk orta (%13), 25 çocuk hafif (%41.7) düzeyde TSSB belirtisi göstermişlerdir. DSM-IV ölçütlerine göre ise 10 çocuk (%16.7) TSSB tanısı olmaktadır. DSM-IV ölçütlerine göre tanı konan grubun ÇTSS-TÖ ye göre belirti şiddeti Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: DSM-IV ölçütlerine göre ÇTSS-TÖ belirti şiddetinin dağılımı.

	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Toplam
DSM-IV' e göre var	2	6	2	10	
	(%20)	(%60)	(%20)	(%100)	
DSM-IV' e göre yok	20	23	7	50	
	(%40)	(%46)	(%14)	(%100)	

Ki-kare: 23.5,  $p < .01$

Bu tablodan görüleceği gibi ölçek ve DSM-IV'e göre konulan tanılar birbiriyle büyük ölçüde örtüşmektedir.

### Cinsiyet ve yaş gruplarına göre puanların dağılımı

Kız ve erkek öğrenciler ÇTSS-TÖ puanları açısından t testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Kız öğrenci-

lerin ölçek puanı ortalaması: 22.1 erkek öğrencilerin 13.9 olarak bulunmuştur (t: 3.24, p<.01). Kız ve erkek öğrencilerin TSSB belirti şiddeti açısından dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir.

Sınıflar arasındaki farkı incelemek için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Buna göre üçüncü, dördüncü ve beşinci sınıflar arasında ölçek puanı açısından farklılık saptanmamıştır (F: .43, p> .05).

**Tablo 3:** Kız ve erkek öğrencilerin belirti şiddetine göre dağılımı

TSSB					
Şiddeti	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Toplam
Kız	5 (%16.7)	15 (%50)	8 (%26.7)	2 (0.6.7)	30 (%100)
Erkek	15 (%50)	10 (%33.3)	5 (%16.7)		30 (%100)

## TARTIŞMA

TSSB 1980 yılında DSM-III'ün kullanıma girmeyle resmi bir tanı kategorisi haline gelmiştir. Önceleri çocuklarda bu tür bozukluklara raslanmayacağı iddia edilmiş, daha sonra yapılan çalışmalar TSSB tanısının çocuklar için de geçerli olduğunu ortaya koymuştur. Çocukların kendileriyle ilgili güvenilir bilgi verebildiklerinin görülmesi görüşme ölçekleri travmatik yaşantıyla ilgili güvenilir çalışmalar yapılabilmiştir. Özellikle travma ve yas durumlarıyla ilgili çocukların kendileriyle ilgili verdikleri bilginin ebeveynlerinkine oranla daha doğru olduğuna dair görüşler vardır (Pynoos 1992).

Korol ve arkadaşları (1999) 1984 de ortaya çıkan nükleer atık faciası ile ilgili çalışmalarında çocukların kendileriyle ilgili olarak ebeveynlerin iki katı kadar TSSB semptomu bildirdiğini bulmuşlardır. Burke ve arkadaşları da (1982) ebeveynlerin özellikle doğal afetler sonrasında kendilerini sorunlu hissettikleri için çocuklarda ortaya çıkan TSSB belirtilerini inkar etme eğiliminde olduklarını ileri sürmüşlerdir. Pek çok çalışmada benzer sonuçların ortaya çıkması ebeveyn inkarının genel bir tutum olduğunu ortaya koymaktadır, bunun bir nedeni olarak da çocukların felaket sırasında aşırı uyumlu davranması ve si-

kıntılarını gizlemelerinin ebeveynin kaçınma tutumları ile birleşerek çocuğun belirtilerinin görünmezden gelinmesine yol açması gösterilmektedir (Pfefferbaum 1998). Dolayısıyla gerek ÇTSS-TÖ gerekse DSM ile yapılan çalışmalarda ebeveynlerden bilgi almak yerine çocuklardan bilgi alma yolu kullanılmıştır. Çocuk TSS-TÖ ile Pynoos ve arkadaşlarının (1987) yaptığı çalışmalar okul yaşındaki çocukların travmatik durumlara karşı ortaya çıkan duygusal tepkileri ile ilgili doğru ve yeterli bilgi verdiklerini göstermiştir. ÇTSS-TÖ ile yapılan çalışmalar DSM, TSSB tanısı ile uygunluk gösterdiğini ortaya koymuştur. Pynoos ve arkadaşlarının (1993) çalışmasında "ağır ve çok ağır" kategorisine giren çocukların tüm grupta TSSB tanısı konanların %78'ini oluşturduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da DSM'ye göre TSSB tanısı konan grubun %80'i orta ve ağır ÇTSS-TÖ kategorisinde bulunmuştur.

Kronik travma sonrası stres bozukluğunun çocukların zihinsel gelişimini ve kişilik gelişimin etkilediği düşünülecek olursa bu konuda doğru bilgi alınmasının çok önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalar çocuklarda ortaya çıkan TSSB belirtilerinin kronikleşebileceğini göstermektedir. Örneğin, Mc Farlane (1987) yaptığı bir çalışmada Avusturalya'da bir orman yangınından 8 ay sonra bile çocukların %50'sinde korkuların sürdüğünü göstermiştir. Bu da göstermiştir ki TSSB tanısı olmaksızın kısmi belirtiler sürebilmektedir. ÇTSS-TÖ; DSM ölçütleriyle uyumlu olmakla birlikte DSM'ye göre TSSB tanısı olmayan ancak belirtiler nedeniyle zorluklar yaşayan çocukların da değerlendirilebilmesi açısından önem taşımaktadır. Bizim çalışmamızda da ölçeğin DSM-IV TSSB tanısı ile önemli ölçüde örtüştüğü ancak tam olarak bu tanıyı almayan bir gruba da işaret ettiği görülmektedir. Bu nedenle de çocuklarla çalışırken tanı yerine belirti düzeyi üzerinde durulması gerektiği düşüncesi ortaya çıkmıştır. Bu durum özellikle kızlarda daha belirgindir. Çalışmamızda erkeklerin %50'sine karşılık kızların yalnızca %16.7'sini belirti göstermemesi kızların daha yüksek TSSB riski taşıdığını desteklemektedir. Yayınlar da genelde kızların daha fazla belirti gösterdiği bildirilmektedir (Green ve ark. 1994, Shannon ve ark. 1994). Yayınlar da farklı yaş grupları arasında belirti şiddeti açısından farklılık olmadığına yönelik

bulgular olduğu gibi (Pynoos ve ark. 1993) farklılıklar olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (Shannon 1994). Çalışmamızda sınıflar arasında belirti düzeyi açısından fark bulunmamıştır. Ancak bu durum üç sınıfın yaş ortalamasının birbirine çok yakın oluşundan da kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada ele alınan grubun yalnızca orta sosyoekonomik seviyeden gelen bir grubu ele almıştır ve kontrol grubu yoktur. Denek sayısı ise cinsiyet farklarının yeterince incelenmesi için yetersizdir. Bu durum araştırma sonuçlarının genellenebilirliğini engellemektedir.

Sonuç olarak bu çalışma ÇTSS-TÖ'nin okul yaşındaki çocuklarda ortaya çıkan travma sonrası belirtilerin izlenmesi açısından yararlı olacağını göstermektedir. Ancak daha küçük ve daha büyük yaş gruplarıyla ilgili daha büyük ölçekli çalışmalara gereksinim vardır.

#### KAYNAKLAR

- Burke JD, Borus JF, Burns BJ ve ark. (1982) Changes in children's behavior after a natural disaster. *Am J Psychiatry* 139:1010-1014.
- Earls F, Smith E, Reich W, Jung KG (1988) Investigating psychopathological consequences of a disaster in children: a pilot study incorporating a structured diagnostic interview. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27:90-95.
- Goenjian A, Pynoos RS, Steinberg Am, Najarian MD, Asarnow JR, Karayan I, Ghurabi M, Fairbanks La (1993) Psychiatric comorbidity in children after the 1988 Earthquake in Armenia *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(9): 1174-1184.
- Green BL, Grace MC, Vary MG, Kramer TS ve ark. (1994) Children of disaster in the second decade: a 17 year follow-up of Buffalo Creek Survivors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33 (1): 71-79.
- Korol M, Green BL, Gleser GC (1999) Children's responses to a nuclear waste disaster: PTSD symptoms and outcome prediction. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38 (4) 368-375.

Laor N, Wolmer L, Wiener Z ve ark. (1992) Image control: a clinical pathophysiologic function in post-traumatic stress disorder. Abstracts of the 8<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Los Angeles.

Laor N, Wolmer L, Mayes LC ve ark. (1996) Israel Preschool children under scuds: a developmental perspective on the "protective matrix" as a risk modifying-function. *Arc Gen Psychiatry*, 53:416-423.

Laor N, Wolmer L, Mayes LC, Gershon A, Weizman R, Cohen D (1997) Israel Preschool children under scuds: a 30-month follow up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 (3): 349-356.

Maida CA, Gordon NS, Steinberg A, Gordon G (1989) Psychosocial impact of disasters: victims of the Baldwin Hills Fire, *J Traumatic Stress*, 2: 37-47.

Mc Farlane A (1987) Posttraumatic stress disorder in children in a longitudinal study of children following a natural disaster. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 20: 764-769.

Nader K, Pynoos RS, Fairbanks L, Frederick C (1990) Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school *Am J Psychiatry*, 147: 1526-1530.

Pfefferbaum B (1998) Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years *Reviews in Child and Adolescent Psychiatry* (ed). Mina Dulcan, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, p:118-125.

Pynoos RS, Frederick C, Nader K, Arroyo W (1987) Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Arc Gen Psychiatry* 44:1057-1063.

Pynoos RS (1992). Grief and trauma in children and adolescents: *Bereavement Care*, 11:2-10.

Pynoos RS, Goenjian A, Tashjian M, Karakashian M, Manjiktan R, Manoukian G, Steinberg AM, Fairbanks LA (1993) Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian Earthquake. *Br J Psychiatry*, 163: 239-247.

Shannon MP, Lonigan CJ, Finch AJ, Taylor CM (1994) Children exposed to disaster: I. epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profiles. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33 (1) : 80-93.

Singer MI, Slowak K, Tracey F, York P (1988) Viewing preferences, symptoms of psychological trauma and violent behavior among children who watch TV. *J Child Adolesc Psychiatry*, 37 (10) : 1041-1049.

Terr LC (1983) Chowchilla revisited: the effect of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. *Am J Psychiatry* 140: 1543-1550.

EK 1: Çocuklar İçin Travma Sonra Stres Tepki Ölçeği

Puanlama:	Zamansal yüzde	Günlük-haftalı süre
0: Hiçbir zaman	Hiç	Hiç
1: Çok az bir zaman	%15 den az zaman	10-14 günde bir kez
2: Az bir zaman	%15-30	5-10 günde bir kez
3: Çoğu zaman	%30-50	2-5 günde bir kez
4: Pek çok zaman	%50 den fazla zaman	Haftada 3 günden fazla veya 15 günden fazla

(Soruları sorarken (olay) yerine, çocuğun öznel yaşantısını tanımlayarak sormaya ve her soruyu puanlamaya özen gösteriniz.)

1. Bu (olay/olanlar) senin yaşındaki çocukların çoğunu üzecek ya da rahatsız edecek türden miydi?
2. (Olayı) düşündüğünde korku, endişe ya da sıkıntı hissediyor musun?
3. Olanlar aklından tekrar tekrar geçiyor mu? Yani (olay) la ilgili gözünün önünde görüntüler beliriyor mu ya da aklına sesler geliyor mu?
4. (Olay) la ilgili düşünceler istemediğin halde tekrar tekrar aklına geliyor mu?
5. A) Kötü rüyalar görüyor musun?  
B) (Olay)la ilgili güzel ya da kötü rüyalar görüyor musun?
6. Sana böyle bir olayın yine olabileceğini düşündüren şeyler var mı? Neler?
7. Arkadaşlarıyla oynamak, spor yapmak ya da okuldaki etkinliklere katılmak gibi (olay) dan önce yapmaktan hoşlandığın şeyleri yapmayı şimdi de aynı şekilde seviyor musun?
8. İçin için kendini daha yalnız hissettiğin (ya da kendi kendine kalmış gibi hissettiğin) oluyor mu; sana sanki başkaları senin neler çektiğini gerçekte hiç anlamıyorlarmış gibi geliyor mu?
9. Kendini nasıl hissettiğini düşünmek bile istemeyecek kadar korku, sıkıntı ya da üzüntü duyduğun oluyor mu?
10. Konuşamayacak ya da ağlayamayacak kadar korku, sıkıntı ya da üzüntü duyduğun oluyor mu?
11. Eskisine göre (olaydan öncesine göre) şimdi daha kolay yerinden çıkıyor musun, ya da daha tedirgin ve huzursuz bir halde misin?
12. İyi uyuyor musun?
13. (Olayla ilgili) "Keşke yapseydım" dediğin bir şey var mı? Bunu yapmamış olduğun için kendini kötü ya da suçlu hissediyor musun? Ya da "Keşke yapmasay-
14. Olanlarla ilgili düşünceler ve duygular örneğin okulda ya da evde öğrendiğin şeyler gibi başka şeyleri hatırlamana engel oluyor mu?
15. Eskisi (olaydan öncesi) kadar kolaylıkla dikkatini toplayabiliyor musun?
16. Başından geçenleri sana hatırlatan şeylerden uzak durmak istiyor musun?
17. Birşey sana (olayı) anımsattığında ya da düşünmene neden olduğunda gerginlik ya da sıkıntı hissediyor musun?
18. Küçükken yaptığın ama bıraktığın bazı şeyleri (olay) dan beri yine yapmaya başladın mı? (Örneğin, birisinin hep yanında olmasını istemek, birisiyle uyumak istemek, parmağını emmek, tırnaklarını yemek, ya da yatağına daha sık çiş, kaka kaçırmak?)
19. (Olay) dan beri eskisine göre daha fazla karnı ağrısı, baş ağrısı çektiğin, ya da kendini daha sık hasta hissettiğin oluyor mu?
20. Eskiden olsa yapamayacağın davranışları şimdi yapmaktan kendini alıkoyamadığın oluyor mu? (Örneğin, daha çok kavga etmek, daha az söz dinlemek, bisikletine daha dikkatsizce binmek, biryerlere tırmanmak, birisine küfretmek, oyun sırasında ya da caddede karşıdan karşıya geçerken daha dikkatsiz davranmak?)

Child Post-Traumatic Stress Reaction Index (1992)  
Frederick C, Pynoos R, Nader K

Çevirenler: Doç. Dr. Emine Z. Kılıç, Doç. Dr. Runa İ. Uslu, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı.

# ÇOCUKLAR İÇİN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİ SÜRDÜREN AİLESEL ETMENLER\*

Emine Z. Kılıç\*\*, Runa İ. Uslu\*\*, Efser Kerimoğlu\*\*\*

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı Kırıkkale Mühimmat Fabrikası'nda 1997 yılında meydana gelen patlamadan 10 ay sonra travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösteren ve göstermeyen çocukların aileye ilişkin etmenler yönünden karşılaştırılmasıdır. **Yöntem:** Bu araştırma için Kırıkkale'de patlamanın olduğu fabrikaya en yakın ilköğretim okulu seçilerek bu okulun 3. 4 ve 5. sınıf öğrencilerinden 96 kişiyle klinik görüşme yapılmış ve DSM-IV Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ölçütlerine göre tanı konmuş. Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği kullanılarak belirti şiddeti değerlendirilmiştir. Buna ek olarak çocuklara; Çocuklar İçin Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği verilmiştir. Aileye ilişkin etmenleri değerlendirmek için anne babalara Genel Sağlık Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği ve Mc Master Aile İşlevleri Ölçeği uygulanmıştır. TSSB belirtileri gösteren ve göstermeyen gruplar karşılaştırılmıştır. **Bulgular:** TSSB belirtisi gösteren ve göstermeyen gruplar karşılaştırıldığında Aile İşlevleri Ölçeğinin 5 alt ölçeğinin puanlarında iki grup arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Ayrıca daha fazla belirti gösteren çocukların depresyon ve sürekli kaygı puanları da belirti göstermeyen gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. **Sonuç:** Travmatik durumlarda ailenin işlevlerinin, iletişim becerilerinin ve günlük pratik yaşantıyı ayakta tutan problem çözme becerilerinin sağlıklı olması, çocukların ruh sağlığını koruyucu etmenlerden biri olarak ortaya çıkmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Çocukluk dönemi, travma sonrası stres bozukluğu, aile işlevleri.  
**SUMMARY: FAMILIAL FACTORS ASSOCIATED WITH POST TRAUMATIC STRESS DISORDER SYMPTOMS IN CHILDREN**

**Objective:** This study aims to compare affected and non-affected children 10 months after the explosion in Kırıkkale ammunition factory in terms of family factors. **Method:** The primary school located nearest to the factory was chosen for this research. 96 students from 3<sup>rd</sup>, 4<sup>th</sup> grades were interviewed using DSM-IV criteria and Post Traumatic Stress Reaction-Index. They were also asked to fill CDI and STAI-C, GHQ, BDI, STAI, and Mc Master Family Functioning Scale were sent to parents to be filled at home. Group of students that showed higher levels of PTSD symptoms as compared with the group that showed no symptomatology. **Results:** Significant differences were observed between five subscales of Family Functioning Scale. Symptomatic children also had higher scores on depression and trait anxiety scales. **Discussion and Conclusion:** Family functions, communication skills, and problem solving skills of the family that sustains daily living are important to protect the mental health of children during and after traumatic events.

**Keywords:** Childhood, post traumatic stress disorder, family functioning.

## GİRİŞ

Travmanın çocuklar üzerindeki uzun dönemli etkilerini araştıran çalışmalar çocuklarda travma

\* Bu çalışma 28-31 Ekim 1999 tarihlerinde Kapadokya'da yapılan 6. Sosyal Psikiyatri Kongresinde Poster Bildiri olarak sunulmuş ve Prof. Dr. Rasım Adasal ödülüne layık görülmüştür.

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

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

sonrası stres belirtilerinin klinik bir bozukluk düzeyine ulaşmadan da uzun süre sürebileceğini ve çocuğun yaşamını etkileyebileceğini göstermektedir. Chowchilla okul otobüsü kaçırılması olayıyla ilgili çalışmalar otobüste bulunan 26 çocuğun olaydan 4 yıl sonra bile travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtileri göstermeye devam ettiğini göstermiştir (Terr, 1983). Benzer biçimde Mc Farlane'in Avusturalya'da bir orman yangını sonrası izlediği ilkökul çocukların-

*Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 6(3) 1999*

da, çocukların 50'sinde travma sonrası stres belirtilerinin olaydan 8 ay sonra da sürdüğü, %33'ünde ise yangından 26 ay sonra da belirtiler görüldüğü bildirilmiştir. Bu çalışmada çocukların belirtilerinin çocuğun felaketle karşılaşma koşullarından çok annenin anksiyete düzeyi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Mc Farlane, 1987).

Travmalardan etkilenen çocuklara karşı etkilenmeyen çocukların özelliklerini araştıran çalışmalar bu çocukların çevreden yardım isteme becerileri olan ve kendi çevreleri üzerinde kontrol sahibi olabilen çocuklar olduğunu göstermektedir (Haizlip ve Corder, 1996). Bu, "strese dayanıklı" olarak tanımlanan çocukların olumlu bir benlik algısı olan, çevrelerini olumlu algılayan, sıcak ve yakın ilişkilerin sürdüğü olumlu bir aile ortamı olan çocuklar olduğu bulunmuştur (Haizlip ve Corder, 1996). Aile ortamının önemine rağmen ebeveynlerin sıklıkla travmatik durumlarda nasıl davranacaklarını bilemedikleri görülmüştür. Eğer tüm aile üveleri aynı felaketle karşılaşmış ise genelde anababalar kendi sorunları ile uğraşırken çocuklara destek olamamaktadır. Mc Farlane (1987)'in çalışmasında da felaketten 8 ay sonra ailelerde çatışmaların, sinirliliğin artmış olduğu görülmüştür. Anababaların uyum sorunları ne kadar fazla ise çocukların uyum sorunları da o kadar fazla olmaktadır.

Bu çalışmada amaç çocuklarda ortaya çıkan travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin aile işlevleri, anne babanın ve çocuğun ruhsal sorunları ile ilişkisini araştırmaktır. Bu amaçla 1997 de Kırıkkale'de meydana gelen mühimmat fabrikası patlamasından 10-12 ay sonra bölgedeki çocuklarda görülen travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ve aileye ilişkin faktörlerin ilişkisi araştırılmıştır.

### Travmatik Olay

3 Temmuz 1997 de 250.000 nüfuslu Kırıkkale'de sabah saatlerinde büyük bir patlama duyuldu. Yaz tatili olduğundan çocukların çoğu evlerindedi. Çok sayıda silah ve mühimmat fabrikasının bulunduğu Kırıkkale'de daha önce de böyle patlamalar olmuştu. 3 Temmuz 1997'de ilk patlama sabah 8.50 de oldu, mühimmat fabrikasında ki TNT kazanı patlamıştı. Bundan sonra ard ar-

da 17 patlama meydana geldi ve saat 16.30 a kadar sürdü. Hükümet şehrin boşaltılmasına karar verdi çünkü bombaların yüklendiği vagonlar patlarsa bunun şehrin sonu olacağı düşünülüyordu. Tüm halk panik içinde evlerini terk etti ve çevredeki dağlara doğru kaçmaya başladı. İki gün şehir dışında kaldıktan sonra tehlikenin geçtiğinin söylenmesiyle evlerine döndüklerinde tüm şehrin cam kırıkları içinde olduğunu gördüler. Yalnızca bir fabrika işçisinin ölümü ve sekiz işçinin yaralanmasıyla olay atlatıldı. Yaklaşık 100 kişi cam kırıkları nedeniyle yaralandı ve evinin bahçesinde patlamamış bir şarapnel parçası bulan bir çocuk iki aile üyesi ile birlikte öldü. Bölgede halen patlayan fabrika çalışmamakla birlikte diğer fabrikalarda üretim sürmektedir (Kırıkkale Valiliği Yayını, 1997).

### YÖNTEM:

#### Deneklerin Seçimi

Bu araştırma için patlayan fabrikaya en yakın ilköğretim okulunun üç, dört ve beşinci sınıf öğrencileri denek grubu olarak saptanmıştır. Bu seçimin nedeni bu okulda okuyan öğrencilerin evleri fabrikaya en yakın olan ve dolayısıyla patlamadan etkilenme olasılığı en yüksek olan grup olacağı ön kabulüdür. Araştırma için verilerin toplanması patlamadan sonraki 10-12 aylar arasında gerçekleştirilmiştir.

İlk aşamada üç, dört ve beşinci sınıflarda okuyan 900 öğrencinin tümünün patlamayla ilgili kısa bir kompozisyon yazması istenmiştir. Bundan sonra her sınıftaki beş şubenin her birinden iki kız iki erkek olmak üzere dört öğrenci seçkisiz yöntemle seçilmiştir. Seçkisiz yöntemle seçilen bu ilk grupta 60 öğrenci vardır. Daha sonra kompozisyonlar iki araştırmacı tarafında bağımsız olarak değerlendirilmiş ve her iki araştırmacı tarafından da patlamadan daha fazla etkilenmiş olarak değerlendirilen her şubedeki ilk iki öğrenciden oluşan 36 kişilik ikinci bir örneklem grubu daha oluşturulmuştur. Bu grup 15 kız ve 21 erkekten oluşmaktadır. Üçüncü sınıftan 9, dördüncü sınıftan 12, beşinci sınıftan 15 öğrenci bu grupta yer almaktadır. Bu zenginleştirilmiş örneklem grubunun seçimindeki amaç örneklem grubundaki travma sonrası stres bozukluğu belirtisi gösteren öğrenci oranını artırarak istatis-

tiksel karşılaştırmalar yapılmasına olanak sağlamaktadır. Böylece belirti gösteren grubun sayısının göstermeyen grup düzeyine ulaşması ve istatistiksel karşılaştırmaların sağlıklı olması amaçlanmıştır.

### İşlem ve Kullanılan Ölçekler

Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara Üniversitesi Dekanlığı ve Kırıkkale Valiliğinden izin alınmıştır.

Denek grubunun tümü bir çocuk ve bir erişkin psikiyatristi tarafından görüşmeye alınmıştır. Bu görüşmede klinik tanı için DSM-IV TSSB ölçütleri kullanılmış ve araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgileri ve patlama yaşantısı ile ilgili bilgileri soruşturan bir form doldurulmuştur. TSSB belirtilerinin şiddetini araştırmak için Pynoos ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilen Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği kullanılmıştır. ÇTSS-TÖ çeşitli travmatik yaşantılar sonrasında çocuk ve ergenlerde ortaya çıkan stres tepkilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş 20 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe'ye de test-tekrar test güvenilirliği 0.86, görüşmeciler arası güvenilirliği .98 olarak bulunmuştur. ÇTSS-TÖ beşli Likert tipi yapılandırılmış bir ölçektir. Toplam puanın 12-24 arasında olması hafif TSSB tepkisi, 25-39 arası orta düzeyde, 40-59 arası ağır ve 60'ın üstü çok ağır derecede TSSB tepkisine işaret etmektedir.

Görüşülen çocuklara daha sonra evde doldurulmak üzere anne babanın ve kendisinin dolduracağı ölçekler verilmiş ve daha sonra bu ölçekler toplanmıştır. Ölçeklerin geri dönüş oranı %87.5'dir. Uygulanan ölçekler şunlardır:

**Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ):** Kovacs (1981) tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçeye çevirisi yapılmış, geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir (Öy, 1991).

**Çocuklar İçin Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (ÇDSKÖ):** Speilberger (1973) tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özusta tarafından yapılmıştır (1993).

**Anne baba ve aileye yönelik değerlendirme:**

**Genel Sağlık Anketi (GSA):**

Göldbreg ve Williams (1991) tarafından geliştirilen ve Kılıç (1996) tarafından Türkçe çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan bu ölçeğin genel psikopatolojiyi yordamada tarama testi olarak kullanılabilceği gösterilmiştir.

**Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):** Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen ve depresyon belirti düzeyini ölçmede yaygın olarak kullanılan bu ölçeğin Türkçe geçerlilik çalışması Tegin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (1980).

**Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği (DSÖ):** Speilberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması öner ve Le Compte (1985) tarafından gerçekleştirilmiştir.

**Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ):** Aile değerlendirme ölçeği Epstein ve arkadaşları (1983) tarafından, aileleri Mc Master Aile İşlevleri Modeline uygun olarak değerlendirme amacıyla geliştirilmiştir. Aileleri altı ayrı boyutta değerlendirmeyi amaçlar. 12 yaş üzeri tüm aile bireyleri ayrı ayrı doldurur ve puanın ortalaması alınarak aile puanı bulunur. Her bir bireyin puanını ayrı olarak değerlendirmek de mümkündür. Ölçek puanları 1.00 (sağlıklı) ve 4.00 (sağsız) arasında değişir. 2.00 üzerindeki ortalamalar aile işlevlerinde sağsız göstergesi kabul edilebilir. Altı alt ölçeğe ek olarak yedinci bir alt ölçek ailenin genel olarak sağlıklı ya da sağsız işlev gördüğünü değerlendirme amacı taşır. Bu alt ölçekler şunlardır: 1. Problem çözme, 2. İletişim, 3. Roller, 4. Duygusal tepki verme, 5. Duygusal katılım, 6. Davranış kontrolü, 7. Genel işlevler. Ölçeğin Türkçeye kazandırılması ve geçerlilik, güvenilirlik çalışması Bulut (1990) tarafından yapılmıştır.

## BULGULAR

### A. TSSB belirtilerinin sıklığı

Seçkisiz örneklem yöntemiyle seçilen 60 kişilik grup üzerinde yapılan çalışmalar 10 öğrencinin (%16.7) DSM IV ölçütlerine göre TSSB tanısı alacağını göstermiştir. ÇTSS-TÖ ne göre bu 60 kişilik grubun %3.3 (n=2) ü ağır, %21.7 (n=13) si orta, %41.7 (n=25) si hafif ve %33.3 (n=20) ü belirsiz olarak değerlendirilmiştir. DSM-IV ve ÇTSS-TÖ



kategorileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. DSM-IV e göre TSSB tanısı alan çocukların %80i ÇTSS-TÖ ne göre orta-ağır kategorisine girmiştir (ki-kare:39.2,  $p<.001$ ). Sınıflar arasında ise TSSB şiddeti açısından farklılık bulunmamıştır. Kızlar ve erkekler karşılaştırıldığında kızların erkeklere oranla daha sık olarak orta-ağır düzeyde TSSB kategorisinde olduğu görülmüştür (10 kız, 5 erkek bu kategoride yer almıştır, ki-kare: 8.7,  $p<.01$ ).

### B. Belirti gösteren ve göstermeyen gruplar arası karşılaştırmalar

Kompozisyonlarına göre etkilenmiş olabileceği düşünülen 36 kişilik ikinci grubun değerlendirilmesinde ÇTSS-TÖ ye göre bu grubun %25 inin ( $n=9$ ) belirtisiz, %31 ( $n=11$ ) hafif düzeyde, %44 ( $n=16$ ) orta düzeyde TSSB belirtisi gösterdiği bulunmuştur. Bu grupta DSM-IV e göre TSSB tanısı alan 11 kişi (%25) vardır. Semptomatik olan ve olmayan grupları karşılaştırabilmek için bu 36 kişilik grup seçkisiz yolla seçilen 60 kişilik gruba eklenmiş ve istatistiksel değerlendirme bu zenginleştirilmiş grup üzerinde yapılmıştır. İstatistiksel karşılaştırmalarda yeterli sayıya ulaşabilmek amacıyla orta ve ağır düzeyde belirti gösterenler birleştirilerek semptomatik grup oluşturulmuştur. Semptomatik grupta ÇTSS-TÖ puanı 25 in üstünde olan çocuklar yer almaktadır. ÇTSS-TÖ puanı 12 nin altında olanlar ise semptomsuz grubu oluşturmuştur. Puanı 12-24 arasında bulunan hafif düzeyde belirti gösteren grup ise karşılaştırma dışı bırakılmıştır. Böylece önemli ölçüde belirtisi olan ve hiç olmayan iki grup elde edilmiş ve uç gruplar karşılaştırması yapılmıştır. Bu ayrıma göre semptomatik grup 31, semptomsuz grup 29 öğrenciden oluşmuştur. DSM-IV e göre TSSB tanısı alan 18 öğrencinin tümü bu sınıflamada semptomatik grupta yer almıştır. TSSB belirtisi göstermeyen ve orta ve ağır düzeyde belirti gösteren iki grubun karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo I ve II de verilmiştir. Patlamaya ilişkin değişkenler açısından yapılan karşılaştırmada iki değişken açısından grupların istatistiksel anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Bu iki değişken: bir yakının patlamada yaralanması ve tekrar patlama olacağına dair inançtır. Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarını

karşılaştırmada t-testleri kullanılmıştır. Tüm alt ölçekler ve genel toplamda belirti görülen grup görülmeyen gruba oranla olumsuzluk göstergesi olan daha yüksek puanlar almıştır. Anne ve babanın puanları ayrı ayrı değerlendirildiğinde ADÖ nin beş alt ölçeği iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark göstermiştir. Bunlar: babanın ve annenin problem çözme puanları, babanın iletişim puanı, babanın roller puanı ve babanın genel işlevler puanıdır. Aile puanı ortalamaları alındığında ise yalnızca ailenin problem çözme puanının iki grup arasında farklı olduğu ve TSSB grubunda daha olumsuz bir duruma işaret edecek şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Çocukla ilişkili olarak anlamlı fark gösteren ölçekler ise çocuk depresyon ölçeği puanı ve çocuk sürekli kaygı puanıdır. Bu karşılaştırmalar Tablo I ve II. de yer almaktadır.

### TARTIŞMA

Travmaya uğrayan kişilerin tümünde TSSB meydana gelmemektedir. TSSB nin ortaya çıkışı travmaya ilişkin etmenlere ek olarak travma öncesi yatkınlık ve travma sürecindeki çevresel etmenler tarafından da belirlenmektedir. Davidson (1993) travma yaşantısı ile kişiye özel süreçler arasında karşılıklı etkileşimden söz etmektedir. Daha ağır travmatik yaşantılarda travmaya ilişkin etmenler TSSB belirtilerin ortaya çıkışını belirlemede daha hafif yaşantılarda ise kişiye özel yatkınlık etmenleri ön plana çıkmaktadır. Bu araştırmada ele alınan travma bu açıdan ikinci tipe daha uygun düşmektedir, çünkü ciddi tehdit oluşturmakla birlikte önemli düzeyde can ve mal kaybına neden olmamıştır. Kırıkkale'de yaşanan olay Terr (1991) in sınıflandığı şekilde Tip I travmalara uygunluk göstermekle birlikte bu tür travmalara sıklıkla eşlik eden ikincil travmatizasyonların yaşanmamış olması bu olayın en önemli özelliğidir. Bu açılarından da PTSD ye neden olan ikincil travmatize edici faktörler dışındaki risk etmenlerinin araştırılması için uygun bir alandır. Örneğin Shaw ve arkadaşlarının (1995) 1992 yılında Florida'yı etkileyen Andrew Kasırgası ile ilgili yaptıkları çalışmada yazarlar daha çok etkilenen okulda çocukların %87 sinin orta ve üstü düzeyde TSSB belirtisi gösterdiğini 32 hafta sonra aynı grubu ele aldıklarında belirti

**Tablo 1:** TSSB belirtisi olan ve olmayan grubun demografik değişkenler ve travmaya ilişkin faktörler açısından karşılaştırılması

	TSSB Belirtisi Var (N: 31)	TSSB Belirtisi Yok (N:29)	Gruplar arası farkın anlamlılığı
Sınıf (%3-4-5. sınıf)	25.8, 25.8, 48.4	24.1, 31.0, 44.8	a.d.
Cinsiyet (% kız)	51.6	34.5	a.d.
Annenin eğitimi (% yok-yüksek)	9.7, 3.2	10.3, 6.9	a.d.
Annede sağlık sorunu (% var)	32.3	24.1	a.d.
Annenin işi (% ev hanımı)	93.5	93.1	a.d.
Babanın eğitim (% yok- yüksek)	0, 6.5	3.4, 24.1	a.d.
Babada sağlık sorunu (% var)	12.9	3.4	a.d.
Babanın işi (% yok-işçi-memur)	3.2, 64.5, 25.8, 6.2	0-48.3, 34.5, 17.2	a.d.
Aile tipi (% çekirdek)	96.8	96.6	a.d.
Kırıkkalede oturma süresi (% <2yıl)	3.2	3.4	a.d.
Patlamayı gören (% evet)	96.8	89.7	a.d.
Patlama sesi duyan (% evet)	100	100	a.d.
Fabrikada yakını çalışan (% evet)	61.3	58.6	a.d.
Evinde hasar olan (% var)	93.5	79.3	a.d.
Yaralanan yakını olan (% var)	22.6	3.4	ki-kare: 14.7, p < .05
Daha önce travmatik yaşantı varlığı (% var)	6.7	7.4	a.d.
Tekrar patlar düşüncesi (% var)	87.1	31.0	ki-kare: 19.7, p < .05

düzeyinde anlamlı azalma olduğunu bulmuşlardır. Yazarlar bu durumu kasırga sonrası evlerin yıkılması, yer değiştirme gibi etmenlerin ortaya çıkardığı ikincil travmatizasyona bağlamaktadırlar. Özellikle toplu yıkımla ilgili çalışmalarda ikincil travmatizasyonun olmadığı durumlar nadirdir. Kırıkkale'deki patlama bu açıdan önemli bir örnektir. Ancak burada da patlama olan dışındaki fabrikaların çalışmaya devam etmesi dolayısıyla yine patlama olacağı endişesinin sürüyor oluşu belirti sıklığını arttıran bir neden olabilir. Gerçekten de Kırıkkale'de tekrar patlama olacağını düşünenler semptomatik grupta daha fazla yer almaktadır.

Newman 1976'da bu konudaki ilk çalışmalardan birini yapmış ve felaketlerin çocuklar üzerindeki etkisinin üç etmen tarafından belirlendiğini gözlemlemiştir. Bu etmenleri: 1. Çocuğun gelişimsel

düzeyi, 2. ailenin felakete yönelik tepkisiyle ilgili çocuğun algısı, 3. Çocuğun felakete doğrudan karşılaşması olarak sıralamıştır. Ailenin rolü bu konudaki pek çok çalışmada vurgulanmıştır. Green ve arkadaşları (1991) ailenin tepkilerini ve aile bütünlüğünün çocukların belirtileri üzerinde travmanın kendi etkisine eşdeğer veya daha önemli düzeyde etkisi olduğunu ileri sürmüşlerdir. Doğal bir afet sonrasında aileden ayrılma, annenin olayla ilişkili sıkıntılarının sürmesi ve olay sonrası aile işlevlerindeki değişiklikler McFarlane'e göre de semptomların oluşumunda travmayla karşılaşma ya da kaybın kendisinden daha etkili faktörlerdir (aktaran Pfefferbaum 1998). Çalışmalarda anne çocuk ilişkisini çocuğun fizyolojik tepkilerini düzenlemede, çocuğun yatışıp sakinleşmesi ya da aşırı uyarılmasına neden olmada aracı rolü üzerinde durulmuştur (van

Tablo 2: TSSB belirtisi olan ve olmayan grubun sayısal değişkenler açısından karşılaştırılması (t-testi)

	TSSB Belirtisi Var (N: 31)	TSSB Belirtisi Yok (N:29)	Gruplar arası farkın anlamlılığı
Çocuğun yaşı	10.6 (.76)	10.3 (.93)	a.d.
Anne yaşı	34.5 (6.2)	33.8 (5.7)	a.d.
Baba yaşı	39.0 (6.8)	37.4 (5.5.)	a.d.
Bir yıl önceki sınıf geçme notu	4.2 (1.0)	4.4 (.7)	a.d.
Bir yıl önceki devamsızlık düzeyi (gün)	2.9 (2.9)	2.5 (2.5)	a.d.
Son yıldaki not ortalaması	4.1 (.8)	4.3 (.7)	a.d.
Son yıl içindeki devamsızlık düzeyi	3.0 (4.1)	2.5 (3.2)	a.d.
Baba GSA toplam puanı	8.6 (5.3)	7.0 (3.7)	a.d.
Anne GSA toplam puanı	10.7 (8.2)	8.2 (4.9)	a.d.
Baba BDÖ toplam puanı	10.2 (9.3)	6.4 (6.9)	a.d.
Anne BDÖ toplam puanı	11.3 (10.7)	7.8 (5.6)	a.d.
Baba Durumluk Kaygı Toplam Puanı	36.9 (11.3)	32.2 (7.8)	a.d.
Anne Durumluk Kaygı Toplam Puanı	38.4 (11.2)	35.1 (9.1)	a.d.
Baba Sürekli Kaygı Toplam Puanı	34.3 (6.9)	33.4 (6.5)	a.d.
Anne Sürekli Kaygı Toplam Puanı	39.2 (9.2)	36.9 (8.0)	a.d.
Baba Problem Çözme puanı	2.1 (.5)	1.6 (.6)	t: - 2.4, p<.05
Anne Problem Çözme puanı	1.9 (.4)	1.6 (.4)	t: - 2.3, p<.05
Baba İletişim Puanı	2.0 (.5)	1.6 (.4)	t: - 2.3, p<.05
Anne İletişim Puanı	2.0 (.4)	1.7 (.3)	a.d.
Baba Roller Puanı	2.0 (.4)	1.8 (.3)	t: 2.2, p<.05
Anne Roller Puanı	2.1 (.4)	1.9 (.3)	a.d.
Baba Duygusal Tepki Puanı	1.8 (.5)	1.7 (.3)	a.d.
Anne Duygusal Tepki Puanı	2.0 (.7)	1.6 (.4)	a.d.
Baba İlgi Puanı	1.8 (.4)	1.7 (.4)	a.d.
Anne İlgi Puanı	2.0 (.7)	1.8 (.3)	a.d.
Baba Davranış Kontrolü Puanı	1.9 (.3)	1.8 (.3)	a.d.
Anne Davranış Kontrolü Puanı	2.0 (.5)	1.7 (.3)	a.d.
Baba Genel İşlevler Puanı	1.7 (.5)	1.4 (.3)	t: 2.4, p<.05
Anne Genel İşlevler Puanı	1.7 (.5)	1.6 (.4)	a.d.
Ailede Problem Çözme	1.9 (.4)	1.6 (.4)	t: 2.1, p<.05
Ailede İletişim	1.9 (.4)	1.6 (.4)	a.d.
Ailede Roller	2.1 (.4)	1.9 (.3)	a.d.
Ailede Duygusal Tepki Verme	1.9 (.6)	1.6 (.4)	a.d.
Ailede Gereken İlgii Gösterme	1.8 (.5)	1.8 (.3)	a.d.
Ailede Davranış Kontrolü	1.9 (.3)	1.8 (.3)	a.d.
Ailede Genel İşlevler	1.7 (.5)	1.5 (.3)	a.d.
Çocuk Depresyon Ölçeği Toplam Puanı	12.0 (6.2)	6.9 (4.8)	t: 2.9, p<.05
Çocuk Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı	44.3 (4.6)	44.0 (5.3)	a.d.
Çocuk Sürekli Kaygı Ölçeği Puanı	37.7 (6.6)	33.4 (7.5)	t: 2.0, p<.05

a.d: istatistiksel açıdan anlamlı değil

der Kolk, 1987). Laor ve arkadaşları (1997) çocuklarda görülen inatçı stres tepkilerinin bir yandan annenin belirtileri, ailenin bütünlüğü ve çocuğun kişiliği gibi etmenlerle diğer yandan da travmayla ilişkili olan evin yıkılması, yer değiştirme travmayla karşılaşma düzeyi gibi etmenlerle belirlendiğini bulmuşlardır. Bu yazarlar çevresel stresi düzenleyen sosyal, fiziksel, ailesel ve kişisel uyum mekanizmalarının birlikte çalışmasından oluşan bir koruyucu ağdan söz etmişlerdir. Çalışmalarında travmadan sonra yapılan değerlendirmede özellikle annenin kaçınma belirtilerinin çocuklarda ortaya çıkan TSSB belirtilerinin sürmesiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamız tüm aile işlevleri ele alındığında aile işlevleri ele alındığında ailede gerek anne gerekse babanın problem çözmedeki yetkinliğinin ayrıca babanın ailenin içinde oynadığı rolün özellikle ilköğretim çağı çocuklar için önemli olduğunu göstermektedir. Aile değerlendirme ölçeğine göre problem çözme alt ölçeği ailenin etkili bir şekilde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Sorunun ortaya çıkışından çözümlenmesine kadar olan dönemi kapsamaktadır (Bulut, 1990). Bu işlevin yerine getirilmesi çocuğun kendini aile içinde güvende hissetmesini sağlayacaktır. Bu çalışmada daha etkilenmiş çocukların ailelerinin çocuğa bu güveni verememesi sonucu çocuğun belirtilerinin sürebileceğini düşündürmektedir. Korol ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında da ebeveynlerin TSSB belirtileri ve SCL-90 ile gösterilen belirti düzeyinin çocukların TSSB tepkilerini önemli ölçüde etkilediği gösterilmiştir. Çalışmamızda ise anne ve babanın GSA ile gösterilen ruhsal rahatsızlık düzeyi ve depresyon ve anksiyete düzeylerinin çocukların belirti düzeyi üzerinde etkili olmadığı ailenin genel işlevlerinin ve özellikle de problem çözme becerilerinin çok daha önemli olduğu ortaya çıkmıştır. Bu bulgu Lyons'un hipotezi ile de uyumludur. Bu görüşe göre travmalarla karşılaşan çocukların bu olayla olumlu bir şekilde başa çıkabilmelerinin tek koşulu ebeveynlerin ve çevredeki önemli erişkinlerin travma ile başa çıkma becerisidir (aktaran AACAP 1998). Wyman ve arkadaşları (1992) da yaşamda karşılaşılan ağır streslere karşı çocukların güçlülüğünü arttıran etmenler olarak geleceğe olumlu bakış; tutarlı uygun ve akıllıca uygulanan aile disiplini, dengeli ve olumlu bir aile çevresini saymaktadırlar.

Çocuğa ilişkin etmenler açısından depresyon ve sürekli kaygı puanının travma sonrası stres bozukluğu şiddeti ile ilişkili bulunuşu literatürle uyumludur. Özellikle TSSB ve majör depresif bozukluk-distimi grubu bozuklukların çocuklarda sıklıkla bir arada gittiği bilinmektedir. Bazı yazarlar TSSB nun majör depresif bozukluğun ortaya çıkışına neden olduğunu ileri sürmüşlerdir (AACAP, 1998). Bu araştırma çerçevesinde ise depresif belirtiler ve anksiyete belirtilerinin travma sonrası stres bozukluğuna yakınlık etmeni mi oluşturduğu yoksa TSSB na ikincil olarak mı ortaya çıktığı sorusunu yanıtlamak mümkün değildir.

TSSB belirtilerinin sıklığının felaketin türüne, geçen zamana ve ikincil travmatize edici etmenlerin varlığına göre değiştiği bir çok çalışmada gösterilmiştir. Körfez krizi sonrasında Kuveyt'te bir yaz okulunda yapılan çalışmada, çocukların %70'den fazlasının orta-ağır düzeyde TSSB belirtisi gösterdiği bulunmuştur (Nader ve ark. 1993). Ermenistan depreminde ise depremden bir buçuk yıl sonra depremin merkezine en yakın olan şehirdeki çocukların %17 sinde çok ağır, %74.5 inde ağır, %8.5 inde orta düzeyde TSSB belirtisi rastlanırken, merkeze uzak olan şehirde bu oranlar sırasıyla %1.9, %22.2, %61,1 olarak bulunmuştur (Pynoos ve ark, 1993). Bizim çalışmamızın amacı TSSB riskini arttıran çocuğa ve aileye ilişkin etmenlerin neler olabileceğini ele almaktır ve bir toplum taraması olarak düşünülmemelidir. Üzerinde çalışılan grup en fazla belirti görülebilecek denek grubuna ulaşmak amacıyla planlanarak seçilmiştir. Dolayısıyla bu okuldaki belirti sıklığına ilişkin verilerin genel topluma hatta Kırıkkale örnekleme bile genel lenmesi mümkün değildir. Ancak bu veriler Kırıkkale'deki patlama gibi pek çok olayın yaşandığı ülkemizde uzun dönemli etkilenen çocuk sayısının hiç de az olmayacağına dair fikir verici olabilir. Daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak çalışmalar çocuklarda ortaya çıkan bozuklukların sıklığının daha kesin biçimde saptanması ve hizmetlerin planlanması açısından yararlı olacaktır.

## KAYNAKLAR

- AACAP Official Action (1998) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37:10, Supp 4-26.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M ve ark (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-571.
- Bulut I (1990) Aile değerlendirme ölçeği el kitabı. Özgüzel matbaası. Ankara.
- Davidson J (1993) Issues in the diagnosis of posttraumatic stress disorder. *American Psychiatric Press, Review of Psychiatry* cilt: 12, Bölüm 2. Post Traumatic Stress Disorder, ed: Robert Pynoos, s: 141-155.
- Erden G, Kılıç E, Uslu R, Kertimoğlu E (1999) Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeğinin geçerlilik güvenilirlik ön çalışması.
- Epstein NB, Bolwin LM, Bishop DS (1983) The Mc Master Family Assessment Device. *J Marital Family Therapy* 2:171-180.
- Green BL, Korol M, Grace M ve ark. (1991) Children and disasters: age, gender and parental effects on PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30: 945-951.
- Goldberg D, Williams P (1991) A Users's Guide to the General Health Questionnaire. NFER-NELSON Publishing Company Ltd.
- Haizlip TM, Corder B (1996) Coping with natural disasters. *Severe Stress and Mental Disturbance in Children da*. Ed: Pfeffer CR. *American Psychiatric Press*. s:131-152.
- Kılıç C (1996) Genel Sağlık Anketi: Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7:3-9.
- Kırıkkale Valiliği, Kırıkkale İlini Kalkandırma ve Tanıtma Vakfı (1997) 3 Temmuz 1997, Mühimmat Fabrikasında Yangın ve Patlama, Dünden yanna Kırıkkale, İhlas Matbaacılık, Ankara.
- Korol M, Green BL, Gleser GC (1999) Children's responses to a nuclear waste disaster: PTSD symptoms and outcome prediction. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38:5, 368-375.
- Kovacs M (1981) Rating scale to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiat*. 46: 305-315.
- Laor N, Wolmer L, Mayes L, Gershon A, Weizman R, Cohen D (1997) Israel preschool children under Scuds: a 30 month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 (3): 349-356.
- McFarlane A (1987) Posttraumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 26: 764-769.
- Nader KO, Pynoos RS, Fairbanks LA ve ark (1993) A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf Crisis. *Br J Clin Psychology*, 32: 407-416.
- Newman J (1976) Children of disaster: Clinical observations at Buffalo Creek. *Am J Psychiatry* 133:3, 306-312.
- Öner N, Le Compte A (1985) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri el kitabı. ikinci Baskı. Boğaziçi Yayınları, İstanbul.
- Öy B (1991) Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatrisi dergisi* 2(1), 132-136.
- Özusta Ş (1993) Çocuklar için durumluk- sürekli kaygı envanterinin uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Pfefferbaum B (1997) Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: 1503-1511.
- Pynoos RS, Frederick C, Nader K, Arroyo W, Steinberg A, Eth S, Nunez F, Fairbanks L (1987) Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 1057-1063.
- Pynoos RS, Goenjian A, Tashjian M (1993) Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *Br J Psychiatry* 163, 239-247.
- Shaw JA, Applegate B, Tanner S ve ark. (1995) Psychological effects of Hurricane Andrew on an elementary school population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:9, 1185-1192.
- Speilberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE (1970) Manual for State-Trait Anxiety Inventory. California Consulting Psychologists Press.
- Speilberger CD (1973) Manual for the state-trait anxiety inventory for children. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Tegin B (1980) Depresyonda kognitif bozukluklar. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Ankara.
- Terr L (1983) Chowcilla revisited: the effects of psychic trauma four years after a school bus kidnapping. *Am J Psychiatry*, 40: 1543-1550.
- Terr L (1991) Childhood traumas. *Am J Psychiatry*, 148: 1, 10-20.
- Wyman PA, Cowen EL, Work WC ve ark. (1992) Intervents with children who experienced major life stress: family and child attributes that predict resilient outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31:5, 904-910.
- Van der Kolk B (1987) Psychological Trauma. *American Psychiatric Press*. s: 31-51.

# ÇOCUK VE ERGENLERDE DEPREMLE İLİŞKİLİ TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Özgür Yorbık\*, Tümer Türkbay\*, Meltem Ekmen\*\*  
Selcen Demirkan\*\*, Teoman Söhmen\*\*\*

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada okul öncesi, okul çağı çocuklarda ve ergenlerde deprem felaketi-ne bağlı olarak oluşmuş travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtilerinin araştırılması amaçlandı. **Yöntem:** Marmara depreminden sonra TSBB belirtileri ile çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran ya da depreme bağlı olarak oluşan fiziksel travmalar nedeniyle hastanenin çeşitli bölümlerine yatırılan 2-16 yaşlarındaki 35 çocuk ve ergen çalışmaya alındı. Bölümümüz tarafından hazırlanan Deprem Bilgi Formu ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Tarama Formu çocuklar, ergenler ve onların yakınları ile görüşülerek dolduruldu. **Sonuç:** Çocuk ve ergenlerin travmayı algılamaları ya da travmaya yanıt vermelerinde yaş gruplarına göre farklılıklar vardır. **Tartışma:** Çocuk ve ergenlerde travmanın algılanması ve travmaya verilen yanıtta gelişimsel etkenler önemlidir. Okul öncesi çocuklara TSSB tanısını koymada DSM-IV tanı ölçütleri yetersizdir. Çocukların gelişimsel özelliklerine uygun yeni tanı ölçütleri geliştirilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Travma sonrası stres bozukluğu, doğal felaket, deprem, çocuk, ergen.

## SUMMARY: INVESTIGATION OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER SYMPTOMS RELATED TO EARTHQUAKE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

**Objective:** In this study symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) were investigated in preschooler, school age children and adolescents after earthquake disaster of Marmara. **Method:** Thirty five children and adolescents, age range between 2 and 16, who were applied with symptoms of PTSD to child and adolescent psychiatry or stay in hospital due to their injuries after Marmara earthquake were included in this study. Earthquake Information Form, and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Check List which have been prepared in our department were filled in with clinical interviews of children, adolescent and their relatives. **Results:** There are age-related differences in the perception of trauma or response to trauma of children and adolescents. **Conclusion:** Developmental factors are important in the perception of and response to trauma in children and adolescents. DSM-IV criteria are not sensitive enough to make the diagnosis of PTSD in preschooler. New sensitive development criteria for the diagnosis of PTSD in children are needed.

**Keywords:** Posttraumatic stress disorder, natural disaster, earthquake, child, adolescent.

## GİRİŞ

Çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı koymada DSM-IV (APA 1994) tanı ölçütleri kullanılmakta ise de çocukluk çağına uygun tanı ölçütleri hala tartışmalıdır. Çocukların sınırlı bilişsel ve sözel anlatım yeteneklerinin olması düşünce ve duygularını ifade etmelerine

engel olabilir. Bir çok yazar TSSB tanısı için gelişimsel döneme özgü tanı ölçütlerinin geliştirilmesi gerektiğini ileri sürmektedir (Cohen ve ark. 1998, Scheeringa 1995). Travma ve çocuğun travmaya yanıtı normal gelişimi bozabilir, çocuğun uyumunu, bilişsel işlevini, dikkatini, sosyal becerilerini, kişilik tarzını, kendilik kavramını ve dürtü kontrolünü etkileyebilir (Nader ve ark. 1990, Pfefferbaum 1997). Küçük çocuklarda

\* Uz. Dr., GATA Çocuk Psikiyatrisi A.D., Ankara.

\*\* Psk., GATA Çocuk Psikiyatrisi A.D., Ankara.

\*\*\* Prof., Dr., GATA Çocuk Psikiyatrisi A.D., Ankara.

TSSB tanısını koymak güç olsa da, çeşitli çalışmalarda okul öncesi çocukların da travmadan etkilendileri gösterilmiştir (Laor ve ark. 1996, Scheeringa ve ark. 1995, Sullivan ve ark. 1991).

Çocuklarda TSSB tanı ölçütlerinin hepsi karşılanmasa da, belirtilerden sadece bir kısmının görülmesi sıkır ve işlevsellikte bozulmaya neden olabilir. Bazen TSSB tanı ölçütlerinin zamanla karşılandığı gözlenmektedir. Bu nedenle TSSB için belirlenen üç gruptaki belirtilerin hepsini araştırmak önemlidir. Bu şekildeki araştırma, özellikle çocuklarda TSSB'nun kronik gidişini izlemek ve TSSB'nun çocuğun gelişimini bozma olasılığı nedeni ile önemlidir. Tanı ölçütlerinin hepsi karşılanmasa da tedavi düşünülmelidir (Cohen ve ark. 1998, Pfefferbaum 1997). Genel olarak çocuk ne kadar olgun ise o kadar yetişkinlerin TSSB belirtilerine benzer bir tablonun olduğu gözlenir. Örneğin, ergenler TSSB için DSM tanı ölçütlerini tam olarak karşılayabilir (Terr 1991).

Bu çalışmada 17 Ağustos ve 12 Kasım 1999'da ülkemizde yaşanan deprem felaketlerinden sonra okul öncesi okul çağı çocuklarda ve ergenlerde meydana gelen TSSB belirtilerinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu çalışmanın varsayımları, (1) TSSB belirtileri çocuk ve ergenlerin yaşlarına bağlı olarak değişir, (2) Göçük altında kalan, yakınlarını yitiren, ailesinde yaralı olan, evleri yıkılan, ailesinin ekonomik durumu düşük olan çocuk ve ergenlerde daha fazla TSSB belirtisi görülür şeklindedir.

## YÖNTEM

Eylül 1999 ile Aralık 1999 tarihleri arasında GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD'na depremden sonra ortaya çıkmış ruhsal belirtiler ile başvuran ya da depreme bağlı olarak oluşan fiziksel travmalar nedeniyle GATA'nin çeşitli bölümlerinde yatmakta olan, 2-16 yaşları (9.2±3.9) arasındaki 17'si erkek, 18'i kız, toplam 35 çocuk ve ergen çalışmaya alındı. TSSB yazını gözden geçirildikten sonra çocuk ve ergenlerde görülen belirtiler ve DSM-IV tanı ölçütleri ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti Tarama Formu oluşturuldu. Belirti Tarama Formu, çocuklar, ergenler ve yakınları ile görüşülerek dol-

duruldu. Çalışmaya alınan çocuk ve ergenler 2-6, 7-11 ve 12-16 yaşları olmak üzere üç gruba ayrılarak TSSB belirtileri karşılaştırıldı. Verilerin istatistiksel analizi, SPSS (Statistical Package for Social Sciences, for Windows Release 7.0.4, SPSS Inc., 1988) paket programı ile yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi kullanıldı.

## BULGULAR:

Birinci grubu 2-6 yaş (4.0±1.4) arasındaki 5 erkek, 4 kız çocuk; ikinci grubu 7-11 yaş (9.2±1.3) arasındaki 9 erkek, 7 kız çocuk ve üçüncü grubu 12-16 yaş (14.0±12) arasındaki 3 erkek, 7 kız ergen oluşturdu. Her üç grupta da cinsiyet dağılımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu.

Birinci grupta 2 çocuk, ikinci grupta 4 çocuk, üçüncü grupta ise 2 ergen fiziksel travmaları nedeni ile hastanenin çeşitli bölümlerinde yatmaktaydı. Bu çocuk ve ergenlerin çocuk psikiyatrisi bölümüne herhangi bir ruhsal belirti nedeni ile başvurularının olmamasına karşın kendileri ve yakınları ile görüşülerek çalışmaya alınmışlardır.

Tüm olgular ele alındığında, depremi yaşama ya da depreme tanık olma sırasında aşırı korku, çaresizlik ve dehşete düşme (%82.9), uykuda irkilmelerin olması ya da irkilmelerin artması (%80.0), uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte güçlük çekme (%80.0) ve karanlık korkusu (%77.2) en sık görülen belirtiler olarak saptandı. Birinci grupta depremin sık sık hatırlanması, olayı sık sık anlatma ya da olayla ilgili sorular sorma (%88.9), yalnız yatmamakta ısrar etme (%88.9) ve anneye, babaya ya da bakıcısına düşkünlüğün artması, ayrılmak istememe (%77.8) en sık görülen belirtilerdi. İkinci grupta, depremi yaşama ya da depreme tanık olma sırasında aşırı korku, çaresizlik ve dehşete düşme (%93.8); karanlık korkusu (%87.5); olayı anımsatan nesnelere, filmlere, konuşmalara, seslere v.b. şeylerle yoğun sıkıntı duyma, ağlama, huzursuzluk (%81.3), uykuda irkilmelerin olması ya da irkilmelerin artması (%81.3), uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte güçlük çekme (%81.3) ve anneye, babaya ya da bakıcısına düşkünlüğün artması ve ayrılmak istememe (%81.3) en sık ola-

Tablo 1: Çocuk ve ergenlerde yaş gruplarına göre izlenen belirtiler:

BELİRTİLER	0-6 yaş (n:9) (%)	7-11 yaş (n:16) (%)	12-16 yaş (n:10) (%)	Toplam (n:35) (%)	P
Depremi yaşama ya da depreme tanık olma	44,4	93,8	100	82,9	.00*
sırasında aşırı korku, çaresizlik, dehşete düşme	11,1	43,8	80,0	45,7	.01*
Bu olayı yaşama sırasında hareketsiz ya da donup kalma					
Olayın sık sık tekrar hatırlanması, olayı sık sık anlatma ya da olayla ilgili sorular sorma	88,9	56,3	40,0	60,0	.08
Olayı anlatan ya da olayı anımsatan oyunları sık sık oynama	44,4	50,0	0	34,3	.02*
Olayı sık sık rüyalarında sıkıntı verici tarzda ya da kabus şeklinde görme	22,2	68,8	70,0	57,1	.04*
Olayı yeniden yaşıyormuş gibi davranma ya da hissetme (Flashback), çözümler, sürekli yer sallanıyormuş gibi hissetme	55,6	37,5	80,0	54,3	.10
Olayı hatırlatan nesnelere, filmler, konuşmalar, sesler v.b. şeylerle yoğun sıkıntı duyma, ağlama ya da huzursuzluk gösterme	55,6	81,3	80,0	74,3	.33
Olayı hatırlatan nesnelere, filmler, konuşmalar, sesler v.b. şeylerle terleme, titreme, çarpıntı, hızlı nefes alıp verme gibi fiziksel belirtilerin olması	22,2	62,5	70,0	54,3	.07
Olayı konuşmaktan ya da bu olayla ilgili duygu ve düşünceleri ifade etmekten kaçınma, uzak durma	33,3	62,5	60,0	54,3	.34
Olayla ilgili anıları canlandıran etkinliklerden, nesnelere, yerlerden ya da kişilerden kaçınma, uzak durma	22,2	62,5	40,0	45,7	.14
Olayın tamamını ya da bir kısmını hatırlamama	0	43,8	10,0	22,9	.02*
Olaydan sonra derslerine, oyuna ya da daha önce sevdiği etkinliklere ilginin azalması (olayı anlatan oyunları oynayabilir)	22,2	56,3	50,0	45,7	.25
Olaydan sonra insanlardan uzaklaşma, daha az konuşma, arkadaşlık kuramama	11,1	37,5	20,0	25,7	.31
Duygularını yaşamada azalma/artma olması (örneğin sevmeye duygusunu yaşayamama, aşırı nesnelilik)	22,2	50,0	40,0	40,0	.40
Umutsuzluk, karamsarlık, kötümserlik	33,3	56,3	80,0	57,1	.12
Olaydan sonra uykuda irkilmelerin olması ya da irkilmelerin artması	66,7	81,3	90,0	80,0	.44
Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme	66,7	81,3	90,0	80,0	.44
Gece terörü	22,5	6,3	10,0	11,4	.48
Karanlık korkusu ya da kabus görme ile ilgisi olmaksızın yatmak istememe	44,4	68,8	60,0	60,0	.50
Sanki kötü bir şey olacaktı gibi sürekli tetikte olma (hipervijilans)	33,3	75,0	80,0	65,7	.06
Kabus görme ya da gece terörü ile ilgisi olmaksızın geceleri uyanma	55,6	43,8	90,0	60,0	.06
Aşırı irkilmeye tepkisi gösterme	33,3	68,8	90,0	65,7	.03*
Olaydan sonra yalnız yatmamakta ısrar etme	88,9	68,8	70,0	74,3	.51
Olaydan sonra çabucak sinirlenme, öfke patlamaları	44,4	62,5	40,0	51,4	.48
Konsantrasyonu sürdürmemeye	33,3	50,0	60,0	48,6	.50
Olaydan sonra gelişen anneye, babaya ya da bakıcısına düşkünlüğün artması, ayrılmak istememe	77,8	81,3	60,0	74,3	.47
Olaydan sonra gelişen yalnız başına tuvalete gitmekten korkma	55,6	56,3	60,0	57,1	.98
Olaydan sonra gelişen olay ile ilgisi olmayan başka şeylerden ya da durumlardan korkma	22,2	31,3	50,0	34,3	.42
Olaydan sonra gelişen karanlık korkusu	55,6	87,5	80,0	77,1	.18
Olaydan sonra kendini kinama, suçluluk duyguları taşıma	0	12,5	30,0	14,3	.17
Olaya ya da olaydan sorumlu tutuklarına karşı öfke duyma	0	0	30,0	8,6	.02*
Olaydan sorumlu tutuklarına karşı öç alma isteğinin olması	0	6,3	0	2,9	.54
Olayla ilgili öykü üretme	22,2	18,8	20,0	20,0	.98
Olaydan sonra gerileme davranışları gösterme (gece yatağını ıslatma, dışkı kaçırma, parmak emme, bebeksi konuşma, tırnak yeme v.b.)	55,6	25,0	10,0	28,6	.08
Olaydan sonra kekemeliğin ortaya çıkması	0	0	10,0	2,9	.28
Olaydan sonra iştah değişikliğinin olması	11,1	56,3	30,0	37,1	.07
Olaydan sonra kilo kaybının ya da kilo alamamanın olması	0	25,0	20,0	17,1	.27
Olaydan sonra doktor tarafından nedeni bulunamayan mide bulantısı, karın ağrısı, kusma, baş ağrısı, baş dönmesi gibi belirtilerin olması	33,3	37,5	40,0	37,1	.96

\* istatistiksel olarak anlamlı (p &lt; .05)



rak saptanan belirtilerdi. Üçüncü grupta, depremi yaşama ya da depreme tanık olma sırasında aşırı korku, çaresizlik, dehşete düşme (%100), uykuda irkilmelerin olması ya da irkilmelerin arması (%90), uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte güçlük çekme (%90), kabus görme ya da gece terörü ile ilgisi olmaksızın geceleri uyanma (%90), aşırı irkilme tepkisi gösterme (%90) en sık olan belirtilerdi. Her üç grupta görülen belirtiler tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 2: Yaş gruplarına göre çocuk ve ergenlerde belirtilerin ortaya çıkma süresi

	Belirtilerin Meydana Gelme Süresi				
	1 nci günde (%)	2 nci - 7 nci günde (%)	8 nci - 14 ncü günde (%)	30 ncu günden sonra (%)	Toplam (%)
2-6 yaş arası çocuklar (n: 9)	66.7	11.1	11.1	11.1	100
7-11 yaş arası çocuklar (n: 10)	75.0	18.8	6.2	0	100
12-16 yaş arası ergenler (n: 16)	80.0	10.0	10.0	0	100
Toplam (n: 35)	74.3	14.3	8.6	2.9	100

Deprem sırasında deprem bölgesinde olmamalarına karşın, dört çocuk ve ergende deprem ile ilgili TSSB belirtileri görüldü.

Depremden sonra ailesi ile birlikte yaşayan olgularda (n:25), ayrı olanlara (n:10) göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha az TSSB belirtisi gözlemlendi. Depremi anımsatan nesnelere, filmler, konuşmalar, sesler v.b. şeylerle yoğun sıkıntı duyma, ağlama ve huzursuzluk gösterme belirtileri ise ailesinden ayrı yaşayanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde daha fazlaydı ( $p<.04$ ).

Göçük altında kalan 10 olgunun 9'unun ailesinde yaralı, 7'sinin ailesinde can kaybı vardı. Göçük altında kalan 10 çocuğun 8'inde fiziksel olarak etkilenme olduğu saptandı.

2-6 yaş arasındaki çocukların %88.9'unda, 7-11 yaş arasındaki çocukların %75.0'unda, 12-16 yaş arasındaki ergenlerin %82.9'unda TSSB belirtilerinin bir aydan daha uzun süredir mevcut olduğu bulundu. Yaş gruplarına göre depremden

sonra belirtilerin ortaya çıkma süresi bakımından istatistiksel bir farklılık bulunmadı ( $p<.72$ ) (tablo 2).

Çalışmaya alınan çocuk ve ergenlerin 40'ında DSM-IV tanı ölçütlerine göre TSSB tanısı konuldu. 2-6 yaş arasındaki çocukların hiçbirisi DSM-IV'e göre TSSB tanı ölçütlerini karşılamazken, 7-11 yaş arasındaki çocukların %56.3'ü, 12-16 yaş arasındaki ergenlerin ise %50'si bu tanı ölçütlerini karşıladı. Gruplar arasında istatistiksel olarak

önemli farklılık saptandı ( $p<.04$ ). 7-11 yaş arasındaki çocuklardan sadece bir olguya DSM-IV'e göre akut stres bozukluğu tanısı konuldu.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Çocukluk çağında travmanın algılanması ve travmaya verilen yanıtta gelişimsel etkenlerin önemli olduğu ileri sürülmektedir (Cohen ve ark. 1998, Scheeringa 1995). Bu çalışmada da depremi yaşama ya da tanık olma sırasında aşırı korku, çaresizlik, dehşete düşme, bu olayı yaşama sırasında hareketsiz ya da donma kalma, olayları rüyalarında sıklıkla sıkıntı verici tarzda ya da kabus şeklinde yaşama, aşırı irkilme tepkisi gösterme belirtileri sırasıyla 2-6 yaş arası çocuklarda, 7-11 yaş arası çocuklarda ve 12-16 yaş ergenlerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık bulunmuştur. Olaya ve olaydan sorumlu tuttuklarına karşı öfke duyma ise ergenlerde istatistiksel olarak önemli düzeyde daha sık saptanmıştır. Olayın tamamını ya da bir kısmını ha-

tırlamama okul öncesi çocuklarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az bulunmuştur. Bu durumun çocukların ve ergenlerin travmayı algılamasındaki ve travmaya tepki göstermesindeki bilişsel farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Elde edilen bulgular birinci varsayımımızı desteklemektedir.

Bu çalışmada çocukların ergenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde depremi anlatan ya da depremi anımsatan oyunları oynadığı bulunmuştur. Bu durum "yeniden yaşama" belirtilerinin çocuklarda travmatik oyun şeklinde görüldüğünü göstermektedir. Travmatik oyunun travmayı konu aldığı, anksiyeteyi iyileştirmede, kompulsif bir şekilde tekrar edildiği, yaratıcılıktan ve düşlemden uzak olduğu bildirilmektedir (Scheeringa 1995). Çocuklarda travma ile ilgili görülen diğer bir oyun, canlandırma (reenactment) oyunudur. Canlandırma tarzındaki oyunlarda yine travmatik konu işlenir, ancak bu oyunun tekrar tekrar oynanması ile daha azalır ve çocuğun travma öncesindeki oyunlarına daha çok benzemeye başlar (Scheeringa 1995).

Cinsiyet, TSSB 'da savunma ve başa çıkma tarzını, sosyal desteği ve tedaviye yanıtı etkiler (Pfefferbaum 1997). Bazı TSSB çalışmalarında kızlarda daha çok belirtinin meydana geldiği bildirilirken (Giaconia ve ark. 1995, Green ve ark. 1991) bazılarında ise erkeklerde daha çok belirtinin olduğu ya da erkekler ile kızlar arasında farklılık olmadığı bildirilmektedir (Nader ve ark. 1993, Shaw ve ark. 1995). Bu çalışmada erkeklerde ve kızlarda TSSB belirtilerinin görülmesi bakımından istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır.

Bu çalışmada, çocuk ve ergen yaş gruplarına göre depremden sonra belirtilerin meydana gelme süresi bakımından istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır. Çocukların ve ergenlerin çoğunda belirtiler ilk gün içinde ortaya çıkmıştır. TSSB'da belirtilerin zamanla azalır çoğalabildiği, aynı şekilde sürebildiği, değişebildiği ya da travmadan uzun süre sonra ortaya çıkabildiği bildirilmektedir (Cohen ve ark. 1998, Geonjian ve ark. 1995, Green ve ark. 1994). Bu çalışma kesitsel bir çalışmadır. Olguların bir kısmında zamanla başka belirtilerin görülmesi ya da TSSB'nun oluşması beklenebilir.

Ermenistan'da meydana gelen depremden bir buçuk sene sonra yapılan bir çalışmada (kızların ortalama yaşı: 13.2; erkeklerin ortalama yaşı: 12.1) çocuk ve ergenlerde, DSM-IV'de yer almayan, suçluluğun önemli oranda görüldüğü bildirilmektedir (Geonjian ve ark. 1995). Bizim yaptığımız çalışmada ise okul öncesi çocuklarda suçluluğun hiç görülmediği, okul çağı çocukların %12.5'inde, ergenlerin ise %30'unda görüldüğü bulunmuştur (Tablo 1).

Travmanın algılanmasında travmaya olan coğrafi uzaklık da önemlidir. Ancak bu her zaman belirtilerin niteliğini ve niceliğini tahmin ettiremez (Milgram ve ark. 1988). Bu çalışmada da deprem yaşanması sırasında bu bölgede olmamasına karşın, dört olguda deprem ile ilgili TSSB belirtilerinin gözlenmesi travmanın algılanmasındaki bireysel farklılıkları göstermektedir.

Yapılan bir çalışmada doğal bir felaketten hemen sonra çocukların ailelerinden ayrılmasının, annenin travmatik olayla ilgili olarak sürekli uğraşmasının ve aile işlevlerindeki değişimin, travmatik olaya maruz kalma veya kapıya göre belirtilerin gelişimini daha çok tahmin ettirebileceği ileri sürülmektedir (McFarlane 1987). Bu çalışmada da bazı TSSB belirtileri gözlenmiştir. Bu durum travma sonrasında çocukların ailelerinden ayrılmaması gerektiğini ve ailenin belirtilerin gelişiminde koruyucu rol oynayabileceğini göstermektedir.

Bebeklerin ve okul öncesi çocukların yeterli bilişsel ve sözel anlatım yetileri olmadığından bu çocuklarda tipik DSM-IV tanı ölçütlerinden çok kaygı belirtileri (ayrılma korkuları, yabancı kaygısı, hayvanlardan ya da canavarlardan korkma gibi), gerçek travma ile belirgin bir ilişkisi olan ya da olmayan durumlardan kaçınma belirtileri, bazı kelimeler ya da sembollerle uğraşıp durma ve uyku bozuklukları görülmektedir (Cohen ve ark. 1998). Bu çalışmada da çocuk ve ergenlerde karanlık korkusu, yalnız yatmamakta ısrar etme, anneye-babaya ya da bakıcısına düşkünlüğün artması ve onlardan ayrılmak istememe, olayla ilgisi olmayan başka şeylerden ya da durumlardan korkma gibi yeniden gelişen korkular önemli oranlarda görülmüştür. Bu durum çocuk psikiyatrisi polikliniklerine "korku" yakınması ile başvuran çocuk ve ergenlerde TSSB belirtilerinin

de araştırılması gerektiğini göstermektedir. Daha çok yetişkin yazınına göre hazırlanmış olan DSM-IV TSSB tanı ölçütlerinde çocuklar ya da ergenler için "yeni gelişen korku"nun olmaması bir eksiklik olarak düşünülmektedir.

Çocuklarda, özellikle travma sonrasında, dilde gerileme ve tuvalet eğitimi sorunu gibi kazanılmış gelişimsel becerilerin kaybının sık görüldüğü ileri sürülmektedir (Scheeringa 1995). Bu çalışmada, deprem travmasına maruz kalan okul öncesi çocukların %55.6'sında gerileme davranışlarının görülmesi bu yaş grubunda TSSB ölçütleri arasına "gerileme davranışları"nın alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Çocukların sınırlı bilişsel ve sözel anlatım yeteneklerinin olması düşünce ve duygularını ifade etmelerine engel olur. Bir çok yazar TSSB tanısı için gelişimsel döneme özgü tanısal ölçütlerin geliştirilmesi gerektiğini ileri sürmektedir (Cohen ve ark. 1998, Scheeringa 1995). Ülkemizde, Dinar depremini yaşayan ergenlerin çoğunda TSSB'nun gelişmediği, belirtiler düzeyinde kaldığı bulunmuştur (Şener ve ark. 1997). Bu çalışmaya ailelerinden ve çevrelerinden uzakta yatılı okul yaşamına başlayan ve deprem yaşantısına tanık olan 32 ergen alınmıştır. Bizim çalışmamıza çocuk psikiyatrisi polikliniğine deprem nedeni ile oluşan ruhsal belirtiler sonucu başvuran ya da fiziksel etkilenmeler sonunda hastanenin çeşitli bölümlerinde yatan çocuk ve ergenler alındı. Çalışmaya alınan çocuk ve ergenlerin %40'ına DSM-IV tanı ölçütlerine göre TSSB tanısı konuldu. 2-6 yaş arasındaki çocukların hiçbirisi DSM-IV'e göre TSSB tanı ölçütlerini karşılamazken 7-11 yaş arasındaki çocukların %56.3'ü, 12-16 yaş arasındaki ergenlerin ise %50'si bu tanı ölçütlerini karşıladı. Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık vardır. Bu durum, travmanın algılanmasında ve travmaya verilen yanıtta bilişsel farklılıkların önemine işaret edebileceği gibi DSM-IV tanı ölçütlerinin özellikle okul öncesi çocuklarda TSSB tanısının konulmasındaki yetersizliğine de işaret edebilir.

Yazında, çocuk ve ergenlerde TSSB tanı ölçütlerinin hepsinin karşılanmadığı ve belirtilerden sadece bir kısmının görülmesinin sık olduğu fakat bunların işlevsellikte bozulmaya neden olabileceği ileri sürülmektedir (Cohen ve ark. 1998,

Pfefferbaum 1997). Bu durum, yapılan bu çalışmada da gözlenmiştir. TSSB'nu karşılayan ölçütlerin bazen zamanla oluştuğu bildirilmektedir. Tüm tanı ölçütleri karşılanmasa da tedavi düşünülmelidir. Çünkü travma ve çocuğun travmaya yanıtı çocuğun normal gelişimini bozabilir, çocuğun uyumunu, bilişsel işlevlerini, dikkatini, sosyal becerilerini, kişilik tarzını, kendilik kavramını ve dürtü kontrolünü etkileyebilir (Bremner ve ark. 1997, Cohen ve ark. 1998, Nader ve ark. 1990, Pfefferbaum 1997).

Bu çalışmada şu sonuçlara ulaşılmıştır:

1. Çocuk ve ergenlerde travmanın algılanması ve travmaya verilen yanıt yaş ile değişiklik göstermektedir. Bu durum TSSB'da bilişsel gelişimin önemine işaret etmektedir.
2. Çocuk ve ergenlerde TSSB'nun bazı belirtilerinin gelişiminde aile koruyucu rol oynamaktadır. Bu nedenle travma sonrasında çocuk ve ergenler ailelerinden ayrılmamalıdır.
3. Çocuk psikiyatrisi polikliniklerine "yeni gelişen korku" ile başvuran çocuk ve ergenlerde TSSB belirtileri de aranmalıdır.
4. Okul öncesi çocuklarda TSSB tanı ölçütlerine "yeni gelişen korku" ve "gerileme davranışları" da konulmalıdır.
5. Okul öncesi çocuklara TSSB tanısını koymada DSM-IV tanı ölçütleri yetersizdir. Bilişsel gelişime uygun yeni tanı ölçütleri geliştirilmelidir.
6. Travmaya maruz kalan bazı çocuk ve ergenlerde DSM-IV TSSB tanı ölçütlerinin sadece bir kısmı görülmektedir. Tüm ölçütler karşılanmasa da işlevsellikte bozulmanın olduğu durumlarda tedavi düşünülmelidir.

#### KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington D.C.
- Bremner JD, Randall P, Vermetten E ve ark. (1997) Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse-a preliminary report. *Biol Psychiatry* 41: 23-32.

- Cohen JA, Bernet W, Dune JE ve ark. (1998) Summary of the practice parameters for the assesment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(9) : 997-1001.
- Glaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB ve ark. (1995) Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 1369-1380.
- Geonjian AK, Pynoos RS, Steinberg AM ve ark. (1995) Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(9): 1174-1184.
- Green BL, Grace MC, Vary MG ve ark. (1994) Children of disaster in the second decade: a 17 - year follow-up of Buffalo Creek survivors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 71-79.
- Green BL, Korol M, Gace MC (1991) Children and disaster: age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30: 945-951.
- Laor N, Wolmer L, Mayes LC ve ark. (1996) Israeli preschoolers under scud missile attacks: a developmental perspective on risk-modifying factors. *Arch Gen Psychiatry* 53: 416-423.
- McFarlane AC (1987) Posttraumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26: 764-769.
- Milgram NA, Toubiana YH, Klingman A ve ark. (1988) Situational exposure and personal loss in children's acute and chronic stress reaction to a bus disaster. *J Traumatic Stress* 1: 339-152.
- Nader K, Pynoos RS, Fairbanks LA ve ark. (1990) Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *Am J Psychiatry* 147: 1526-1530.
- Nader KO, Pynoos RS, Fairbanks LA ve ark. (1993) A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf crisis. *Br J Clin Psychol* 32: 407-416.
- Pfefferbaum B (1997) Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36(11) : 1503-1511.
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Drell MJ ve ark. (1995) Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(2): 191-200.
- Shaw JS, Applegate B, Tanner S ve ark. (1995) Psychological effects of hurricane Andrew on an elementary school population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(9): 1185-1192.
- Sullivan Ma, Saylor CF, Foster KY (1991) Post-hurricane adjustment of preschoolers and their families. *Adv Behav Res Ther* 13: 163-171.
- Şener Ş, Özdemir YD, Şenol S ve ark. (1997) Dinar depreminden sonra Ankara'da yatılı okula yerleştirilen ergenlerde travmanın psikolojik etkileri: bir ön çalışma. *Çocuk ve Gençlik Ruh sağlığı Dergisi* 4(3): 135-144.
- Terr LC (1991) Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 148: 10-20.

# BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUKLARI: ÖRSELENME (TRAVMA)\*

Celal Odağ \*\*

## ÖZET

**Amaç:** Çocuklukta yaşanan bedensel ve cinsel taciz, başkalarına yapılan bedensel ve cinsel tacize tanıklık, aşırı çekingenlik ve ihmâl nesne ilişkileri kuramcılarına göre Borderline kişilik bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili örselemelerdir. Biz bunlara yakınların yitimi, koruyucu nesnelere sık sık değişmesi, çocuğun istenci dışında aileden uzaklaştırılması, ebeveynin biri tarafından istenmediği duygusu, aile içinde sıcaklık ve sevgi veren (libidinal yatırımı) kişilerin eksikliği gibi acı deneyimlerde katıyoruz. Nesne ilişkileri kuramına göre akut travmaların işlenişini benliğin (ego) gücüyle kendiliğinden (self) yapısı belirler. Bize göre güncel travmanın işlenişinde daha önce geçirilmiş örselemelerin şiddeti de belirleyici bir etmendir. Borderline hastalar en erken çocukluk dönemlerinde karşılaştıkları ve işleyemedikleri şiddetli travmalarla yaşam boyu birlikte olmak konumundadırlar. Bu onlara travmalara karşı belirli bir duyarlılık ama aynı zamanda bir dayanıklılık da kazandırmaktadır. Önemsiz gibi görünen bir travmaya şiddetle verilen tepki duyarlılığın, çok şiddetli bir travmaya karşı ruhsal yapısal bütünlüğün korunabilmesi dayanıklılığın, kanıtlarıdır.

Ayrıca güncel travmalara verilen tepki borderline hastalarının yapısal ve işlevsel özgül sorunlarının da etkisindedir. Tıpkı dismorfofobi, anoreksiya nervosa, şizofreni gibi ergen dönemine özgü hastalıkların, dönemin çözülmesi gerekli temel sorunlarının etkisi altında olması gibi.

## SUMMARY: BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND TRAUMA

Childhood traumas are important factors in the development of Borderline Personality Disorders (BPD). Patients with BPD have difficulty in working through the childhood traumas and have to live with them lifelong. Their reactions to acute daily traumas are effected by their specific structural and functional problems.

## GENEL BİLGİLER

Örseleme (Travma): Kişinin kısa sürede ruhsal dengesini ve uyumunu bozacak şiddetli uyarılara karşı karşıya kalmasıdır. Uyarıların şiddetleri ve birdenbire ortaya çıkışları benliğin onları örgütlemesi, ayarlaması, özümsemesi özete işlenmesini güçleştirir. Benlik ruhsal dengeyi yeniden sağlamada çaresizlik ve yetersizlik belirtileri gösterir. Genellikle uyarıların şiddetleriyle benliğin onlarla başedebilmesi gücü arasındaki fark travmanın öncelikli bir belirleyicisidir.

Örseleme Konumu: Kısa sürede etkinleşen şiddetli uyarıların ortaya çıktığı ve kişiyi etkiledikleri konumdur. Savaş, toplama kampları, öldürücü salgın hastalıklar, kazalar, beklenmedik şiddetli yitimler (yakın, sevgili, bir yangın sonucu tüm varlığın yitimi) ve depresyon örseleme konumlarıdır.

\* Çalışma emekli olması nedeniyle Dr. Birsen SONUVAR'a adanmıştır.

\*\* Doç. Dr., Düsseldorf Psikanalitik Enstitüsü, Almanya.

Örselemeye Tepki: Örseleme yıkıcı bir saldırıya benzetilmektedir. Fischer ve Riedesser (1999) ye göre benlik bu saldırıya üç değişik biçimde tepki vermektedir.

A) Benlik herşeyden önce bu saldırıyla onun yıkıcı öğelerini örgütleyerek, ayarlayarak, sindirerek başetme yolları arar. Bu travmaya sağlıklı bir yaklaşımdır. Böyle bir yaklaşımın ardından Posttravmatik Stres Sendromu (PTSS) ortaya çıkması nadirdir.

B) Benlik saldırının tehlikeli öğelerini çözer (dissosiyasyon eder) ve kendisinden uzaklaştırır. Benlik gücünün yetersiz kaldığı konumlarda ağır örselemeye karşı bir işlev biçimidir. Bu yaklaşım türünde ise depersonalizasyon, derealizasyon belirtileri, amneziler ortaya çıkabilir.

C) Benlik örseleyici uyarıların içselleştirir, çevrelerini kuşatarak sindirmeden ruhsal bölümün

bir köşesinde kalmalarını sağlar. Daha sık raslanan ve nevrozlarla borderline kişilik örgütlenmesinde örselenmelerle bir başetme yoludur. Öte yandan örselenmenin kuşatılarak depolanması onun değiştiği, sindirilip özümsemiği anlamına gelmez. Bu konumda örselenme ve onun olumsuz yaşantıları algılanmaz gibi görünse de güçlerini yitirmezler, bilince ulaşma çabaları eksilmez. Depolandıkları yerde etkinleşecekleri uygun bir zamanı (genellikle benliğin güçsüz bir zamanını) beklerler. Ruhsal sağaltımda hastaların önemsiz gibi görünen bir örselenmeye şiddetle tepki vermeleri ve ağır bir örselenmenin etkisindeymiş gibi davranmaları bu olguyu düşündürmelidir. Terapistin tepkinin şiddetini anlamadığı konumlarda bu olguyu bilmesi ona kolaylık sağlayabilir.

**Örnek:** Almanyada sağaltımını denetlediğim bir ergen (Florian) bir görüşmeye ne söyleyeceğini bilmediğini söyleyerek başlar. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hasta yoğun bakımda olan halasını mı? Ölümle ilgili düşüncelerini mi? Saplantılarını mı anlatmalıdır? karar verememektedir. Öte yandan Florianın korku ve yas içinde olduğu kendisini terkedilmiş, yalnız kalmış, tekbaşına savaşmak konumunda olan bir kimse gibi algıladığı, şiddetli bir gerginlik içinde olduğu bellidir. Ne anlatacağına kararsız olduğunu söylemektedir ama sürekli konuşarak, hiç susmayarak, hep bir düşüncenin peşinde olduğu izlenimi vererek, uzun süre ayrıntıları anlatarak, sık sık konu değiştirerek bir savunma içinde olduğu da açıktır. Terapist Florianın korku ve bir yas içinde olduğunu sezinler ama bunların şiddetlerini ve bu şiddetin nereden kaynaklandığını anlamakta zorlanır. Çünkü yoğun bakıma yatırılan halası Florianın sevdiği, önemseydiği, yakın ilişkiler kurduğu bir kimse değildir. Denetim sırasında bir yandan Florianın ilk kez ölümle karşılaşmış karşılaşmadığı üzerinde durulur. Onun halasının ölebileceği düşünceleriyle nesnelere sürekli olmadıkları deneyimlerini yaptığı ve süreksizliğin kendisinde korku uyandırabileceği düşünülür. Ama bu yaklaşım Florianın korku, yas ve yalnızlığını anlamaya yetmez. Tam bu noktada sağaltımı yapan ve hastanın özgeçmişini iyi bilen terapistin aklına Florianın özannesini gelir. Gerçekten de alkolik olan anne hastamızı dışlayan, onu önemsemeyen ona gerçek bir annelik

yapmayan bir kimsedir. Florian altı yaşındayken bir çocuk mahkemesi kararıyla anneden ayrılarak babaya verilmiştir. O zamandan beri Florian özbabası ve üvey annesiyle yaşamaktadır. Sağaltımda da annesini ve ondan ayrılışını bir kez bile anlatmamıştır. Bu ek bilgiler Florianın korku, yas ve yalnızlığını anlamayı sağlamıştır. Aslında Florianında halasının yoğun bakıma alınması nedeniyle annesiyle ilgili travma güncelleştirilmiştir. Florian bu eski travmanın güncellenen olumsuz etkilerini yaşamaktadır.

Fischer ve Riedesser (1999) örselenme (travma) olgusunu üç dönemde incelerler:

### 1. Şok dönemi

Dönemin süresi bir saatla bir hafta arasında dalgalanmalar gösterir. Aslında bir gün içinde travmanın korkunçluğu belirginleşir. Başlangıçta hareket edilemeyeceği duygusu baskındır. Bunu yadsıma izler, travmaya uğrayanlar onları kavramayamazlar, bir şey olmamış tehlike yokmuş gibi davranırlar, korku en çok yadsınan duygular arasındadır. Zaman duygusu değişimler gösterir, olgular ağır çekimdeki gibi algılanır ve da kısa bir zaman diliminde çok şeylerin yaşanması gibi bir hızlanma ortaya çıkar. Algılama bozuklukları tünelden bakış (olguları tünel içindeymiş gibi dar bir alandan görme ve tünelin dışındakileri algılayamamak) ya da disosiyatif yaşantılar biçiminde ortaya çıkar. Derealizasyon ve depersonalizasyon disosiyatif yaşantıların belirtirleridir. Bozukluklar travmanın şiddeti oranında artarlar. Aşırılaştıkları konumlarda disorganizasyon, katatoni, stupor, kontrol vitimi ortaya çıkabilir.

### 2. Etkilenme dönemi

Travmadan sonra iki hafta sürebilir. Ofke bu dönemin baskın duyguları arasındadır. Yaslanma yerine çevrede olan herşeye öfkelenilir. Amirlerle, polise, doktorlara, yardım birimlerine ve genellikle devlete. Devletin kendilerini ihmal ettiği gerekli önlemleri almadığı inancı yaygındır. Öz güven azalır, depresyon, umutsuzluk, yetersizlik, çaresizlik duyguları bunlara eşlik ederler. Ağır travmaya uğrayanlar artık iyi bir şey olaca-

ği inancını da yitirirler. Yanlış davrandıklarına, herşeyi yanlış yaptıklarına inanır ve bundan yakınırlar. Huzursuzluk, uyku ve bellek bozuklukları ortaya çıkar, herşeyden korkulur, dikkat bozuklukları ve korkulu rüyalar tabloyu tamamlar. Depresif yapılı kişilerde "kurtulup yaşamayı hak etmediği" biçiminde özsuçlamalar ortaya çıkabilir.

### 3. Toparlanma dönemi

Şok ve etkilenme dönemlerinin ardından korku, çalışmama, depresyon, uyku bozukluklarının ortaya çıkıp kalıcı nitelikler göstermesi tıbbi bir yardımı gerektirir. Uğranılan travmanın süregenleşip süregenleşmeyeceği bu sürede belli olur o yüzden de kritik bir dönemdir. Alkol ve madde alımından uzak durmak o yüzden çok önemlidir. Toplumsal yardım ve güvenilen kişilerle ilişkiler travmanın kalıcı etkilerini engelleyebilir. Bu dönemde gerginlik yaratacak herşeyden uzaklaşmak önemlidir. Travmanın olduğu yeri değiştirmenin de yararı olabilir. Kişinin kendisini gerçekten toparladığı zamana dek travmatize edici etkenlerle karşılaşmaması yerindedir. Bunlara dikkat edilmemesi travmanın yoğunluk etkilerine ve böylece kalıcı belirtilere neden olabilir. Toparlanma döneminde travmatize olanlar yakınlarından ya da toplumdan gelecek yardım olanaklarından tam yararlanamazlar. Bazen bireysel sorunlar alevlenebilirler, bazı konumlarda yakınlar, tanışlar bir yük gibi algılanır.

### Post travmatik Stres Sendromu (PTSS)

Bu akut tablo savaş, toplama kampları, kaza, ırza geçme, rehin alınma, politik baskılar, işkence, ya da baskı bedensel ve ruhsal şiddet, deprem gibi şiddetli travmalardan sonra ortaya çıkar.

2-3 yıl süren sendromun klinik belirtileri şöyle sıralanmaktadır: akut korkular (panik), benlik işlevlerinin sınırlanması (azalma), öfke, derelizasyon/depersonalizasyon sendromu, korkulu rüyalar, örselenme anındaki anların yok olması ya da istenç dışında bilince ulaşmaları, güvensizlik, umutsuzluk, depresyon, hastalar kendilerini korkutan ya da umutsuzluğa neden olan acı anı-

larını bilinçten uzaklaştırmaya çalışır başaramazlar. Zamanla toplumsal ilişkilerin bozulması, çalışma ve öğrenme güçlükleri tabloyu tamamlarlar.

Elimde bu konuda istatistiksel veriler yok. Ama ülkemizde depremzedeler arasında PTSS'nun yaygın oluşunu varsaymak büyük bir öngörüü de gerektirmiyor. Burada depremden sonra PTSS'nun herhangi bir belirtisini göstermeyen kişiyede dikkat edilmesi gereğine işaret etmek isterim. Deprem gibi korkunç bir travma kişilere başka türlü davranma olanaklarını tanımlıyor.

### Borderline Kişilik Bozukluğu... Travma

Şiddetli travmalarda ruhsal olguları böylesi dönemlere ayırmak güçtür. Dönemler oluş sıralarında bir iççelik, sürelerinde de değişiklikler gösterebilirler. O nedenle şok, etkilenme, toparlanma dönemleri sırasına dikkat etme yerine ortaya çıkan belirtileri saptamak çok daha yerindedir. Nasilinde kendiliğin (self) yapısı ve benliğin gücü örseleyici (travmatik) uyarılara verilen tepkilerin öncelikli belirleyicisidir. Nesne ilişkileri kuramına göre benliğin gücüne kendiliğin yapısına bağımlı olarak kişilerin örselenmeye tepkileri de özgül özellikler gösterirler. Borderline kişilik bozukluğu şiddetli uyarılara özgül nitelikli tepkiler veren hastalıkların basındadır. Bu yapıdaki kişilerin aşırı örselenme konumlarında verdikleri belirtiler dikkat çekici özellikler gösterirler. Hastanın ilişki kurma biçimleri, içselleştirilmiş nesne ve kendilik tasarımları özetle kendiliğin (self) yapısı ve benlik gücü travmaya verilen tepkilerin belirleyicisidir. Örneğin şok döneminde panik, algılama bozuklukları, derelizasyon/depersonalizasyon sendromları hatta psikotik belirtiler dikkati çekecek bir hızla ortaya çıkar ve aynı çabuklukta en şiddetli boyutlarına ulaşır.

Belirtilerin şiddeti terapiste kalıcı bir tablonun varolduğu, bunun değiştirilemeyeceği, durumun daha da kötüleşeceği kaygılarını uyandırır. Ama bu kaygılar zaman içinde genellikle azalır. Görülür ki bu hastaların çoğunda PTSS belirtileri bir süre sonra gerilemekte ve temeldeki Borderline Kişilik Örgütlenmesi sorunları yeni-

den baskınlaşmaktadır. Kernberg (1977, 1998) ruhsal sağaltımda travmatik bir yaşantıya yaklaşıldığı zaman bu hastalarda PTSS ortaya çıktığını öne sürer. Görüşüne göre sendrom iki ya da üç yıl sürmekte panik, benlik işlevleri bozuklukları, öfke nöbetleri, korkulu düşlerin ege-men olduğu bir tablo sergilemektedir. Klinik uygulamalar Kernberg'in bu savını pek doğrulamazlar. Çünkü belirtileri geniş yelpazeye yayılmış borderline tablosuyla PTSS arasındaki ayırıcı tanasal belirtileri bir süre sonra saptamak çok güçtür. Klinik uygulamalarda prepsikotik, geçici psikotik durumlar, ağır histeri bozukluklarıyla borderline kişilik bozuklukları arasında ayırıcı tanasal belirtilerin saptanmasında da aynı güçlük yaşanır. Çünkü borderline hastalığı kolay sınırlanabilen bir hastalık tablosu göstermiyor. Ayrıca zaman içinde gözlenen PTSS belirtilerinin gerilediği ama derindeki borderline kişilik bozukluğuna özgü temel belirtilerin kaydığı yani PTSS yerine borderline tablosunun aldığı izlenir.

**Örnek:** 21 yaşında başarılı bir üniversite öğrencisi 17 ağustosta deprem bölgesindeki ailesinin yanında depremi tüm şiddetiyle yaşamış. Ne evlerine ne yakınlarına birşey olmuş ama depremin etkisinden kurtulamamış. Bu nedenle bir üniversite polikliniğine başvurmuş. Dikkatli bir uzman yakınmaları poliklinik kayıtlarına şöyle bir sırada geçirmiştir.

1. Olay anı sürekli gözünün önünde. Küçük gürültülerden ya da sarsıntı izlenimi veren hareketlerden paniğe kapılıyor. 2. Uyku bozukluğu yok ama uyanınca uyuyamıyor. 3. Korkulu rüyalar. Rüyalarında genellikle deprem oluyor. 4. Dikkatini toplayamıyor, konsantrasyon güçlüğünden yakınma. 5. Çabuk sinirleniyor. 6. Yeniden deprem olacağı ailesini yitirebileceğinden korkuyor. 7. Yaşamayı anlamsız buluyor, herşeyin kaybolacağı duygusunu atamıyor. 8. Yemek yemede güçlükleri var, yemek konusu ona bulantı veriyor. 9. Suçluluk duyguları. Daha önce ayrılmış olduğu dostu depremde ölüyor. Onu neden aramadığı için kendisini suçluyor.

#### Yakınmaların öyküsü

Deprem geceyarısı geliyor, bir uğultu duyuyor, elektrikler kesiliyor, sonra bitmez gibi gelen sar-

sıntı, annesine sesleniyor, o anda "biz gittik duygusu" ile katlanılmaz şiddette bir korku yaşıyor. Depremden sonra bölgeye gelen yabancı bir kurtarma ekibine katılıyor. Depremzedeleri kurtarmada yardımcı oluyor. Bazı tanıdıklarını ölü olarak enkazdan çıkartıyor. O anda ona sanki duygusu yokmuş gibi geliyor. Sıralanan yakınmaları eylül başında başlıyor. Aklına Yalovadaki çikardığı ölümler gelince elini keskin birşeyle kesiyor. Arkadaşları arasında depremle ilgili şakalara öfkeleniyor. (Deprem var, deprem geliyor, yinelenen şakalar arasında). Depremzede kıza cinsel tacizde bulunduğu söylentisine daha çok öfkeleniyor. Bir süre deprem bölgesinden uzaklaşıyor. Yeniden gelişinde yakınmaları şiddetleniyor, durumu kötüleşiyor. Annesi neden kendisini toparlayamadı diye onu eleştiriyor. Hastamız annesine hem kızıyor hemde ona kırılıyor.

#### Görüşmelerin gidişi

İlk görüşmelerde hastamız depremde geçirdiklerini ve sıralanan yakınmalarını şiddetle yaşıyor. Görüşmeler ilerledikçe kısa bir süre sonra deprem travmasından uzaklaşıyor. Ailesiyle ilişkilerine ve orada yaşadığı sorunlara dönüyor. Görüşmeler ilerledikçe kısa sürede depremle ilgili yakınmaları geriliyor onların yerini borderline bozukluğunu düşündürecek belirtiler (belli belirsiz sıkıntılar, süregen bir memnunsuzluk, boşluk duygusu, dismorfofobi, elini kesme 'auto-destrüksiyon' ilişki bozuklukları ve anneyle yakınlık kuramamak) alıyor.

Borderline kişilik bozukluklarında bir travma sonucu ortaya çıkan belirtilerin benzer bir gidiş göstermeleri ender değildir. Örnekte belirginleştiği gibi travmanın nedeni olduğu belirtiler belirli bir süre sonra azalarak yerlerini borderline bozukluklarına özgü sorunlar almaktadır. Öte yandan bu örneğe dayanarak tüm borderline kişilik bozukluklarında travmatik belirtilerin böylesi ılımlı bir gidiş gösterdikleri sonucunu ortaya çıkarmak da yanlıştır. Deprem gibi şiddetli travmalar bu kişilerde de şiddetli PTSS belirtilerine neden olabilir hatta katotoni, prepsikotik/psikotik durumlar, depersonilazasyon/de-realizasyon sendromu, şiddetli depresyonlar ortaya çıkabilir. Ama bu durumlarda bile temeldeki borderline kişilik bozukluklarına özgü sorunlar ve bunların tabloya etkileri tümünden yitmez.



Kernberg (1977, 1998), Kroll (aktaran Kernberg 1993), Hermann (aktaran Kernberg 1998), Dulz (1998) görüşleri şöyle özetlenebilir:

Kroll (1993) kişilik bozukluklarının gelişiminde a) Bedensel şiddeti, b) cinsel tacizi, c) bedensel ve cinsel tacizin tanığı olmayı öncelikli travmalar olarak sıralar. Kernberg (1998) Amerikada sürekli bedensel saldırıya uğrayan çocukların oranının %30, cinsel tacize uğrayan çocuk oranının ise %10 - 30, borderline hastaların ise cinsel tacizin %10 olduğu görüşündedir. Paris (1993), Paris ve ark. (aktaran Kernberg 1994) borderline hastalarında cinsel tacizin başka hastalara oranla dikkati çeken bir fazlalık gösterdiğini öne sürer. Bessel A. von der Kolk, Judith Herman ise çocuk araştırmalarında cinsel ve bedensel saldırıların, şiddet eylemleri tanığı olmanın, aşırı ihmalin travmatik etkilerini vurgularlar. Borderline hastalarının: narsisistik nevrozlar, antisosyal kişilik, şizoid kişilere oranla daha fazla bedensel, ruhsal taciz ve cinsel tacize uğradıklarını, daha çok ihmal edildiklerini yazmaktadır. Görüşlerine göre borderline hastaların yarısı şiddetli bedensel ve cinsel tacize uğramış kişilerdir. Bunlara borderline hastaları arasında korkak, utangaç ve çekingen çocukların çoğunlukta olduğu gözlemlerini de katarlar.

\* Biz ise en erken çocukluk döneminde yaşanan acı deneyimlerin gelişimdeki önemini burada vurgulamak isteriz. Yakınların yitimi, ilişki nesnelerinin sık sık değişmesi, istenç dışında aileden uzaklaştırma, ebeveynin biri yada her ikisi tarafından istenmediği duygusu, aile içinde sevgi veren kişilerin eksikliği bu acı deneyimlerin önemlileridir.

Kernberg borderline hastalarında etiyolojik nedenlerle travmaların etkilerinin birbirlerinden ayrılması görüşündedir. Görüşüne göre doğuştan gelen süregen agresyonlar etiyolojik nedenlerin önde olanlarıdır. İçselleştirilmiş agresif nesne ilişkileri, ülküleştirilmiş ve tehdit edici kendilik tasarımlarının birbirleriyle bütünleşmesini engellemekte ve bu kimlik karmaşasına neden olmaktadır. Buna karşın Dulz (1999) doğuştan gelen agresyonlar yerine diffüz bir anksiyeteyi borderline etiyolojik nedeni olarak görür.

\* Biz ise Kernberg'in agresyonları Dulz'un ise bunaltıyı borderline hastalarının öncelikli etiyolojik

nedenleri olarak gören savlarını birbirlerinden ayırma güçlüğü çekmekteyiz. Çünkü pregenital dönem sorunları ağırlıkta olan hastaların her iki ögeyi birbirlerinden ayırma güçlükleri çektiklerini klinik uygulamalardan biliyoruz; hatta hastaların daha da şiddetli bozukluklar gösterenleri bu duygularına yaklaştıkları zaman onları tam sözelleştiremez, gergin oldukları belli olur ama onlar "içimde birşey var" der, "ne" diye sorulduğunda "işte öyle birşey" yanıtını verirler (Odağ 1995). Bu konumlarda terapistin "içinizde öyle bir şey diye tanımladığınız öfke olmasın, korku olmasın" gibi yardımcı klinik sağaltımın bilinmesi gerekli ilkeleri arasındadır. Biz buradaki anlatım güçlüğünün sözelleştirme yetersizliği kadar algılanan duyguların birbirleriyle karışık oldukları ve birbirlerinden ayrılaşmaları ile ilgili olduğu sonucunu çıkarıyoruz. Ayrıca önemli bir benlik işlevinin korkuyu agresyona çevirmek olduğunu da biliyoruz. Bu bağlamda depremzedelerin şok dönemindeki şiddetli öfkelerinin yaşanan korkuyla bağlantısını vurgulamak isteriz. Anna Freud (1936) çocuklarda saldırganlığın korkuya karşı bir savunma olduğunu yıllar önce belirtmiştir. Q nedenle agresyon diye algılanan duyguların, saldırgan eylemlerin ne oranda bir korkudan ya da yastan arınmış olduğunu borderline hastalarının sağaltımında sürekli kendimize sormak konumundayız. Depremzelerde izlenen ve çevreyi, devleti sürekli suçlayan öfkenin temeldeki korkuyla, yaşla ya da sarsılmış güven duygusuyla ilişkisini önemlerinden dolayı kısaca yinelemeyi uygun bulurum. Korku ve agresyon karşılıklı bir ilişki içindedirler. Bunlara yas da katılır. Yasta şiddetli öfkenin eşlik etmesi ya da yas tutma yerine öfkenin baskınlaşmasına klinik uygulamalarda sıklıkla rastlanır. Kanımızca borderline hastalarında tüm bu duygular ve duyguları uyandıran öğeler birbirlerinden tam ayrılaşmamıştır. Temeldeki örgütlenme yetersizliği bunları birbirlerinden ayırmayı olanaksızlaştırmaktadır (Odağ 1999).

Örnek: Tarzan gibi bedeni Einstein gibi bir kafası olması isteklerini taşıyan ama yaşamda çok başarısız, ilişkilerinde yıkıcılığın ağırlıkta olduğu bir borderline hasta sağaltımın bir oturumunda eşinden yakını. Ondan ayrılmayı düşündüğünü, karısının kendisinden ayrılmak istememesinden korktuğunu söyler. Öte yandan onu kari-

sının ayrılıp gitmesi de korkutmaktadır. Korkudan söz ederken sesinin öfkeli olduğu da terapistin dikkatinden kaçmaz. Terapist zaman zaman bu anlatışın derininde belli belirsiz bir yası da duyumsar, hastanın bu karmaşık duygularının hangisine öncelik vereceğine, onları birbirlerinden nasıl ayrı tutacağına karar veremez, çaresizlik ve yetersizlik içindedir. Hastaya yararlı olmadığı düşüncesiyle umutsuzluğa kapılır.

### \* Bize göre borderline hastalarında travma

Uzun süreli klinik çalışmalarımız borderline hastalarında travmaların etkileri ve işleniş biçimleri açısından özgül özellikleri olduğu izlenimlerini veriyor. (A) Travmayla birlikte yaşamak. (B) Travmaya göreceli bir dayanıklılık başta sayılacak özgül özellikler arasında.

(A) Travmayla birlikte yaşamak onu işleyemeden sürekli içinde taşımak anlamına geliyor. Kliniğe aldığımız hastalar arasında en erken çocukluk dönemlerinde ya da sonraları bir travmaya uğramamış olanı yok. Gözlemlerimiz bu hastalardaki ihmal edilme, cinsel ve bedensel taciz, şiddete uğrama, birisinin öldürülmesi ya da başkasına yapılan şiddeti gözleme, çocuklukta başlayan aşırı çekingenlik gibi olası travmaların varlığını tümünden doğrulamaktadır. Ama biz bunlara yakınların yitimi, onlardan zorla ayrılma, yuvada yetişme, sık sık koruyucu nesnelere değiştirilmesi, ebeveynlerin şiddetli geçimsizlikleri gibi travmatik etkili olguları da katıyoruz. Hatta biz yasa suçluluk duygularına katlanamamak gibi borderline hastalarının özgül özellikleriyle yaşamış bu travmalar arasında bir bağlantının bulunduğu inancını da taşımaktayız. Yasa ve suçluluk duygularına katlanamamak örselenmenin işlenmesini engellemekte genellikle olanaksızlaşmaktadır. Böyle konumlarda borderline hastalar örselenmiş selfi, gerçek selften çözerek (dissosiyasyonla) çözüm yolları arar. Sürec hastalarda amnezilerin anımsama güçlüklerinin ortaya çıkması yada bölmenin daha şiddetli kullanılmasıyla kendisini belli eder. Borderline hastalarında derealizasyon, depersonalizasyon sendromlarının saptanması da seçilen bu yolun bir belirtisidir. Deneyimlerimiz borderline hastalarının büyük bir çoğunluğunun örselenmiş selfe bir uzaklık sağlayarak çözüm aradıklarını göstermekte-

dir. Ne yazık ki sağlanan bu uzaklık hastanın örselenmiş selfi ruhsal yapısına integre edememek, onu işleyemeden içinde taşımak sonuçlarını verir. Günlük yaşamda hastalar eski travmadan uzaklaşmış görüntüsü verir ama bu pseudo uzaklaşma travmanın olumsuz etkilerini silemez. Oylesine ki bu borderline hastaların çağrışımalarında travmanın sinyallerini de saptamayı olanaklaştırır.

Örnek: Boşluk ve dağınıklık duygusu, şiddetli korkular, ilişki bozuklukları, nedensiz öfke patlamalarıyla sağaltımda olan bir borderline kadın hastamız sık sık kendisini suçluyordu. Bir yandan suçluluk duygularına katlanamıyor, bunların şiddetlendiği konumlarda (yer, iş, arkadaş değiştirme gibi) eyleme vurumlar artıyor ama hasta hemen her nedenle kendisini suçluyordu. Erkek arkadaşıyla bir anlaşmazlık sonucunda gene kendisini suçlar. Anlaşmazlıklarının nedeni dört aydan beri tanıdığı arkadaşının şimdilik kendisine çok iyi davrandığı ama bir gün kendisiyle yatmak isteyebileceği düşüncesinden kaynaklanmaktadır. Eski erkek arkadaşı da aynı biçimde davranmış ve onu hileler kullanarak cinsel yakınlaşmaya razı etmiştir. Oysa bu tür bir yakınlık sınırlarını yitireceği, kendisini kaybedeceği korkularını uyandırmakta ve hastamız bunu kesinlikle istememektedir. Yeni arkadaşıyla da cinsel bir ilişki istememekte ama bu yüzden kendisini acımasızca suçlamaktadır.

Özsuçlamalarının en şiddetli olduğu bir dönemde hastanın birden bire annesi aklına gelir. Annesi babasının dostu tarafından öldürülmüştür. Hastamız babasının o zaman gizli ilişkide olduğu dostunu tanımaktadır. Katil aile tanışlarından biridir ve hastamıza 12 yaşına dek piyano dersi vermiştir. Görüşmenin bu bölümünde hastanın derin bir kedere kapıldığı suçlamalarının şiddetlendiği izlenir ve birdenbire uzun süredir içinde taşıdığı ama bir türlü söylemediği bir tasarımını (fantazi) anlatır. Bu tasarıma göre sanki babasının dostuyla birlikte olup annesini öldürdüğünü düşünmekte ve annesinin ölümünden kendisini de sorumlu tutmaktadır. Psikoterapinin bu aşamasındaki özsuçlamalar hastanın o güne dek uzakta durduğu travmaya yani annesinin öldürülmesi olgusuna yaklaştığı onun işlenmesine hazırlıklı olduğunun bir işaretidir. Ama bu aynı zamanda bizleri hastanın özsuçla-

malarının aslında derindeki işlenememiş travmanın bir türevi olduğu düşüncelerine de götürmelidir.

Uzun süreli klinik deneyimlerimiz bizde işlenememiş eski travmanın anlaşılabilir bir duygu, bastırılmış bir tasarım, engellenemeyen bir eğilim biçiminde kendisini bu günkü ilişkilerde belli ettiği inancını pekiştirmiştir.

B) Çatışma, tehlike, travmatik durumlara şiddetli bir anksiyete, eyleme vurumlar, durumun birdenbire kötüleşmesi, bazen öz kıyım düşünceleriyle tepki verilmesi borderline kişilik örgütlenmesinin özellikleri arasındadır. Klinik uygulamalarda birdenbire gelen bu kötüleşmeler terapilerde hastaların psikoza girecekleri, dağılacakları kaygılarını uyandırır. Bu kaygılara karşın hastalar kolay kolay dağılmazlar. Hatta psikotik bir tablo sergilemelerine karşın beklenmedik bir hızla eski ruhsal dengelerini yeniden sağlarlar. Bu gözlemler zamanla hastalarda bir dayanıklılık olduğu izlenimlerini uyandırır.

Bir örselenme olarak klinikten ayrılma (taburcu oluş)

Gündüz hastanemizde borderline hastaların sağaltımı riskli inişler ve çıkışlar göstermektedir. Taburcu oluş yani klinikten ayrılma en riskli dönemler arasındadır. Bu dönemde hastaların durumlarının kötüleştiği, eyleme vurumların arttığı izlenir. Dahası hastaların azımsanmayacak bir oranı taburcu olacağı günü bekleyeceğine ondan bir yada iki hafta önce kiliniği kendiliklerinden terk ederler. Taburcu olduktan sonra yapılan görüşmelerde klinik yardımcılarını dışlayan, güvenilmez, onları kendi hallerine bırakan kişiler olarak algıladıklarını bizim de kendilerini daha önceden yalnız bırakan, dışlayan, güvenilmez korkutucu ve yıkıcı kişilerden hiç bir farkımızın olmadığını söylerler. Bir kümesi için bu katlanılmaz bir yaralanmadır, bir kümesi içinse katlanılmaz bir yas ve yalnızlık duygusuna neden olur. Bu hastaların suçluluk duyguları ve yasa dayanıksızları, arkaik (ilkel/yıkıcı) öfkeleri hakkında çok yazılmıştır. Onlar için taburcu olma eski acı deneyimlerin yinelenmesi ve katlanılmaz duyguların alevlendiği bir örselenmedir. Hasta taburcu olmayı kaldıramıyor izlenimi verir ama asıl kaldıramadığı daha önce yaşadığı acı deneyimleridir.

## SONUÇ

Yeni yaşanmış güncel bir travma bastırılmış, yaşandan soyutlanmış (izole) ya da çözülmüş (disosiyasyon edilmiş) eski travmaları etkinleştirmektedir. Bu etkinleştirme yalnız borderline hastalara özgü bir süreç de değildir. Ruhsal sağaltımında başka hastalar hatta sağlam gibi görünen kişilerde güncel bir travma işlenmiş eski bir travmayı etkinleştirebilir. Olgu bize eski örselenmeleri bugün işleyebilme olanaklarını kazandırır. Tıpkı eski çatışmaların aktarım süreçlerinde yinelenerek bize onları "şimdi ve burada" işleme olanaklarını kazandırması gibi.

## KAYNAKLAR

Dulz B. (1998) Wut oder Angst. Welcher Affekt ist bei Borderlinestörungen der Zentrale. Persönlichkeitsstörungen.

Fischer G., Riedessen P. (1999) Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhard, München/Basel.

Kernberg O. (1977) Wut und Hass. Über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen. Stuttgart. Klett. Cotta.

Kernberg O. (1998) Persönlichkeitsentwicklung und trauma. Persönlichkeitsstörungen.

Odağ C. (1995) İntihar (Özkiym). Tanım/Kuram/Sağaltım. İzmir Psikiyatri Derneği.

Odağ C. (1999) Nevrozlar I. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı yayınlarından 1.

Reddemann L. Sachse U. (1999) Trauma frist. Persönlichkeitsstörungen.

# ÇOCUK VE ERGENLERDE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Timur F. Oğuz\*, Emine Z. Kılıç\*\*

## ÖZET

**Amaç:** Travma sonrası stres bozukluğu tanısı ilk olarak 1980 yılında DSM -III ile resmi bir tanı kategorisi hâline gelmiş ve DSM-IV' te de bazı değişikliklerle yer almıştır. ICD - 10 tanı sınıflamasında da travma sonrası stres bozukluğu tanısı bazı farklarla yer almaktadır. Bu yazıda, çocuklarda ve ergenlerdeki travma sonrası stres bozukluğu tanısının tarihsel, kavramsal, klinik özellikler ve önerilen sağaltım yöntemleri açısından tartışılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu amaca yönelik olarak, konuya ilişkin olarak şimdiye kadar yayınlanmış ve bulunan toplam 61 kaynak gözden geçirilmiştir. **Bulgular:** Travma sonrası stres bozukluğu çocuk ve ergenlerde özgün ve çeşitli dışavurumlarla kendini gösterebilir. Bu nedenle bu popülasyon grubunda olanlardaki belirti ve bulgular konusunda uyanık ve dikkatli olmak gerekir. Sağaltım yöntemleri içinde hem ilaç sağaltımının hem de psikoterapinin yeri bulunmaktadır, fakat çoğunlukla psikoterapi birincil sağaltım yöntemi olarak kabul görmektedir. **Sonuç:** Bu konuda daha kapsamlı çalışmalara gereksinim duyulmakta ise de bugüne kadar oldukça zengin bir veri birikiminin de sağlandığı görülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Travma sonrası stres bozukluğu, tanı, sağaltım.

**SUMMARY: POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS**

**Objective:** Post-traumatic stress disorder diagnosis has come into use as a formal diagnostic category in 1980 by DSM-III; and it kept its place with some changes in DSM-IV. Post-traumatic stress disorder diagnostic category can also be seen in ICD-10 with some differences from the posttraumatic stress disorder diagnosis of DSM-IV. This paper aims to discuss historical, conceptual and clinical aspects of and proposed treatment methods for the post-traumatic stress disorder in children and adolescents. **Method:** For the above mentioned purpose, 61 publications have been reviewed. **Results:** Post-traumatic stress disorder might be manifested in specific and various forms in children and adolescents. For this reason, one have to be alert and observant for the signs and symptoms seen in this population. Drug treatments and psychotherapy both have places in the treatment of the disorder but psychotherapy is generally accepted as the primary treatment method. **Conclusion:** Although more comprehensive studies are needed, it seems that quite rich data had been accumulated until today.

**Keywords:** Post-traumatic stress disorder, diagnosis, treatment.

## TARİHÇE

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), 1980 yılında DSM-III'ün kullanıma girmesi ile resmi bir tanı kategorisi haline gelmiştir (American Psychiatric Association 1980). Bununla birlikte TSSB'nun bütünüyle oturmuş bir tanı olduğunu söylemek olası değildir. Hatta bazı yazarlar böyle bir ruhsal bozukluğun gerçekte var olup olmadığını sorgulamaktadır (O'Donohue ve Eliot 1992).

Psikiyatri tarihinde TSSB'na benzer bir tanıya Amerikan iç savaşında rastlıyoruz "asker kalbi" (soldier's heart). DaCosta, 1871 tarihli "on Irritable Heart) isimli yazısında bu sendromu belirtmektedir (Gerson ve Carlier 1992). Daha sonra I. Dünya Savaşı sırasında ortaya çıkan benzer bir klinik tablonun patlayan top güllelerinin yarattığı beyin zedelenmesinden kaynaklandığı düşünülmüş ve "top güllesi şoku" (shell shock) ismi verilmiştir (Gersons ve Carlier 1992).

Psikalaniz etkisindeki 20. yüzyıl başı psikiyatrisi "travmatik nöroz" tanısını yaygın olarak kullanmıştır (Gersons ve Carlier 1992). Freud'un

\* Araştırma Gör., Ankara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

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

düşünce evrimindeki bir dönüm noktasını oluşturan "Haz İlkesinin Ötesinde" makalesi esas olarak I. Dünya Savaşı sırasında Freud'un karşılaştığı ve "savaş nörozu" olarak isimlendirilen fenomenin, Freud'u kendi kuramını, özellikle metapsikoloji kuramını, yeniden gözden geçirmeye itmesi sonucunda şekillenmiştir (Freud 1991).

TSSB tanısının tarihindeki diğer önemli kilometre taşlarını ise 1941 tarihli Coconut Grove gece kulübü yangınından kurtulanlar, II. Dünya Savaşı gazileri, Nazi kamplarından kurtulanlar ile yapılan çalışmalar (Gersons ve Carlier 1992) ve feministlerin "tecavüz travması sendromu" konusundaki mücadeleleri (Russell 1983) oluşturur. TSSB kavramının ilk kullanıma girmesi Vietnam Savaşı gazileri ile yapılan çalışmalar sonucunda oluşmuştur (Herman 1992). Çocuklarda TSSB ile ilgili ilk saptama ise Anna Freud ve Burlingham tarafından 1943 yılında yapılmıştır (Freud ve Burlingham 1943). Freud ve Burlingham, savaş koşullarıyla yüzleşmiş bulunan çocuklarda TSSB belirtilerini tanımlamışlardır.

Yukarıda da belirttiğimiz gibi TSSB ilk olarak 1980 yılında DSM-III ile resmi kullanıma girmiştir ve DSM-IV'de de biraz değişikliğe uğrayarak yer almıştır (American Psychiatric Association 1994). DSM-III'de yer alan "olağan insan deneyiminin sınırlarının dışında bir travmatik yaşantı" ifadesi DSM-IV'de yer almaktadır ve DSM-IV çocuklarda TSSB tanısı ile ilgili bazı değişiklikler içermektedir.

#### DSM-IV ve ICD-10 SINIFLANDIRILMALARINDA TSSB

DSM-IV, TSSB'nu, bir kişinin "aşırı travmatik bir stresör" özelliği taşıyan bir olayın içinde yer alması, bu olaya tanık olması ya da bu olayı izlemesi sonrasında ortaya çıkan tipik belirtiler kümesi olarak tanımlar. Kişi bu olay karşısında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşet duygu ve düşünceleri gösterir. Travmatik olay sürekli olarak yeniden yaşanır. Travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma ortaya çıkar. Süreklilik kazanmış bir aşırı uyarılmışlık hali bulunmaktadır. Belirtiler en az 1 aydır var olmalıdır ya da trav-

madan 1 aydan daha fazla bir süre geçtikten sonra ortaya çıkmalıdır. Belirtiler 3 aydan daha kısa bir süredir sürüyor ise bozukluklar akut, 3 aydan daha uzun bir süredir sürüyor ise kronik olarak kabul edilir. Stresli olayın üstünden 6 aydan daha fazla bir süre geçtikten sonra ortaya çıkan bozukluk "gecikmeli başlangıçlı" olarak kabul edilir.

Burada sözü edilmesi gereken bir bozukluk da "akut stres bozukluğu" (ASB) dur. ASB ile TSSB arasındaki temel farklar ASB'nun travmadan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkması ve en fazla 4 hafta sürmesi zorunludur; ayrıca, ASB kriterleri arasında bulunan dissosiyatif belirtiler TSSB ölçütleri arasında bulunmaz.

TSSB konusunda ICD-10 ile DSM-IV arasında belirgin farklar bulunmaktadır. ICD-10, 4 hafta geçmiş olması şartını ileri sürmez, tanı ölçütleri çok daha kolay karşılanabilir; temel ölçüt yineleyici anımsamalar ve yeniden yaşantılamalardır, olayın ardından 6 aydan daha uzun süre geçtikten sonra ortaya çıkan bir tablo var ise bu tablonun TSSB ile değil, başka bir tanı kategorisi ile açıklanmaya çalışılmasının lehindedir (Dünya Sağlık Örgütü 1993).

DSM-IV'deki ASB'nun ICD-10'daki karşılığı "akut stres tepkisi" (AST) dir. Görüldüğü gibi ICD-10 bunu bir bozukluk olarak değil bir tepki olarak tanımlamaktadır. ICD-10'a göre AST olaydan hemen sonra başlamalıdır ve hemen hemen 3 gün sonra tama yakın düzelmesi gereken bir durumdur oysa DSM-IV'e göre ASB en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürer ve olaydan sonraki ilk 4 hafta içinde başlayabilir.

DSM-III ile birlikte TSSB resmi bir tanı haline gelmiş olsa da, önceleri bu tanının çocuklar için ne kadar geçerli olduğu konusunda yaygın bir kuşku hakim olmuştur. Ancak, 80'li ve 90'lı yıllar boyunca yürütülen çalışmalar TSSB tanısının çocuklar için de geçerli olduğu kanısını iyice desteklemiş ve tartışmaların merkez noktası "çocuktaki TSSB'nun özgün yanları" konusuna kaymıştır (Garmezy 1986). Nitekim DSM-III-R ve DSM-IV çocuklarda görülen TSSB belirtilerindeki özgün yanlar konusunda ifadeler içermektedir. DSM-IV'e göre, yetişkinlerden farklı olarak, çocuklar:

• "Aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme" belirtilerinin eşdeğeri olarak "dezorganize ya da ajite davranışlar" gösterebilirler.

• Çocuklarda "travmanın sürekli olarak yeniden yaşanması" travmayı konu alan oyunların tekrar tekrar oynanması biçiminde gerçekleşebilir.

• Travmatik olayın "sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görülmesi" çocuklarda içeriği tam anlaşılabilen korkunç rüyalar şeklinde kendini gösterebilir.

TSSB tanısının çocuklara göre yeniden şekillenmesi çabalarının süreceği tahmin edilmektedir.

## EPİDEMİYOLOJİ

TSSB'nun tüm toplumdaki yaşam-boyu prevalansı konusunda yapılan çalışmaların sonuçları %1 ile %14 arasında değişen sonuçlar vermektedir (American Psychiatric Association 1994). Risk altında bulunan çocuk popülasyonları ile yapılan çalışmalarda ise %3 ile %100 arasında değişen oranlar saptanmıştır (Frederick 1985, Garrison ve ark. 1995). Değerler arasında bu kadar büyük bir fark olmasında TSSB'nu değerlendirme yöntemlerinin farklılığı, popülasyonlar arasındaki farklılıklar, travmatik olayın özellikleri ve travmadan sonra geçen zaman gibi belirleyicilerin rol oynadığı düşünülmektedir (Cohen ve ark. 1998).

Bir travma ile karşılaşılmasının ardından TSSB belirtilerinin ortaya çıkmasında cinsiyetler arasında farklar olup olmadığı konusunda çelişkili bulgular bulunmaktadır. Bazı çalışmacılar hiçbir fark bulamazken (Burton ve ark. 1994, Sack ve ark. 1995), bazıları farklar saptamışlardır (Brent ve ark. 1995, Garbarino ve Kostelny 1996). Bazı çalışmaların sonuçları ise, bir travma ile karşılaşmalarında kız çocuklarının daha ağır belirtilerle giden ve uzun süren bir TSSB tablosu çıkardıklarına ancak erkeklerin travmatik bir olayla karşılaşma olasılığının daha fazla olduğuna işaret etmektedir (Helzner ve ark. 1987).

Çocuğun yaşı ile TSSB çıkarma olasılığı konusunda kesin bulgulara ulaşılmamıştır. Yetişkinlerde genetik bir yatkınlık olabileceği konusunda bilgiler bulunsa da (True ve ark. 1993) bu konu çocuklarda şimdiye kadar hiç çalışılmamıştır.

TSSB oluşma olasılığı ile etnik ve kültürel özellikler arasında bir bağlantı saptanmamıştır, ancak kültürel özelliklerin TSSB'nin kendini nasıl gösterdiğinin belirlenmesinde rol oynuyor olabileceği düşünülmektedir (Diehl ve ark. 1994, Manson ve ark. 1996).

Yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde aşağıdaki üç etkenin çocuklarda TSSB gelişmesinde tutarlı biçimde etkili olduğu görülmektedir (Foy ve ark. 1996):

- Travmaya maruziyet şiddeti.
- Ebeveynlerde travmayla bağlantılı sıkıntıların varlığı.
- Travmatik olaya zamansal yakınlık.

Ancak bu etkenler üzerinde daha fazla çalışma yapılması ve diğer etkenlerin incelenmesinin sürdürülmesi gerekmektedir.

Çalışmaların çoğunun sonuçları, çocuğun travmaya maruziyet konusundaki kendi bildiri ile TSSB belirtileri arasında pozitif bir korelasyon saptamışlardır (Wolfe ve ark. 1994, Brent ve ark. 1995, Boney-McCoy ve Finkelhor 1996, Verberg ve ark. 1996). Ancak, çok az sayıda olmakla birlikte böyle bir korelasyon olmadığını iddia eden çalışmalar da bulunmaktadır (Earls ve ark. 1988). Rutter'a göre (1987) çok sayıda stresörün birikiminin olduğu durumlarda kalıcı gelişimsel hasarın ve TSSB belirtilerinin ortaya çıkma olasılığı artmaktadır.

Yazarların büyük bir çoğunluğu ailesel desteğin iyi düzeyde olmasının çocuklarda TSSB gelişmesini önleyici bir etken olduğu görüşündedirler (Dyregrov ve Yule 1995, La Greca ve ark. 1996). Ebeveynlerde travma ile ilgili sıkıntıların varlığı ve yine ebeveynlerde ruhsal bir bozukluğun var olması ise çocuklarda TSSB görülme sıklığını arttırmaktadır. Lyons (1987) bir travmaya maruz kalmış bulunan çocukta olumlu sonuçların ortaya çıkmasında tek güçlü belirleyicinin ebeveynler ve diğer önemli yetişkinlerin travma ile baş etme yeteneklerinin düzeyi olduğunu söylemektedir.

Çalışmaların çoğuna göre çocukların bazıları zaman içinde kendiliğinden düzelse de TSSB belirtilerinin yıllarca sürebileceğini gösteren kanıtlar bulunmaktadır (Cohen ve ark. 1998).

## KLİNİK ÖZELLİKLER

Genel olarak incelendiğinde, çocukların yaşı büyüdükçe gösterdikleri TSSB belirtilerinin de büyüklüklerine benzemeye başladığı görülmektedir. Örneğin ergenlerde ortaya çıkan TSSB bir yetişkininki ile aynı özellikleri taşıyabilir. Bununla birlikte, ergenlerde kronik TSSB, disosiyasyon, kendine zarar verici davranış, madde kötüye kullanımı ve aralıklı kızgınlık ya da saldırganlık nöbetleri ile giden özgün bir tablo biçiminde de kendini gösterebilir (Hornstein 1996).

Yapılan çalışmalar, ilkökul çağı çocuklarında TSSB'nin amnestik belirtilerinin olmayabileceğini ve akut TSSB sırasında "kaçınma davranışı" ve "duygulanımda kısıtlılık" belirtilerini gösteremeyeceklerini düşündürmektedirler. Ayrıca bu yaş grubu çocuklarında "flashback" görülebilir ya da görülmeyebilir (Terr 1985). Bu dönem çocukları travmatik olayı oyunlar, resimler ya da sözlü anlatımlar yolu ile yeniden yaşatırlar. Yine bu çocuklarda travmatik olay sırasında bozulmuş bir zaman algısı görülebilir.

Prepubertal dönem çocuklarında özellikle uyku bozuklukları sık görülebilmektedir. (Benedek 1985). Bu çocuklarda "alamet oluşumu" (omen formation) düşüncesinin sık olarak görüldüğü bildirilmektedir (Terr 1983). Bu düşünceye göre bazı belirli işaretler travmatik olayın yaklaştığının uyarılarıdır ve eğer yeterince uyanık olunursa bunlar fark edilebilir.

Çocukların yaşı küçüldükçe, tanı amacı ile "bir geleceği kalmadığı" düşüncesini sorgulamak anlamsızlaşmaktadır. Çünkü bu çocuklarda normalde de geleceğe yönelik planlar çok ilkel düzeydedir. Çok küçük yaşta çocuklar DSM-IV'de sayılan TSSB belirtilerinin görece çok daha azını sağlayabilirler. Bu duruma neden olan şey, bir ölçüde, 18 adet DSM-IV kriterinin 8'inin çocuğun sözel tanımlamalarına dayalı olması olabilir. Sonuç olarak bebekler, çok küçük çocuklar, okul öncesi dönem çocukları DSM-IV'de sayılan daha tipik belirtiler değil de, daha çok yaygın anksiyete bozukluğu (ayrılma anksiyetesi, yabancı anksiyetesi, canavar ya da hayvan korkusu), travma ile açık bir bağlantısı olan ya da olmayan durumlardan kaçınma, uyku bozukluğu ve travma ile açık bir bağlantısı olan ya da olmayan belli sözcük ya da simgelerle aşırı uğraşma gibi belirtiler

rin ön plana çıktığı bir tablo çizerler (Drell ve ark. 1993). Scheeringa ve arkadaşları (1995) küçük yaşta çocuklar için DSM-IV'e alternatif kriterler önermektedirler. Bu yazarlara göre:

- çocuğun travmaya ilişkin bir tema ya da temaları içeren oyunları, "travmanın anımsanması (recollection)" ya da "kabuslar görülmesi" durumunun bir eşdeğeridir;
- "kaçınma/genel tepki gösterme düzeyinde azalma" kriteri, oyunlarda temasal daralma, sosyal içe çekilme, duygulanım çeşitliliğinde sınırlılık ya da kazanılmış gelişimsel yetilerin kaybedilmesi durumları ile karşılanabilir ve,
- küçük çocuklarda "artmış uyarılmışlık" kriterlerinin karşılanması için yalnızca bir belirtinin varlığı yeterlidir.

Ancak bu yazarlar bu kolaylaştırmaların yanında bir de ek kategori; "yeni ortaya çıkan korkular ve/veya agresyon" ölçütünü karşılayan en az bir belirtinin varlığını şart koşmaktadırlar.

Terr (1991), çocukların yaşadığı travmaları tip 1 ve tip II olarak ikiye ayırmaktadır. Tip I travmaları araba kazası, silahlı saldırı gibi "tek ve ani vurucu travmalar"dan oluşmaktadır ve klasik DSM belirtileri olan yeniden yaşantılama, kaçınma, artmış uyarılmışlık belirtileri ile sonuçlanır. Tip II travmaları ise süreklilik gösteren çocuk istismarı örneklerinde olduğu gibi değişik, çoklu, uzun süreli travmalardan oluşmaktadır ve yadırtma, duyarsızlaşma, disosiyasyon ve öfke gibi belirtiler ile gider.

Famularo ve arkadaşları (1996) akut ve kronik belirtili kümeleri birbirlerinden ayırmışlar ve akut alt-tipte uyku güçlüğü, fizyolojik aşırı uyarılmışlık ve yeniden yaşantılama belirtilerinin; kronik alt-tipte ise disosiyasyon, kısıtlı duygulanım, üzüntü ve çevreden uzaklaşma belirtilerinin öne çıktığını belirtmişlerdir.

Sonuç olarak küçük yaşta çocuklarda görülen TSSB'nun tipik klinik özelliklerinin neler olduğu konusunda berrak bir düşünce birliği olduğunu söylemek olası gözükmemektedir.

Hastalığın seyri konusunda da kesin şeyler söylemek şu anda olası değildir. Travma sonrasında TSSB görülme sıklığı ve zaman içinde ortaya çıkan değişimler konusunda çelişkili sonuçlar bu-

lanmaktadır. Belki şu söylenebilir: çocukların bir kısmında spontan düzelme görülebilirken pek çoğunda TSSB belirtileri uzun süre devam etmektedir.

### KOMORBİDİTE

Yapılan birçok çalışma TSSB ile depresif bozukluklar arasında belirgin bir komorbidite ilişkisi olduğuna işaret etmektedir (Yule ve Udwin 1991, Brent ve ark. 1995, Hubbard ve ark. 1995, Loof ve ark. 1995). Bazı araştırmacılar TSSB ile çocuklarda madde kötüye kullanımı arasında komorbidite saptamışlardır (Sullivan ve Evans 1994, Clark ve ark. 1995). Yine TSSB ile diğer anksiyete bozuklukları arasındaki komorbiditeyi saptayan çalışmalar da bulunmaktadır (Lonigan ve ark. 1994, Geonjian ve ark. 1995, Singer ve ark. 1995).

Küçük yaşta çocuklarda anksiyete kendini dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğundakine (DEHB) benzer belirtilerle gösterebilmektedir (Glod ve Teicher 1996). Bu nedenle TSSB olan bir çocuğa yanlılıkla DEHB tanısı konulabilmektedir. Aynı zamanda travma öncesinde DEHB olan bir çocuğun TSSB çıkarma riski daha fazla olabilir.

Davranım bozukluğu ve karşıt olma- karşı gelme bozukluğu da TSSB ile yüksek komorbidite gösteren bozukluklardır. Steiner ve arkadaşları (1997) bu komorbiditenin nedeninin TSSB'nun dürtü kontrol kaybı ve agresyon-öfke kontrolünde azalma gibi belirtilere neden olabilmesi olduğunu öne sürmektedirler.

Bazı yazarlar TSSB ile sınır (borderline) kişilik bozukluğu arasında da bir komorbidite olduğunu ileri sürmektedirler (Stone 1990), hatta bunların arasında sınırda kişilik bozukluğunun çok ağır ve kronik bir TSSB olduğunu ileri sürenler bile bulunmaktadır (Herman ve van der Kolk 1987). Ancak bazı yazarlara göre ise, TSSB belirtileri yatışmadan önce bir kişiye kişilik bozukluğu tanısının konması doğru değildir (Goodwin 1985).

### AYIRICI TANI

DSM-IV'e göre eğer aşırı şiddette bir stresör son-

rasında TSSB kriterleri tam olarak karşılanmıyor ise ortaya çıkan tabloya uyum bozukluğu tanısı konulmalıdır ve yine var olan stresör aşırı değilse belirtiler uyum bozukluğu tanısı lehine değerlendirilmelidir.

Eğer çocuk TSSB belirtilerini travma öncesinde de gösteriyor idiye fark edilmemiş ya da gizli kalmış bir stresör aranmalıdır. Eğer belli bir stresör saptanamıyorsa TSSB yerine diğer olası tanıları düşünmek daha yerinde olacaktır. Bir stresör saptanmış olsa dahi; eğer belirtiler başka bir ruhsal bozukluğu düşündürüyor ise TSSB yerine bu tanı konulmalıdır. Ancak belirgin bir stresör saptanmış ise ve hem TSSB hem de diğer bir ruhsal bozukluğun kriterleri karşılanıyor ise her iki tanı da konulmalıdır.

Obsesif kompulsif bozuklukta da tekrarlayan zorlayıcı düşünceler olur ama bunlar yaşanan travmatik olayla bağlantılı değildir ve genellikle kişi tarafından uygunsuz düşünceler olarak değerlendirilir.

"Flashback"ler içerdiği gerçekten yeniden yaşıyor olma duygusu ile zorlayıcı düşüncelerden ayrılır ve bir miktar disosiyasyon içerir; bu nedenle çanılsamalar, varsanılar ve psikotik bozukluklarda ortada çıkan diğer algısal sapmalardan ayrıştırılmaları gerekebilir.

### DEĞERLENDİRME

Hem ebeveynlere hem de çocuğa travmatik olay ve TSSB belirtileri konusunda avrıntılı ve dolaysız sorular yöneltilmelidir. Ancak, çocuklara sorulan soruların onların gelişim basamaklarına uygun bir dille yöneltilmesi gerekir. Ayrıca klinisyen, TSSB belirtilerinin içerik ve biçiminde görülebilecek daha önce değinilen gelişimsel varyasyonların bilgisine sahip olmalı ve bunları soruşturmalıdır (Scheeringa ve ark. 1995).

Ebeveynler genellikle çocukların TSSB belirtilerini minimize etme eğilimi gösterirler (Rigamer 1986) ya da profesyonelin bilgisine sahip olmadıkları için belirtileri fark edemezler. Ayrıca çocukların bildirimlerinden hareketle kaçınma ve duyarsızlaşma belirtilerinin ayırımına varmak zordur. Bu nedenlerle, tanının atlanması belirgin bir olasılıktır ve dikkatli olmak gerekir.



Bununla birlikte, bazı klinisyenler de var olmadığı halde TSSB tanısı koyabilmektedirler. Bu klinisyenler genellikle özgül tanı kriterlerinin bilincinde değildirler ve aşırı bir stresörün ardından ortaya çıkan yeniden yaşantılama ve anksiyete belirtilerinin varlığının tek başına tanıyı koydurabileceği konusunda yanlış bir algılamaları vardır.

Uzmanların birleştiği bir nokta ise, travma konusunda çocuklarla özgül ve açık bir konuşmanın yapılmasının gerekliliğidir (Pynoos ve Eth 1986, Wolfe ve ark. 1994). Çocuklar, eğer kendilerine özgül ve doğrudan sorular yöneltilmezse, travmaya gösterdikleri ruhsal tepkileri genellikle bildirememektedirler. Klinisyenlerin böyle bir sorgulamadan kaçınmalarının en önde gelen nedenleri; "çocuğu üzmemekten" korkulması ya da klinisyenin kendisinin acı veren konuşmalardan kaçınmasıdır. Oysa özgül ve doğrudan bir sorgulama, değerlendirmenin yeterliliğinin sağlanması için olduğu kadar TSSB belirtilerinin iyileşmesi için de gereklidir.

TSSB belirtilerini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiş çeşitli tanı araçları bulunsa da bunların hiçbiri optimal özellikte değildir. Bu araçlar, klinik gidişin değerlendirilmesi ve izlenmesi konusunda büyük bir öneme sahiptirler fakat dikkatlice yürütülen, dolaysız bir klinik görüşmenin yerini tutmaları olası değildir. Günümüzde TSSB belirtilerinin değerlendirilmesi, halen, birincil olarak çocuk ve ebeveynlerle yapılan klinik görüşmeye dayanmaktadır.

TSSB tanısı ile ilgili temel bir sorun TSSB kriterlerinin tam olarak karşılanması ile kısmi olarak karşılanması durumlarının klinik anlamının ne kadar olduğudur. Kriterlerin "tam" karşılanması durumu klinik açıdan anlamlı bir ayrıma mı yoksa keyfi bir kesim noktasına mı denk düşmektedir? Yoksa TSSB belirtileri bir sıklık ve ağırlık kontinuumu içinde mi değerlendirilmelidir?

Bazı yazarlar, yetişkinler için geçerli olan TSSB tanı kriterlerinin çocukların strese karşı gösterdiği anksiyete tepkilerinin saptanmasında bütünüyle uygulanabilir olmadığını öne sürmektedirler (Garmezy 1986). Örneğin, yeniden yaşantılama ve kaçınma-duyarsızlaşma belirtilerinin zamansal bir yakınlık içinde görülebileceği söy-

lense de aslında bu iki ana belirti kümesi birbirleri ile karşıtlık içindedirler ve çocuklar çoğu zaman bu iki belirti kümesini değişmeli olarak ayrı ayrı zamanlarda uzun süreler ile göstermektedirler (Schwarz ve Kowalski 1991); yani bir çocuğun yeniden yaşantılama belirtileri gösterirken aynı zamanda kaçınma-duyarsızlaşma belirtileri göstermesi genellikle rastlanmayan bir şeydir. Eğer bu durum akılda tutulmaz ise TSSB tanısı atlanabilir.

Bazı yazarlar, kaçınma-duyarsızlaşma belirtilerinin baskın olduğu bir tabloda çocuğun travmadan etkilenmediği gibi yanlış bir kaniye kapılabileceğini belirtmektedirler (Stuber ve ark. 1991). Kaçınma belirtisi, tanımı nedeni ile, çocuğun belirtileri travma ile bağlantılandırma konusunda bir güçlük yaşadığına işaret etmektedir. Durum böyle iken bir çocuğa TSSB tanısı koymak için üç adet kaçınma-duyarsızlaşma belirtisi aramak işi çok zorlaştırmaktadır.

Daha önce değindimiz temel bir sorun da TSSB olan kişilerin psikiyatrik bir bozulma mı yoksa normal bir adaptasyon süreci içinde mi olduklarıdır. Bu sorunun çözüme ulaşması şu anda uzak gözükmektedir. Aslında bu sorunun bilincinde olmanın getireceği pratik sonuç şu olabilir: Çocuğun gösterdiği belirtilerin tanı sınıflamalarındaki katı kriterleri karşılayıp karşılamadığına bakmak yerine, temel ilke olarak varolan belirtilerin çocuğun yaşamındaki en az bir önemli alanda işlevselliğini bozacak kadar ağır bir klinik tablo ortaya çıkardığı noktada sağaltım girişiminde bulunmaktır.

## SAĞALTIM

TSSB'nun sağaltımında izlenecek yöntem konusunda uzmanlar tarafından temel öneme sahip olduğu düşünülen ilkeler kısaca şöyle özetlenebilir (Friedrich 1996, Berliner 1997).

- Travmanın özelliklerinin dolaysız bir biçimde araştırılması.
- Stresle başetmeye yönelik özgül tekniklerinin kullanılması.
- Travmaya yönelik gerçek dışı atıfların araştırılması.
- Sağaltım sürecine ebeveynlerin de katılması.

Travmaya maruz kalmış bir çocukla yapılan ilk görüşmede travma yaşantısının dolaysız bir biçimde araştırılması bile tek başına iyileşme konusunda olumlu bir etkiye bulunacaktır. Bu araştırma sırasında gevşeme ve duyarsızlaştırma yönelik yöntemlerin kullanılması aşırı uyarılmışlık hali ve negatif duygulanımın azaltılmasına yönelik çabaların bu araştırmaya eşlik etmesi iyileştirici etkiyi pekiştirecektir. Yazarlara göre, böyle bir yaklaşım, anksiyeteye karşı hakim olma, kontrolü elinde tutma (mastering) yetisinin sağlanması için vazgeçilmez bir öneme sahip bulunmaktadır (Pynoos ve Eth 1986).

TSSB sağaltımında "maruz bırakma" (exposure) tekniğinin kullanımı konusunda yazarlar arasında maruz bırakmanın derecesi ve hızı konusunda görüş ayrılıkları bulunmaktadır. Ancak yazarların düşünce birliğinde olduğu konu travma odaklı bir girişimin çocuklarda TSSB sağaltımının en kritik bileşeni olduğudur (Berliner 1997, Parson 1995, Saigh 1986, Terr 1990). Ancak maruz bırakma tekniğinin kullanılıp kullanılmayacağı ve kullanılacaksa ne düzeyde kullanılacağı her olgu için özgül olarak kararlaştırılması gereken bir şeydir. Bu teknikler esas olarak travmatik anıların ya da kaçınma davranışının ruhsal sıkıntı yarattığı durumlar için uygundur. Bu konunun sürekli konuşulmasından çok sıkıntı duyan ya da bu yöneme çok dirençli olan çocuklarda bu konuda ısrarlı olmak zararlı sonuçlar bile doğurabilir. Böyle durumlarda sanat ya da oyun terapileri gibi dolaylı yöntemler daha yararlı olabilir.

Kas gevşeme alıştırmaları, düşünce-durdurma, olumlu imajinasyon ve derin nefes alma tekniklerinin travmanın ayrıntılı olarak tartışılmasının öncesinde çocuğa öğretilmesi, çocuğun travma tartışılırken kendini duruma hakim, güven içinde ve güçlü hissetmesini sağlayacaktır ve çocuk daha sonra ortaya çıkabilecek yeniden yaşantılaşma durumları ile daha kolay başa çıkabilecektir.

Çocuklarda görülen TSSB'nun sağaltımında uygulanan girişimlerin çoğunda görülen bir ortak nokta da çocuğun yaşadığı travma konusunda sahip olduğu işlevsel olmayan bilişsel sayıltıların, distorsiyonların basamaklı bir mantıksal çözümleme eşliğinde gözden geçirilip düzeltilmesidir (Joseph ve ark. 1993, Spaccarelli 1995).

Uzmanların düşünce birliğinde olduğu bir önemli nokta da ebeveynler ve/veya diğer bir destek kaynağı olabilecek kişilerin sağaltım sürecine katılmasının TSSB belirtilerinin giderilmesinde önemli bir yeri olduğudur (Cohen ve ark. 1998). Travmatik olaya ebeveynlerin gösterdiği duygusal tepki ve çocuğa verdikleri destek, çocuğun gösterdiği TSSB belirtilerinin ortaya çıkmasında etkin rol oynarlar. Ayrıca ebeveynler çocuğun gösterdiği TSSB belirtilerinin ortaya çıkmasında etkin rol oynarlar. Ayrıca ebeveynler çocuğun gösterdiği belirtilerin gidişini gözleyebilir ve uygun davranışsal başa çıkma yöntemlerini öğrenip uygulayabilirler. Bunun yanısıra, ebeveynlerin travma ile ilgili kendi ruhsal sorunlarının çözülmesi, onların çocukların duygusal gereksinimleri konusunda daha duyarlı ve yanıt verebilir hale gelebilmelerini sağlayacaktır.

Herhangi bir terapi modelinin (bireysel, grup ya da aile terapileri) diğerlerine üstün olduğunu sağlam bir biçimde gösteren herhangi bir bulgu bulunmamaktadır. Önemli olan terapinin travma odaklı ve çocuğun gösterdiği özgül belirtilere yönelik olmasıdır. Ancak görece geniş bir topluluğun travmaya maruz kaldığı durumlarda kısa zaman içinde başlatılan grup terapilerinin uygulanabilecek en etkin terapi yöntemi olduğu düşünülmektedir. Bu biçimde yapılacak bir krize müdahale girişimi ile travmatik olayın ve olayın etkilerinin zamanında dolaysız bir biçimde tartışılması, çok sayıda çocukta kaçınma ve diğer TSSB belirtilerinin ortaya çıkmasını engelleyecektir.

Travmatik yaşantının yol açabileceği duygusal tepkiler, bir daha benzer bir travma olduğunda nasıl davranılması gerektiği ve korunmaya yönelik neler yapılabileceği konularında çocuklara eğitim verilmesi TSSB belirtilerinin azaltılması konusunda yararlı olabilmektedir.

Kronik TSSB olan bazı çocuklarda görülen disosiyatif belirtilerin sağaltımı daha karmaşıktır. Bu çocukların bazılarında disosiyatif belirtiler varsa ya da dezorganize düşünce ve davranışlarla kendini gösterebilmekte ve psikozdan ayırma gücü olabilmektedir. Öyküsünde ciddi bir travma bulunan çocuk ve ergenlerde psikoz tanısı koymakta sakınılması gerekir. Ayrıca psikoz düşünülerek çeşitli fiziksel kısıtlama yöntemleri kul-

lanılması ya da zorla medikasyon uygulanması ek travmalar yaratarak tablonun daha da kötüleşmesine neden olacaktır.

TSSB olan çocukların gösterdiği belirtilerin hepsi travmaya bağlı olmayabilir. Bu nedenle klinisyenler travma öncesinde başlamış bulunan ya da komorbidite oluşturan ruhsal bozukluklar konusunda uyanık olmalı ve bunlara yönelik uygun girişimlerde bulunmalıdırlar.

Çocuklarda görülen TSSB için herhangi bir özgül ilacın kullanımı ile ilgili yeterli ampirik destek günümüze kadar bulunamamıştır.

Loeff ve arkadaşları (1995) 10.0-11.5 µg/ml'lik kan düzeyinde karbamazepinin 28 çocuğun 22'sinde tam remisyon sağladığını bildirmişlerdir. Ancak bu çocukların bazıları aynı zamanda başka ilaçlar da almaktaymışlar. Famularo ve arkadaşları (1988) cinsel ve/veya fiziksel istismara uğramış 11 çocuğa 5 hafta süreyle uygulanan propranolol tedavisinin TSSB belirtilerinde anlamlı bir düşüş sağladığını göstermişlerdir. Klonidin benzeri α-adrenerjik reseptör blokörlerinin belirtilerinin yatıştırılmasında etkili olabileceğini gösteren bazı çalışmalar da bulunmaktadır (Harmon ve Riggs 1996, Horrigan 1996).

Şu ana kadar TSSB olan çocuklarda antidepresan kullanıma ilişkin ampirik çalışma bulunmamaktadır. Ancak yazarlar, belirgin depresyon, anksiyete, panik ve DEHB belirtileri bulunan çocuklarda klinisyenin uygun ilacı saptayıp kullanması gerektiği konusunda birleşmektedirler. Hem depresyon hem de anksiyete belirtilerine karşı etkili olmaları hem de uygun yan etki profilleri nedeni ile SSRI'lar bu konuda ilk sıra ilacıdır. İmipramin de panik belirtileri bulunan çocuklarda sık olarak kullanılmaktadır.

Sonuç olarak TSSB olan çocuklarda günümüzde önerilen sağaltım modalitesi, kabaca, belirgin depresyon ya da panik belirtileri olduğunda ilaç desteğinin yapıldığı ayaktan psikoterapi uygulaması olarak tanımlanabilir.

## KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3<sup>rd</sup> edition DSM-III*. American Psychiatric Association, Washington D.C.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Association, Washinton D.C.
- Benedek E (1985) *Children and psychic trauma: a brief review of contemporary thinking. Posttraumatic Stress Disorder in Children içinde, S Eth ve RS Pynoos (ed). American Psychiatric Press, Washington D.C., s:1-16.*
- Boney-Mc Coy A, Finkelhor D (1996) *Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships. J Consult Clin Psychol 64: 1406-1416.*
- Brent DA, Perper JA, Moritz G ve ark. (1995) *Posttraumatic stress disorder in peers of adolescent suicide victims. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34: 209-215.*
- Burton D, Foy D, Bwanausi C ve ark. (1994) *The relationship between traumatic exposure, family dysfunction, and posttraumatic stress symptoms in male juvenile offenders. J Trauma Stress 7:83-93.*
- Clark DB, Bukstein OG, Smith MG ve ark. (1995) *Identifying anxiety disorders in adolescents hospitalized for alcohol abuse or dependence. Psychiatr Serv 46: 618-620.*
- Cohen A, Bernet W, Dunne JE (1998) *Practice parameters for the assesment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37(10 Supplement): 4S-26S.*
- Diehl VA, Zea MC, Espino CM (1994) *Exposure to war violence, separation from parents, posttraumatic stress and cognitive functioning in Hispanic children. Rev Int Psychol 28: 25-41.*
- Drell MJ, Siegel CH, Gaensbauer TJ (1993) *Posttraumatic stress disorder. Handbook of Mental Health içinde, CH Zeanah (ed) Guilford, New York.*
- Dünya Sağlık Örgütü (1993) *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Türkiye Sınır ve Ruh hastalıkları Derneği Yayını, Ankara.*
- Dyregrov A, Yule W (1995) *Screening measures: the development of the UNICEF screening battery. Children and War Symposium, Fourth European Conference on Traumatic Stress 'de sunulmuş bildiri, Paris, Mayıs 1-11.*
- Famularo R, Kinscheff R, Fenton T (1988) *Propranolol Treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type: a pilot study. Am J Dis Child 142:1244-1247.*
- Foy DW, Madvig BT, Pynoos RS ve ark. (1996) *Etiologic factors in the development of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. J Sch Psychol 34: 133-45.*
- Frederick CJ (1985) *Children traumatized by catastrophic situations. Posttraumatic Stress Disorder in Children içinde, S Eth ve RS Pynoos (ed) American Psychiatric Press, Washington D.C. s: 71-100.*

- Freud A, Burlingham DT (1943) *War and Children*. Medical War Books, London.
- Freud S (1991) *Beyond the pleasure principle. On Metapsychology: The Theory of Psychoanalysis*, The Penguin Freud Library, Volume 11 içinde, Penguin Books, London.
- Friedrich WN (1996) *Clinical considerations of empirical treatment studies of abused children*. *Child Maltreatment* 1: 343-347.
- Garbarino J, Kostelny K (1996) *The effects of political violence on Palestinian Children's behavior problems: a risk accumulation model*. *Child Dev* 67: 33-45.
- Garmezly N (1986) *Children under severe stress: critique and commentary*. *J Am Acad Child Psychiatry* 25: 384-391.
- Garrison CZ, Bryant ES, Addy CL ve ark. (1995) *Posttraumatic stress disorder in adolescents after Hurricane Andrew*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 1193-1201.
- Gerson BPR, Carlier IVE (1992) *Post-traumatic stress disorder: the history of a recent concept*. *Br J Psychiatry* 161: 742-752.
- Glod CA, Teicher MH (1996) *Relationship between early abuse, PTSD, and activity levels in prepubertal children*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 1384-1393.
- Goenjian AK, Pynoos RS, Steinberg AM ve ark. (1995) *Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 1174-1184.
- Goodwin J (1985) *Posttraumatic symptoms in incest victims*. *Posttraumatic Stress Disorder in Children* içinde, S Eth ve RS Pynoos (ed) American Psychiatric Press, Washington D.C. s: 155-168.
- Harmon RJ, Riggs PD (1996) *Clinical perspectives: clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 1247-1249.
- Helzer JE, Robins LN, McEnvoy L (1987) *Posttraumatic Stress Disorder in the general population*. *N Engl J Med* 317: 1630-1634.
- Herman JL (1992) *Trauma and recovery*. Basic Books, New York.
- Herman JL, van der Kolk BA (1987) *Traumatic antecedents of borderline personality disorder*. *Psychological Trauma* içinde, BA van der Kolk (ed) American Psychiatric Press, Washington D.C., s:303-327.
- Hornstein NL (1996) *Complexities of psychiatric differential diagnosis in children with dissociative symptoms and disorders*. *The Dissociative Child* içinde, J Silberg (ed), Sidran Press, Lutherville, MD, s: 27-46.
- Horrigan JP (1996) *Guanfacine for posttraumatic stress disorder nightmares (mekutup)*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 975-976.
- Hubbard J, Realmuto GM, Northwood AK ve ark. (1995) *Comorbidity of psychiatric diagnoses with posttraumatic stress disorder in survivors of childhood trauma*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 1167-1173.
- Joseph S, Brewin C, Yule W ve ark. (1993) *Causal attributions and posttraumatic stress disorder in adolescents*. *J Child Psychol Psychiatry* 34: 253-274.
- La Greace A, Silverman WK, Vernberge EM ve ark. (1996) *Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: a prospective study*. *J Consult Clin Psychol* 64: 712-723.
- Lonigan CJ, Shannon MP, Taylor CM ve ark. (1994) *Children exposed to disaster, II: risk factors for the development of post-traumatic symptomatology*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 94-105.
- Loof D, Grimley P, Kuller F ve ark. (1995) *Carbamazepine for posttraumatic stress disorder (mekutup)*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 703-704.
- Lyons JA (1987) *Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review of the literature*. *J Dev Behav Pediatr* 8:349-356.
- Manson S, Beals J, O'Neill T ve ark. (1996) *Wounded spirits, ailing hearts: posttraumatic stress disorder and related disorders among American Indians*. *Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder: Issues, Research and Clinical Applications*, AJ Marsella, MJ Friedman, ET Gerrity, RM Scurfield (ed), American Psychological Press, Washington D.C. s:255-283.
- O'Donohue W, Elliot A (1992) *The current status of posttraumatic stress disorder as a diagnostic category: problems and proposals*. *J Trauma Stress* 5: 421-439.
- Parson ER (1995) *Post-traumatic stress and coping in an inner-city child*. *Psychoanal Study Child* 50: 272-307.
- Pynoos R, Eth S (1986) *Witness to violence: the child interview*. *J Am Acad Child Psychiatry* 25: 306-319.
- Rigamer EF (1986) *Psychological management of children in a national crisis*. *J Am Acad Child Psychiatry* 25: 364-369.
- Russell D (1983) *the incidence and prevalence of intra-familial and extrafamilial sexual abuse of female children*. *Child Abuse Negl* 7: 133-146.
- Rutter M (1987) *Continuities and discontinuities from infancy*. *Handbook of Infant Development*, 2<sup>nd</sup> edition içinde, J Osofsky (ed) Wiley, New York.
- Sack WH, Clarke GN, Seeley J (1995) *Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 1160-1166.
- Saigh PA (1986) *In vitro flooding in one treatment of six year -old boy's traumatic stress disorder*. *Behav Res Ther* : 685-688.
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Drell MJ ve ark. (1995) *Two approaches to diagnosing posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 191-200.
- Schwarz ED, Kowalski JM (1991) *Posttraumatic stress disorder after a school shooting: effects of symptom threshold selection and diagnosis by DSM-III, DSM-III-R, or proposed DSM-IV*. *Am J Psychiatry* 148: 592-597.

Singer MI, Anglin T, Song L ve ark. (1995) Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *J Am Med Assoc* 273: 447-482.

Spaccarelli S (1995) Measuring abuse stress and negative cognitive appraisals in child sexual abuse: validity data on two scales *J Abnor Child Psychol* 23: 703-727.

Stainer H, Garcia IG, Matthews Z (1997) Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 357-365.

Stone MH (1990) Abuse and abusiveness in borderline personality disorder. *Family Environment and Borderline Personality Disorder içinde, PS Links (ed), American Psychiatric Press, Washington D.C.*

Stuber ML, Mader K, Yasuda P ve ark. (1991) Stress responses after pediatric bone marrow transplantation: preliminary results of a prospective longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30: 952-957.

Sullivan JM, Evans K (1994) Integrated treatment for the survivor of childhood trauma who is chemically dependent. *J Psychoactive Drugs* 26: 369-378.

Terr LC (1983) Chowchilla revisited: the effect of psychic trauma four years after a school bus kidnapping. *Am J Psychiatry* 140: 1543-1550.

Terr LC (1983) Children traumatized in small groups. *Posttraumatic Stress Disorder in Children içinde, S Eth ve RS Pynoos (ed), American Psychiatric Press, Washington DC, s: 45-70.*

Terr LC (1990) *Too scared to cry. Parper and Row, New York.*

Terr LC (1991) Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 148: 10-20.

Truve WR, Rice J, Elsen SA ve ark. (1993) A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 50: 257-264.

Vernberg EM, Silverman WK, La Greca AM ve Ark. (1996) Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after Hurricane Andrew. *J Abnorm Psychol* 105: 237-248.

Wolfe DA, Sas L, Wekerle C (1994) Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse Negl* 18: 37-50.

# FELAKETLERDE KRİZE MÜDAHALE

Işık Sayıl \*

## ÖZET

Bu makalede felaketlerin psikolojik etkileri, bireysel ve toplumsal boyutta gözden geçirilmiştir. Felaketlerde krize müdahalenin yeri ve önemi üzerinde durularak uygulamada krize müdahale yöntemi ana hatlarıyla verilmiştir. Krize müdahalenin koruyucu ruh sağlığı hizmetleri içindeki önemi vurgulanmıştır. Gelecekte felaketlerdeki ilk yardım çalışmalarında kolay uygulanabilir bir yöntem olarak sunulmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Felaketler, Krize Müdahale, Koruyucu Psikiyatri.

## SUMMARY: CRISES INTERVENTIONS IN DISASTERS

In this article, the individual and social aspects of disasters on psychological wellbeing has been reviewed. The importance of crises intervention has been stressed and general principles of the crises intervention techniques has presented in the practical basis. There has been mentioned that crisis intervention has a important role in the preventive psychiatry. Also, this techniques can be early applied for the future disasters.

**Keywords:** Disasters, Intervention, Preventive Psychiatry.

## Hedef Kitle

Deprem gibi geniş çaplı felaketlerde kurbanların yardım arayışı içinde olmadıkları görülür. Yardıma gereksinimleri olanlar belirlenerek yardımın onlara götürülmesi gerekecektir. Özellikle yakınları ölenler, enkaz altında kalanlar, yaralananlar, 5-10 yaş arası çocuklar, bu çocukların anneleri, felaket öncesinde zorlu koşullarla başetme becerileri yetersiz olanlar ve zayıf uyum öyküsü verenler risk altındadırlar. Ayrıca bu insanların yakınları, kurtarma çalışmalarına katılanlar, ruh sağlığı çalışanları, felaket sonrası tıbbi bakım hizmeti verenler, enkaz kaldırma, barınak kurma, çadırkentler, prefabrik kentler, kamplar kurma, yiyecek dağıtma, iletişim sağlama ve bu düzlemde diğer işlevleri yürütme hizmeti verenler, dolaylı olarak etkilenen grup ve kişilerdir. Bunlar dolaylı olarak travmatizasyona uğramış, "ikincil travma" kurbanları olarak anılırlar.

Felaketten sonra okula gelmeyen ve iş yerine gitmeyenler, uyku sorunları olanlar, zihinsel yorgunluk hissedenler, nedeni açıklanamayan baş ağrıları ve gastroentestinal semptomlar gösterenler dikkatle izlenmelidir. Kendine zarar verme girişimleri gösterenler, intihar düşünceleri olanlar, intihar girişiminde bulunanlar, öfkeli ve

kontrol edemedikleri agresyon belirtileri sergileyenler çok daha acilen müdahale gerektiren gruplardır.

Ayrıca toplumdaki anahtar kişilerle (öğretmenler, din adamları, sağlık çalışanları, yöneticiler...) bilgilendirme toplantıları yapılır, iletişim içinde olmaya özen gösterilir. Böylece gerginlik yaşayan bireylere ulaşılmaya çalışılır.

Tarama araçları (çeşitli testler) yolu ile ya da halkı bilgilendirerek (broşürlerle, tv ve radyo ile, gazetelerle, konferanslarla, posterlerle) psiko-sosyal rehabilitasyon gerekenlere ulaşılmaya çalışılır (Gersons 1992).

İlk bir yıl içinde ihtiyacı olan kişilere ulaşılarak müdahalede bulunulması ruh sağlığı açısından önem taşır.

Yoğun duygulardan çeşitli ruhsal sorunlara kadar uzayan bir yelpazede gerekli müdahale gerçekleştirilerek kişilerin kendilerini yeniden inşa etmelerine yardım edilmelidir (Ehrensreich 1999).

## Felaketlerin Evreleri

Felaketlerde çeşitli evreler içeren bir süreç yaşanır. Bu evrelerin süresi yaşanan felaketin doğası

\* Prof. Dr., A.Ü. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, Ankara.

na göre değişiklik gösterecektir. Müdahale bu evreleri dikkate alan uzunlamasına bir düşünce içinde planlanmalıdır. Önleme-tedavi etkileşimi içinde ele alınmalıdır (Gersons 1992).

I. Evre: Kurtarma evresidir ilk 24 saati içerir. Ani şok yaşanır. Genel bir şaşkınlık, uyuşukluk, sürekli olaydan söz etme isteği başlıca tepkilerdir. Çoğu kere kurban vücudundaki yaralanmaların farkında değildir. Bu evrede tıbbi bakım önde gelir. Bunun yanı sıra yiyecek giysi ve barınak hayati önem taşır.

II. Evre: Olayı izleyen bir kaç gün duyguların dışı vurumu izlenir. Sessizlik arkası yüklü duygular ortaya çıkmıştır. İki hafta kadar süren bu dönemde insanlar başlarına gelenleri tekrar tekrar anlatırlar. Bazen çaresizlik duyguları; öfke patlamalarına dönüşür.

Bu ilk günlerde birbiriyle ve toplumla bir kenetlenme yaşanır. Bu birliktelik "balayı evresi" olarak isimlendirilir. Bir süre sonra bazı beklentilerin yavaş yavaş ortaya çıkması beklenir.

III. Evre: Bir ara dönemdir. Birliktelik duygusu çevrenin yavaş yavaş boşalmasıyla kaybolur. Felaket dışı yörelerden duygusal ve maddi destekleyici tutum belirli bir süre sonra azalarak biter. Kurbanlar kendi felaketleriyle başbaşa kalırlar. Kaybın büyüklüğünü fark ederler. Bu yalnızlık, bu terk edilmişlik, bu milletin ve devletin uzaklığı duygusu ikincil bir felaket olarak yaşanır. Tahammülsüz ve öfkeli dirler. Ruhsal belirtilerin giderek azalıp kaybolacağı varsayımından hareketle bu döneme ara dönem denmiştir.

Bu dönem 3-9 ay sürer. Bireyin eski işlevselliğine kavuşturulması için debriefing grupları, gevşeme teknikleri, stres ile başa çıkma teknikleri, yaşantılarını birbiriyle paylaşmalarını teşvik eden yaklaşımlar yararlı olur. Bu dönemde kişileri kesin tanımlarla etiketlemekten kaçınılmalıdır.

IV. Evre: Ciddi bir ruhsal sorunun ortaya çıkması olasılığını içerir. Ancak genelde bir toparlanma dönemidir. Uzun bir tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için hazır olunmalıdır.

### Felakete Duygusal Tepkiler

Felaketi izleyen ilk dakikalardan başlayarak, çeşitli tepkiler ve travmanın duygusal sonuçları

gözlemlenir. Önce olayın yarattığı dehşet ve korku ile çarpıntı, ağız kuruluğu, gerginlik, korku ile bekleyiş hali... olur. Büyük bir şaşkınlık, inanamama, dona kalın hali yaşanır.

Olayın korkusu, gürültüsü, sesler ve görüntüler ısrarlı ve silinmez şekilde belleğe yerleşir ve uzun süre kalır.

Bu ilk tepkileri zaman geçtikçe diğer tepkiler izler, bunlar da zaman geçtikçe yatışır. Felaketten 12 hafta sonra bile %20-50 oranında ciddi gerginlik, sıkıntı hali devam edebilir.

Çoğunlukla birey 1-2 yıl sonra bu sıkıntılardan kurtulur. Bazen de yerleşik bir psikopatoloji ortaya çıkacaktır. Ancak gecikmiş tepkiler daha sonraları ortaya çıkmak için beklemektedir. Özellikle ilk yıl dönümleri çok önem taşır.

En kötü koşullarda bile pozitif yaklaşımlar mutlaka saklı tutulmalıdır. İnsanlar zorluklara her ne koşulda olursa olsunlar başedebilmektedirler. Hatta en kötü koşullarda bile pozitif kazanımlar bulabilmektedirler (Green 1996).

### Değerlendirme

Değerlendirme sürecinde geniş bir yelpazeden bakmak önemlidir. Felaketlerin hem bireysel, hem toplumsal sonuçları vardır.

Deprem gibi can kaybı, yaralanmalar, mal kaybı ve uzun dönemli tahdit duygusu yaşatan artçı sallantılarla ortaya çıkan felaketler toplumları ve bireyleri çok geniş boyutlarda travmatize eden yaşantılardır. Önleme ve izleme çalışmalarına uzun dönemler içinde gereksinim duyulacaktır.

Her felaketten sonra olduğu gibi depremde de toplumun geçmişteki güçlükler ve bunlarla başa çıkma becerileri yanı sıra toplumun yapısal özellikleri de dikkate alınarak planlamalara gidilmelidir (Mc Farlane 1995).

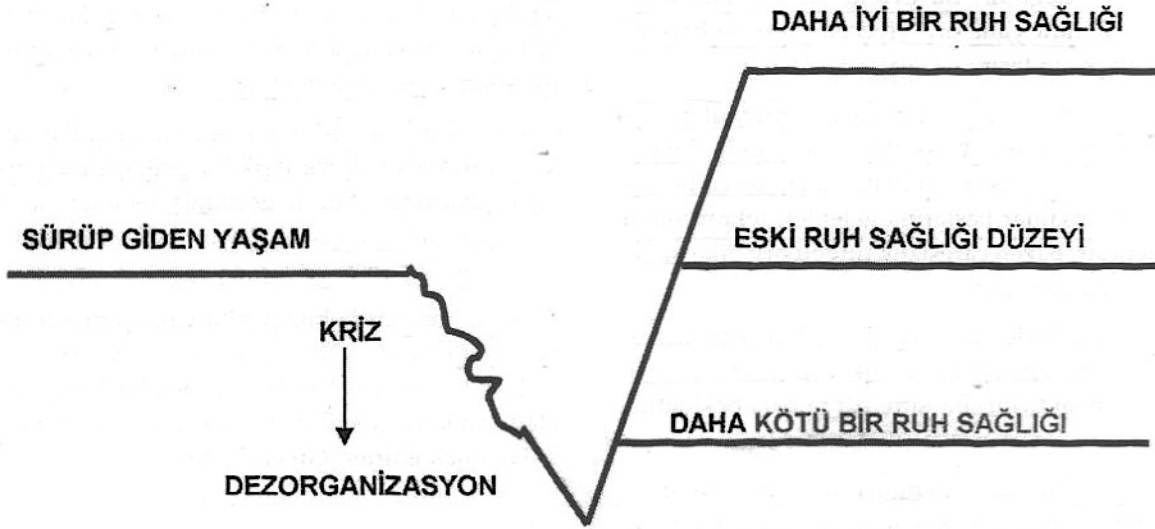
Çeşitli epidemiyolojik çalışmalar göstermiştir ki bir felakettin arkasından toplumun %20'sinde çeşitli ruhsal sorunlar gelişmektedir. Bu nedenle bir felaket hizmeti tüm psikiyatrik hastalıklarla ilgili gereksinimlere karşılık verebilecek kapasitede düşünölmelidir. Felaketlerden sonraki ruhsal sorunlara ilişkin planlamalarda bireysel ve toplumsal düzeydeki sorunlar ele almak ve ko-

nuyu uzun dönemli bir süreç olarak düşünmek gerekir. Böylelikle farklı noktalarda, farklı modelleri uygulamak tedavi-önleme etkileşimini kavramlaştırmak mümkün olacaktır (Şekil 1).

Yaşam süreci içinde öylesine zorlu bir değişiklik söz konusudur ki kişi bunu nasıl çözümleneceğini bilemez, yoğun bir kaygı içindedir. Zorlu ve içinden çıkılmaz koşullar altında kontrolünü

Şekil 1:

### KRİZ REAKSİYONU DİAGRAMI



Felakete yönelik planlama kolektif bilgi ve risk değerlendirmelerini somutlaştırmaktır. Bu genel planlamada ruh sağlığı personelinin rolünü açıklıkla belirlenmesi çok önemlidir. Olası bir tehlike için halkın ve sağlık personelinin eğitilmesi planlamanın önemli bir boyutunu oluşturur.

Olası tehlikenin etkili sonuçları, risk etmenleri, işaret ve olasılık belirlemeleri ile bir hazır oluş halinin yapılmasına çalışmalıdır.

Felaketi takiben kurtarma çalışmaları, yaraların sarılması için gerekli planlama ve uygulamalar böylelikle kolayca yapılabilecektir.

#### Krize Müdahale

Kriz çeşitli duygusal zorlanmalar sonunda meydana gelen akut ve süresi sınırlı bir denge bozukluğudur, kararlı, süregelen denge, homeostasis bozulmuştur. Emosyonel bir dengesizlik söz konusudur. Bireyin kendini tehlikede hissettiği bir durumdur. Kişisel iyilik halinin bozulmasıdır (Sayıl ve ark. 1996).

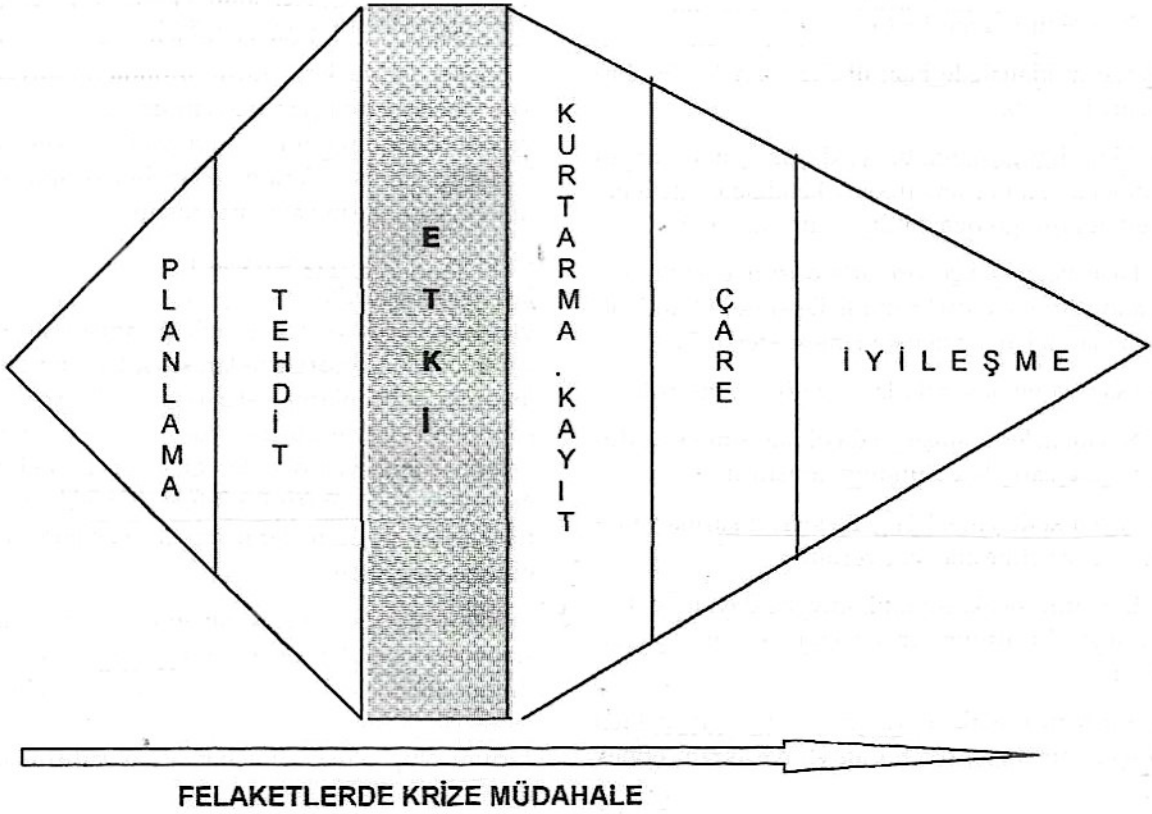
kaybetme korkusu, kırılabilirlik ve çaresizlik yaşanır. Bu dönemde anksiyete, gerilim, suçluluk duyguları ya da öfke yaşanır. Ajite ve yıkıcı davranışlar görülebilir. Bunlar intihar, saldırganlık hatta cinayete kadar giden davranışlar olabilir. Bir dağılma (dezorganizasyon) yaşanmaktadır (Şekil 2).

Eğer kriz durumu primer olarak bir tehdit şeklinde yaşanıyorsa yüksek oranda anksiyete ile seyreder. Eğer primer olarak kayıp duygusu ile yaşanıyorsa depresif belirtiler ve buna eşlik eden yas görülür. Belli bir süreyle, ki bu süre bireysel farklılıklar gösterir, bu durum devam eder ve bir çözüme ulaşılır, ya da rasyonel olmayan bir davranışa, aşırı yıkıcı davranışla dönüşür. Bazen de bir psikiyatrik bozukluk halini alabilir (Sayıl 1996).

Deprem felaketi kuşkusuz birçok kurban için bir kriz durumu yaratır. Kriz durumu, hemen felaketin arkasından ortaya çıkabildiği gibi felaketi izleyen günler haftalar ve aylar içinde de ortaya çıkabilir. Beklenmedik ek olaylar, küçük küçük sorunlar, zaman içinde birikerek bir kriz durumunu oluşturabilirler.



Şekil 2:



Kriz durumunda uygulanacak kirize müdahale yaklaşımı kişinin kontrolünü yeniden kazanmasına yardımcı amaçlayan bir seri tekniklerdir. Kurbanın kontrolünü yeniden kazanması için yapılan destekleyici yaklaşım gelecekte ortaya çıkabilecek sorunları da önleyebilecek etkiye sahiptir.

Felakete uğrayanları "kurtulan düzeyine" çıkartmak amaçlanmıştır. Felaketlerde krize müdahalenin amacı budur. Kurbanı, kurtulandan ayıran kurbanda kontrol duygusunun olmadığı hissedilmesidir. Oysa kurtulan kontrol duygusunu yeniden kazanmıştır. Güçlükle başa çıkabilecek güce ulaşmıştır. Kurban pasif ve bağımlıdır. Kurtulan ise felaketin sonuçlarına rağmen kendini toparlamış hatta başkalarına yardımcı olabilecek potansiyele ulaşmıştır (Norris ve Thompson 1995).

(Kriz müdahale bireysel olabileceği gibi birçok kişiden oluşan gruplar ya da aile gibi küçük gruplarda da uygulanabilir.

❖ Kriz müdahale sürecinde krize neden olan sorun ya da sorunları ya da durumun elementlerini açıklığı kavuşturmak öncelikle ele alınır. İkinci olarak kurbanın tıkanmışlığı üzerinde odaklanarak, problem çözme becerilerini geliştirmesine çalışılır. Üçüncü basamakta da kişi harekete geçilerek sorununu çözmek için yürüklendirilir, desteklenir.

Krizin elementleri kişinin yeniden yeterli duygusunu kazanmasına yardım edilir. Duygularını dışa vurması (ventilasyon) için yardımcı olunurken yoğun yaşanan duyguların delireceğine ilişkin bir işaret olmadığı konusunda kişi bilgilendirilir. Duyguların akışı kontrollü olarak sağlanırken düşüncelerinin dezorganizasyonuna da izin verilmez. Kişi sorununu, duygularının eşliğinde açıklıkla belirledikten sonra çözüm yolları üzerinde çalışılacaktır. Bu safhada kişisel ve çevresel destek sistemleri gündeme getirilir. Bunlarla bağlantı kurması sağlanır. Somut öneriler ve yollar belirlenir ve kullanım için birey yönlendi-

rilir. Bu yaklaşım ve çözüme ulaşma bazen birkaç dakikada bazen de birkaç seansta gerçekleşebilecektir (Green 1996).

Krize müdahalede bazı ilkeler: (Sayıl 1996, Ehrenrich 1999).

- Aktif ilgi gösteren bir yaklaşım içinde kurban dinlenir. Arada anlattıkları kendisine özetlenerek doğruluğu onaylatılır (aktif dinleme).

- Basit ve gerçekçi sorularla duruma açıklık kazandırılır: Ne oldu? Seninle ilgisi ne? Onunla ilgili olarak bana neler söylemek istersin?...

- Esasa yönelik sorularla olay gözden geçirilir.

- Neyin, nelerin oluşu ya da olmayışının kriz durumuna katkıda bulunduğu araştırılır.

- Bazen katlanamadığı gerçekleri inkarına ya da minimize etmesine izin verilir.

- Empatik, sıcak, samimi, güvene dayalı ve destekleyici bir tutum sergileyen ilişki içinde olmalıdır.

- Kurbanı rahatlatıcı davranışlar sergilemekten kaçınmamalıdır. Bir fincan kahve ikram etmek gibi.

- Endişesi, korkusu, acısı, öfkesi fark etmek ve bunu dehşet verici, ürkütücü olmalı..., ne kadar endişeli olduğunu görebiliyorum, neler hissettiğinin farkındayım..., şeklindeki yaklaşımlarla dışa vurumunu sağlayarak kurbanın durumun gerçekçi olarak anlamasına yardım edilmelidir.

- Yavaş yavaş tepkileri, düşünceleri, duyguları ortaya çıkarılmaya çalışılır. Ancak derinlerdeki köklerine inilmez.

- Sorularla duruma açıklık getirilir.

- Kafasından atamadığı düşünceleri olup olmadığı araştırılır. Ancak bu alandaki düşünce ve duygularının ifadesi desteklenirken tekrarlayıcı rumünasyonların gündemde kalmasının sakıncalı olduğu unutulmamalıdır.

- Bir felaket potansiyel olarak birçok boyutta zorlayıcıdır. Hangi boyutun daha etkili olduğu belirlenmelidir. Bunun açık olduğu varsayımından hareket edilmemelidir. Kişisel bir yaralanma mı? Mal mülk kaybı mı? Sevilen biri için duyulan endişe mi? Başkalarının yaralandığını görmek mi? Felaket esnasındaki tutumlardan kaynaklanan utanç ve suçluluk duyguları mı?

- Acil ihtiyaçlarına, gereksinimlere, sorunlara odaklanmalıdır. Sorunların boyutları ve kurban için anlamı belirlenmeye çalışılır.

- Felaket ya da kriz durumu yaratan olaydan sonra neler yapmışlar, olayları anlayışı gerçekçi ve yeterli görünüyor mu, gündemdeki işlere, ailesine ilişkin sorunlara odaklanabiliyor mu şeklindeki sorunların yanıtları araştırılır.

- Kurbanın başa çıkma yolları ve destek kaynakları değerlendirilir. Geçmişte felaket ya da zorlayıcı koşullarla nasıl başa çıktığı araştırılır. Acı veren olaylar, başarısızlıklar, kayıplar, onu öfkeliendiren durumların üstesinden geliş şekilleri sorgulanır. Böyle durumlarda nelerin yardımcı nelerin engelleyici olabileceği konusundaki değerlendirmeleri araştırılır. Şimdiki durumda ne tür kaynak ve desteklerin araştırılmasında yarar olduğu sorgulanır.

- Hezeyanlar, gerçekçi olmayan yorumlar, hallüsinasyonlar, intihar düşünceleri, şiddet içeren saldırgan tutum ve düşünceler olup olmadığı belirlenmeye çalışılır. Böylelikle ciddi bir ruh sağlığı sorunu olup olmadığı açıklığa kavuşturulmalıdır.

- Gerçekçi, acil ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olunur.

- Kurbanın çeşitli çözüm yolları, çeşitli planlamaları, eylemleri araştırma, belirleme ve uygulamasına destek verilir.

- Kurbanın pasif, bağımlı, regresif davranışları desteklenmez aksine belirlediği gereksinimlerini sağlamada aktif bir şekilde hareket etmeye yönlendirilir. Örneğin gereksinimleri için gerekli düzenlemeleri, telefon konuşmalarını kendisinin yapması sağlanmalıdır.

- Aktif olmaya, kendisini yeterli hissedebileceği aktivitelere yönlendirilir. Uygunsa kurtarma çalışmalarına katılabilir. Mevcut işleyiş içinde bazı uygun sorumluluklar alabilir.

- Yaşantısını değerlendirmesi, belirlemeler yapması, tepkilerin tanınması ve bütün bunları şartlarla uygun doğal tutum ve tepkiler olduğunu anlamasına yardımcı olunur.

- Arkadaşları ve ailesiyle iletişim için yönlendirilir. Böylece başkalarının tepkilerinden de haberdar olacaktır. Paylaşılan sorunların ve tepkilerin

varlığı, onun gibi düşünenler ve hissedenlerin bulunduğu görmek onun durumu gerçekçi biçimde değerlendirmesine yardımcı olur.

- Kurbanın dağılmadan duygu ve düşüncelerini tanıyıp, denetlemesi, yani kendi kontrolünü kazanması sağlanmalıdır.

Onu dinlerken, destek verirken, pasifliğe itmeden yalnızca sağlıklı uyum yollarını göstererek yardımcı olunmalıdır. Onun sağlıklı kararlar alabileceği, kendi kendini tayin edebileceği konusunda cesaretlendirilmeli ihtiyaçlarını karşılama konusunda yardımcı, yönlendirici olmalıdır. Ancak tümüyle herşeyi onun için yapmak üzere hareket etmemek çok önemlidir.

Görüşmeler 4-6 seans içinde amaca ulaşıldığı yerde tamamlanarak bitirilir. İzleme çalışmaları için planlamalar yapılarak, her zaman ihtiyaç olduğunda, ulaşabileceği telefon ve adresler kendisine verilir.

Kurtulunun kimliği, adresi olası planlama ve değerlendirilmeleri, izleme çalışmaları için kaydedilir.

Bu uygulamada eldeki kaynaklar tek bir amaç için kullanılacaktır. Acının giderilmesi ve krizin çözümlenmesi esastır. Başarılı bir uygulamanın ruh sağlığı için önemi büyüktür. Kaynaklarını tek başına ya da başkasının yardımı ile etkili biçimde kullanabilen kişi, yalnızca atlatıp, çözmek için yollar geliştirmekle kalmaz aynı zamanda gelecek tehlikeleri nasıl önceden fark edip ger-

çekleşmelerini önleyebileceğini de öğrenir. Bu açıdan krize müdahale aynı zamanda ruh sağlığını koruyucu bir yöntemdir (Norris ve Thompson 1995).

#### KAYNAKLAR

Ehrenreich JH (1999). Coping With Disaster. Mental Health Workers Without Borders.

Gersons BPR (1992) Posttraumatic stress disorders: the history of a recent concept. Br J Psychiatry 161: 742-748.

Green BL (1996) Traumatic Stress and Disaster, International Review of Psychiatry, FL Mak, CC Nadelson (Eds) American Psychiatric Press Washington s: 177-210.

Norris FH, Thompson M (1995) Applying Community Psychology to the precaution of trauma and Traumatic Life Events, Traumatic Stress, JR Freedy, SE Hobfoll (Eds), Plenum Press, N.Y.

Mcfarlane AC (1995) Helping the Victims of Disasters, Traumatic Stress JR Freedy, SE Hobfoll (Eds), Plenum Press, N.Y. s: 287-315

Sayı 1 (1996) Kriz Kavramı ve Krize Müdahale, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, I. Sayı (Ed), A.Ü.T.F Antip A.Ş Yayınları 12, Ankara. s: 509-520.

Sayı 1, Palabıyıköğlü R, Berksun OE (1996). Kriz ve Krize Müdahale, A.Ü. Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yay. Ankara.

## GÖRÜŞLER

Beş yaşlarındaydı, diğer çocukları ite kaka öne geldi, sarı kıvrık saçları arasından bakan gözleri o yaşa uymayan bir hüznle doluydu. "Ev yıkıldı benim köpek yavrum tuvalette sıkıştı öldü o biliyo musun" derken yaşlar indi yanağına. Büyüğe başka bir çocuk yavaşça fısıldadı "köpek ne ki asıl anneanesi, dedesi öldü". Sarı saçlar şöyle bir sallandı ve o gene ölen yavru köpeğini anlatmaya devam etti...

17 Ağustos Marmara depremi ülkemizde yaşanan doğanın gücünün vurduğu ne ilk afetti ne de sonuncusu olacak. Ancak depremin etkilediği bölgenin özellikleri nedeniyle sonraki süreçte belki de pek çok açıdan ilklerin yaşandığı bir deprem olarak hatırlanacak.

Dört buçuk yıldır yaşadığım "oturduğum demiyorum" yaşadığım bu bölge 17. 08. 1999 günü saat 3:02'de pek çok ilki başlatan bir sarsıntı ile uyandı geceye. VE üzerinden geçen aylar boyunca depremi bütün şiddeti ile yaşayan ve sonrasında alanda olup bitenleri adım adım yürüten bizler, profesyonel kimliğimizde depremde duygularımızı harmanlayarak süreci götürdük, gözledik, hissettik, YAŞADIK.

İlk günleri en yoğun ve çaresizce yaşayan meslek grubu sağlık elemanları idi. Bölgede tüm sağlık kurumları ciddi hasar aldı ve işlevlerini yerine getiremedi. Pek çok uzman yalnızca ölü-canlı ayırımı yaptı. Her düzeyde görev yapan sağlık elemanları mesleğini kullanamamanın yoğun çaresizlikle yüklü duygu çatışmalarını yaşadı.

Tüpraş'ın patlama tehlikesi, ardarda gelen şiddetli artçı sallantılar, olası Marmara denizi deprem teorileri ve Düzce depremi gene yıkım gene ölüm ruhsal travmayı tekrar tekrar yaşattı, uyum sürecini uzattı.

İlk günlerinde ulaşım kesildi, tüm yollar etkilen-di, gerektiğinde bölgeden uzaklaşma yolları kapandığı gibi yardımlar zamanında yerine ulaşamadı.

Olayın boyutları öylesine büyüktü ki alanda organizasyonu yapacak kişiler ve kriz masaları bizzat şok ve şaşkınlığı yaşadı.

Marmara depremi kolay ulaşılabilir tek bir merkezi yerleşim alanını değil çok geniş ve yaygın bir coğrafi yerleşim alanını etkiledi. Yaklaşık kırk bine yakın can kaybı oldu, bölgenin özellik-

leri nedeniyle bütün ülke bu kayıplardan etkilendi. Kurtarma çalışmaları gerek ulaşım zorlukları gerekse yeterli donanım olmayışı nedeniyle gecikti, zamanında yapılamadı, enkazların altında kalan yakınları ile günlerce konuşup çaresizlikle boğuşan ve sonunda ses kesilince vinç bularlar hissettikleri güvensizliği, öfkeyi ilerdeki günlerde baş kaldırması koşulu ile içlerine gömdüler ve geride kalanlar için yaşam savaşına başladılar.

Ailesinin tamamı enkaz altında kalan ve o ilk saatleri enkaz başında yalnız geçiren çocuklar, çocukları enkazda kalıp kendi kurtulan ana babalar hemen her karede görülen resimler oluşturular, kanıksandılar.

Çöken binaların altında aileler kayıplar verdiler, ancak geride kalanlar hızla bir araya gelip birbirlerine sahip çıktılar, destek ve dayanışma henüz alana kimse gelmeden yıkıntuların üzerinde, önünde başladı.

Çocuklar ailelerini, evlerini, arkadaşlarını, öğretmenlerini, okullarını ve herşeyden önemlisi korunma ve güven duygularını yitirdiler. Depremin şiddeti ve yıkıcı gücünün inanılmazlığı her yaş grubunda ciddi ruhsal etkiler bıraktı.

İlk günlerde bütün çocukların sessiz bir beklemede oldukları, büyüklere sorun yaratmamaya çalıştıkları gözleniyordu. Suskun bir şekilde konuşulanları dinliyorlar ya da onları alçak sesle birbirlerine anlatırken hep grup halinde olmaya ve büyüklerin yanından ayrılmamaya özen gösteriyorlardı. Yıkımların çok olduğu ve ölümle iç içe olanların oyunları ile yıkımın olmadığı anlarda olanların oyunları farklılaşıyor her zaman olduğu gibi kendilerini oyunlarla anlatıyorlardı. "Hey ben ölüyüm, hadi beni tutun, ölü tuttum lan, bi tane daha tuttum, at bana n'apalım bu ölüyü..." küçük bir su havuzu içinde sekiz dokuz yaşlarında 5-6 çocuk, zıplıyor suya dalıyor biri diğerini kolundan çekiyor ve kahkahalar içinde ölü yakalamaca oynuyorlar, hemen yan tarafta binlerce ölü için morg olarak kullanılan buz pateni sahası...

Deprem bir andı ama yaşantılarımızda yarattığı deprem çok uzun süre varlığını hissettirecek kadar güçlüydü. Böylesine yoğun bir travmanın

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 6(3) 1999

ardından ise hemen her meslek grubunun hissettiği sorumluluklar, olanaksızlıklar, çaresizlikler birikti, paylaşıldı.

Psikososyal boyut ise ilk kez bu kadar hızla ele alındı, pek çok kişi bölgeye gelip gitti. Böyle bir olaya kimse hazırlıklı değildi, o nedenle bu alanda yaşanan ilklerde de olumlu etkiler kadar olumsuz izlerde kaldı.

Gelen bütün profesyoneller (Erişkin psikiyatri uzmanları, psikologlar, öğrenciler, pedagoglar, çocuk terapistleri ve diğerleri), gerçek gönüllüler, gönüllüler (psikolog olduğunu söyleyip sonra vazgeçenler, topuklu ayakkabıları dar etekleri ve yatak-yemek talepleri ile alana koşanlar, sanatçılar), sivil toplum örgütleri, herkes çocuklarla çalışmak için alanda idiler. Çocuklar dışında çocuklar kadar etkilenen diğer yaş gruplarına ait destek programları pek ilgi çekmiyordu.

Belki de bu seçimin en önemli nedenlerinden birisi de böyle anlarda çocuklara daha kolay yaklaşılabilmesi ve böylesine yoğun ruhsal tepkilerin yaşandığı ortamda zorlayıcı tepki vermeyecek yaş grubu ile başlamanın rahatlığıydı. Böylece alana koşanlar hem bir şeyler yapabilmeyen huzurunu yaşıyor hem de en doyurucu yanıt veren grupla çalışıyorlardı.

Bölgeye gelenlerin bir kısmı bireysel, bir kısmı kurumlar, dernekler adına çalışmalar yürüttüler. Bütün bu çalışmaların ortak özelliği ilk günlerde gelen yiyecek, giyecek, ilaç yardımı gibi düzen-siz, kopuk birbirinden habersiz olmaları idi.

Akut dönemde uygulanan destek programlarının bir kısmı düzenli ve kendi içinde olumlu etkiler bırakırken bir kısmı uzun döneme yansıyan olumsuz etkileri ile alanı terk ettiler. Yoğun ilgi, oyuncak bombardımanı sonrasında ekipler alandan çekilip oyun çadırları dağıldığında, yaratılan yalancı psikososyal destek ortamı kayboldu. Acımasız kış koşullarında yaşamaya çalışan, kayıplarını daha da yoğun hisseten, tahammül eşiği düşmüş büyüklerle ve gerçeklerle baş başa kalan çocuklar travmayı farklı bir şekilde yeniden yaşadılar.

Ancak gene de hiç bir şey yapamamaktansa alana gelen ve destek verenlerin olumlu katkıları göz önüne alındığında bir yerlerden başlamak en doğru olanıydı, özellikle çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında çalışan ekiplerin bilinçli ve denetimli bir şekilde yürüttükleri programlar çocukların normal yaşama uyumlarını hızlandırdı ve kolaylaştırdı, özellikle birbirinden haberdar

olarak yürütülen çalışmalar bundan sonrası için en uygun modeli arama aşamasında da önemli ilkleri başlattı.

En önemlisi bu alanda çalışan bizlere sorumluluklarımızın ne kadar ağır ve önemli olduğunu hissettirdi.

Marmara depreminde çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında çalışan profesyoneller adına şunları kendimize söyleyebilir olduk:

- Belli bir organizasyon oluşturamadık; kalıcı, düzenli, yaygın ve rol tanımlamaları açık bir program uygulayamadık,
- Kimin hangi alanda hangi görev tanımı ile çalışması uygundur ayırt edemedik,
- Çocuk ruh sağlığı alanında hiç deneyimi olmayanların terapi adı altında risk oluşturan uygulamalar yapmalarına denetim koyamadık,
- Bazı yaş gruplarına gereğinden fazla destek verirken bazı yaş gruplarını gözden kaçırdık,
- Uluslararası bazı kurumların bir şeyler yapmış olma adına hazırladıkları kalıcı olmayan ve ülke gerçekleri "göz önüne" alınmadan hazırlanmış programlarının uygulanmasına engel olamadık. Bu kurumların deprem fonu olarak ayırdıkları ekonomik destekleri yurt dışından gelip travma sonrası stres bozukluğu tanı ölçütlerini anlatan uzmanlar yerine gerçekten geleceğe dönük projelere aktarılmasını sağlayamadık.

• Bütün bunlara karşın çok hızla, alana destek verecek grupları düzenli bir rotasyonla gönderdik, bilgilendirme broşürleri hazırlayıp, yapabildiğimiz oranda birbirimizle bağlantı kurduk.

Bizler bu kadar yaygın ve ağır bir deprem için HAZIR DEĞİLDİK. Kısacası teorik bilgi birikimi yönünden doğal bir afete hazırдық, dağarcığımız doluydu ama bunu nasıl, hangi organizasyon içinde, kimlerle ve hangi rol tanımlamaları ile bir bütünlük içinde yapacağımız konusuna hazır değildik.

Şimdi hepimiz için yeni bir dönem başlamakta: DENEYİMLERİ PAYLAŞMAK, ELEŞTİRİ ve ÖZELEŞTİRİ İLE DAHA İYİYE ULAŞMAK, HIZLA DÜZENLİ BİR PROGRAM HAZIRLAMAK.

Böylesine ağır bir olayı hiç kimsenin tekrar yaşamaması ve hiç bir çocuğun gözlerinde aynı hüznün tekrar yerleşmemesi dileği ile bu zor dönemde destek veren herkese teşekkür ederim.

*Prof. Dr. Ayşen COŞKUN*

## YENİ YAYINLARDAN ÖZETLER

### 1988 Ermenistan'da Meydana Gelen Depremden Sonra Çocuklarda Gözlenen Travma Sonrası Stres Reaksiyonu

*Pynoos RS, Geojian A, Tashjian M ve ark. (1993) Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. Br J Psychiatry 163: 239-247.*

Bu çalışmada 7.12.1988'de Ermenistan'da meydana gelen depremden sonra çocuklarda gözlenen travma sonrası stres reaksiyonlarına (PTSR) sistematik tanımlama getirmek amaçlanmıştır. Bu amaçla deprem merkezine uzaklıkları farklı üç şehirden (Spitak, Gumri, Erivan) rastgele seçilen 8-16 yaşlarındaki 231 çocuğa CPTSD-RI uygulanmıştır. Her çocuk depreme bireysel tepkisi açısından sorgulanmış ve yalnızca kendilerinin belirttiği devam eden belirtiler kaydedilmiştir.

Bölgelere göre toplam CPTSD-RI puan ortalaması deprem merkezine yakınlık, hasarın derecesi ve ölü sayısı ile korelasyon göstermektedir. Üç şehirde CPTSD-RI'e göre şiddet kategorisinde belirgin farklılık vardır. Spitak ve Gumri'de yaşayan çocuklardaki reaksiyonlar şiddetli, Erivan'da yaşayan çocuklardaki reaksiyonlar daha çok orta şiddet kategorisindedir.

Erivan'da çocuk ve adolesanlarda beklenenden daha şiddetli PTSD semptomlarının çıkmasında bazı faktörler etkili olmuştur. Bunlar 1. Deprem merkezinden Erivan'a göç 2. Depremde yakınlarını kaybetme 3. Hasarlı konutlarda oturmaya devam etme 4. Hasarın, ölümlerin medya araçlarından takibi. Olayı hatırlatan şeylerden kaçınmak, bazı aktivitelere olan ilginin kaybedilmesi, olayı aşırı stres kaynağı olarak tanımlamak tüm şiddet kategorilerinde yüksek sıklıkta saptanmıştır. Kayıtsızlık, uyku bozukluğu, kötü rüyalar görmek, somatik yakınmalar orta ve hafif şiddet kategorilerinde yoktur. Dürtü kontrol bozukluğu yalnızca çok şiddetli kategorisinde vardır.

Çekirdek aileden kaybı olanların puanları daha yüksektir. Yaşa ve konut hasarına göre CPTSD-RI toplam puanında belirgin farklılık yoktur.

Kızlar dört maddede erkeklere göre belirgin yüksek toplamlara sahiptir. Bunlar 1. Olayı düşündüğünde korku duymak, 2. kötü rüyalar görmek, 3. böyle bir olayın tekrarlayabileceği düşüncesi, 4. olayı düşündüğünde sıkıntı hissi.

Bu bulguların işaret ettiği nokta şöyle özetlenmektedir: Doğal bir afetten sonra çocuklardaki PTSR epidemik boyutlara erişebilir, uzun süre devam edebilir, geniş bir bölgede yaşayan tüm çocukları tehdit edebilir. Çocuklar PTSD'den afetten sonra yürütülen toplumsal ruh sağlığı programları ile korunabilir. Bu çalışma Ermenistan depreminden sonra çocuklardaki PTSR'nin şiddetli, kronik olduğunu göstermiştir. Bunun nedeni deprem anında (yaralanmaları, ev ve okullarının hasar görmesi, kayıplarının olması) ve deprem sonrasında (evsizlik, işsizlik, göç, yeniden yapılanma eksikliği, sağlık hizmetlerinde aksama, yemek-yakıt kıtlığı) yaşanan sorunların çok boyutlu olmasıdır.

*Int. Dr. Öykü Gülmez*

### 1988 Ermenistan Depreminde Sonra Çocuklarda Görülen Psikiyatrik Komorbiditeler

*Goenjian AK, Pynoos RS, Steinberg AM ve ark. (1995). Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34(9): 1174-1183.*

1988 Ermenistan depreminden bir buçuk yıl sonra bölgedeki Posttravmatik Stres Bozukluğu PTSD, Depresyon ve Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu (SAD) oranlarının saptandığı çalışmada, komorbid PTSD ve depresyon oranları araştırılmıştır. Ayrıca bunlara cinsiyetin, aile bireylerinin ve kalacak yer kaybının etkileri değerlendirilmiştir.

Bu amaçla deprem merkezine farklı uzaklıklardaki üç şehirden (Spitak, Gumri, Erivan) sekiz okuldan 218 öğrenci CPTSD-RI (Child Posttra-

*Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 6(3) 1999*

umatik Stress Disorder Reaction Index), Depresyon Özbildirim Ölçeği ve SAD için de DICA ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bu değerlendirmelerin sonucunda, depremden ağır şekilde etkilenen iki şehirde yaşayanlarda PTSD, depresyon ve de ikisinin birlikteliği yüksek oranlarda bulunmuştur. SAD sıklığı ise nispeten düşük çıkmıştır. Posttravmatik Stres Bozukluğu'nun ciddiyeti ile depresif reaksiyonlar arasında kuvvetli bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca aile bireylerinin kaybının birbirlerinden bağımsız olarak her ikisi ile de korelasyon gösterdiği anlaşılmıştır. PTSD oranı kız çocuklarında daha yüksek bulunmuştur. Bütün bu veriler ışığında felaket sonrası psikopatolojiler için interaktif bir model önerilmiştir.

Bu tür doğal felaketlerden sonra çocuklar PTSD ve sekonder depresyon riski altındadır. Sonuçlar erken ele almanın PTSD'nin kronikleşmesinin ve de buna bağlı gelişebilecek ikincil depresyonun engellenmesi için gerekli olduğunu ortaya koymuştur. Çalışma ayrıca felaket sonrası devam eden sıkıntıların izlenmesinin var olan rahatsızlıkların prognozu ve yeni rahatsızlıkların ortaya çıkması açısından önemine değinmektedir.

*Int. Dr. Emin Evren Özcan*

### **Felaketle Karşı Karşıya Kalmış Çocuklarda Posttravmatik Belirtilerin Yeterliliği**

*Loginan CJ, Anthony JL, Shannon MP (1988). Diagnostic efficacy of posttraumatic symptoms in children exposed to disaster. J Clin Child Psychol 27(3): 225-267.*

Araştırmada Hugo kasırgasına maruz kalan ve %5.5'i travma sonrası stres bozukluğu tanısı almış olan 5687 çocukta travma sonrası stres bozukluğu ile ilgili 48 semptomun tanısal yeterliliği 5 koşulsal olasılık katsayısı çerçevesinde ele alınmıştır. Çoğu semptom için orta derecede duyarlılık ve yüksek seviyede belirleyicilik bulunmuştur. Özellikle birleştirildiği zaman DSM'nin travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının travma sonrası stres sendromu olan çocukları belirlemede kullanışlı olduğu, ancak bazı DSM

travma sonrası stres bozukluğu ve kaygı semptomlarının zayıf tanısal kullanıma sahip olduğu bulunmuştur. DSM-III-R donakalma/kaçınma kümesi ve donakalma/kaçınma kümesinin semptomları en yüksek tanısal yeterliliğe sahip tanı ölçütleridir. Bu da kaçınmanın yoğun travma sonrası tepkilerin en iyi göstergesi olduğunu belirtir. Bu sonuçlar hangi semptomların, bozukluğa merkez olarak alınması gerektiği ve çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu tanısını koyarken ya da tarama yapılırken, hangi semptomların ele alınması gerektiğini göstermektedir.

*Uzm. Psk. Aylin İlden Koçkar*

### **Depremden Hemen İki Ay ve Dokuz Ay Sonra Üniversite Kız Öğrencilerinin Zihinsel ve Fiziksel Durumları**

*Hyodo K, Morino R. A study of mental and physical reactions after the Hanshin-Awaji Earthquake: mental and physical conditions of female undergraduate students immediately after, 2 month after, and 9 months after the earthquake. Shinrigaku Kenkyu (1999). 70(2): 104-111.*

Bu araştırmada travmatik deneyimler sonrasında zamanın bireyin fiziksel ve zihinsel tepkilerini nasıl değiştirdiğini incelenmiştir. Ocak 1995'te Hanshin-Awaji depreminin en yoğun hasar verdiği bölgedeki Kobe kolejine giden öğrencilere iki envanter uygulanmıştır. Ocak'tan Mart'a kadar travmatik tepkiler azalırken hayatta kalma ile ilgili suçluluk duygularında bir azalma olmamıştır. Evleri yıkılanların suçluluk duyguları Mart ayında artmış, Ekim ayında bile aynı derecede devam ettiği görülmüştür. Ekim'de tarananların genel sağlık durumlarının normal olmasına rağmen Mart'a göre Ekim'de travma sonrası tepkileri artmıştır. Travma sonrası tepkilerden kurtulmanın kişinin psikolojik zorlanmasının derinliğine, maddi durumuna ve sosyal desteğin varlığına bağlı olduğu bulunmuştur. Zihinsel ve fiziksel tepkilerin maddelerine faktör analizi uygulandığında 7 faktörün çıktığı görülmüştür. Ocak'ta en yüksek eigen değerine sahip faktör "artçı şoklarla ilgili kaygı" isimli faktör ol-

duğu bulunmuştur. Fakat bu faktörün yerini Mart ayında "duygusal karmaşa" faktörü almıştır.

*Uzm. Psk. Aylin İlden Koçkar*

### **Umudu Ölçen Bir Aracın Yapısı ve Özellikleri**

*Nunn KP, Lewin TJ, Walton JM ve ark. The construction and characteristics of an instrument to measure personal hopefulness. Psychol Med (1996) 26(3): 531-545.*

Bu araştırmada bireyin kişisel umudunu ölçmek üzere kendi kendine uygulayabileceği bir ölçeğin geliştirilmesi ele alınmıştır. Ölçeğin adı Hunter Görüşler ve Bireysel Beklentiler Skalasıdır (Hunter Opinions and Personal Expectations Scale-HOPES).

HOPES envanterinin durumluk ve sürekli formları 3 farklı araştırma ile ortaya çıkartılmıştır. Bu araştırmaların deneklerinin 211'i tıp öğrencilerinden, 280'i adölesan erkeklerden, 318'i psikiyatri bölümü çalışanlarındandı. 20 maddelik iki faktörlü skalanın sürekli bölümü Newcastle, Avustralya Aralık 1989 depreminde 753 kişiye uzunlamasına bir çalışmada kullanılmıştır. 4 çalışmadan elde edilen bulgular HOPES skalasının geçerliliğini ortaya koymuştur. Global bireysel umutluluk Bireylerin kalıcı bir özelliği olarak ortaya çıkmıştır. Test-tekrar test korelasyonu  $r = 0.71$  olarak bulunmuştur. Global bireysel umutluluk ile sürekli kaygının ilişkisi ( $r = -0.64$ ) kaygı tehdit altındaki umut olarak tekrar değerlendirme ihtimalini ortaya çıkarmıştır. Umut alt ölçeği ile umutsuzluk alt ölçeğinin orta derecede negatif yönde bağıntılı olduğu bulunmuştur ( $r = -0.32$ ), bu da umut ve umutsuzluğun birbirinin tamamen zıttı iki durum olmadığını göstermektedir. Global bireysel umutluluk puanlarında cinsiyet farkı bulunmazken, yaş farklılıkları bulunmuştur. 70 yaş ve üstü grupta en düşük bireysel umut belirlenmiştir. Global bireysel umutluluk deprem sonrası puanlarda Genel Sağlık Envanteri ( $r = -0.33$ ), Olay Etkisi Skalası ( $r = 0.33$ ), Beck Depresyon Envanteri ( $r = 0.54$ ), ve SCL-90-R'nin global semptom endeksi ( $r = -$

0.43), ile negatif bağıntılar bulunmuştur. Genel olarak deprem sonrası hayatta kalmaya bireysel umutluluğun katkısı yıkılmaya maruz kalma ve tehdit deneyiminin yaptığı katkılarla eşit olarak bulunmuştur.

*Uzm. Psk. Aylin İlden Koçkar*

### **Oklahoma City'deki Bombalamadan Sonra Kaybı Olan Çocuklarda Travma Sonrası Stres Yanıtı**

*Pfefferbaum B, Nixon SJ, Tucker P.M. ve ark (1999) Posttraumatic stress responses in bereaved children after the Oklahoma City bombing J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38 (11) : 1372 - 1379.*

1995 yılında 19'u çocuk 167 kişinin öldüğü bombalama olayına ortaokul ve lise öğrencilerinin yanıtlarını değerlendirmek için yapılan araştırmaya bombalamadan yedi hafta sonra 3218 öğrenci katılmış. Değişik sosyoekonomik gruplardan olan bu çocuklara bombalama olayı, TV de gördükleri, yakınlarını kaybedip kaybetmedikleri sorulmuş. Kaybı olan öğrenciler; aileden birini kaybedenler, aile dışı akraba, arkadaş-tanıdık ya da tanıdığı kimse olmayan şekilde gruplara ayrılmış. Sonuçta çocukların 1/3'den fazlası bombalamada ölen birini tanıyormuş ve bu çocuklarda korku, ev ve okul hayatında değişiklikler ve travma sonrası stres belirtileri daha sık görülmüş.

Yazarlar medyada geniş yer edinme, şiddet, halkın ilgisini uzun süre çekme bakımından bu travmanın farklı olduğunu ileri sürmektedirler. Çocukların çoğu o dönemde yayınların bomba ile ilgili olduğunu, yedi hafta sonraki travma sonrası stres belirtileri ile TV de izlediklerinin yoğunluğunun birbiri ile ilişkili olduğunu belirtmişler.

Araştırmacılar sonuçta tedavinin, bu tür gereksiz, acı veren, olayları hatırlatan yayınlardan kaçınmakla mümkün olabileceği üzerinde durmuşlar. Bu araştırmada travma sonrası tedavinin önemini vurgulamışlar.

*İnt. Dr. Özge Kebelioğlu*



# HABERLER

## 1. İZMİR PSİKANALİZ VE PSİKOTERAPİ GÜNLERİ

Dinamik psikiyatri ve psikoterapi alanında ülkemizde gerçekleştirilen ve en önemli etkinliklerden biri olan "İzmir Psikanaliz ve Psikoterapi Günleri" nin birincisi 21-23 Ekim 1999 tarihleri arasında gerçekleşti. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı ve Uluslararası Psikanaliz Birliği Konuk Çalışma Grubu işbirliğiyle ve Dr. Celal Odağ başkanlığında gerçekleştirilen bilimsel etkinliğin bu yılki ana teması "Psikopatoloji ve Teknik" idi. Ülkemizde analitik yönelimli psikiyatrik yaklaşımlar açısından kuramsal ve uygulamalı alanda çok önemli bir gereksinimi karşılayacağı açık olan bu etkinlik içinde uluslararası düzlemde bu alanda ünlenmiş pek çok bilim adamı ile çalışma olanağı bulundu.

"1. İzmir Psikanaliz ve Psikoterapi Günleri" içinde "travma" ağırlıklı olarak ele alınarak işlenen konulardan birisiydi. Bu bağlamda Dr. Vamık Volkan, Dr. Rafael Moses ve Rena Moses - Hnushovski'nin konferansları ve Dr. Celal Odağ'ın "Travma ağırlıklı psikanalitik olgu tartışmaları", Dr. David Sachs'ın daha çok travmatik durumlar üzerinden işlediği "Psikanalitik psikoterapiden psikanalize geçiş" ve Dr. Vamık Volkan'ın "Yas Sürecinin Kliniği" başlıklı çalışma grupları çok yoğun ilgiyle ve katılımı ile izlenerek gerçekleştirildi.

Gelenekselleştirilmesi düşünülen "İzmir Psikanaliz ve Psikoterapi Günleri" nin ilki iyi düzenlenmiş, doyurucu ve nitelik açısından çok düzeyli bir bilimsel etkinlik olarak iz bıraktı.

*Prof. Dr. Bahar Gökler*

## 6. ULUSAL SOSYAL PSİKIYATRİ KONGRESİ

Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Türkiye

Sosyal Psikiyatri Derneği'nin ortak ürünü olan 6. Ulusal Sosyal Psikiyatri kongresi, 30-31 Ekim 1999 tarihleri arasında Nevşehir'de yapıldı.

Zengin bir programa sahip olan kongrede yurtiçi konuşmacıların yanı sıra 5 ülkeden 7 konuşmacı yer aldı. Prof. Dr. Işık Sayıl'ın yaptığı açılış konuşmasından sonra, Hollanda'dan Prof. B. Gersons ve Belçika'dan C. von Heeringen kendi ülkelerindeki sosyal psikiyatri uygulamalarından söz ettiler. Kongrede depreme ve travmaya özel bir yer ayrılmıştı. Konunun farklı boyutlarıyla ele alındığı bir konferans ve bir panelin yanı sıra travma tedavisine yönelik olarak Prof. O. Ersever, Avusturya'dan Prof. F. Macnab ve Hollanda'dan Prof. B. Gersons tarafından kurslar gerçekleştirildi. Alanın önemli konularından bir diğeri olan medya ve ruh sağlığı panel ve konferanslarda tartışıldı. Kongrede yer alan diğer oturumlarda tarih, kültür, kadın, göç, psikososyal rehabilitasyon, şiddet ve kayıp temaları ele alındı.

Kongrede sunulan poster bildirilerden araştırma çalışması niteliği taşıyanlar bu yıl ilk kez kongre özel jürisi tarafından değerlendirildi. Seçilen çalışmalar Prof. Dr. Rasim Adasal Araştırma Ödülleri ile onurlandırıldı.

Kongrenin 2. gecesinde 29 Ekim Cumhuriyet Bayramı gerçek bir coşkuyla kutlandı. Düzenleyicilerin bu kutlamada en ince ayrıntıları düşünmüş olmaları, katılımcıların çok keyifli ve gurur dolu bir bayram yaşamalarını sağladı.

Sosyal etkinlikleri oldukça yoğun olan kongrede katılımcılar, düzenlenen turlarla ılık ve güneşli bir havada yörenin tarihi ve doğal güzelliklerinin tadını çıkarma şansını yakaladılar.

*Doç. Dr. Runa Uslu*

*Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 6(3) 1999*

#### 4. ERGEN GÜNLERİ

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Ergen Komisyonu'nun düzenli etkinliklerinden olan Ergen Günleri bu yıl Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nun işbirliği ile 3-4 Aralık 1999 tarihlerinde Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 75. Yıl Konferans Salonu'nda yapıldı. Her yıl ergenlerle ilgili bir konunun ele alındığı sempozyumda bu kez "ergen psikiyatrisinde ilaç tedavileri" ele alındı.

Sempozyumun ilk günü açılış konuşmaları ve ardından Prof. Dr. Özden Palaoğlu'nun sunduğu "ergenlerde psikotrop ilaç kullanımının genel ilkeleri" başlıklı konferansla başladı. Prof. Dr. Palaoğlu çocuk ve ergen psikofarmakolojisinin tarihsel gelişimi içinde ihmal edildiğini ve gecikme ile araştırma ve uygulamaların yaygınlaşabildiğini özetleyerek zorlu bir süreç yaşandığını vurguladı.

Daha sonraki oturumda Doç. Dr. N. Yasemin Oğuz "ergenlerde ilaç tedavileri ve araştırmalarda etik" başlıklı konulu konferansı sundu. Etiğin tanımı, ahlaktan farkı gibi genel tanımlar yanında ilaç tedavisi ve buna ilişkin araştırmalardaki etik ilkelerin ele alındığı konuşmada, psikofarmakolojinin, psikiyatrik hasta tedavisinin ve özellikle çocuk ve ergenlerin tedavisine ilişkin uygulamalarda karşılaşılan etik ilkeleri Doç. Dr. Oğuz kendi görüş ve önerileriyle aktardı.

Sempozyumun ilk gününde, öğleden sonraki bölümde Prof. Dr. Gordon Harper "ergenlerde ruh sağlığı uygulamaları" konusunda bir konferans verdi. Öncelikle ergenlerin ruhsal bozukluklarının tedavisinde ayaktan ve yatırılarak yapılacak uygulamalarda genel ilkeleri özetleyerek bu konuda izleyicilerinin görüşlerini ayrıntılı bir şekilde kaydetti. İlk günün son bölümünde Prof. Dr. Cahide Aydın'ın başkanlığında "ergenlik döneminde psikotik bozukluklar ve yıkıcı davranım bozukluklarının tedavisi" konulu panel yapıldı. Panelde Prof. Dr. Suna Taneli ergenlerde travma sonrası stres bozukluğunun tedavisine ilişkin kendi deneyim ve uygulamalarını da içeren bilgiler aktardı. Bölümlerinde depresyon sonrası ortaya çıkan ruhsal belirtiler ve bunların daha sonraki değişimine ilişkin yapılan bir araştırmanın sonuçlarını özetledi. Doç. Dr. Selahattin Şenol dikkat eksikliği yıkıcı davranış bo-

zuklukları başlığı altında yer alan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğunun tedavisine ilişkin bilgiler yanında klinikte yapılan bir araştırmalarının sonuçlarını sundu. Doç. Dr. Kazım Yazıcı ise psikotrop ilaçların etki mekanizmasını reseptör ve hücre düzeyinde ele aldı.

Sempozyumun ikinci günü Prof. Dr. Gordon Harper tarafından sunulan ergenlerde yataklı tedavi uygulamaları konusunun ele alındığı konferans ile başladı. Prof. Dr. Harper, önceki gün dinleyicilerin katkıları ile oluşturduğu, ergenlerin tedavisinde ergene yaklaşımla ilgili genel ilkeleri toparlayarak, konu ile ilgili kendi deneyim ve uygulamaları ile karşılaştırdığı bir konuşma sundu. Sempozyumun sabah bölümünde yer alan diğer konferansta Doç. Dr. Bülent Elibol "ergenlik döneminde nörobiyolojik gelişim" konusunu belirli birkaç nörolojik ve psikiyatrik bozukluk örneğinde ayrıntılı olarak aktardı.

Sempozyumun son gününde ikinci bölüm Prof. Dr. Şahnur Şener'in başkanlığında "ergenlik döneminde duygudurum bozukluklarının tedavisi" paneli yapıldı. Prof. Dr. Şener, konu ile ilgili genel bilgiler yanında ergenlerle ilgili kendi deneyim ve uygulamalarını aktararak, polikliniğe başvuran ergenlerin bölüme başvuru, bölümündeki tedavi beklentileri ve bölümde tedavileri sırasında karşılaştıkları tutumları içeren yaşantılarını aktardıkları yazılı notlarını sundu. Poliklinikte tedavi öncesi ve sonrası ergenlerin doldurduğu bir defter ile bu görüşleri aldıklarını ve bu notların ergenlerin tedavilerine ilişkin tedavi uygulamalarındaki genel özellikleri ve ergenlerin bu tedavilere tutumlarını yansıtan önemli bilgiler verdiğini vurguladı. Panelin diğer konuşmacısı Prof. Dr. Bahar Gökler duygudurum bozuklukları ve tedavisine ilişkin olarak, olgu örnekleriyle özellikle bipolar bozukluğun tedavisini aktardı. Panelde Prof. Dr. Bahar Gökler, çocuklarda ve ergenlerde affektif bozukluk tanısının dikkatle konulması gerektiğini, bu yaş grubunda bipolar affektif bozukluk tanısının zaman içinde netleştiği ve başlangıçta döneme özgü diğer birçok psikiyatrik bozukluğun belirtilerini sergileyebildiğini vurguladı. Panelin diğer konuşmacısı Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Özerdem, önceki konuşmacının aktardıklarına paralel olarak bipolar affektif bozuklukta başta olmak üzere affektif

bozuklukların tedavisine ilişkin yazın bilgisinden derlediği konuşmasını sundu. Panelin son konuşmacısı Doç. Dr. Murat Rezaki psikofarmakolojideki son gelişmeleri ve psikotrop ilaçların etkilerine ilişkin yeni görüşleri aktardığı konuşmasında; daha önceleri vurgulanan psikotrop ilaçların etkilerine ilişkin nörotransmitter düzeyindeki sonuçlarının ötesinde hücre düzeyinde gen ekspresyonu ve protein sentezi ile ilgili etkilerinin önem kazandığını ve psikotrop ilaçların etkilerine ilişkin daha kesin sonuçların bu alanda yapılacak araştırma sonuçları ile belirlenebileceğini vurguladı.

Sempozyumun son bilimsel etkinliği Prof. Dr. Saynur Canat'ın başkanlığında yapılan "Ankara'da yardım alan ergenlerin profili (ön çalışma) ve ergenlerle çalışırken karşılaşılan güçlükler" konulu panel oldu. Panelde Prof. Dr. Canat ergenlerin tedavilerine ilişkin kendi deneyimlerini de içeren özellikler ve güçlükleri aktardı. Uzm. Psk. Neslihan Rugancı Ankara'da ergenlere yönelik ruh sağlığı konusunda danışmanlık ve tedavi hizmetleri veren kurumlara başvuranların değerlendirildiği ergen komisyonunun ortak bir çalışmasını anlattı. Yaklaşık bir yıllık bir dönem içinde belirlenen kurumlara yardım için başvuran ergen sayısı, sosyodemografik özellikleri, bu kurumlarda ergenlerin değerlendirilmeleri sırasında kaydedilen başvuru yakınmaları ya da ruhsal bozukluk tanılarının aktarıldığı konuşmasında Uzm. Psk. Rugancı, amaçlarının belirlenen bir alanda ergenlere ilişkin belirti ya da bozukluk profilinin çıkarılması olduğunu, ancak çalışmaları sırasında tanı koyma ve kurum özellikleri açısından ergenlere hizmet veren bu birimlerin birçok farklılık içermesi nedeniyle so-

nuçlarını derlemekte zorlandıklarını aktardı. Panelin diğer konuşmacısı Uzm. Dr. Elvan Özalp Balım ise ergenlerde madde bağımlılığının tedavisine yönelik genel uygulamalar yanında Ankara'da kurumlarının başlattığı uçucu madde bağımlısı sokak çocuklarının tedavisine ilişkin kendi uygulamalarını aktardı. Ayrıca kurumlarına başvuran ve bugüne kadar tedavileri yürütülen ergenlerin sosyodemografik, klinik ve tedavilerine ilişkin özellikleri derlediği araştırmalarını sundu. Yatarak ya da ayaktan tedavi bölümlerini içeren kurumlarının fiziksel şartları, personel durumu ve kuruluş aşamasından önce başlayarak süre giden zorlukları ve madde bağımlısı ergenlerin tedavisinde karşılaştıkları güçlükleri belirtti. Dinleyicilerin soru ve katkıları ile tamamlanan panel ile sempozyumun bilimsel etkinlikleri sona erdi.

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ile ergenlere hizmet veren diğer branşlardaki çalışanların her yıl farklı bir konu ile bir araya geldiği Ergen Günleri bu alanda ulusal bir etkinlik özelliğini kazanarak sürmektedir. Daha önceki yıllarda ergenlerde beslenme ve yeme bozuklukları, ergenlerde cinsel gelişim ve sorunları ile ergenlik ve suç konularının ele alındığı sempozyumların gelecek yıl ergenlerde kimlik konusunda yapılması planlanmaktadır. Her yıl olduğu gibi Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Ergen Komisyonu ile ergenlerle çalışan bir kurumun ortak etkinliği olacak bu sempozyumu ise Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın düzenlemesi kararlaştırılmıştır.

*Doç. Dr. Selahattin Şen*

## TOPLANTI - KONGRE

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

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

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 - Sarıyerme EÜTF Çocuk Psikiyatrisi  
AD 35100 - Bornova İZMİR  
Başvuru: Tel: 0232 374 77 66 Fax: 0232 388 61 51  
E-mail: caydın@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

## YAZAR DİZİNİ

Alparslan N. 75  
Alparslan S. 135  
Aslan H. 75  
Aysev A. 114  
Baykara A. 99  
Büyükkal B. 30  
Çengel E. 30  
Demir D. 3  
Demir T. 3  
Demirkan S. 158  
Ekmen M. 158  
Erden G. 41, 143  
Erman Ö. 12  
Erol N. 52, 89  
Kayaalp L. 3  
Kerimoğlu E. 143, 150  
Kılıç E.Z. 143, 150, 172  
Koçkar A.İ. 135  
Maral I. 135  
Miral S. 99  
Odağ C. 165  
Oğuz T.F. 172  
Öncü B. 12  
Öner Ö. 52, 114  
Özen D.Ş. 19,83  
Palulu N. 89  
Pekcanlar A. 99  
Sayıl I. 182  
Semerci B. 182  
Söhmen t. 158  
Şenoğlu S. 135  
Türkbay T. 158  
Urdarivic Ö. 158  
Uslu R. İ. 143, 150

## KONU DİZİNİ

Anksiyete 52, 75, 135  
Borderline Kişilik Bozukluğu 165  
Boşanma 19, 83  
    Çocuklar üzerindeki etkisi 19, 83  
Çocuk ve gençlerde komorbidite 12, 75, 108  
Depresyon 3, 75  
Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu 12, 99, 114  
    Ergenlerde yaygınlık 3  
    Aile işlevleri 99  
    Yürütücü işlevler 114  
Fiziksel kötüye kullanım 75  
İntihar Girişimi 41  
Kriz Müdahale 182  
Obsesif kompulsif bozukluk 89, 108  
    Çocuklarda görülme sıklığı 89  
    Tourette ile birliktelik 108  
Ölüm kavramı 41  
    Çocuklarda ölüm kavramının gelişimi 41  
Tourette bozukluğu 108  
    OKB ile birliktelik 108  
Travma 135, 143, 150,  
158,165, 172, 182