

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

CİLT : 7 SAYI : 1

2000



ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Cilt: 7 Sayı: 1, 2000 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 Türkbeş
Psk. Prof. Dr. Ferhunde Öktem	

DANIŞMA KURULU

Doç. Dr. Belma Ağaoğlu (Kocaeli)	Psk. Doç. 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)	Yrd. 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. Ümrhan Tüzün (İstanbul)
Doç. Dr. Ayşen Coşkun (Kocaeli)	Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın (Ankara)
Prof. Dr. Aysel Ekşi (İstanbul)	Doç. Dr. Yankı Yazgan (İstanbul)

KAPAK RESMİ

Duygu KOÇYİĞİT - Türkiye

BASKIYA HAZIRLIK VE BAŞKI

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

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

REKLAM: Reklam koşulları ve diğer ayrıntılar için yayın yönetmeniyle ilişkiye geçilmesi gerekmektedir. Dergide yer alan yazılarda belirtilen görüşlerden yazarlar sorumludur. Yazılardan kaynak göstererek alıntı yapılabilir.

YAZIŞMA ADRESİ

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

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

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

ISSN: 1301-3904

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi Tübitak Tıp Dizinine alınmıştır.

İ Ç İ N D E K İ L E R

Önyazı	1
H. Erman, T. Türkbay	
Yaşamın İlk Yılında Bebeklerdeki Ekspresif ve Reseptif Dil Gelişimi Üzerine Boylamsal Bir Çalışma.....	5
E. İ. Karacan	
Kekeme Çocuklarda Sosyal Fobi	12
M. Öztürk, Ü. Tüzün	
İlaçla Özkıyım Girişiminde Bulunan Ergenlerde Belirleyici Olarak Aleksitimi, Umutsuzluk ve Depresyon : Karşılaştırmalı Bir Çalışma.....	17
K. Sayar, M. Öztürk, B. Acar	
Bir Olgu Örneği İle Çoklu Karmaşık Gelişimsel Bozukluğun Ayırıcı Tanısı.....	25
Ö. Öner, F. Kurtoğlu, E. Kerimoğlu	
Pediyatrik Psikofarmakolojide İlaç Etkileşimleri	35
T. Türkbay, H. Erman, T. Söhmen	
Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu ve Bir Olgu Sunumu	43
Ö. Yorbık, R. Akın, T. Söhmen	
Görüşler	53
T. Yilmazer	
Yeni Yayınlardan Özetler	56
Tez Tanıtımı.....	60
Haberler / Toplantı - Kongre	61
İnternet Köşesi	64
Yazım Kuralları	65

TÜRKİYE SINIR VE RUH SAĞLIĞI DERNEĞİ

Prof. Dr. MUALLA ÖZTÜRK ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ÖDÜLÜ 2001

1. 1990'dan beri her yıl çocuk ruh sağlığı alanında en başarılı çalışmaya verilmekte olan "Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Ödülü 2001" için aşağıdaki koşullar belirlenmiştir.
2. 2001 ödülü olarak 300.000.000 TL. ve ödül belgesi verilecektir.
3. Çalışma:
 - a. 1999 başından sonra yayınlanmış ya da yayına kabul edilmiş 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 2000 tarihine kadar aşağıda bildirilen adrese postalanmış ya da elden verilmiş olmalıdır.
 - d. Çalışmalar, aşağıda belirlenen seçici kurul tarafından değerlendirilecek ve ödül 2001 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
Dr. Birsen Sonuvar
Prof. Dr. Ayşe Yalın
Doç. Dr. Yankı Yazgan

Başvuru Adresi

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

ÖNYAZI

İnternet günlük yaşamımıza giderek daha yoğun şekilde girmeye başladı. Başta gençler olmak üzere her yaşta internet kullanımı giderek artmakta. Amerikan ordusu için güvenli bir iletişim sağlamak amacıyla 1963 yılında geliştirilen internet 1970'li yıllarda askeri amaçlar dışında kullanılmaya başlamıştır. 1989 yılında WWW'in (World Wide Web) geliştirilmesiyle 200'e yakın ülkeden 60 milyon bilgisayarı birbirine bağlanmasıyla oluşmuş, 400 milyon kişinin aktif olarak kullandığı dev bir ağ haline gelmiştir. Türkiye internetle 1984 yılında tanıştı. 12-27 Nisan tarihleri ülkemizde İnternet Haftası olarak kabul gördü.

Bilgi toplumunun oluşmasında internetin bilginin kaynağı olarak işlev göreceği ileri sürülmektedir. İnsanların internet üzerinden milyonlarca web sayfasına, yüzlerce elektronik kütüphanede binlerce kaynağa, bilgisayar başında her türlü eğitimi olanaklı kılan web okullarına ulaşmaları mümkün olmaktadır. İnternet içerdiği kaynak ve bilgi zenginliği ile okul kitaplarının sağlayacağı kaynaklardan çok daha fazlasını sağlamaktadır. Bu şekliyle internetin öğreten ve öğrencinin karşı karşıya bulunmasına dayanan geleneksel eğitim sisteminin yerini alacağı öngörülmektedir.

Bu bilgi ve iletişim kaynağının olumsuz özellikleri de göz ardı edilmemelidir. Özellikle çocuk ve gençler için bazı riskler söz konusudur. Bunların başında internette sağlanan bilgilerin organize edilmiş, denetimden geçmemiş ve güvenilirliği tartışılır olması gelmektedir. İnternet üzerinde arama yapılmasını ve bilgiye ulaşımı kolaylaştırmayı amaçlayan kuruluşlar mevcuttur. Ancak bunlar da her gün binlerce sayfanın eklendiği bir ortamda çoğunlukla yetersiz kalmaktadır. Yararlı bilginin seçilebilmesi yararlı olmayanların elenmesi eğitim kurumlarını katkısıyla gerçekleşebilir. Kullanıcılara yararlı kaynakların listelerini hazırlayarak ya da kendi yerel ağları üzerinde (intranet) bu bilgileri toplayarak kullanıcılara sunmaları "spam" ya da "info garbage" olarak adlandırılan gereksiz bilgi ve reklam kalabalığından kullanıcıları koruyacak ve kaliteli veriye kısa sürede ulaşılmasını sağlayacaktır.

İnternet kullanımının yaratabileceği bir diğer sorun da uygun olmayan materyale çocuk ve gençlerin ulaşmasının mümkün olmasıdır. İnternet üzerinde şiddet, ırk ayırımı, seks, kumar gibi çocuklar üzerinde olumsuz etkileri olabilecek kaynaklara da ulaşılması mümkündür. Çocukların pornografiden uzak tutulmasına yönelik devlet ve hükümet başkanları düzeyinde uluslararası çalışmalar yürütülmesi olayın boyutu konusuna dikkat çekmektedir. Çocuklar için uygun olmayan alanları sınırlayan yazılımlar (Net Nunny, Cyber Patrol gibi) yanında internete ulaşımı sağlayan göz gezdiricilerin (browser) istenmeyen sitelere ulaşımı engelleme seçenekleri de bulunmaktadır. Ancak bunlar tam güvenlik sağlamamaktadır. Çünkü, diğer siteler üzerinden de bu alanlara ulaşım mümkün olabilmektedir. Büyüklerin gözetim ve denetiminde internet kullanımı ise zaman kaybına yol açan pahalı bir yöntem olması yanında çocuklara güvenilmediği izlenimi veren bir uygulama olarak kabul edilmesine karşın zaman zaman kullanılmaktadır.

Sorunların bir diğeri de kişi ve ailenin gizlilik ve güvenliğinin ortadan kalkması sorunudur. Kötü niyetli kişiler birey ve aileler hakkında edindikleri (finans, güvenlik gibi) bilgileri kişisel çıkarları için kullanabilmektedirler.

İnternet ülkemizde de eğitim uygulamalarına, bilgiye ulaşma ve haberleşmeye yeni ve yararlı boyutlar getirebilecek potansiyele sahip bir teknolojidir. Ancak gerekli önlemler alınmazsa bazı sorunları da beraberinde getirecektir. İnternetin çok fazla kullanımı, evden çıkmaya ve sosyal ilişki kurmaya karşı isteksizlik ya da sosyal ilişki zorlukları çocuk ve ergen ruh sağlığında yeni sorun alanları haline gelmiştir. Bununla birlikte çocuklara uygun olmayan sitelere girilmesi sonucu ortaya çıkmış olan çeşitli sorunlarla sıklıkla karşılaşmaya başlanmıştır. Bu konuda çocuk ruh sağlığı, eğitim ve hukuk alanında çalışan kişilere önemli görevler düşmektedir. Disiplinler arası çalışmalar yapılarak internetin etkin ve güvenli şekilde kullanılması sağlanarak başta çocuk ve gençler arasında olmak üzere toplumun her kesiminde internet kullanımının yaygınlaştırılması ancak olumsuz etkilerden de olabildiğince korunmaya çalışılması için çalışmalar hızlandırılmaktadır.

Dr. Hakan Erman

Dr Tümer Türkbay

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Ö D Ü L Ü

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

SEÇİCİ KURUL :

Prof. Dr. Cahide Aydın

Prof. Dr. Bahar Gökler

Prof. Dr. Saynur Canat

Psk. Doç. Dr. Ferhunde Oktem

Doç. Dr. Fusun Çuhadaroğlu

Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın

YAŞAMIN İLK BİR YILINDA BEBEKLERDEKİ EKSPRESİF VE RESEPTİF DİL GELİŞİMİ ÜZERİNE BOYLAMSAL BİR ÇALIŞMA*

Elvan İşeri Karacan**

ÖZET

Amaç: Dil gelişimi yönünden yaşamın ilk bir yılı prelinguistik dönem olarak bilinir ve bu dönemin kelimelerin ilk ortaya çıkışı ile bağlantılı olduğu düşünülür. Bu araştırmanın amacı 0-1 yaş arasındaki Türk bebeklerinde bu döneme özgü dil gelişim basamaklarını belirlemek ve yazın bilgisi ile karşılaştırmaktır. **Yöntem:** Bu çalışmanın örneklemini doğum sonrası 2, 4, 6, 9 ve 12. aylar olmak üzere beş ayrı zamanda değerlendirilen 30 kız, 41 erkek toplam 71 bebek ve anneleri oluşturmaktadır. Araştırmanın başında annelerin duyu durumu değerlendirmeleri yapılmış ve postpartum depresyonun dışlanmasına çalışılmıştır. Bebeklerin sosyodemografik özellikleri, doğuma ilişkin bilgiler "Aile Bilgi Formu"na kaydedilmiştir. 23'ü ekspresif, 27'si ise reseptif dil ile ilgili maddeler içeren "Dil Gelişimi Değerlendirme Formu" anneler tarafından her kontrolde yinelenerek doldurulmuştur. Değerlendirmenin son aşamasında annelerden bebeklerinin kelime listelerini yapmaları istenmiştir. **Sonuç:** Dil gelişimi formundaki her bir maddenin aylara göre dö-kümü yapılmış, bebeklerin ilk bir yıl içindeki dil gelişim basamakları belirlenmiş ve sonuçlar yazın eşliğinde tartışılmıştır. Ekspresif ve reseptif dilin 5 ayrı zaman içinde her bebek için anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, aylara ilişkin dil gelişim basamaklarının yazınla benzerlik gösterdiği belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Bebek, dil gelişimi, bebek gelişimi

SUMMARY: A LONGITUDINAL STUDY ON EXPRESSIVE AND RECEPTIVE LANGUAGE DEVELOPMENT IN THE FIRST YEAR OF LIFE

Objective: The first year of life is called as prelinguistic period in the aspect of language development and associated with the emergence of first words. Aim of this study is to determine the steps of the language development of Turkish babies in the first year and discuss with the literature. **Method:** The population of this study consisted of the 30 girls, 41 boys babies and their mothers who evaluated at 5 different control times (2nd, 4th, 6th, 9th and 12th months) after birth. In the beginning of the study affective status of the mothers were evaluated and postpartum depression was ruled out. The sociodemographic features and information related to birth are taken by the means of 'Family Information Form'. 'Language Development Assessment Form' which is made up of 23 expressive, 27 receptive language items, was filled out by the mothers in each control. At the last stage of the assesment mothers were asked to make the vocabulary list of the babies. **Results:** Every item on the language development assessment form were evaluated for every control period. The babies' language development steps, are determined and discussed with the literature. It was determined that expressive and receptive language showed significant differentiation among 5 different times for each babies and developmental steps for language were similar to the literature.

Key words: Infant, language development, infant development

GİRİŞ

İletişim bir organizmanın ürettiği, başka organizmalar için anlamlı olan işaret ve sembollerden oluşur. Bir dil, iletişimde sembollerin kullanılması ile tanımlanır (Morgan 1977). Dilin reseptif (alıcı ya da anlaşılan) ve ekspresif (anlatım)

dil olmak üzere iki temel bileşeni vardır (Miller ve ark. 1980, Smolak 1982, Behrman ve Vaugan 1987). Dil gelişimi yönünden yaşamın ilk yılı prelinguistik dönem, okul öncesi yıllar ise temel dil yeteneklerinin kazanıldığı dönemler olarak tanımlanır. Bütün sağlıklı çocuklar dil öğrenme yeteneği ile doğarlar. Bebekler dil gelişimi için doğuştan donanımlı olup duymaya karşı son derece hassastırlar. Bebekler doğumdan sonraki

* 9. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresinde (28-30 Nisan 1999 - Adana) poster bildirisi olarak sunulmuştur.

** Uzm Dr., Gazi Üniv. Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara

birkaç gün içinde, tüm sesler arasından insan sesini hatta annelerinin sesini ve ses farklarını ayırt edebilirler (Condan ve Sander 1974, DeCasper ve Fifer 1980, Bertocini ve ark. 1988, De Villers ve de Villers 1979). Bebeklerin dili anlamaya ve üretmeye başlamadan çok önce dil için genetik olarak hazır oldukları kabul edilebilir (Whitehead 1990). Prelinguistik dönem bebeğin ilk kelimeleri çıkarmadan önce ses ve mimikleri ile iletişim kurduğu dönem olup bu dönemin ilk kelime çıkışı ile bağlantılı olduğu düşünülür (Withman ve ark 1985, Bee 1992). Yenidoğanın temel sesli davranışı olan ağlama, doğumdan sonraki ilk aydan başlayarak farklılaşır, ağrı ve açlık ağlamaları yaşamın ilk haftasında ayırtılmaya başlar (Lewis 1982, Graham 1991, Paul ve ark. 1996, Bzock ve League 1991). Ağlama ve huzursuzluk seslerinin yanısıra ilk bir ay içinde hoşnutluk sesleri belirmeye başlar. Bebek doğumdan iki aylık döneme kadar olan zamanda öncelikle refleks ağlamalar ile geçirme, öksürme ve esneme gibi vejetatif sesler üretir (Bell ve Ainsworth 1973, Lewis 1982), büyüdükçe baş boyun anatomisi değişimi ile eşgüdümü olarak çıkarılan ses yelpazesi genişler ve konuşma sesine daha yakın rezonansa ses üretimi başlar (Paul ve ark. 1996). 2-5 aylar arasında bebek, konuşma ve iletişim düzeyinde önemli iki davranış gösterir. Bunlardan biri öncelikle sosyal etkileşimde ortaya çıkan konuşma benzeri seslerdir, "gıgıldama" ya da "hoşnutluk sesleri" (cooing/comfort sounds) olarak bilinir. Diğer önemli davranış ise gıgıldama ile eş zamanlı ortaya çıkan "gülümseme" dir (Bzock ve League 1991, Paul ve ark. 1996, Vaughan ve Litt 1990).

4-8 aylar arası dönem ise "vocal play (ses oyunu)" dönemi olarak belirtilir. Ağulama (Babbling) dönemi olarak da bilinen bu dönemde bebek sesli ve sessiz harfler içeren tek heceler üretir. Sesli oyun olan gıgıldamadan farklı olarak genelde sosyal etkileşime yanıt biçiminde kullanılmaz. Bebek bu ses oyununu nadiren erişkinle iletişimini başlatmak için kullansa da genelde bu oyunu tek başına oynamayı tercih eder. Bu durum, bebeğin yeni ses üretme becerisinin bir pratiği olarak değerlendirilebilir (Withman ve ark. 1985, Mitchell ve Kent 1990, Paul ve ark. 1996).

İlk yılın ikinci yarısından başlayarak "tekrarlayan (reduplicated) babbling" görülür. Sesli ve sessiz harfler içerir, aynı hecenin yinelenmesi şeklindedir ve bebeğin kendi kendine yapmayı tercih ettiği bir davranıştır (örn. "bababa", "mama"). En sık b, p, t, d, m, n gibi sessizlerin kullanıldığı bildirilmiştir. (Bzock ve League 1991, Paul ve ark. 1996).

Yaklaşık 5 aylık iken sessiz harflerin kullanımı ve ses taklidi, 11. ayda ise kelimelerin taklit edilmesi başlar. Taklit etme davranışı bebeğin dil gelişimi ve sosyal becerileri kazanması için önemli bir belirleyicidir. Normal gelişim gösteren bebeklerin ilk anlamlı sözcük çıkarmayı öğrenmeden önce sesi taklit etme becerisine gereksinim duydukları belirtilmekte, sözel taklitin övgü ile karşılanmasının ve model olma davranışlarının ise benzer sesler çıkartılmasını belirgin olarak artırdığı ileri sürülmektedir (Behrman ve Vaughan 1987, Poulson ve ark. 1991).

Dilin gerçekten anlaşılması 8. ay dolaylarına rastlar. İlk yılın son çeyreğinde bebekler alışkın oldukları ortamda sürekli duydukları bazı sözcüklere yanıt vermeye başlarlar. Dilin anlaşılması, kullanılmasına öncülük eder, bir başka deyişle çocuklar dili kullanmadan çok önce kelimeleri ve cümleleri anlarlar. İlk yılın sonuna doğru çoğu bebek kelime kullanmaya başlar. Çocuğa özel olan bu kelimeler erişkinin kullandığına benzer ancak belli durumlar için kullanılır (protowords) (Paul ve ark. 1996). Bu dönemde bebeğin kendine özgü olan ve 4 ya da daha fazla heceli, gerçek kelime içermeyen cümle benzeri sözler kullandığı görülür (Jargon / Gibberish dil) Bzock ve League 1991).

Tüm bebekler dili öğrenmeye öncelikle kullanılan dildeki sesleri öğrenmekle başlarlar. Doğumdan sonraki ilk 3 ayda ekspresif dil gelişimi fonem (dilin temel sesleri) düzeyde değişimler ile kendini gösterirken, 3-9. aylar morfemik (Fonemlerden oluşan ses birimleri), 9-18. aylar sentaks (gramer) düzeyinde, 18-36. aylarda ise semantik (anlam) düzeyde dil kazanımı sağlanır (Lewis 1982, Bzock ve League 1991, Paul ve ark. 1996). İlk kelimeler 8-18. aylar ortalama 12. ayda çıkarken 2. yaş ile çocuğun kelime hazinesi 200'e

Tablo 1: İlk bir yıl içinde reseptif ve ekspresif dil basamakları

	Reseptif dil gelişimi	Ekspresif dil gelişimi
1. ay	Rastgele hareketlerini ses ile durdurur. Ani ses ya da gürültü ile sıçrar. Bildik bir ses ile sıklıkla rahatlar.	Ağlar, rastgele sesler çıkarır (özellikle sesli sesler)
2. ay	Konuşanı dinliyor görünür, gülümseyebilir.	Acıkıldığında "özel" bir ağlaması vardır. Hoşnutluk sesleri çıkar ve sosyal gülümseme başlar.
3. ay	Konuşana bakar, yerini belirler.	Birlikte oynandığında gülme ve diğer keyifli sesleri çıkarır, iki ya da daha fazla farklı hece çıkarır, gıgıldar.
4. ay	Kızgın ve hoşnut ses farkını anlar. Odada görme alanı dışındaki konuşanları arar.	Sosyal uyarana sesli yanıt verir. Sıklıkla "P", "B" ya da "M" gibi sesleri kullanır.
5. ay	Düzenli olarak ses kaynağını saptar, adına tepki verir.	Ses taklidi başlar. "O" ve "U" ya benzer bazı kalın ünlü sesler kullanır.
6. ay	"bay-bay", "mama", "dede" gibi kelimeleri tanıyor görünür.	Sesli itiraz etme ve keyifle çığlık atma vardır.
7. ay	"gel", "bay bay" gibi ifadelere jestlerle yanıt verir.	Kelime benzeri sesleri çıkarır.
8. ay	Adı söylendiğinde hareketini durdurur.	Hece tekrarları yapar, ceee oyunu oynar.
9. ay	Hayır denince hareketini durdurur.	Sözel uyararla verilen ses ya da heceleri ve konuşmanın tonlamasını taklit eder.
10. ay	Sıklıkla sözel rica üzerine oyuncaklar ya da başka nesnelere ebeveyn ya da başkalarına verir.	İlk kelimeleri söyler, "oh-oh" gibi bazı ünlemleri, jargon dili kullanır.
11. ay	Basit soruları (köpek nerede? gibi bakarak ya da göstererek yanıtlar	"Cee" oyununu başlatır. Yeni duyduğu kelimeleri tekrarlar.
12. ay	Sözel isteklere jestlerle yanıt verir. Genellikle uzun bir zaman süresince konuşmaya yoğun ilgi ve tepki gösterir.	Tanıdık nesnelere ismiyle hitap eder. Bir miktar tutarlılık ile 3 ya da daha fazla kelimeyi kullanır.

ulaşmaktadır (Lewis 1982).

İlk bir yıl içindeki reseptif ve ekspresif dil basamakları kronolojik olarak Tablo 1 de verilmiştir. (Edgcumbe 1981, Lewis 1982, Hall ve ark 1986, Roug ve ark 1989, Vaugan ve Litt 1990, Bzoch ve Leauge 1991):

Tüm kültürlerde dil kazanımı temelde aynı sırayı izlese de, gelişim hızı sosyal çevreden etkilenmektedir. Erişkinlerin bebekle erken dönemden itibaren kurdukları sözel iletişim bebeğin ana dilini öğrenmesinin temelini oluşturur (Bahrick ve Pickens 1988, Mehler ve ark. 1988). Çevre ve özellikle anne tarafından çocuğa sunulan sözel uyaran zenginliğinin dil gelişimini olumlu etkileyeceği bildirilmektedir (Osofsky ve Connors 1976, Miller 1979, Feldman ve ark. 1981, Lewis 1982, Masur 1997)

Bu çalışmada boylamsal olarak bebeklerin dil gelişimlerinin izlenmesi, ilk bir yıl içindeki ekspresif ve reseptif dil gelişim basamakları ve bir yılın sonunda çıkardıkları ilk kelimelerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem: Bu araştırmanın örneklemini, doğum sonrası iki haftalık dönemden başlayarak 2, 4, 6, 9 ve 12. aylarda yapılacak aşı ve sağlık kontrolleri için Gazi Üniversitesi Hastanesi Sağlam Çocuk Polikliniğine gelen bebekler ve anneleri oluşturmaktadır. 100 sağlıklı bebek ve anneleri ile başlatılan bu araştırma bir yıllık izlem sonrasında 30 kız, 41 erkek toplam 71 bebek ve anne ile tamamlanmıştır. Örneklem oluşturulması aşamasında, bebeklerin fiziksel bir hastalıklarının olmaması, duyu kusuru bulunmaması, anne

ve babaları ile konuşma ve dil sorunları bulunmaması, evde Türkçe dışında dil konuşulmaması ve annenin Beck depresyonu puanının 17'nin üstünde olmaması koşulları aranmıştır.

Veri Toplama Araçları

Beck Depresyon Envanteri: Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiş olup (Beck ve ark 1961), Türkçe uyarlama ve standardizasyonu 1989'da Hisli tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Alınabilecek en yüksek puan 63 olup, ölçeğin kesim noktası 17'dir.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I, STAI-II): Spielberger ve ark (1970) tarafından geliştirilmiştir. Toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içermektedir. Ölçeğin geçerlilik çalışması Öner (1977) tarafından yapılmış, Türkçe uyarlama ve standardizasyonu Öner ve Le Compte (1983) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Aile Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından oluşturulmuş ve sağlam çocuk polikliniğinde yapılan ilk görüşme sırasında doğum öncesi, doğum, doğum sonrası özellikleri ve sosyodemografik özelliklere ilişkin bilgileri sorgulayan 30 maddelik bir anket formudur.

Dil Gelişimi Değerlendirme Formu: Bu form 0-18 aylık dönem içinde dil ve bilişsel gelişimi taramaya yönelik 71 maddeden oluşmakta; ekspresif ve reseptif dil gelişiminin basamakları ile ilgili toplam 50 maddeyi içermektedir. 23 madde ekspresif, 27 madde reseptif dil ile ilgili özelliklerin değerlendirilmesine yöneliktir. Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form da başlangıç ve kontrollerde yineleyerek uygulanmıştır. Bu formun maddeleri; çocuk psikiyatrisi, psikoloji-odiyoloji bilim dallarından uzman önerileri, Ankara Gelişim Tarama Envanteri (Savaşır ve ark 1993), REEL-2 Receptive-Expressive Emergent Language Test (Bzoch ve League 1991) ve konu ile ilgili yazın bilgileri ışığında belirlenmiştir. Bebeklerin her değerlendirme aşamasında hangi maddeleri karşıladığını belirlemeyi amaçlayan bu form geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir ölçek değildir.

İstatistiksel İşlem: Tüm istatistiksel analizler "SPSS for Windows (Statistical Package for Soci-

al Sciences For Windows Release 6.0, SPSS Inc., 1989-1993)" paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Zaman içinde her bir denek için yapılan gelişimsel analizde "çok yönlü denek içi varyans analizi (within subject multivariate test)" kullanılmıştır.

İşlem

Doğumdan sonraki 2-3 hafta içinde ilk kontrolleri için sağlam çocuk polikliniğine getirilen bebekler ve anneleri arasından değerlendirmelerde gönüllülüğün esas olduğu açıklanarak aşı izlemleri için düzenli olarak gelebilecek olanlar araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın sağlam çocuk polikliniğine yapılan tanışma ve sosyodemografik bilgilerin alındığı ilk değerlendirme sonrasında bebeklerin 2, 4, 6, 9 ve 12 aylık kontrolleri Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı'nın bebek polikliniğinde yürütülmüştür. Annelerin her değerlendirme aşamasında "dil gelişim değerlendirme formunu" yineleyerek doldurmaları sağlanmıştır. Anneler bu formları bebek muayene odasında, tek başlarına doldurmuşlardır. Bu formun bebeğin 1-1.5 yaşına dek uzanan dil gelişimi özelliklerini içine aldığı belirtilerek ve sadece bu ay için bebeğe uyan cümleleri "evet" olarak işaretleyiniz yönergesi verilmiştir. Ayrıca 2. ayda yapılan değerlendirmede annelerin duygu durumları psikometrik olarak değerlendirilmiştir. Postpartum depresyonun dışlanması amacı ile ilk ölçümlerde Beck Depresyon envanterinden 17 üstünde puan alan anneler ve bebekleri çalışma dışı bırakılmıştır. Bebeklerin 1 yaşlarını doldurdukları son değerlendirmede annelerden ayrıca bebeğin kelime listesini çıkartmaları istenmiştir.

BULGULAR

Başlangıçta 100 bebek ile başlayan araştırma bir yıllık izlem sonunda toplam 71 bebek ile tamamlanmıştır. Örnekleme oluşturan bebeklerin %30'u (%42.3) kız, 41'i (%57.7) erkektir. Annelerin yaş ortalaması 28.14 ± 5.17 (19-43 yaşlar), babalarının yaş ortalaması ise 32.20 ± 4.57 (23-45 yaşlar) olarak belirlenmiştir. Annelerin 13'ü (%18.3) ilkokul, %28'i (%39.4) ortaokul-lise ve 30'u (%42.3) yüksekokul mezunu olup, 42'si (%59.2) ev hanımı iken 19'u (%40.8) çalışmakta-

dır. Babalar arasında ilkökul mezunu ve işsiz olmadığı, 39'u (%54.9) ortaokul-lise, diğerlerinin yüksekökul mezunu olduğu belirlenmiştir.

Bebeklerin 32'si (%45.1) ailenin ilk bebeği iken, 28'inin (39.4) bir, 11'inin (%15.5) iki ya da daha fazla kardeşi vardır. Bebeklerin 61'i (%85.9) çekirdek, 10'u (%14.1) geniş aile içindedir. Asgari ücret ve 2 katı düzeyinde aylık gelir miktarı düşük, asgari ücretin 3-4 katı orta, 5 kat ve daha üstü ise yüksek gelir düzeyi olarak belirlenmiş olup bu üç grup içinde orta düzeyin %45.1 ile en yüksek orana sahip olduğu belirlenmiştir.

Bebeklerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası özelliklerine bakıldığında; gebeliklerin çoğunluğu (%79.8) istenen ya da planlı gebeliklerdir. Bebeklerin 49'u (%96) vajinal doğum, 22'si (%31) sezeryan ile dünyaya gelmiştir.

Bebeklerin aylara göre ekspresif dil gelişim de-

ğerlendirmeleri Tablo 2'de ve reseptif dil gelişim değerlendirmeleri Tablo 3'de verilmiştir.

İlk bir yıldaki ekspresif ve reseptif dilin gelişimsel analizine bakıldığında: 5 zamanda alınan dil puanlarının zaman içinde her bir bebek için farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacı ile yapılan "çok yönlü denek içi varyans analizi (within subject multivariate test)" sonucunda zamanlar arasında ekspresif ve reseptif dil ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur [(Ekspresif dil için Wilk' Lambda=0.037, F=439.5, sd=4, p<0.001), (Reseptif dil için Wilk' Lambda=0.063, F=248.5, sd=4, p<0.001)]. Belirlenen farklılığın hangi iki zaman aralığından kaynaklandığını bulmak için "bağımlı gruplar için t testi yapılmış olup sonuçlar Tablo 4 ve 5'de verilmiştir. Tablo 6'da bebeklerin 12. ayda kelime düzeyindeki gelişimleri verilmiştir.

Tablo 2: Bebeklerin Aylara Göre Ekspresif Dil Değerlendirme Sonuçları

EKSPRESİF DİL	2. ay (%)	4. ay (%)	6. ay (%)	9. ay (%)	12. ay %
1. Konuşulunca ağlama dışı ses çıkarma	94,4	97,2	100	100	100
2. Huzursuz ya da aç olduğunda hırsıyla ağlama	95,8	95,8	95,8	93	98,6
3. Ağlama sesinde farklılaşma	69	80,3	88,7	91,5	97,2
4. Genelde hoşnutluk seleri çıkarma	59,2	87,3	91,5	91,5	100
5. Sesli ağız hareketleri yapma (tükürme, püskürtme..)	28,2	78,9	91,5	88,7	95,8
6. Sesli gülme	28,2	80,3	95,8	97,2	100
7. Sesli sesler çıkarma	77,5	95,8	94,4	97,2	97,2
8. Çığlık atma	39,4	76,1	84,5	91,5	98,6
9. En az iki farklı ses çıkarma	57,7	85,9	98,6	100	100
10. Konuşulduğunda/ hoşnut olduğunda sesler çıkartma	78,9	97,2	98,6	100	100
11. Rahat edemediği bir durumda ağlama	88,7	90,1	91,5	93	94,4
12. Kumru sesleri çıkarma, gıgıldama	43,7	73,2	81,7	85,9	81,7
13. Kıkırdama	18,3	66,2	87,3	91,5	100
14. Yüksek sesle gülme, kahkaha atma	15,5	69	88,7	94,4	97,2
15. Söylenenleri taklit etme	5,6	7	15,5	33,7	78,9
16. "cee" oyunu oynama	2,8	22,5	47,9	85,9	97,2
17. "da-da", "ba-ba", "ma-ma" gibi sesler	0	8,5	38	97,2	98,6
18. Yeni heceler çıkarma	5,6	23,9	45,1	85,9	97,2
19. Uzun hece tekrarları "da da da da" gibi	0	7	29,6	80,3	90,1
20. Babası için "baba" yemek için "mama" demesi	0	0	2,8	18,3	76,1
21. Gösterilenin adını söyleme ya da benzer ses çıkarma	0	0	1,4	7	35,2
22. Kendince adlandırmalar yapma	0	0	1,4	14,1	52,1
23. Tek kelimelerle konuşma	0	1,4	7	14,1	73,2

Tablo 3: Bebeklerin aylara göre reseptif dil değerlendirme sonuçları:

EKSPRESİF DİL	2. ay (%)	4. ay (%)	6. ay (%)	9. ay (%)	12. ay (%)
1. Ani ses ya da gürültüden sıçrama	100	100	100	97,2	100
2. İnsan sesine tepki verme	98,6	98,6	100	100	100
3. Anne sesini ayırt etme	66,2	88,7	97,2	100	100
4. Konuşmanın bittiğini farketme	73,2	85,9	97,2	93	98,6
5. Konuşan kişileri dinliyor izlenimi verme	88,7	94,4	98,6	100	100
6. Konuşanın ağız bölgesine bakma	81,7	85,9	85,9	87,3	90,1
7. Gülümseyerek karşılık verme	85,9	98,6	100	100	100
8. Konuşulduğunda sessiz ağız hareketleri	77,5	87,3	80,3	84,5	74,6
9. Gözleri ile sesi arama	84,5	94,4	100	100	100
10. "Cee" oyununa tepki verme	7	43,7	84,5	100	100
11. Sese doğru vücudu ile yönelme	40,8	80,3	95,8	100	100
12. Anne sesi ile sakinleşme, gülme	54,9	87,3	87,3	94,4	98,6
13. Görme alanı dışındaki sesleri dinleme	53,5	83,1	95,8	98,6	100
14. Çıngırak sesine başını döndürme	40,8	88,7	100	100	100
15. Çalındığında direk çıngırağa bakma	25,4	78,9	95,8	100	100
16. Kağıt hışırtısına başını döndürme	18,3	80,3	94,4	100	100
17. Heyecanlanma, derin nefes alma	47,9	83,1	88,7	95,8	95,8
18. "Hayır" kelimesini anlama	5,6	7	18,3	47,9	74,6
19. Konuşanları genelde anlaması	19,7	39,4	45,1	74,6	91,5
20. Azarlandığında yüz şeklinin değişmesi	25,4	56,3	74,6	90,1	98,6
21. Şarkılı oyunları sevmeye	9,9	42,3	76,1	93	100
22. Bazı beden parçalarını gösterebilme	0	1,4	1,4	4,2	33,8
23. Ayakkabılarını gösterebilme	0	0	1,4	4,2	28,2
24. "Adda" denince kapiya bakıp kıpırdanma	2,8	2,8	14,1	46,5	85,9
25. "Bana ver" denince elindeki uzatma	0	0	2,8	25,4	84,5
26. Adı söylenen eşya ya da kişiye bakma	0	0	8,5	31	67,6
27. Gösterilen eşya ya da kişiye bakma	0	1,4	16,9	50,7	87,3

Tablo 4: Ekspresif dil için bağımlı gruplar analiz sonuçları:

	t	Sd (serbestlik derecesi)	p
1. çift T2E - T4E	-12.22	70	0.000 *
2. çift T4E - T6E	-5.97	70	0.000 *
3. çift T6E - T9E	-6.30	70	0.000 *
4. çift T9E - T12E	-14.63	70	0.0000 *

*p < 0.01

Tablo 5: Reseptif dil için bağımlı gruplar analiz sonuçları:

	t	Sd (serbestlik derecesi)	p
1. çift T2R - T4R	-9.87	70	0.000 *
2. çift T4R - T6R	-4.05	70	0.000 *
3. çift T6R - T9R	-6.52	70	0.000 *
4. çift T9R - T12R	-11.57	70	0.0000 *

*p < 0.001

Tablo 6: 12 aylık bebeklerde kelime türü ve sayısı

Kelime türü	Ortalama kelime sayısı ± ss *	Kelime aralığı
İsim	4.97 ± 2.30	0 - 12
Fiil	0.75 ± 1.10	0 - 5
Ünlem	0.46 ± 0.71	0 - 3
Toplam	6.18 ± 3.14	0 - 18

*ss=standart sapma

12. ayda bebeklerin çıkardıkları isim türü kelimeler, baba, mama, meme, anne, nene, bebek, aba, abi agga (ayakkabı için), atta, hala, bu (su için), nenen (uyku için), annanne, teyze, top, cici ve yakınlarına ait özel isimle ece, akut (aykut için), lila (leyla için), atoş (fatoş için), nanan (nanan için)

Fiil türü kelimeler; Gel, git, al, tut, düştü, aç

Ünlem türü kelimeler; uf, cıs, tüh, tay tay, alo olarak listelenmiştir.

TARTIŞMA

Dil gelişimi ile ilgili yazın bilgileri rastgele hareketlerini ses ile durdurmayı, ani ses ya da gürültü ile sıçramayı ve tanıdık bir ses ile rahatlamayı, gülümseyerek karşılık vermeyi 2. aya özgü reseptif dil belirleyicileri olarak bildirmektedir (Edgcumbe 1981, Lewis 1982, Hall ve ark 1986, Behrman ve Vaugan 1987, Bzoch ve League 1991, Paul ve ark 1996). Araştırma kapsamındaki bebeklerin bu ayda %88'inin rahat edemediği bir durumda ağladığı, %94.4 oranında ağlama dışı ses çıkardıkları, %95.8'inin huzursuz ya da aç olduğunda hırsıyla ağladığı, %69'unda ağlama seslerinin farklılaştığı, %77.5'inin sesli sesler çıkardıkları belirlenmiş olup sonuçlar yazın bilgileri ile uyumludur.

Konuşana bakma, yerini belirleme, kızgın ve keyifli ses ayırımı yapma, odada görme alanı dışında konuşanları arama gibi reseptif dil özelliklerinin 3 ve 4. aylarda çoğu bebek için uygun olduğu bildirilmektedir (Edgcumbe 1981, Lewis 1982, Hall ve ark 1986, Behrman ve Vaugan 1987, Bzoch ve League 1991, Paul ve ark 1996). Araştırmamızda 4 aylık bebeklerin %94.4'ünün konuşanı izliyor izlenimi verdiği, %94.4'ünün gözleri ile sesi aradığı, %83.1'inin görme alanı dışındaki sesleri dinlediği, %78.9'unun çingırak çalındı-

ğında direk çingırağa baktığı belirlenmiş olup, sonuçlar yazın bilgileri ile uyumludur. Azarlandığında yüz şekli değişir maddesinin %56.3 oranında evet yanıtı almasında bebeklerin çoğunun azarlanmamış olabileceği, bu nedenle bebeklerin %43.7'sinin kızgın ses farkını anlamalarını sonucunun yanıltıcı olabileceğini düşündürmüştür.

3. ve 4. aylara özgü ekspresif dil davranışları olarak aynı yazın bilgileri gıgıldama, gülme ya da diğer keyifli sesleri çıkarma, sosyal uyarana sesli yanıt verme ve "p, b, m" gibi sessizleri kullanmayı örnek göstermektedir. Araştırmamızdaki bebeklerin bu dönemde %73.2'sinin gıgıldama sesleri çıkardığı, %80.3'ünün sesli güldüğü, %85.9'unun en az iki farklı ses çıkardığı şeklindeki sonuçlar yazın bilgileri ile uyumludur.

Dil gelişimi ile ilgili yazın bilgileri 5 ve 6. aylarda ise bebeklerin çoğunun reseptif dil davranışı olarak sesin kaynağını saptadıkları, ekspresif dil davranışı olarak da ses taklidine başladıkları ve çığlık attıkları belirtilmektedir (Edgcumbe 1981, Lewis 1982, Hall ve ark 1986, Behrman ve Vaugan 1987, Bzoch ve League 1991, Paul ve ark 1996). Yazın ile benzer olarak bebeklerimizin bu dönemde %95.8'inin çingırak çalındığında direk çingırağa baktıkları, %84.5'inin çığlık attığı ve ses taklidinin %15 oranında görüldüğü belirlenmiştir.

Yazın bilgileri; 7-9. aylara ulaştıkları dönemde bebeklerin reseptif dil yönünden mimiklerin kullanımı, hayır denilince hareketini durdurmanın, ekspresif olarak ise kelime benzeri sesler çıkarma, hece tekrarı yapma, ceee oyunu oynamanın görüldüğü bildirilmektedir (Edgcumbe 1981, Lewis 1982, Hall ve ark 1986, Behrman ve Vaugan 1987, Bzoch ve League 191, Paul ve ark 1996). Araştırma sonuçlarımız bebeklerin %47.9'unun "hayır" kelimesini anladığını gös-

termiştir. Bu maddenin 9 aylık bebeklerin yalnız yarısına uyması, kültürümüzde "hayır" kelimesinin yerine "cıs", "yapma" gibi kelimelerin daha fazla kullanılmasına bağlı olabilir. Bebeklerimizin 9. ayda yapılan değerlendirme sonuçları %97.2'sinin de-de, ma-ma, ba-ba gibi hece tekrarları, %80.3'ünün "dadadada" gibi uzun hece tekrarları yaptığı ve %97.2'sinin "cee" oyunu oynadığını göstermekte olup yazın bilgileri ile uyumludur.

Dil gelişimi ile ilgili yazın bilgilerinde istek üzerine elindeki verebilme, basit soruları bakarak ya da göstererek yanıtımla gibi reseptif dil özelliklerinin 12. ayda çoğu bebek için uygun olduğu, ekspresif dil yönünden ise jargon dilini kullandıkları ve ilk anlamlı kelimelerin çıktığı bildirilmektedir (Edgcumbe 1981, Lewis 1982, Hall ve ark 1986, Behrman ve Vaugan 1987, Bzoch ve League 1991, Paul ve ark 1996), Araştırmamızın son aşaması olan 12. ayda bebeklerin %84.5'inin "bana ver" denildiğinde elindeki uzattığı, %85.9'unun "adda" denilince kapıya bakıp kıpırdandığı, %67.6'sının adı söylenen eşya ya da kişiye baktığı, ekspresif dil yönünden ise bebeklerin %73.1'inin tek kelimelerle konuştuğu, %52.1'inin ise kendince adlandırmalar yaptığı belirlenmiş olup yazın bilgileri ile benzerlik göstermektedir.

İlk bir yılın reseptif ve ekspresif dil yönünden sağlıklı bebeklerde her ayda yeni gelişmelerin olduğunu bildiren yazın bilgileri (Edgcumbe 1981, Lewis 1982, Hall ve ark 1986, Behrman ve Vaugan 1987, Bzoch ve League 1991, Paul ve ark 1996) ile uyumlu olarak araştırma kapsamındaki tüm bebeklerin boylamsal analizinde, 5 zamanda alınan reseptif ve ekspresif dil puanlarının zaman içinde her bebek için istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür. Konu ile ilgili ulaşılabilen kaynaklarda araştırmamızın desenine benzer bir çalışmaya rastlanmadığı için boylamsal analizler yeterince tartışılmamıştır.

Yazında 12. ay ile birlikte çocuğun ilk anlamlı kelimeleri çıkardığı söylenmekte ve ilk kelimelerin dada, mama, bye-bye, ball, car, bicky (biscuit), more, oh-oh gibi kelimeler, bir hayvan ya da oyuncak adı olduğu bildirilmektedir. "Dada, mama" dışında 12. ayda iki farklı kelimenin daha çıkabileceği belirtilmektedir (Edgcumba 1981,

Lewis 1982, Hall ve ark 1986, Behrman ve Vaugan 1987, Bzoch ve League 1991, Paul ve ark 1996). Araştırmamızın 12. ayda yapılan son aşamasında annelerin bildirdikleri bebeklere ait kelime listesinde bebeklerimizin çıkardığı kelimeler ses yönünden yazında verilen örneklere benzemekte, sıklıkla b, m, n, k, t, g gibi sessizlerle başlayan kelimeler çıkardıkları görülmektedir. Sesli harfler içinde ise en fazla "a" ile başlayan kelimeler çıkmaktadır. Sesler açısından benzerlik olsa da, çıkarılan kelimelerin konuşulan dile özgü kelimeler olduğu görülmekte, bir başka deyişle dilin çevre içinde öğrenim yolu ile kazanıldığını dikkati çekmektedir.

SONUÇ

Bebeğin gelişim alanları içinde dil gelişimi üzerine yapılmış çok sayıda araştırma kesitsel ya da kısa süreli izlem özelliği taşımakta olup özellikle Türk bebeklerinde 0-1 yaş döneminde yapılmış bir araştırmaya rastlanmamıştır. Araştırmamız bu boşluğu doldurması planlanan boylamsal bir çalışma olup bebeklerimizin yazında bildirilen basamaklara uygun gelişim gösterdikleri görülmüştür. Sonuçlarımızın 0-1 yaş dönemi dil değerlendirmesinde klinisyenlere bebeklerin aylara göre hangi basamaklarda yoğunlaştıkları konusunda yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Bahrıc LE, Pickens JN (1988) *Classification of bimodel English and Spanish language passages by infants. Infant Behav Dev 11:277-296.*

Beck AT, Ward CH, Meldenson M (1961) *An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 4: 561-571.*

Bee H (1992) *The Development of Language. The Developing Child. Harper Collins College Publishers. Sixth edition. S: 295-336.*

Behrman RE, Vaugan VC (1987) *Developmental Pediatrics 2. Bölüm Nelson Textbook of Pediatrics. 13. baskı. WB Saunders Company USA. S:6-35.*

Bell SM, Ainsworth MDS (1973): *Infant Crying and Maternal Responsiveness. Child Development and Behavior. F. Reberlsky, L. Dorman (eds). Alpfred A Knopf, inc. New York. S:129-145.*

- Bertoncini J, Bijeljic-Babic R, Jusczyk PW ve ark. (1988) An investigation of young infants' perceptual representations speech sounds. *J Exp Psychology*: 117: 1: 21-33.
- Bzoch KR, League R (1991) Receptive-Expressive Language Emergent Test. Pro-ed, Inc.
- Condon WS, Sander LW (1974) Neonate movement is synchronized with adult speech; International participation and language acquisition. *Science* 183: 99-101.
- DeCasper AJ, Fifer WP (1980) Of human bonding: Newborns prefer their mothers' voice. *Science* 208: 1174-1176.
- De Villers PA, de Villers LG (1979) *Early Language*. Fontana, London.. S:22-23.
- Feldman Ma, Sparks B, Case L (1993) Effectiveness of home-based early intervention on the language development of children of mothers with mental retardation. *Res Dev Disabil* 14 (5): 387-408.
- Graham P (1991) *Child Psychiatry 2nd ed...*. Oxford University Press New York, 73-103.
- Hall E, Lamb ME, Perlmuter M (1986) *Child Psychology Today*. 2. Baskı Random House New York.
- Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 22: 118-126.
- Lewis M (1982) *Language Development. Clinical Aspects of Child Development içinde*. İkinci baskı. Lea & Febiger USA. S. 51-61.
- Masur EF (1997) Maternal labelling of novel and familiar objects: implications for children's development of lexical constraints. *J Child Lang* 24(2): 427-439.
- Mehler J, Jusczyk P, Lambertz G ve ark. (1988) A precursor of language acquisition in young infants. *Cognition* 29: 143-178.
- Miller JF, Chapman RS, Branston MB VE ARK. (1980) Language comprehension in sensorimotor stages V and VI. *J Speech Hear Res* 23: 284-311.
- Miller R (1979) *Development From One to Two Years: Language acquisition*. Basic Handbook of Child Psychiatry. JD Nospitz (ed). Basic Books, Inc., Publishers New York. S:127-144.
- Mitchell PR, Kent RD (1990) Phonetik variation in multisyllable babbling. *J Child Lang* 17: 247-265.
- Morgan CT (1977) *A Brief Introduction to Psychology*. 2nd ed. Mc Graw Hill Book Company. New York USA.
- Osofsky, JO, Connors K(1976) *Mother Infant Interaction: An Integrative View of a Complex System*. Mother-Infant Interaction. Kennel HJ, Voss DK, Klaus MH (eds) Mosby. St. Louis,. S:519-548.
- Öner N (1977) *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Türk toplumunda geçerliliği*. Doçentlik tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Öner N, LeCompte A (1993) *Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- Paul R, Baker L ve Cantwell DP (1996) *Development of communication*. *Child and Adolescent Psychiatry*. M Lewis (ed) William and Wilkins USA. S: 191-202.
- Poulson CL, Kymissis, E, Reeve KN ve ark. (1991) Generalized vocal imitation in infants. *J Exp Child Psychology* 51:267-279.
- Savaşır I, Sezgin N, Erol N (1993) 0-6 yaş çocukları için Gelişim Tarama Envanteri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 4: 9-18.
- Smolak L (1982) *Cognitif precursors of receptive vs. expressive language*. *J Child Lang* 9: 13-22.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE (1970) *Manual for the State Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, Consulting Psychologist Press.
- Vaughan VC, Litt IF (1990) *Child and Adolescent Development*. WB Saunders Company USA.
- Withman MM, Macken MA, Miller R ve ark. (1985) From babbling to speech: a reassessment of the continuity issue. *Language* 61:397-445.
- Whitehead MR (1990) *Psycholinguistic: The Big Question*. Chapter 3. *Language and Literacy in Early Years*. Paul Chapman Publishing Ltd. S: 1-32.

KEKEME ÇOCUKLARDA SOSYAL FOBİ

Mücahit Öztürk*, Ümran Tüzün**

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı kekemeliği olan çocuklarda sosyal fobi belirtilerini ve sosyal fobi oranını araştırmaktır. **Yöntem:** 8-13 yaşları arasında 30 kekeme çocuk ve 50 normal çocuk çalışmaya alınmıştır. Kekeme çocuklar ve kontrol grubuna Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri, Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği, Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma ve kontrol grubunda DSM IV ölçütleri esas alınarak sosyal fobi tanısı araştırılmıştır. **Sonuç:** Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği puan ortalamaları kekeme çocuklarda kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri ve Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının kontrol grubundan istatistiksel olarak farklı olmadığı anlaşılmıştır. Sosyal fobi tanısı için DSM IV ölçütlerinde kekemeliği dışlayan ölçüt gözardı edilerek yeniden düzenlendiğinde 10 olgu sosyal fobi tanısı almıştır. **Tartışma:** Bir çok kekeme çocuk sosyal fobi belirtileri göstermektedir. DSM IV de yer alan kekemeliği dışlama ölçütü bu çocukların sosyal fobi tanısı almasını zorlaştırarak sosyal anksiyetenin tanınmasını ve tedavi edilmesini engelleyebilir.

Anahtar Sözcükler: Sosyal fobi, kekemelik, çocukluk dönemi

SUMMARY: SOCIAL PHOBIA IN CHILDREN WITH STUTTERING

Objective: The purpose of this study is to investigate the symptoms of social phobia and the ratio of social phobia in children with stuttering. **Method:** Fifty children with stuttering and 50 normal between 8-13 years old, were involved in this study. Trait Anxiety Inventory, Social Anxiety Scale for Children and Çapa Social Phobia Scale for Children and Adolescents were administered to the children with stuttering and controls. They were also evaluated for social phobia according to DSM-IV criteria. The score of Çapa Social Phobia Scale for Children and Adolescents in children with stuttering was statistically higher than controls. The scores of Trait anxiety Inventory and Social Anxiety Scale for Children in children with stuttering were not statistically different from controls. When DSM-IV criteria were modified to permit a diagnosis of social phobia ten of the 30 patients were given a diagnosis of social phobia. **Discussion:** Many children with stuttering have difficulties with social anxiety. By precluding a diagnosis of social phobia in these children, DSM-IV may hinder the identification of social anxiety as a symptom of disability and may limit access to treatment.

Key words: Social phobia, stuttering, childhood.

GİRİŞ

Kekemelik, konuşmanın akıcılık ve zamanlama yönünden bireyin yaşına uygun olmayan biçimde bozuk olması olarak tanımlanmıştır. Bu bozukluk seslerin ve hecelerin sık sık yinelenme ve uzatılmalarıyla belirgindir. Diğer konuşma aksaklıkları ise bloklar, duraklama ve ünlemlerlerdir (APA 1994). Kekemelik genellikle 2-7 yaşları arasında başlar ve en sık 3-4 yaşlarında gözlenir (Paul 1996). Olguların çoğunda başlangıç, normal konuşma geliştikten sonra ve 10 yaşından öncedir (Barker 1996). Çocuklarda görülme sıklığı yaklaşık %1 iken ergenlik döneminde bu oran %0.8 e iner. Erkek çocuklarda kız çocuklara

oranla 3 kat daha sık rastlanır (Ham 1990). Başlangıç genellikle sessizdir. Önce uzun cümlelerin başında tekrarlamalar varken giderek konuşmanın normal akışını bozacak nitelikte kekeleme ortaya çıkar. Çocuk durumun farkına vardığında konuşma akışının bozukluğundan kurtulmak için çeşitli düzenekler ve duygusal tepkiler geliştirir (APA 1994). Kekemeliğin nedeni tam olarak bilinmemesine karşın, aile öyküsü ve genetik geçiş üzerinde durulmuş ayrıca anksiyete ve stresin rolü tartışılmıştır (Greiner ve ark. 1985).

Kekemeliğin uzun süre devam ettiği durumlarda bozukluğun derecesi kişinin içinde bulunduğu duruma göre değişmekte ve karşılıklı konuşma durumunda en ağır şekli gözlenmektedir. Stres ve anksiyetenin kekemeliği artırdığı bilin-

* Uzm. Dr., Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi, İstanbul.

** Doç. Dr., İstanbul Üniv., İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

mekle birlikte etyolojide rol almadıkları düşünülmektedir. Konuşma sırasında stresin azaltılması kekemelik süresini azaltmaktadır (Paul 1996). Konuşmada tutukluğu olan kişilerin başkalarının bulunduğu ortamlarda konuşurken sıkıntı duymaları ve yoğun biçimde eleştirilecekleri endişesini yaşamaları, genellikle konuşmaları ile alay edilme konusundaki eski deneyimlerine dayanır (Bloodstein 1987). Nedene yönelik bu yaklaşım yanında sosyal anksiyete ve kekemelik arasında oldukça güçlü bir ilişkinin varlığından da söz edilmektedir (Craig 1990, Greiner ve ark. 1985). DSM IV'ü düzenleyen yazarlar sosyal fobi ölçütlerini sayarken kekemeliğe bağlı gelişen sosyal anksiyete ve kaçınma davranışını dışlamışlardır (APA 1994). Bu dışlamanın nedeni, topluluk içinde konuşurken kekeleye ile konuşmaktan korkmanın kaçınılmaz şekilde birlikte bulunması gerektiği varsayımı ile topluluk içinde konuşmaktan kaçan kekemelerde sosyal fobi tanısının kişiye bir avantaj sağlamayacağı düşüncesine bağlıdır. DSM IV konuşma zorluğu olan kişinin başkalarıyla konuşmaktan çekineceği ve kaçınacağı düşüncesini ön planda tutmuştur (APA 1994). Ancak kekemelerin hepsinde sosyal fobi belirtilerinin gözlenmemesi nedeniyle bu ön kabulün test edilmesi, araştırmalarla açığa çıkarılması ve DSM IV'ün dışlama ölçütünün yeniden gözden geçirilmesini savunanlar vardır. Kekemelerin bir bölümünde sosyal fobisi olan hastalarla benzer düzeyde sosyal anksiyete belirtileri varlığının ortaya çıkarılması, sosyal anksiyetenin kekemeliğin şiddetinden bağımsız olarak bu kişilerde gözlenen işlevsel bozulmanın nedeni olabileceği fikrini doğurmuştur (Schneider ve ark. 1997). Eğer kekemelerin bir grubu kekemeliğe bağlı olarak sosyal anksiyete, huzursuzluk ve yetersizlik hissediyorsa, diğer kekemelerden farklı olan bu kişiler sosyal fobi tanısı da almalıdırlar (George ve ark. 1994, Stein ve ark. 1996). Kekemelerin sosyal fobi tanısı alamayacakları görüşü hekimin hastasında sosyal anksiyete belirtilerini yok sayma ya da gözden kaçırma, dolayısıyla tedavinin engellenmesi riski doğuracaktır. Bu nedenle erişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da benzer tartışmalara ışık tutmak amacıyla kekeme çocuklarda sosyal fobi belirtileri ve tanısı araştırılmış ve sonuçlar kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır.

YÖNTEM

Kliniğimize şubat 1999 ile temmuz 1999 tarihleri arasında konuşmada tutukluk şikayeti ile başvuran her çocuk ile kliniğimizde kullanılmakta olan yarı yapılandırılmış görüşme formu esas alınarak klinik görüşme yapılmıştır. Klinik görüşme sonucunda DSM IV ölçütlerine göre kekemelik tanısı alan, klinik muayene sonucu zeka düzeyi normal olan, daha önce kekemelik nedeniyle tedavi görmemiş 8-13 yaşları arasında 30 çocuk çalışmaya alınmıştır. Kontrol grubu olarak İstanbul ilinde bir İlköğretim okulunda basit rasgele örnekleme yöntemi ile 8-13 yaşları arası 55 çocuk seçilerek incelenmiştir. Kontrol grubu olguları ile kliniğimizde kullanılmakta olan yarı yapılandırılmış görüşme formu esas alınarak klinik görüşme yapılmış ve klinik muayene sonucu zeka düzeyi normal olan, kekemelik tanısı almayan ve çalışmaya katılmak isteyen 50 çocuk çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan çocuklara Spielberg (1973) tarafından geliştirilen ve Özusta (1995) tarafından türkçeye çevrilip geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Çocuklar İçin Sürekli Kaygı Envanteri (ÇSKE), Le Greca ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen ve Demir (1997) tarafından türkçeye çevrilip güvenilirlik çalışması yapılan Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği (ÇSAÖ) ve Demir (1997) tarafından geliştirilip geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Çapa Çocuk ve Ergenler Sosyal Fobi Ölçeği (ÇCESFÖ) uygulanmış ve her çocukla sosyal fobi tanısı için DSM IV ölçütleri esas alınarak tanısal görüşme yapılmıştır. Ayrıca DSM IV de sosyal fobi tanı ölçütlerinde yer alan ve kekemeliğe bağlı gelişen sosyal anksiyete ve kaçınma davranışlarını dışlama ölçütünü kabul eden madde yok sayılarak ikinci bir görüşme yapılmış ve buna göre sosyal fobi tanuları yeniden değerlendirilmiştir. Çalışmamızın istatistiksel analizleri SPSS/PC paket programı ile nicel verilerin değerlendirilmesinde t testi ve Mann-Whitney U testi, nitel verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR:

Araştırma grubunun yaş ortalaması 11.16 yıl (± 1.68) ve kontrol grubunun yaş ortalaması 11.12 yıl (± 1.43) dir. İki grubun yaş ortalaması arasın-

Tablo 1: İki grubun yaş ortalamalarının t testiyle karşılaştırılması

	KEKEME GRUBU n:30		KONTROL GRUBU n:50		t	p
	ort	sd	ort	sd		
Yaş	11.16	1.68	11.12	1.43	0.127	0.900

Tablo 2: İki grubun cinsiyet oranlarının ki-kare testiyle karşılaştırılması

	KEKEME GRUBU		KONTROL GRUBU		x ²	p
	erkek n:26 (%87)	kız n:4 (%13)	erkek n:36 (%72)	kız n:14 (%28)		
Cinsiyet					2.31	0.131

Tablo 3: İki grubun ÇSKE, ÇSAÖ, ÇÇESFO puan ortalamalarının t testiyle karşılaştırılması

	KEKEME GRUBU		KONTROL GRUBU		t	p
	ort	sd	ort	sd		
ÇSKE puan ort	37.22	7.64	36.70	9.49	-0.254	0.802
ÇSAÖ puan ort	47.20	15.61	42.12	11.54	-1.66	0.129
ÇÇESFO puan ort	64.90	19.15	53.76	12.42	2.84	0.007

ÇSKE: Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri

ÇSAÖ: Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği

ÇÇESFO: Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği

Tablo 4: İki grubun sosyal fobi oranlarının ki-kare testiyle karşılaştırılması

	KEKEME GRUBU		KONTROL GRUBU		x ²	p
	var n:5 (%16.7)	yok n:25 (%83.3)	var n:3 (%6)	yok n:47 (%94)		
Sosyal fobi tanısı (DSM IV'e göre)					2.37	0.126
Sosyal fobi tanısı (DSM-IV dışlama öl- çütü yok sayıldığında)	var n:10 (%33.3)	yok n:20 (%66.7)	var n:3 (%6)	yok n:47 (%94)	10.29	0.001

da anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (tablo 1). Araştırma grubunun 4 (%13) ü kız, 26 (%87) sı erkek, kontrol grubunun 14 (%28) ü kız, 36 (972) sı erkektir. İki grup arasında cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0.05$) (tablo 2). Araştırma grubunun eğitim süre ortalaması 5.2 (± 1.3) yıl ve kontrol grubunun eğitim süre ortalaması 5.1 (± 1.1) yıldır. İki grubun eğitim süre ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Araştırma olgularında kekemeliğin süresi 2-8 yılları arasında ve ortalama 5.1 (± 1.7) yıldır. ÇSKE puan ortalaması araştırma grubunda 36.70, kontrol grubunda 37.22, ÇSAÖ puan ortalaması araştırma grubunda 47.20, kontrol grubunda 42.12 ve ÇÇESFÖ puan ortalaması araştırma grubunda 64.90, kontrol grubunda 53.76 bulunmuştur. İki grup ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında ÇÇESFÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p>0.01$) (tablo 3). DSM IV ölçütleri esas alınarak sosyal fobi tanısı araştırıldığında araştırma grubundaki olguların 5 (%16.7) i, kontrol grubunun ise 3 (%6) ü sosyal fobi tanısı almıştır. DSM IV'e göre kekemeliğe bağlı gelişen sosyal anksiyete ve kaçınma davranışı sosyal fobi kabul edilmektedir (APA 1994). Bu ölçüt gözardı edildiğinde olguların 10 (%33.3) u, sosyal fobi tanısı almış ve bu oran kontrol grubu ile istatistiksel olarak karşılaştırıldığında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$) (tablo 4).

Araştırma grubu kızlarda ÇSKE puan ortalaması 30.5 (± 10.3), ÇSAÖ puan ortalaması 46.7 (± 13.2), ÇÇESFÖ puan ortalaması 61.7 (± 21.1), kontrol grubu kızlarda ÇSKE puan ortalaması 40.4 (± 9.02), ÇSAÖ puan ortalaması 44.2 (+10.1), ÇÇESFÖ puan ortalaması 56,7 (+12.7) bulunmuştur. Araştırma ve kontrol grubu kızlar ÇSKE, ÇSAÖ ve ÇÇESFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamıştır ($p>0.05$). Araştırma grubu erkeklerde ÇSKE puan ortalaması 37.6 (± 9.2), ÇSAÖ puan ortalaması 47.2 (+16.07), ÇÇESFÖ puan ortalaması 65.38 (± 18.8), kontrol grubu erkeklerde ÇSKE puan ortalaması 35,9 (± 6.7), ÇSAÖ puan ortalaması 41.2 (± 12.05), ÇÇESFÖ puan ortalaması 52.5 (+12.2) bulunmuştur. Araştırma ve kontrol grubu erkekler ÇÇESFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($p<0.05$), ÇSKE ve ÇSAÖ puan ortala-

maları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kekemelik süresi ortalama süre olan beş yıl sınır alınarak incelenmiş ve kekemelik süresi beş yıldan az olan 12 (%40) araştırma olgusunun ÇSKE puan ortalaması 37.1 (± 9.1), ÇSAÖ puan ortalaması 46.2 (+9.3), ÇÇESFÖ puan ortalaması 62.8 (± 16.1), beş yıldan fazla olan 18 (%60) araştırma olgusunun ÇSKE puan ortalaması 36.05 (+9.6), ÇSAÖ puan ortalaması 47,9 (+15.5), ÇÇESFÖ puan ortalaması 65.3 (± 21.1) bulunmuştur. Kekemelik süresi beş yıldan az olan olgularla, fazla olan olguların ÇSKE, ÇSAÖ ve ÇÇESFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kekemelik süresi beş yıldan az olan olgularla kontrol grubu olgularının ÇÇESFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kekemelik süresi beş yıldan fazla olan olgularla kontrol grubu olgular karşılaştırıldığında ise hiçbir ölçekte anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Farklı çalışmalarda kekemelerde kekeme olmayanlara oranla kişiler arası stres duyarlılığı daha yüksek bulunmuştur (George ve ark. 1994, Greiner ve ark 1985, Kraamiat ve ark 1991., Miller ve Watson. 1992), Kekemelerin sosyal ortamlarda konuşurken başkaları tarafından eleştirilecekleri korkusuyla yoğun anksiyete duydukları ve sosyal ortamlarda konuşmaktan kaçındıkları bildirilmiştir (Craig 1990). Kızıltan ve arkadaşları (1998) erişkin kekemelerde sosyal anksiyete, sosyal kaçınma ve anksiyete düzeylerini sosyal fobi hastalarından daha düşük, normal kontrol grubundan ise daha yüksek bulmuşlardır. Çalışmamızda kekeme çocukların ÇSAÖ ve ÇÇESFÖ puan ortalaması kontrol grubuna oranla yüksektir. Ancak yalnızca ÇÇESFÖ puan ortalaması kontrol grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu sonuç erişkin kekemelerde olduğu gibi çocuk kekemelerde de sosyal anksiyete düzeyinin yüksek olabileceği düşüncesini doğurmuştur. Kekemelerde konuşma bozukluğuna bağlı gelişen sosyal fobi belirtilerini araştıran ve DSM IV'ün kekemeliği dışlama ölçütünü gözardı eden çalışmalarda,

kekemelerde sosyal fobi belirtilerinin yoğun yaşandığı sonucuna varılmıştır (Schneier ve ark. 1997, Stein ve ark. 1996), Murray ve arkadaşlarının (1996) benzer yöntemleri kullandıkları bir çalışmada DSM IV'ün dışlama ölçütü gözardı edildiğinde erişkin kekemelerin %75'i sosyal fobi tanısı almıştır. Çalışmamızda DSM IV'e göre olguların %16.7 si sosyal fobi tanısı alırken, DSM IV'ün kekemeliği dışlama ölçütü gözardı edildiğinde oran %33.3 e çıkmaktadır. Bu oran kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. Bu sonuç erişkin kekemelerle yapılan benzer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Konuşmasındaki bozukluk nedeniyle anksiyete ve kaçınma reaksiyonu yaşayan çocukların da erişkinler gibi sosyal ilişkilerinde sorun yaşamaları doğaldır. Erişkin kekemelerde olduğu gibi çocuklarda sosyal fobi belirtilerinin araştırıldığı yazınlara henüz rastlanmamaktadır. Kekemeliğin erken yaşlarda başlaması sosyal anksiyete belirtilerini erken yaşlarda da gözlenebileceği düşüncesini doğurmaktadır. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar erişkin kekemelerle yapılan çalışmalarla destekler nitelikte olsa da benzer çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir. DSM IV'ün kekemelik nedeniyle oluşan sosyal fobi belirtilerine sosyal fobi tanısı konmasını engelleyen yaklaşımı, kekeme çocuklarda sosyal anksiyeteyi belirleme ve tedavi etme şansını ortadan kaldırmaktadır. Bu nedenle DSM IV deki dışlama ölçütüne rağmen kekeme çocuklarda sosyal fobi belirtileri titizlikle incelenmelidir. İleri çalışmalarla sosyal fobi tespit edilen çocukların tedavi sonuçları değerlendirilerek bunun konuşma sorununa olan katkısı tartışılmalıdır.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association APA (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Ed (DSM-IV)* Washington DC

Barker P (1996) *Basic Child Psychiatry Sixth Edition* Blackwell Science Oxford

Bloodstein A (1987) *A Handbook on Stuttering*. National Easter Seals Society, Chicago

Craig A (1990) *An investigation into the relationship between anxiety and stuttering*. *J Speech Hear Disord* 55: 290-294.

Demir T (1997) *Çocuk ve ergenlerde sosyal fobi: Epidemiyolojik bir çalışma*. Uzmanlık Tezi İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, İstanbul

George MS, Lydiard RB (1994) *Social phobia secondary to physical disability: A review of benign essential tremor (BET) and stuttering*. *Psychosomatics* 35:520-225.

Ham R (1990) *Therapy of stuttering preschool through adolescence* prentice-hall Child Psychiatry içinde Graham P (ed) Oxford University Press Oxford

Kızıltan E, Tükel R, Demir T, Demir D (1998) *Kekemelik ve sosyal fobinin klinik özellikleri açısından karşılaştırılması* 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi Çeşme, İzmir

Kraaimaat F, Janssen P, van Dam-Baggen R (1991) *Social anxiety and stuttering Percept Mot Skills* 72: 766-779

Le Grace AM, Dandes SK, Wck P, Shaw K, Stone WL (1988) *Development of the Soical Anxiety Scale for Children Reliablitiy and concurrent validity* *J Clin Child Psychol* 17:84-91

Miller S, Watson BC (1992) *The relationship between communication attitude, anxiety, and depression in stutterers and nonstutterers*. *J Speech Hear Res* 35(4): 789-798.

Murray BS, Allison B, John RW (1996) *social phobia in adults with stuttering* *Am J Psychiatry* 153: 278-280

Özusta ŞH (1995) *Çocuklar için Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması* *Türk Psikoloji Dergisi* 10 (34): 32-44

Paul R (1996) *Disorder of communication*. *Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook* içinde Lewis M (ed) Williams & Wilkins Baltimore

Schneier FR, Wexler KB, Liebowitz MR (1997) *Social phobia and stuttering* *Am J Psychiatry* 154 (1): 131

Spielberger C (1973) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children* Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Stein MB, Baird A, Walker JR (1996) *Social phobia in adults with stuttering* *Am J Psychiatry* 153: 278-280.

İLAÇLA ÖZKIYIM GİRİŞİMİNDE BULUNAN ERGENLERDE BELİRLEYİCİ OLARAK ALEKSİTİMİ, UMUTSUZLUK VE DEPRESYON: KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA

Kemal Sayar*, Mücahit Öztürk*, Burçin Acar**

ÖZET

Amaç: Özkiyım davranışı ergenler için en önemli hastaneye yatış nedenleri arasında sayılmaktadır. Özkiyım davranışını belirleyen etkenler arasında, umutsuzluk ve depresyonun şiddeti ayrı bir önem taşımaktadır. Son yıllarda duyguları tanıma ve söze dökme zorluğu olarak tanımlanan aleksitimi de özkiyım davranışında araştırılmaktadır. Bu çalışmada sağlıklı bir kontrol grubu kullanılarak; aleksitimi, umutsuzluk ve depresyonun ergenlerde özkiyım davranışını ne ölçüde belirlediği araştırıldı istedik. **Yöntem:** Özkiyım girişimi nedeniyle hastane acil servisine getirilen otuzüç ergen ve onlarla demografik açıdan eşleştirilmiş otuzüç sağlıklı ergen çalışmaya alınmıştır. Denekler demografik veri formunun yanı sıra Zung Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Toronto Aleksitimi Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Özkiyım girişiminde bulunan gruba ayrıca Özkiyım Niyeti Ölçeği ve Özkiyımın Ölümcüllüğü Ölçeği de uygulanmıştır. İki grup arasında psikometrik ölçümler açısından karşılaştırma yapılmış, özkiyım girişimi grubunda ise özkiyım girişimi ve ölümcüllüğünün diğer değişkenlerle ilişkisi araştırılmıştır. **Sonuçlar:** Özkiyım girişiminde bulunan ergenlerin çoğunluğu (%85) kızdır ve tümü aşırı dozda ilaç alımıyla girişimde bulunmuşlardır. Özkiyım davranışı gösteren ergenler kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek umutsuzluk ve özkiyım düşüncesi puanları almışlardır. Çalışma grubunu oluşturan deneklerin depresyon puanları kontrol grubuna göre daha yüksek ve aradaki fark anlamlılığa yakındır. Aleksitimi açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Özkiyımın ölümcüllüğü diğer psikometrik değişkenlerden bağımsız bulunmuştur. Özkiyım niyetini belirleyen en önemli değişkenin özkiyım düşüncesi olduğu saptanmıştır. **Tartışma:** Umutsuzluk ergenlerde özkiyım davranışına zemin hazırlayabilir. Özkiyım niyetini belirleyen en önemli etkenin, depresyon ölçeğinin özkiyım düşüncesini ölçen maddesi olduğu düşünülürse, ergen kişilerde özkiyım düşüncesinin sorgulanmasının önemi anlaşılmaktadır. Özkiyım girişiminin ölümcüllüğünün ise daha çok rastlantısal olduğu görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Özkiyım girişimi, ergen, depresyon, umutsuzluk, aleksitimi

SUMMARY: ALEXITHYmia, HOPELESSNESS AND DEPRESSION IN ADOLESCENTS WHO ATTEMPT SUICIDE BY DRUG OVERINGESTION: A CONTROLLED STUDY

Objective: Suicidal behavior is one of the most important reasons for hospitalization in adolescents. Hopelessness and severity of depression emerge as the most important predictors of suicidal behavior both in adult and adolescent populations. Recently the personality construct alexithymia, which can be defined as a difficulty in identifying and expressing emotions has been investigated as a predictor of suicidal behavior. In this study we aimed to see the impact of alexithymia, hopelessness and depression on suicidal behavior by using a healthy control group. **Method:** Thirty-three adolescent who have attempted suicide and thirty-three demographically matched healthy controls were recruited in the study. Subjects were assessed with demographic data form, Zung Scale for Depression, Beck Hopelessness Scale and Toronto Alexithymia Scale. Suicide attempter group was also assessed by Suicide Intent Scale and Suicide Lethality Scale. Both groups were compared on the grounds of psychometric measures, where as the correlation of suicide intent and lethality was investigated in the suicide attempters group. **Results:** Suicide attempters were predominantly girls (85%) and all of them attempted suicide by overingestion of drugs. Adolescents with suicidal behavior scored significantly higher on the measures of hopelessness and suicidal ideation. Suicide attempters also scored higher on the measure of depression and the difference was close to significance. No significant difference was found between the two groups on the measure of alexithymia. Lethality of the suicide attempt was found to be independent of other psychological variables. The strongest predictor of suicidal intent in adolescents was found to be suicidal ideation. **Discussion:** Hopelessness may pave the way for suicidal behavior in adolescents. Suicidal ideation as measured by the depression scale, emerges as the strongest predictor of intent, which is a finding that should promote careful screening of suicidal thoughts in adolescent patients. The lethality of the suicide attempt seems rather to be a matter of chance.

Key words: Suicide attempt, adolescent, depression, hopelessness, alexithymia.

* Uzm. Dr., Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi, Psikiyatri Klin., İstanbul

** Asist. Dr., Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi, Psikiyatri Klin., İstanbul

GİRİŞ

Özkıyım ergenlerde sık görülmekte ve özkıyım davranışı ergenler için önemli hastaneye yatış nedenleri arasında sayılmaktadır. Özkıyım girişiminde bulunan kişilerin yineleyici girişim ve tamamlanmış özkıyım açısından yüksek risk taşıdıkları bilindiğinden özkıyım girişiminde bulunan ergenlerde belirlenecek yaklaşım önem kazanmaktadır (Zlotnick ve ark. 1997). Özkıyım girişimlerinin yaygınlığı lise ve toplum çalışmalarında %3 ile %14 arasında değişirken, psikiyatri birimlerindeki ergen örneklerinde bu oran %7-22 ve cezaevi örneklerinde %19.4 olarak bulunmuştur. (Yoder 1999). Özkıyım girişiminde bulunan bireylerin homojen bir grup oluşturmadığı, ergenlerin üçte ikisinin ölme arzusu dışında nedenlerle özkıyım davranışı gösterdiği bildirilmiştir. Bu kişiler dikkat çekmek, başka insanları etkilemek ya da aşk ve öfkeyi dışavurmak gibi amaçlarla da bu tür girişimlerde bulunabilmektedirler. (Nasser ve Overholser 1999). Özkıyım davranışı gösteren ergenlerin daha çok kız ve ergenliğin ileri yaşlarında, özellikle puberte sonrasında özkıyım davranışı gösterdikleri bilinmektedir. Erkeklerde tamamlanmış özkıyım daha sık görülürken, kızlarda özkıyım girişimleri daha fazladır (Brent ve Kolko 1990). Erkeklerin özkıyım niyetinin daha yüksek olduğu, daha ölümcül yöntemler kullandıkları, yüksek oranda antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kötüye kullanımı gösterdikleri ve yasal zorluklar, maddi sorunlar ve kişi yitimleri gibi zorlu yaşam olayları karşısında daha çok incindikleri bildirilmiştir (Brent ve ark. 1999). Ergenliğin ilk dönemlerinde düşük özkıyım oranı görülmesi, bu yaş grubundaki kişilerin ölümcül bir özkıyım girişimini planlayıp yürütecek becerilerinin olmaması ve düşük psikopatoloji oranıyla açıklanmaktadır (Brent ve ark. 1999). Kienhorst ve arkadaşları (1992) çökkün ergenler ile özkıyım girişiminde bulunan ergenleri karşılaştırdıkları çalışmalarında, özkıyım girişiminde bulunan ergenlerin daha sorunlu ortamlarda yaşadıklarını ve olayları daha olumsuz değerlendiren bilişsel şemalara sahip olduklarını göstermişlerdir. Özkıyım girişiminde bulunan ergenlerin ailelerinde alkol/madde kullanımının ve emosyonel sorunların daha sık olduğu, özkıyım girişimi ya da tamamlanmış özkıyım öyküsü bulunduğu, saldır-

ganlık ve suistimal davranışının görüldüğü bildirilmektedir. Buna karşın bu değişkenler açısından fark olmadığını bildiren çalışmalar da vardır. Yine özkıyım girişiminde bulunan ergenlerde yüksek depresyon ve özkıyım düşüncesi, düşük benlik saygısı, yaygın antisosyal davranış ve madde kötüye kullanımı bildiren çalışmalar olduğu gibi, bu değişkenler açısından fark bulamayan çalışmalar da vardır (Yoder 1999). Özkıyım girişiminde bulunan ergenlerin kişilik özellikleri üzerine yapılan çalışmalar bu kişilerin daha dürtüsel, öfkeli ve saldırgan davranışa yatkın, içedönük, aşırı duyarlı ve mükemmeliyetçi kişiler olduğunu ortaya koymuştur. Dürtüsellüğün ergen özkıyım girişimlerinin bir özelliği olduğu gösterilmiştir (Beautrais ve ark. 1999). Ergenlerde özkıyım girişimiyle ilişkili bilişsel değişkenler, katı ve esnek olmayan bir biçimde düşünme eğilimi, yetersiz sorun çözme yeteneği, geleceğe değil bugüne dönük olma ve olumsuz/umutsuz bakış açısı olarak belirtilmektedir (Beautrais ve ark. 1999). Bu etkenlerin özkıyım girişim riski yüksek ergen gruplarını tanımada yardımcı olacağını söyleyen yayınlar yanında, bu yoksunlukların yaygın psikopatolojiyi yansıtan ve özgül sayılamayacak özellikler olduğunu bildiren yayınlar da vardır (Spirito ve ark. 1991). Depresyon, saldırganlık ve umutsuzluk ergen özkıyım girişimiyle bağlantılı emosyonel etkenler olarak tanımlanmaktadır (Negron ve ark. 1997). Ergenlerde özkıyım davranışı yoğun duygulanımla başa çıkmak için geliştirilen bir yanlış uyum stratejisi (maladaptive strategy) olarak da kavramlaştırılmıştır. Ergenlerde umutsuzluk ve depresyon gibi yoğun duygulanımlar ile artmış özkıyım eğilimi arasında ilişki kuran çalışmalar bu görüşü empirik açıdan desteklemektedir (Zlotnick 1997).

Aleksitimi kavramı duygularını tanıma, tanımlama ve ifade etme güçlüğü çeken, dışadönük ve somut düşünen, kısıtlı düşlem yaşantıları olan bireyleri tanımlamak için geliştirilmiştir. Önceki pisokosomatik bozukluklarda yaygın olduğu düşünülse de yakın tarihli çalışmalarla travmasonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları, madde kötüye kullanım bozuklukları ve panik bozukluğu gibi psikiyatrik durumlarda da yaygın bir kişilik özelliği olduğu gösterilmiştir (Taylor ve ark. 1991). Özkıyım girişiminde bulunan

kişilerde görülen bazı kişilik özelliklerinin aleksitimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bunlar arasında içe dönüklük, dürtüsellik, kendini ifade zorluğu ve duyguları baskılama sayılabilir. Aleksitimik birey gibi, özkıyım davranışı gösteren kişi de duygusal ve bilişsel olarak kısıtlı, duygularını ayırd edemeyen, onları dile dökemeyen ve çözüm üretemeyen bir kişilik yapısı gösterebilir (Taiminen ve ark. 1996). Özkıyım girişiminde bulunan ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada özkıyım girişiminde bulunan ergenlerin çökkün ve girişimde bulunmamış ergenlere göre daha fazla toplumdan uzak ve daha az konuşkan oldukları gösterilmiştir (Kienhorst ve ark. 1992).

Bu çalışmada özkıyım girişiminde bulunan ergenlerde aleksitimi, umutsuzluk, özkıyım düşüncesi ve depresyon düzeylerinin sağlıklı ergenlere göre yüksek olup olmadığının araştırılması amaçlandı. Bu çalışmayla aleksitimi, umutsuzluk ve depresyon düzeylerinin ergen özkıyım girişimlerinde ne ölçüde belirleyici olduklarının saptanması amaçlandı. Ayrıca özkıyım niyetini hangi psikolojik değişkenin daha fazla belirlediğini, özkıyımın ölümcüllüğünün diğer psikolojik değişkenlerle ilişkisi araştırıldı.

YÖNTEM

Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi'ne (VGEH) özkıyım girişimi nedeniyle Nisan 1997-Ocak 1999 tarihleri arasında getirilen 33 ergen (yaş aralığı:15-18) ve onlarla demografik açıdan eşleştirilmiş 33 sağlıklı ergen (yaş aralığı: 14-18 yıl) çalışmaya alınmıştır. Hastalar özkıyım girişiminde buldukları ilk 24 saat içinde, acil servis muayene odasında bir uzman psikiyatrist tarafından görülmüş ve psikiyatrik değerlendirmeden sonra, onayları alınarak, bir dizi özbildirim ölçeği doldurmaları istenmiştir. Hastaların tümü aşırı dozda ilaç alımı ile özkıyım girişiminde bulunmuşlardır. Deliryum nedeniyle yoğun bakım birimine alınan hastalarla bilinçlerinin açılmasını izleyen gün görüşme yapılmıştır. Psikotik ya da organik mental bozukluğu ve zeka geriliği olan hastalar çalışma dışı tutulmuştur. Sosyodemografik veri formu doldurulduktan sonra her iki gruba verilen özbildirim ölçekleri şunlardır:

Zung depresyon ölçeği: Dörtlü likert tipi doldurulan ve 20 maddeden oluşan bir özbildirim ölçeğidir. Ölçekten elde edilen ham puan standart bir tablo aracılığıyla depresyonun düzeyini yüzde olarak belirleyen bir puana dönüştürülmektedir. Depresyon tanısından çok kişinin depresif durumunun düzeyini göstermektedir. Ölçekten elde edilen puanların yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, gelir düzeyi gibi değişkenlerden etkilenmediği bildirilmiştir. Ölçeğin geçerliliği ve diğer depresyon ölçekleriyle ilişkisi üzerine pek çok veri vardır. Maddelerin yarısı negatif olarak puanlanır ve ölçek 20-80 arası toplam puan verir (Zung 1965).

Beck Umutsuzluk ölçeği: Bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçmektedir. 20 maddeden oluşan, 0-1 arası puanlanan bir ölçektir. Maddelerin 11 tanesinde evet, 9 tanesinde ise hayır seçeneği 1 puan alır. Puan aralığı 0-20'dir. Alınan puan yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılır. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Beck ve ark. 1974, Durak 1994).

Toronto Aleksitimi Ölçeği: Bir çok kez geçerlik ve güvenilirliği yapılmış, aleksitimiyi ölçen 26 maddelik bir ölçektir (Taylor 1988). Özgün biçiminde maddeler 1-5 arası puanlanırken Türkçe biçimi evet/hayır olarak düzenlenmiş ve bu biçimiyle de dilimizde geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir. Puanların artması aleksitiminin şiddetini göstermektedir (Dereboy 1990). Kirman ve Robbins (1993) ölçeğin dört alt boyutunu şu şekilde tanımlamışlardır: Birinci alt boyut (TAÖ 1) kişinin duygularını ve bedensel duyularını ayırt edebilme ve tanıyabilmesiyle, ikinci alt boyut (TAÖ 2) kendi iç yaşantılarından çok dış olaylara yöneli düşünmesiyle, üçüncü alt boyut (TAÖ 3) duygularını söze dökebilmesiyle, dördüncü alt boyut (TAÖ 4) hayal kurma yeteneğiyle ilgilidir. Ölçek 0-26 arası puan vermektedir.

Özkıyım girişiminde bulunan gruba ayrıca iki ölçek verilmiştir. Sağlıklı kontrollere verilmeyen, özkıyım girişiminde bulunan deneklerden doldurmaları istenen iki ölçek şunlardır:

AECOM özkıyım niyeti ölçeği: 16 maddelik bu öz bildirim ölçeği özkıyım girişiminden önce ölme dürtüsünün ne kadar yoğun olduğunu ölçmek için geliştirilmiştir. Özkıyım riskini ölçmek için geliştirilmiş olan bir başka ölçeğin değiştirilmiş bir biçimidir. Hastalar her soruya evet ya da hayır şeklinde cevap verirler. Ölçeğin özkıyım girişimi nedeniyle hastaneye yatan hastaları, özkıyım girişiminde bulunmayan psikiyatri hastalarından ayırabildiği gösterilmiştir. İç tutarlılığı 0.80 olarak bulunmuştur. (Plutchik ve ark. 1989).

Ölümüllük ölçeği: Özkıyım girişiminin ölümüllük derecesini belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiş bir ölçektir. Hastalar dört soruya evet ya da hayır biçiminde cevap verir. Toplam puan değerlendirmeye alınır. İç tutarlılığı 0.59 olarak bulunmuştur (Plutchik ve ark. 1989.)

Özkıyım Düşüncesi her iki grupta Zung depresyon 19. maddesiyle değerlendirilmiştir. Bu maddede 1-4 arasında puanlanmaktadır. "Ölsem herkes için daha iyi olurdu" şeklindeki bu ifadede "hiçbir zaman" 1, "her zaman" 4 puan almaktadır. (Zung 1965).

İstatistik işlemler SPSS for Windows paket programında ki kare testi, iki yönlü t testi, pearson bağıntı analizi ve çoklu regresyon analizi yöntemleri klulanılarak gerçekleştirilmiştir. P değerleri 0.05'ten küçük olmaları durumunda anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Özkıyım girişimi nedeniyle VGEH acil servisine getirilen ergenlerin 28'i kız (%85) ve 5'i (%15) erkektir. Kontrol grubunun (n:33) 28'i kadın ve 5'i erkektir ve her iki grup arasında cinsiyet açısından fark yoktur ($\chi^2=0.00$, $p=1.00$), Çalışma grubunun ortalama yaşı 17 ± 1.2 yıl ve yaş aralığı 15-18 yıldır. Sağlıklı kontrol grubunun ortalama yaşları da 16.9 ± 1.3 yıl ve yaş aralığı 14-18 yıldır. Aradaki fark anlamsızdır ($t=0.39$, $p=0.31$). Otuz üç hastanın ikisi evli ve 31'i bekadır, öte yanda sağlıklı kontrollerin 2'si evli ve 31'i bekadır ve arada anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0.00$, $p=1.00$). Özkıyım girişiminde bulunan ergenlerin tümü aşırı dozda ilaç alımı ile acil servise getirilmişlerdir.

Çalışma grubunun 15'i ilkokul mezunu (%45), 7'si ortaokul mezunu (%21), 10'u lise mezunu ya da öğrencisi (%30) ve 1'i (%3) yüksek okul öğrencisidir. Çalışma grubunun 13'ü ilkokul (%39), 8'i ortaokul (%24), 12'si lise mezunu ya da öğrencisidir (%36). Her iki grubun öğretim düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur. Çalışma grubunun 7'si (%21) daha önce bir kez özkıyım girişiminde bulunmuştur. 5 deneğin (%15) ailesinde özkıyım girişimi öyküsü vardır. Çalışma grubunu oluşturan 33 deneğin dördünde (%12) geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır. Özkıyım girişimine yol açan tetikleyici etkenler şu şekilde sıralanmaktadır: Aile içi sorunlar (%45), erkek ya da kız arkadaşla ilgili sorunlar (%24), okulla ilgili sorunlar (%12), iş yaşamıyla ilgili sorunlar (%9). Bir kişi (%3) yoğun karamsarlık duyguları, bir kişi de ilgi çekmek amacıyla özkıyım girişiminde bulunduğunu belirtmiştir. Çalışma grubunu oluşturan ergenler sağlıklı kontrollere göre Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden anlamlı ölçüde daha yüksek puanlar almışlardır ($t=2.21$, $p=0.03$). TAÖ açısından yapılan değerlendirmede, gerek toplam puan gerekse de alt ölçekler açısından, her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışma grubu Zung Depresyon Ölçeği'nin özkıyım düşüncesini ölçen 19. maddesinden anlamlı ölçüde yüksek puanlar almıştır ($t=2.84$, $p=0.006$). Çalışma grubu Zung depresyon ölçeğinden sağlıklı kontrollere göre daha yüksek puanlar almıştır, ancak aradaki fark anlamlı değildir. Elde edilen değer anlamlılığa çok yakın bir değerdir ($t=1.34$, $p=0.053$). Ayrıntılar Tablo 1'de verilmiştir. Özkıyım girişiminde bulunan kişilerin psikometrik ölçümleri arasında yapılan bağıntı analizi, özkıyım niyetinin depresyon ($r=0.381$, $p<0.05$). Özkıyımın ölümüllüğü ise depresyon, umutsuzluk, aleksitimi ya da özkıyım niyeti puanlarıyla ilişkili bulunmamıştır. Umutsuzluk ile depresyon ($r=0.750$, $p<0.01$), umutsuzluk ile aleksitimi ($r=0.476$ $p<0.01$) ve depresyon ile aleksitimi ($r=0.466$ $p<0.01$) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Çoklu regresyon analizinde umutsuzluk, depresyon, aleksitimi ve özkıyım düşüncesi arasında yalnızca özkıyım düşüncesinin, özkıyım niyetini belirlediği bulunmuştur ($r^2=0.366$, $F=4.045$, $b=0.489$, $t=3.054$, $p=0.005$).

Tablo 1 : Çalışma ve kontrol grubu psikometrik ölçüm değerlerinin karşılaştırılması (ortalama değer±standart sapma)

	Özkıyım girişimi grubu (n=33)	Sağlıklı kontrol grubu (n=33)	t	P
Umutsuzluk (BUÖ)	7.9±5.0	5.2±4.6	2.21	0.031
Depresyon (ZDÖ)	45.4±10.3	38.0±7.5	1.97	0.053 (AD)
Aleksitimi (TAÖ)	12.1±3.8	10.8±4.2	1.34	0.19 (AD)
Özkıyım düşüncesi (Z-19)	2.0±1.2	1.3±0.7	2.84	0.006
TAÖ-1	3.5±2.2	3.4±2.1	0.28	0.78 (AD)
TAÖ-2	2.5±1.2	2.0±0.9	1.63	0.11 (AD)
TAÖ-3	2.7±1.6	2.3±1.6	0.98	0.33 (AD)
TAÖ-4	1.5±1.1	1.8±1.4	0.96	0.34 (AD)

BUÖ : Beck Umutsuzluk Ölçeği, ZDÖ : Zung Depresyon Ölçeği, TAÖ : Toronto Aleksitimi Ölçeği, Z-19 : Zung Depresyon Ölçeği 19. Maddesi, TAÖ,1, 2, 3, 4 : Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)'nin alt ölçekleri AD: Anlamlı Değil

TARTIŞMA

Özkıyım girişiminde bulunan ergenlerde yapılan bazı çalışmalar, umutsuzluk ile özkıyım girişimleri arasında açık bir ilişki bulurken (Morano ve ark. 1993), bazıları yalnızca kızlarda böyle bir ilişki bildirmiş (Cole 1989), bazı araştırmalar da herhangi bir ilişki bulamamışlardır (Rotheram-Barusv e Trautman 1988). Beautrois ve arkadaşları (1999) ciddi özkıyım girişiminde bulunan genç kişilerde umutsuzluğun özkıyım davranışı riskini artırdığını göstermişlerdir. Kazdin ve arkadaşları (1983) çocuklarda umutsuzluğun depresyonun şiddetiyle pozitif, özgüven ile negatif ilişki gösterdiğini bildirmekteyler. Yazarlara göre özkıyım niyetiyle umutsuzluk arasında güçlü bir ilişki vardır ve depresyon kontrol edildiğinde bu güçlü ilişki sürmektedir. Çalışmamızda özkıyım girişiminde bulunan ergenlerin kontrol grubuna oranla anlamlı ölçüde yüksek umutsuzluk düzeyi gösterdiği bulunmuştur. Bu bulgu, umutsuzluğun özkıyım girişimlerinde erişkinlerde olduğu gibi ergen hastalarda da önemli bir risk etkeni olabileceğini düşündür-

mektedir. Kashani (1991) umutsuzluğun çocuk ve ergenlerde davranış sorunlarıyla ilişkili olabileceğini bildirmiştir. Yüksek umutsuzluk düzeyi olan çocuklar daha fazla içe kapanıklık, daha fazla olumsuz duygudurum ve çevrelerine daha az uyum yeteneği göstermişlerdir. Kashani ve arkadaşları (1997) bir başka çalışmada, yüksek umutsuzluk düzeyi gösteren çocuk ve ergenlerin düşük umutsuzluk düzeyi gösteren çocuk ve ergenlere göre daha fazla uyumsuzluk gösterdiklerini, çevrelerindeki insanları ve kendilerini daha fazla incittiklerini ve utanç, suçluluk ve düşmanlık gibi bir dizi olumsuz duyguyu daha fazla yaşadıklarını bulmuşlardır. Negron ve arkadaşları (1997) ise özkıyım girişiminde bulunan ergenlerde tetikleyici nedenlerin öncesinde de umutsuzluğun yaygın olduğunu bulmuşlardır. Bu verileri araştırmamızın bulguları ışığında düşündüğümüzde, umutsuzluk düzeyi yüksek olan ergenlerin özkıyım davranışına daha eğilimli olabileceklerini tahmin edebiliriz. Bağıntı analizinde hem depresyon hem de umutsuzluk özkıyım niyetiyle ilişkili bulunmuş, ancak çoklu regresyon analizinde her iki değişkenin de özkı-

yım niyetini belirleyici olmadığı ortaya çıkmıştır. Bu bulgular umutsuzluğun özkıyım davranışına zemin hazırlayan, onun ortaya çıkışını kolaylaştıran bir etken olduğunu ancak tek başına belirleyici olamayacağını düşündürmektedir. Yüksek umutsuzluk düzeyi, ergenlerde özkıyım davranışının ortaya çıkmasını kolaylaştırmıştır. Çalışmamızda erişkin kişiler için geliştirilmiş ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir ölçek olan Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılmıştır. Umutsuzluğun BUÖ ile ergenlerde yeterli düzeyde ölçülmediği düşünülebilir ancak araştırma grubumuzu oluşturan deneklerin erişkin yaşa yakın, geç ergenlik dönemindeki bireyler olduğu hatırlanmalıdır. Ayrıca kontrol grubunun da aynı ölçekle değerlendirildiğini göz önünde tutmak gerekir. Özkıyım girişiminde bulunan ergenlerde depresyon düzeyi de sağlıklı ergenlere göre daha yüksek çıkmıştır. Özkıyım girişiminde bulunan ergenlerde sorun çözme yeteneğinin zayıf olduğu ve bu kişilerin sorunların kaynağını kendi içlerinde değil dışarıda aramaya eğilimli olduğu bildirilmiştir (Yoder 1999, Beatrais 1999).

Pfeffer ve arkadaşları (1988) yatan ergen hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada özkıyım davranışı ile ilişkili olan DSM-III tanılarının major depresif bozukluk ve alkol kötüye kullanım bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada özkıyım davranışının belirleyicileri alkol kötüye kullanımı, geçmiş özkıyım davranışı, depresyon ve saldırgan davranış olarak bulunmuştur. Psikolojik otopsi yöntemiyle yapılan bir başka çalışmada 67 özkıyım kurbanı ergen toplundan seçilmiş ve demografik olarak eşleştirilmiş 67 ergen karşılaştırılmış ve ergenlerde tamamlanmış özkıyım için psikiyatrik risk etkenleri major depresyon, karışık bipolar durum, madde kötüye kullanımı ve davranım bozukluğu olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada madde kullanımının duygulanım bozukluğuna eşlik etmesinin özkıyım riskini artırdığı bulunmuştur (Brent ve ark. 1993). Shaffer ve arkadaşları (1988) ergen özkıyımı için depresyonla birlikte en önemli risk etkenini geçmiş özkıyım davranışı olarak tanımlamışlardır. Görüldüğü gibi depresyon gerek özkıyım girişimi gerekse de tamamlanmış özkıyım için en önemli risk etkenlerinden birisini oluşturmaktadır. Çalışmamızda depresyon düzeyi-

nin özkıyım girişiminde bulunan ergenlerde daha yüksek bulunması, önceki çalışmaların verileriyle uyumlu bir bulgudur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada özkıyım girişiminde bulunan ergenler ile psikiyatrik kontroller arasında depresyon ve diğer psikiyatrik belirtiler açısından bir fark bulunamamıştır. Yazarlar depresyonun özkıyım girişimlerinde belirleyici olmayabileceğini bildirmektedirler (Çuhadaroğlu ve Sonuvar 1993). Bizim çalışmamızda da özkıyım girişiminde bulunan ergenler ile sağlıklı kontroller arasında depresyon düzeyleri açısından anlamlılığa yakın bir fark vardır. Çoklu regresyon analizinde de depresyonun belirleyici olmadığı görülmüştür, ergen özkıyım davranışının yalnızca depresyon etkeniyle açıklanamayacağını düşündürmektedir.

Aleksitimi ve aleksitimi alt ölçekleri açısından yapılan karşılaştırmada anlamlı bir fark bulunmamıştır. Zlotnick ve arkadaşları (1997) nın hastanede yatan ergenler üzerinde yaptığı bir çalışmada, özkıyım girişiminde bulunan ergenler özkıyım düşüncesi taşıyan ergenlere göre daha fazla duygulanım düzensizliği (affect dysregulation) göstermektedirler. Duygulanım düzensizliği konusundaki kuramsal açıklamalar, duygulanım denetlemekte yetersiz kalan kişilerin kendilerine zarar verici davranışlar gösterebileceklerini ve bu şekilde yoğun duygulanımları ile başa çıkabileceklerini bildirmektedir. Söz konusu çalışmada geçmiş özkıyım girişimleri ile duygulanım düzensizliği arasında pozitif bir bağlantı bulunmuştur. Bu çalışmada bizim aleksitimi ölçmekteki amacımız, içsel durumlarıyla başa çıkmakta zorlanan ve bunu söze dökemeyen ergenlerin, özkıyım girişimini bir iletişim biçimi olarak kullanabilecekleri varsayımına dayanıyordu. Yoğun duygulanımıyla baş etmekte zorlanan ergenlerin, eğer aleksitimik özellikler taşıyorlarsa özkıyım davranışına başvurabileceklerini düşünmüştük. Çalışmamızın bulguları, özkıyım girişiminde bulunan ergenlerin sağlıklı ergenlere göre daha fazla aleksitimik olmadığını göstermektedir. Benzer bir bulgu erişkin çalışmalarında da ortaya konulmuştur. Iancu ve arkadaşları (1999) ve Taiminen ve arkadaşları (1996) erişkinlerde aleksitiminin özkıyım davranışını belirleyici bir etken olmadığını göstermişlerdir.

Özkıyım girişiminde bulunan ergenlerde özkıyım düşüncesi sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur. Özkıyım düşüncesi depresyonun bir bileşeni olduğu için bu bulgu beklenilebilir bir sonuçtur. Özkıyım düşüncesi çoklu regresyon analizinde özkıyım niyetinin belirleyicisi olarak bulunmuştur. Bu bulgu ergen kişilerde özkıyım girişimlerine yol açan en önemli etkenin depresyon ve umutsuzluktan çok özkıyım düşüncesinin varlığı olduğunu göstermektedir. Buradan çıkarılabilecek en önemli sonuç, klinik görüşmede ergen kişilerde özkıyım düşüncesinin sorgulanmasının gerekliliğidir. Özkıyım düşüncesi ilköğretim ve lise çağındaki çocuk ve ergenlerin %12-25'inde görülebilmektedir. Özkıyım düşüncesi olan hastaların özkıyım davranışı için yüksek risk grubu oluşturduğu bilinmektedir (Brent ve Kolko 1990).

Araştırmamızda özkıyımın ölümcüllüğü ile diğer psikolojik parametreler arasında bir ilişki bulunmamıştır. Ölümcüllük özkıyım girişiminin yaşamı tehlikeye sokma riski ya da fiziksel sonuçlarının ciddiyeti olarak tanımlanabilir (Nasser ve Overholser 1999). Ergenlerde yapılan çalışmalarda özkıyım niyeti ile girişimin ölümcüllüğü arasında ilişki bulan yayınlar olduğu gibi, ölümcüllüğün depresyon ve umutsuzluğun şiddetinden bağımsız olduğunu gösteren yayınlar da vardır. Tamamlanmış özkıyımda bulunan ergenlerin daha çok ateşli silahları, özkıyım girişiminde bulunan ergenlerin ise aşırı dozda ilaç alımını yeğledikleri bulunmuştur (Nasser ve Overholser 1999). Aşırı dozda ilaç alan ergenlerde yapılan bir çalışma özkıyım eylemleriyle özkıyım niyeti arasında düşük bir bağlantı olduğunu göstermiştir (Kingsbury 1993). Bu durum ergenlerin daha tehlikeli sonuçlara yol açabilecek özkıyım araçlarına uzak oluşuyla ya da aşırı dozda aldıkları ilaçların ölümcül dozlarını bilmemeleleriyle açıklanabilir. Araştırmamızda özkıyım girişiminde bulunan ergenlerin tümü aşırı dozda ilaç alımı ile özkıyım davranışı göstermişlerdir. Ergen kişiler çoğu zaman kullandıkları yöntemin ne derecede ölümcül olduğunu bilemeyebilirler. Özellikle ilaç aşırı alımlarında, ergenin hangi ilacın ne ölçüde zarar verebileceğini önceden bilmemesi doğaldır. Bazen çok güçlü özkıyım niyeti olan bir ergen, bilmeksizin kendisine en az zarar verecek yöntemi yeğleyebilir. Ergen öz-

kıyım girişimlerinin yaklaşık üçte ikisinin ölme arzusundan farklı güdülerle gerçekleştirildiği bildirilmiştir. Ergenlik dönemindeki pek çok özkıyım girişi dürtüsel özellik gösterebilir ve hayatı pek az tehdit edebilir. Sorun çözmekte başarısız ve sosyal becerileri yetersiz olan ergenler, isteklerini çevrelerine duyurmak ve yardım istemek gibi güdülerle özkıyım davranışına yönelebilirler (Brent ve Kokko 1990).

Çalışmamızın en önemli kısıtlaması, kullanılan ölçeklerin erişkin toplum için geçerli ve güvenilir olmasına karşın, ergen örnekleminde geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmamış olmasıdır. Ülkemizde bilebildiğimiz kadarıyla umutsuzluk ve aleksitimi ölçeklerinin ergen nüfus için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yoktur. Depresyonu ölçmek için kullanılan Zung öz bildirim depresyon ölçeği de ülkemizde yaygın olarak kullanılmasına karşın, bildiğimiz kadarıyla bir geçerlik ve güvenilirlik çalışması yayınlanmamıştır. Ancak Zung ölçeğinin dünya ölçeğinde çeşitli çalışmalarda geçerli ve güvenilir olduğu kanıtlanmıştır (Bech 1996). Bir diğer eksiklik ikinci bir kontrol grubu olarak özkıyım girişiminde bulunmamış depresif ergenlerin alınmamış olmasıdır. Depresyonun belirleyiciliği böyle bir çalışma deseninde daha iyi anlaşılabilir. Sonuç olarak, özkıyım girişiminde bulunan ergen kişilerde özkıyım düşüncesi, depresyon ve umutsuzluk düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Umutsuzluk ve depresyonun özkıyım girişimlerine zemin hazırladığı, özkıyım düşüncesinin özkıyım eyleminin en önemli belirleyicisi olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, ergenlerde özkıyım düşüncesinin sorgulanmasının ne kadar hayatı bir önem taşıdığını göstermektedir.

KAYNAKLAR

- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT (1999): *Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. Suicide Life-Threatening Behav* 29(1): 37-47.
- Beck AT, Lester D, Weisman A ve ark (1974): *The Hopelessness Scale. J Consult Clin Psychol* 42: 861-874.
- Bech P (1996) *The Beck, Hamilton and Zung scales for mood disorders: screening and listening. Berlin, Springer, s. 35-42.*
- Brent DA, Kolko DJ (1990) *Suicide and suicidal behavior in children and adolescents. Psychiatric disorders in children and adolescents. Garfinkel BD, Carlson GA,*

- Weller EB (eds), Philadelphia, WB Saunders Co, s. 372-391.
- Brent DA, Perper JA, Moritz G ve ark (1993): Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 521-529.
- Brent DA, Baugher M, Bridge J ve ark (1999) Age and sex related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38: 1497-1505.
- Cole DA (1989) Psychopathology of adolescent suicide: hopelessness, coping beliefs and depression. *J Abnorm Psychol* 98: 248-255.
- Çuhadaroğlu F, Sonuvar B (1993) Adolesan intiharları ve kendilik imgesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 4(1): 29-38.
- Dereboy İF (1990) Aleksitimi özbidirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerinde bir ön çalışma (Uzmanlık tezi) Ankara, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD.
- Durak A (1994) Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 9(31):1-11.
- Iancu I, Horesch N, Offer D ve ark (1999) Alexithymia, affect intensity and emotional range in suicidal patients. *Psychother Psychosom* 68:276-280.
- Kashant JH, Soltys SM, Dandoy AC ve ark (1991) Correlates of hopelessness in psychiatrically hospitalized children. *Compr Psychiatry* 32: 330-337.
- Kashani JD, Suarez L, Allan WD ve ark (1997) Hopelessness in inpatient youths: A closer look at behavior, emotional expression, and social support. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 36: 1625-1631.
- Kazdin A, French N, Unis A ve ark (1983) Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *J Abnorm Psychol* 94: 298-307.
- Kienhorst CWM, de Wilde EJ, Diekstra RFW ve ark (1992): Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. *Acta Psychiatr Scand* 85: 222-228.
- Kingsbury S (1993) Clinical components of suicidal intent in adolescent overdose. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 518-520.
- Kirmayer LJ, Robbins JM (1993) Cognitive and social correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatics* 34 (1): 41-52.
- Morano CD, Cisler Ra, Lemerond J (1993) Risk factors for adolescent suicidal behavior: loss, insufficient familial support, and hopelessness. *Adolescence* 28: 851-865.
- Nasser EH, Overholser JC (1999): Assessing varying degrees of lethality in depressed adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand* 99: 423-431.
- Negron R, Piacentini J, Graae F ve ark (1997) Micro-analysis of adolescent suicide attempters and ideators during the acute suicidal episode. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 36:11:1512-1519.
- Pfeffer CR, Newcorn J, Kaplan G ve ark (1988) Suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27:357-361.
- Plutchik R, van Praag HM, Picard S ve ark (1989) Is there a relationship between the seriousness of suicidal intent and the lethality of the suicide attempt? *Psychiatry Res* 27: 71-79.
- Rotheram-Borus MJ, Trautman PD (1988) Hopelessness, depression, and suicide intent among adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27: 700-704.
- Shaffer D, Garland A, Gould M ve ark (1988) Preventing teenage suicide: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27:675-687.
- Spirito A, Overholser J, Hart K (1991) Cognitive characteristics of adolescent suicide attempters. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 30: 604-608.
- Taiminen TJ, Saarjarvi S, Helenius H (1996) Alexithymia in suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand* 93: 195-198.
- Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP ve ark (1988) Criterion Validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosom Med* 50: 500-509.
- Yoder KA (1999) Comparing suicide attempters, suicide ideators, and nonsuicidal homeless and runaway adolescents. *Suicide Life-Threat Behav* 29(1): 25-36.
- Zlotnick C, Donaldson D, Spirito A ve ark (1997) Affect regulation and suicide attempts in adolescent inpatient. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 36: 793-798.
- Zung WW (1965) A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 12: 63.

BİR OLGU ÖRNEĞİ İLE ÇOKLU KARMAŞIK GELİŞİMSEL BOZUKLUĞUN AYIRICI TANISI

Özgür Öner*, Füsun Kurtoğlu**, Efser Kerimoğlu***

ÖZET

Amaç: Kliniklerde sık karşılaşılmayan ancak tanı ve tedavide güçlük yaratan bozukluklar arasında çoklu karmaşık gelişimsel bozukluk, çocukluk şizofrenisi, başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk, tepkisel bağlanma bozukluğu, sosyal ve duygusal öğrenme güçlüğü, çocukluk çağı borderline bozukluğu yer alır. Bu yazıda bu bozuklukların bazı özelliklerine ve ayırıcı tanısına değinilecektir. **Yöntem:** Hem ilişki, hem de düşünce sorunları gösteren bir olgu sunulmuş ve ayırıcı tanısı tartışılmıştır. **Sonuç:** Bu bozuklukların ayırıcı tanısında önemli güçlükler ve bazı bozuklukların tanımlanmalarının yetersiz olduğu, belirtilerin büyük ölçüde örtüştüğü ancak bu belirtileri açıklamak için kullanılan yöntemlerin farkları gösterdiği görülmüştür. Ayrıca sık kullanılan tanısız sınıflama sistemlerinde yer almayan bozukluk tanımlamaları da bu bozukluklar için kullanılmaktadır. **Tartışma:** Özellikle ilişki sorunları, aşırı dürtüsellik, basmakalıp davranışlar ile getirilen çocuklarda ayırıcı tanı ve tedavide sorunlar vardır. Bu çocukların tanıları konulurken dikkatli olunması, yeterli kanıt elde edilene kadar izlenmesi ve ayırıcı tanıda mümkün olduğu kadar çok bozukluğun akılda tutulması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Yaygın gelişimsel bozukluk, çoklu karmaşık gelişimsel bozukluk, borderline bozukluk, şizofreni, çocuk.

SUMMARY: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF MULTIPLE COMPLEX DEVELOPMENTAL DISORDER WITH A CASE EXAMPLE

Objective: Multiple complex developmental disorder, childhood schizophrenia, pervasive developmental disorders not otherwise specified, reactive attachment disorder, social and emotional learning disorder and juvenile borderline disorder are among disorders which are not so frequent but difficult for differential diagnosis. This article is about some special features and differential diagnosis of these disorders. **Method:** A case with both relationship and thought problems is represented and possible differential diagnoses are discussed. **Results:** There are some difficulties in differential diagnosis of these disorders, and some inconsistencies about their definition. The symptoms of these disorders overlap considerably, but there are some important methodological differences for explaining these symptoms. Some categories, which are not involved in more frequently used classification systems are used for defining these children. **Discussion:** There are some problems in differential diagnosis and treatment in children with extreme impulsivity, and relationship and thought disorders. Clinicians must be cautious when diagnosing these children, and these children must be followed-up for better clinical evidence and different diagnostic categories must be kept on mind.

Key words: pervasive developmental disorder, multiple complex developmental disorder, borderline disorder, schizophrenia, child.

GİRİŞ

Bu çalışmada günlük klinik çalışmalarda çok rastlanmayan, ancak karşılaşıldığında ayırıcı tanıda güçlük yaratan bir grup olgunun ayırıcı tanısı üzerinde durulacak ve örnek olarak kliniğe başvuran bir olgu verilecektir. Bu çocukların ortak özellikleri yaşlarına göre ilişki kurmadaki

güçlükleri, iletişim güçlükleri ve bilişsel becerilerindeki bazı kısıtlılıklardır. Ayrıca bu çocuklarda birlikte görülen diğer bozukluklara bağlı ya da alta yatan asıl bozukluğa ikincil aşırı hareketlilik, dikkat eksikliği, basmakalıp hareketler, gerçeği değerlendirmede güçlük görülebilmektedir. Bu kapsamda düşünülmesi gereken bozukluklar otistik bozukluk (OB) ve diğer yaygın gelişimsel bozukluk (YGB) alt tipleri, erken başlangıçlı şizofreni, çoklu karmaşık gelişimsel bozukluk (ÇKGB), sözel olmayan öğrenme güçlükleri ve borderline kişilik bozukluğunu içerir. Bu çalış-

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

** Uzm. Ps., 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

mada bu bozukluklar gözden geçirilerek, ayırıcı tanıdaki zorluklar ve kullanılabilir özellikler belirtilecektir.

ÇOKLU KARMAŞIK GELİŞİMSEL BOZUKLUK

Van der Gaag ve arkadaşlarına göre (1995), eğer otistik bozukluk için tüm ölçütler karşılanmazsa üç olasılık ortaya çıkar: olgu daha hafif, eşik altı bir otistik olabilir; atipik bir otistik olabilir ya da otizme özgül olmayan diğer belirtilerle birlikte giden farklı bir tanı grubuna ilişkin olabilir. Bu üçüncü grup için önerilen tanı kategorilerinden biri Cohen ve arkadaşlarının (1986) "çoklu karmaşık gelişimsel bozukluk" (multiple complex developmental disorder) adını verdikleri bir tanı kategorisidir.

Cohen ve arkadaşlarına göre (1986), ÇKGB beş yaşından önce başlar, düşüncede, duygudurumda ve ilişkilerde devamlı dalgalanmalara ve buna bağlı işlev kaybına yol açar. Bu dalgalanmalar normal çocuklardakinden çok daha fazladır ve yaygın gelişimsel bozukluk ya da otizm tanısı olan çocukların stabil durumundan oldukça farklıdır. Çocuğun gerileme davranışları haftalarca sürebilir ve sonra yaşına uygun davranışlar şekline dönüşebilir. Bu hastalardaki yüksek anksiyete düzeyi kendisini garip endişe davranışları, fobiler ya da aşırı öfke nöbetleri şeklinde gösterebilir. Kabarmış mizaç (elevated mood) saatleri ya da günleri geçmez. Bu çocuklardaki sosyal ilişki bozukluğu nitelik ve nicelik olarak otistiklerden farklıdır. Karşılıklı ilişkiye girebilirler ama oyunları kısıtlı ve tekrarlayıcıdır, hayali oyun oynarken çevrelerini hiç farketmiyor olabilirler. Düşünce bozuklukları stres durumlarında belirginleşir ve çocuğun duygu durumuyla uyumlu ya da uyumsuz olabilir.

BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN YAYGIN GELİŞİMSEL BOZUKLUK VE OTİZM

Başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk (BTA-YGB), DSM-III R ve DSM-IV'te otistik bozukluğa (OB) benzeyen ancak yeterli sayıda ölçütü karşılamayan hastalar için kullanılan bir eşik altı tanı kategorisidir (Amerikan Psi-

kiyatri Birliği, 1994). BTA-YGB tanısı özgüllükten uzaktır çünkü OB'dan daha sık görülebilmesine karşın (Wing ve Gould 1979), dışlamalarla konan bir tanıdır ve kendine özgü ölçütleri yoktur. BTA-YGB tanısı konması için karşılıklı ilişkide, sözel ve sözel olmayan iletişimde sorunlar olması ve basmakalıp hareketler gerekmektedir. Klinikte bu tanı dağınık (dezorganize) davranışlar gösteren aşırı hareketli, dil ve öğrenme güçlüğü olan çocuklar için de kullanılabilir (Buitelaar ve ark. 1999).

BTA-YGB tanı grubuyla ilgili fazla araştırma olmamasının nedenlerinden biri olarak bu bozukluğun belli tanı ölçütlerinin bulunmaması gösterilmiştir. Bunun için genellikle geriye dönük dosya taramalarına dayanılarak yeterli özgüllük ve duyarlılıkta tanı ölçütleri geliştirilmeye çalışılmıştır. Buitelaar ve Van der Gaag'a (1998) göre BTA-YGB için klinik olarak en duyarlı ve özgül tanı DSM-IV ve ICD-10 ölçütlerine dayanan yedi ölçüt üzerinden değerlendirme yapıldığında konabilmektedir.

DİĞER YGB ALTTİPLERİ

Asperger sendromu (AS) ayrı bir bozukluk olarak DSM-IV'te kabul edilmiştir (APA 1994). Yüksek işlevli otistikler ve AS'nun ayrılması klinisyenler için zorluklar içermektedir. DSM-IV'teki otizm tanı ölçütleriyle AS tanı ölçütleri üç fark dışında aynıdır. İletişim ve hayal kurmada bozukluk ölçütünün karşılanması AS'da gerekmektedir. İkinci olarak AS'da klinik olarak belirgin konuşma gecikmesi yoktur. Örneğin iki yaşında tek tek kelimelerle, üç yaşında kısa cümlelerle konuşma vardır. Üçüncü olarak AS'da bilişsel gelişimde ya da yaşla uyumlu özbakım becerilerinde, sosyal iletişim dışındaki uyumda ve çevreyle ilgilenmede sorun yoktur (APA 1994).

Eisenmajer ve arkadaşlarına göre (1996), klinisyenler konuşma yankılaması (ekolali) gibi klasik otistik belirtileri olmayan, dil ve motor gelişimi daha normal ve arkadaş ilişkileri arayan çocuklara otizm tanısı için yeterli sayıda ölçütü karşılasalar bile AS tanısı koymaktadır. Beceri düzeyi belirtilerin ağırlığıyla tam olarak örtüşmemektedir. Bilişsel faktörler değişik alanlarda değişik etkilere yol açabilirler, örneğin yüksek işlev gösteren çocuklar daha karmaşık uğraşlar ve alış-

kanlıklar gösterebilirler.

ÇOCUKLUK ÇAĞI ŞİZOFRENİSİ VE ALT TIPLERİ

Yaygın gelişimsel bozukluk alt tipleriyle çocukluk çağı şizofrenisinin ayrıntı tanısında sorun yaratabilecek bir nokta pekçok erken başlangıçlı şizofreni olgusunda hastalık öncesi (premorbid) dönemde görülen bazı davranışsal özellikler olmasıdır. Şizofrenide hastalık öncesi farklılıklar erkeklerde daha sıktır (Done ve ark. 1994). Yapılan çalışmalarda olgularda hastalık öncesi farklılık gösterme oranının %26-87 arasında değiştiği görülmektedir (Asarnow ve Ben-Meir 1988, Watkins ve ark. 1988, Russell ve ark. 1989, Alagband-Rad ve ark. 1995). Bu dönemdeki belirtiler garip davranışlar, gelişimsel gecikme, gelişim düzeyine uygun sosyal ilişki kurmama, dil gelişiminde gecikme, akademik sorunlar ve aşırı hareketliliktir. Ambelas'a göre (1992) şizofreni öncesi çocuğun profili şöyledir: karışık duygusal ve davranışsal bozukluk tanısı almış, konuşma, okuma ve iletişim alanlarında sorunu olan, okula gitmeyi reddeden arkadaş ilişkileri kötü olan, evin en büyük ya da en küçük oğlan çocuğu. İlginç bir şekilde bu hastaların %26-39'unda yaşamlarının bir döneminde el çırpma, kafa vurma gibi YGB bulguları görülür (Watkins ve ark. 1988, Russell ve ark. 1989, Alagband-Rad ve ark. 1995).

ÇOK BOYUTLU BOZUKLUK

Çocukluk çağı şizofrenisi ile izlenen çocukların yaklaşık %30'unda DSM-III R şizofreni tanımına uymayan kısa psikotik belirtiler ve karmaşık gelişimsel bozukluklar bulunduğu ileri sürülmüştür ve belirtiler çok boyutlu bozukluk (ÇBB) (Multi Dimensionaly Impaired, MDI) adı altında toplanmıştır (McKenna ve ark. 1994). Bu hastaların hepsinde stres anında ortaya çıkan ve tipik olarak ayda bir ya da iki kez görülen ancak düşünce bozukluğuyla ilişkili belirtiler içermeyen kısa varsanı ve sanrılar görülmüştür. Psikotik belirtilerin işlev bozukluğu yaratmasına karşın, asıl endişe oluşturan dönemseldir ve mizaç patlamaları olmuştur. Bu çocuklar ilişki kurmak istemelerine karşın arkadaşları tarafından reddedilirler. Gerçekle fantaziyi ayırt etme-

de zorlukları vardır (McKenna ve ark. 1994). ÇBB olguları erken başlangıçlı şizofreni olgularına göre daha fazla dikkat eksikliği ve dürtü kontrol sorunu gösterirler. Ayrıca, şizofreni olgularında görülen yaygın bilişsel bozukluklar, tuhaf (bizar) varsanı ve sanrılar bu çocuklarda bulunmaz (McKenna ve ark. 1994). Daha erken (ortalama sorun başlangıç yaşı 1.5, psikotik belirtilerin başlama yaşı 7.8) ve alevli başlangıcına karşın gidişi ve sonlanımı daha iyidir. Şizofreni olgularında olduğu gibi ailelerinde daha fazla şizofren birey bulundurulur. Bu çocuklarda hayali oyun vardır, basmakalıp hareketler yoktur, sosyal iletişimleri daha az bozulmuştur ve dil gelişimleri bozuk değildir. Bu özellikler ve iki sene izlemde bile kısa psikotik dönemlerin devam etmesiyle ÇBB olguları dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundan (DEHB), AS'dan ve şizotipal kişilik bozukluğundan ayrılabilirler (McKenna ve ark. 1994).

ÇOCUKLUĞUN SINIR (BORDERLİNE) SENDROMU

Bu çocuklar duygusal baskı durumlarında psikotik davranışlar gösterirler ama daha güvenli ortamlarda nörotik özellikleri baskındır. Anksiyete yaratan beklentilerle karşı karşıya olduklarından farklı ve garip görünürler (Lofgren ve ark. 1991).

Bemporad ve arkadaşları (1982) temel olarak beş alanda (işlevsellikte dalgalanma, anksiyetenin doğası ve içeriği, düşünce içeriği ve işlemi, kontrol eksikliği, diğer insanlarla ilişkiler) sorun olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu çocukların davranışlarında düşük düzeyde duygusal stres ve bozulma çevrenin güvenli hale gelmesiyle çabuk toparlanma, nörotik düşünceden psikotik düşünceye kısa geçişler, garip uğraşlar ve fantaziler görülür. İşlevsellik düzeyinin çevreye aşırı bağımlı olması sonucu çevredekiler tarafından yardım edilmezse anksiyeteden paniğe çabuk geçerler. Sabit sanrılar, varsanular ya da gerçekten kopuş yoktur ancak fantazi ve gerçek arasında düşüncede aşırı akışkanlık vardır ve gerçekliğin arasına sık sık ama geçici olarak fantaziler girer. Bu çocuklar önemsiz alanlarda aşırı bilgili, ama günlük olaylara ilgisizdirler. Gereksinimlerini karşılayan yetişkinlere yaşla uyumlu olmayan bağlanma örüntüleri vardır. Grup ortamın-

da becerilerini kullanamazlar ve bu yüzden arkadaş ilişkileri kötüdür. Anksiyeteyi saldırganlık şeklinde gösterebilirler. Tüm bu sorunlar sonucu uyum güçlüğü yaşarlar (Bemporad ve ark. 1982).

Bu belirtilerin hiç biri tanı için yeterli değildir. Lofgren ve arkadaşlarına göre (1991), bu tanı güvenilir şekilde kalsa da, bu tanıyı alanların sonraki gidişleri çok farklı olduğundan yordayıcı özelliği yoktur.

SOSYAL VE DUYGUSAL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ

Sosyal ve duygusal öğrenme güçlüğü çocuklukta başlayan süregen sosyal ilişki bozukluklarının bir alt grubudur (Voeller 1997). Bu çocuklar dili iyi kullanırlar, saldırgan değillerdir ve sosyal ilişki kurmaya isteklidirler. Ancak diğer çocuklar tarafından gariptenirler ve arkadaş bulamazlar. Sosyal işaretleri ve diğer insanların farklı fikirleri olabileceğini anlayamazlar, sosyal beklentileri karşılayamazlar ve bunun sonucunda insan ilişkilerinde önceden edindikleri bilgiyi yeterli olarak kullanamazlar. Bu çocukların nöropsikolojik değerlendirmesinde matematik ve algılamada bozukluklar, dikkatte azalma, yüz ve ses ifadelerinden duygulanımı anlayamama gibi yetişkinlerde sağ beyin yarım küresi hasarlarında görülen belirtiler bulunmuştur (Rourke ve Finlayson 1978). Bu olgularda ayrıca yüz ve vücudun motor hareketlerinde güçlük ve ses tonlamasındaki sorunlar dolayısıyla robot gibi konuşma ve duygusal küntleşme görülebilir (Voeller 1986). Ancak tüm olgular bütün belirtileri bir arada göstermezler. Tanı konarken bu hastalar yüz ya da vücuttaki simetri bozuklukları, vücudun sol tarafında refleks artışı, sol parietal duyuşal bozukluklar gibi hafif sağ yarım küre işlev bozukluğunu gösteren belirtiler yönünden araştırılmalıdır. Bu çocuklarda yaygın gelişimsel bozukluk alt tiplerinden farklı olarak basmaka-lıp hareketler yoktur (Voeller 1997).

OLGU

Altı yaşındaki, Ankara'da oturan, babası otuzdört yaşında, ortaokul mezunu, büro malzeme-leri satıcısı, annesi otuzdört yaşında ev hanımı olan erkek çocuk; anne ve babası tarafından ilk

kez 19 aylıkken doktora götürülmüştür. Bu dönemdeki yakınmalar henüz yürümemesi, sınırlı olması, yabancılara yaklaşmaması, çok az sözcük bilmesidir. Olguya kliniğimizde Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) uygulanmıştır (Savaşır ve ark. 1994). Bu testte genel gelişimi 15-16 ay, dil-bilişsel gelişimi 17-18 ay, ince motor gelişimi 17-18 ay, kaba motor gelişimi 14-15 ay çocuklarına benzer bulunmuştur. Çocuk hastalıkları kliniği tarafından yapılan değerlendirmelerde motor gelişimini engelleyen bir soruna rastlanmamıştır. İki ay sonra AGTE yinelenmiş ve yaşıyla uyumlu bulunmuştur.

İki yıl sonra, üçbuçuk yaşında aile yeniden başvurmuştur. Bu başvuru sırasındaki yakınmalar kardeşi ile ilişkilerindeki sorunlar, anneden ayrılamama, yuvaya gitmeyi reddetme, sinirlilik ve hırçınlıktır. Bu sırada zeka testi verilmek istenen hastanın iki denemede annesinden ayrılamadığı izlenmiştir. Ayrılma anksiyetesi tanısı düşünülen olgu anneden ayrılmasının kolaylaştırılması amacıyla oyun seanslarına alınmıştır. Bu dönemde çocuğun sözcük dağarcığı oldukça gelişmiş ve hızlı bir sözelleştirme biçimi olduğu gözlenmiştir. "Seni polise vereceğim, bekçi gelip seni götüreceğim" gibi otorite simgeleriyle devamlı çevresindekileri korkutmaya çalıştığı farkedilmiştir. Oyun seansları sırasında olgunun oyununun içerik açısından fakir ve çok tekrarlayıcı olduğu görülmüştür. Bu dönemde aileye ve çevreye garip gelen hayalleri olduğu, örneğin bir sinema yıldızının karşısında oturduğunu, kendi annesinin o sinema yıldızı olduğunu, annesine oturduğu yerden kalkmasını, orada sözü edilen sinema yıldızının oturduğunu söylediği anne tarafından belirtilmiştir. Çocuğun oyun seanslarıyla eşgüdümlü olarak anne ile de görüşmeler sürdürülmüştür.

Anne ile yapılan görüşmede planlı, evliliğin ikinci yılından sonra olan bir çocuk olduğu, ultrason değerlendirmesinde bebeğin gelişiminin geri kaldığının söylenmesi üzerine annenin stresli bir gebelik dönemi geçirdiği öğrenilmiştir. Olgunun perinatal döneminde bir özellik yoktur, hastanın doğum ağırlığı 3750 gram ve doğum boyu elli santimetredir. Dördüncü aya kadar uykuları düzenli olmayan, yalnızca annenin omzunda uyuyabilen bir çocuk olduğu, bebekliğinde anne ve haladan başka fazla kişiyle ilişkisi

olmadığı, kalabalık ortamları sevmediği belirlenmiştir. İki yaşına kadar annenin ve kendisinin isteğiyle anne sütü almaya devam eden olgunun anne sütünü azaltarak kesemeyen annesi, memeyi unutmaması için bir süre onu halanın yanına gece ve gündüz bırakıp bir süre görmeme yolunu tutmuştur. Daha sonra görmek istediğinde de annenin olgu tarafından reddedildiği; anne, yenge, baba da amca diye çağırılmaya başlandığı anne tarafından belirtilmiştir. Dil gelişimi özellikle iki yaşından sonra hızlanan olgunun ilk sözcükleri oniki aylıkken başlamıştır.

Anne olgunun diğer çocuklardan farklı olarak kendisine çok fazla yapıştığını, konuşmalarının açık şekilde anlaşılmadığını, etrafı fazla incelemeyi, özellikle parkta çok korktuğunu belirtmiştir. Anne olgunun kendisine yakın olmadığını, ona sıkıntılarını anlatmadığını, ona ulaşmadığını hissettiğini belirtmiş ve onunla olan ilişkisini "beni isteklerini halleden bir araç olarak görüyor" diye tanımlamıştır. Olgunun babaya ise çok uzak olduğu, yokluğunda onu hiç aramadığı, oysa babanın da anne gibi olguya karşı oldukça koruyucu bir tutum sergilediği aile tarafından anlatılmıştır.

Anneye göre bu belirtiler etrafında sosyal ilişkide bulunacağı fazla kişinin olmaması ve hep korunup kollanan bir çocuk olmasından kaynaklanmaktaymış. Anne kendisi ve babasıyla beraberken bile onun için çok endişelenmekteymiş ve kendisini anne olarak yetersiz hissetmekteymiş. Aileden alınan bilgiye göre olgunun dayısında askerdeyken başlayan kendi kendine konuşma ve basit işleri bile becerememe yakınmaları olmuş, bu dayının oğlunda ise arkadaşlık kurmada büyük güçlük olduğu, ancak her iki bireyin de belli psikiyatrik tanuları olmadığı öğrenilmiştir.

Yapılan görüşmelerden sonra annedeki yoğun koruyucu tutumun hafiflediği görülmüştür. Ancak olguda özellikle sokakta iken yalnız başına kaldırımda yürüyememe, sol eli tutulmazsa yürüyememe gibi anksiyete belirtileri devam etmektedir. Beraberlerken hırçın davranıyor ve bırakılacağını sanıyor, örneğin anne ve kardeşi dolmuşa binerken "beni bırakmayın" diye bağırdığı öğrenilmiştir.

Kreşe üç yaşındayken başlayan olgu kendi kreşi-

ni kendisi seçmiş, kreşe yarım gün giderken bir sorun izlenmemiş, tam güne çıkıldığında sorunlar başlamıştır. Bundan sonra anneden ayrılma güçlüğü daha belirgin hale gelmiştir ve enkoprezis yakınması başlamıştır. Bu dönemde yapılan Peabody Resim Kelime Algılama testinde (Katz ve ark. 1974) yaşlılarıyla uyumlu bulunan olgu, kreş öğretmeni tarafından iletişim kuramayan, kendi kendine konuşan, el becerileri iyi olmayan, serbest oyunlara katılmayan bir çocuk olarak tanımlanmıştır. Bir ay sonraki görüşmede ise bir kıza aşık olduğu ve arkadaşları tarafından daha iyi kabul edildiği, faaliyetlere katılmaya başladığı öğretmen tarafından belirtilmiştir.

Dokuz seans oyun terapisisinden sonra anneden ayrı oyun odasına girmeye başlayan olgunun, terapiye yazın ara verilmesi sonucu hayalleri artmıştır. Hayallerinin kontrol altına alınması için haloperidol 0.04 mg/kg/gün damla olarak başlanmıştır. Bu dönemde annesi tarafından olgunun, bir televizyon dizisindeki bir taksi durağında çalıştığını söylemeye başladığı, annesi bunun bir hayal olduğunu söyleyip oyuna çevirmeye çalıştığında ise çok sinirlendiği ve gerçek olduğunu söylediği öğrenilmiştir. Aniden öfke patlamaları olan olgunun dönem dönem yaşından küçük gibi davrandığı izlenmiştir. Hayali oyunlar kuran olgunun oyunlarında çağrışımlarının çok hızlanmış ve kopuk olduğu ve bir konu üzerinde durmadığı gözlenmiştir. Olgunun önemli bir özelliğinin ise yönlendirildiğinde çok hızlı şekilde toparlayabilmesi olduğu belirlenmiştir. Bu sırada yapılan Stanford-Binet zeka testinde (Terman ve Merrill 1973) zeka bölümü 84/76 olarak bulunan ve oyunlarında bilgileri birleştirmesindeki güçlüğü ve kavram gelişimindeki yetersizliği farkedilen olgunun özel eğitime başlamasına karar verilmiştir. Olgu özel eğitime istemeyerek de olsa devam etmiş ve kavramlarında gelişme görülmüştür. Bir yıl sonra hayallerinin çok artmış olması ve haloperidolü düzenli kullanamamaları nedeniyle olguya risperidon 0.025 mg/kg/gün başlanmıştır.

Son dönem oyun seanslarında daha yönlendirilmiş şekilde giderek çağrışımlarını yavaşlatmak ve konu atlmasını engellemek amaçlanmıştır. Hala kendini güvende hissetmediği ve eli tutulmazsa yürümek istemediği, okulda arkadaşlarının kendisini oyuna almak istemedikleri belirtil-

miştir. Olgunun hayallerinin azaldığı, ancak gerçeğe hayalin ayrımında hala zorlandığı, örneğin kardeşi oyunda Robocop olunca çok korktuğu ya da bir filmde seyrettiklerinin gerçek hayatta olmayacağını düşünemediği belirtilmiştir. Bu olgunun diğer bir önemli özelliği de aldığı yoğun ilaç tedavisine, özel eğitime ve psikolojik desteğe karşın işlev düzeyinde belirgin bir düzelme olmaması, yalnızca saldırganlığında azalma görülmüştür.

TARTIŞMA

Olgudaki bulgular sınırda zeka gelişimi, hayalle gerçeği ayırt etmede güçlük, arkadaş ilişkilerinin gelişim düzeyine uygun olmaması, uygun ilişki kurma becerileri geliştiremediği için grup içinde yalnız kalması, aneden ayrılmaya karşı anksiyeteye başa çıkmak için hayalleri kullanma, kolay uyarılabilme ve öfke patlamaları şeklinde duygudurum labilitesi, konuşurken çağrışımlarda hızlanma ve kopukluk, jest ve mimiklerini iyi kullanamaması, ifadede donukluk, şekil çizerken rotasyon ve normal nörolojik muayene olarak özetlenebilir.

Bu bulgularla hastada ilk başvurusunda belirgin olarak yakınma ilişki sorunu ve konuşmasındaki gecikme iken, daha sonra konuşmasındaki anlaşılabilirlik ve devam eden ilişki sorunları ön planda görülmektedir. Otistik bozukluktaki üç esas sorun alanı ilişki bozukluğu, basmakalıp hareketler ve iletişim sorunudur (APA 1994). Ancak hastanın ilişki sorununun niteliksel olarak yaygın gelişimsel bozukluktan farklı olduğu (örneğin kreşte en sevdiği arkadaşı ve aşık olduğu bir kız var), ayrıca konuşma gelişiminin gelişimsel önemli noktalara zamanında ulaşması açısından normal olduğu izlenmiştir. Olgunun basmakalıp hareketleri yoktur, ama belli bir konuda uzun süre takılabilmektedir. Duygularını iyi ifade edebilen olgu diğer insanların da duygularını anlamaktadır ve hayali oyunu çok geliştirmiştir. Bu bulgular bizi otistik bozukluk tanısından uzaklaştırmıştır.

Olgunun ÇBB tanı özelliklerine uyan bulguları ise gerçeğe hayali ayırmasındaki güçlük, bunun stres durumlarında (örneğin ayrılık durumlarında ve kreşte) belirginleşmesi, duygulanımdaki

dalgalanmalar, ilişki kuramaması ve diğer çocuklar tarafından kabul edilmeme belirtileridir (Kumra ve ark. 1998). Basmakalıp hareketlerinin olmaması ve dil gelişiminin normal olması, başlangıç yaşı bu tanıyla uyumludur.

Başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk tanısı için Buitelaar ve arkadaşları (1999) tarafından önerilen ölçütler göz önüne alırsa gelişimsel düzeyine uygun arkadaş ilişkileri olmaması bu tanıyla uyumludur, ancak bu olguda kendiliğinden konuşma, sosyal ve duygusal karşılıklı ilişki vardır, basmakalıp hareketler yoktur.

Olguda dil gelişiminin göreceli normal olması ve ilişki bozuklukları nedeniyle Asperger Sendromu tanısı düşünülebilir. Olgunun konuşurken jest ve mimiklerini uygun olarak kullanmaması, gelişim düzeyine uygun arkadaşlık ilişkileri kuramaması DSM-IV'teki tanı ölçütleriyle uyumludur (APA 1994). Ancak olguda basmakalıp ve yineleyici örüntüler yoktur ve Asperger olgularında çok görülmeyen bir şekilde duygu durumunda dalgalanmalar olmaktadır. Bu Asperger Sendromu tanısından uzaklaşılmasına neden olmaktadır.

Hastanın çok belirgin hayalleri, gerçeğe hayali ayırmadaki güçlüğü ve ilişki kurmadaki zorluğu, konuşmasındaki tutarsızlıklar ve çağrışımlarının hızlanması çok erken başlangıçlı bir şizofreniyi düşündürülebilir. Ancak, hastadaki bu yakınmalar üçbuçuk yaş civarında başlamıştır. Altı yaşından önce formal düşünce bozukluğuna rastlanmamaktadır (Asarnow 1994). Ayrıca hastadaki hayalleri varsanı olarak tanımlamak zordur. Çocukluk şizofrenisi ağır prognozlu ve kötü gidişli bir hastalıktır (Maziade ve ark. 1996), ancak olgunun yaklaşık üç yıllık izlemi sonucunda olgunun işlev durumunda bir kötüleşme ya da yıkım olmamıştır, hatta ilişki alanında gelişmeleri olmuştur. Bu noktalar şizofreni tanısından uzaklaşılmasına neden olmaktadır. Ancak hastanın ilişki kurmasındaki zorluklar, ilk başvuruda belirtilen yaygın gelişimsel bozukluk özellikleri ve çağrışımdaki hızlanmaları şizofreni öncesi döneme ait özellikler olarak değerlendirilebilir (Alagband-Rad ve ark. 1995).

Ayrıntı tanıda düşünülmesi gereken bir diğer tanı çocukluğun sınır bozukluğudur. Olgunun bir-

çok özelliği (Ayrılma anksiyetesi, çabuk uyandırılabilmesi, çağrışımlarının hızlanması, anneye olan aşırı bağlılığı ve ilişki kurmasındaki sorunlar bu tanıyla uyumludur. Sınır bozukluğunun başlangıç yaşıyla ilgili tatmin edici bilgi bulunmamıştır ve üç buçuk yaş civarında bir çocuğun bu tanıyı almasının uygun olup olmadığı tartışmalıdır.

Olgunun yoğunluk ve içerik olarak garip olan korkuları (örneğin bu yaşta bir çocuğun annesi dolmuşu binerken kendisini bırakacağından korkması), belirgin duygusal değişkenliği, arkadaş ilişkilerindeki zorlukları, çağrışımlarının hızlanması, gerçek ve hayali ayırt edememesi, aklının çabuk karışabilmesi ÇKGB ile uyumludur. Bu bozukluk beş yaşından önce, %43'ü de otuz aydan önce başlar. Basmakalıp hareketler belirgin değildir (Van der Gaag ve ark. 1995). Tüm bu özellikler olguya uymaktadır. ÇBB şizofreni alt tipi olarak tanımlanırken ÇKGB ise yaygın gelişimsel bozukluk alt tipi olarak tanımlanmaktadır (Kumra ve ark. 1998, Van der Gaag ve ark. 1995). Olgunun aile öyküsünde ilişki sorunu olan bireyler olması ancak şizofreni tanısı almış bireylerin olmaması ÇKGB lehine olabilir.

Ayrırcı tanıda düşünülmesi gereken bir diğer tanı sosyal ve duygusal öğrenme güçlükleridir (Voeller 1986, 1997). Bizim olgumuzdaki ilişki zorluğu, basmakalıp hareketlerin olmaması, çizimlerdeki rotasyonlar bu tanıyı desteklemektedir. Ancak nörolojik muayenesi normaldir ve bu olgularda sık görülmeyen şekilde duygudurum labilitesi vardır. Bu tanının ne kadar yordayıcı olduğu ve yaygın gelişimsel bozukluğun alt tipi olup olmadığı belli değildir.

Olgunun öyküsünde sözü edilen annesinden ayrıldığı kısa dönem göz önünde tutularak tepkisel bağlanma bozukluğu ayrırcı tanısı düşünülebilir. Ancak olguda annesine karşı seçici bir bağlanma vardır, çocuğun ailesi tarafından temel duygusal ve fiziksel gereksinimlerinin karşılanması sürekli görmezlikten gelinmemektedir ve kalıcı bir bağlanmanın oluşmasını önler şekilde birincil bakım veren kişi sık sık değişmemiştir. Tüm bu özellikler tepkisel bağlanma bozukluğu tanısından bizi uzaklaştırmıştır.

Anneden ayrılma dönemi sonucunda olguda uyum bozukluğu olduğu düşünülebilir. Olgunun annesinden ayrılmaya karşı gösterdiği tepki

stres etkeniyle karşı karşıya kaldığı zaman ortaya çıkması beklenene göre çok daha aşırı, belirgin sıkıntı olarak yorumlanabilir. Ancak olgunun diğer bulguları (gerçekle hayali ayırt etmedeki güçlük gibi) bu tanıyla açıklanamaz ve ailenin ilk yakınmaları bu olaydan önce başlamıştır.

Bu olgumuzda en olası olarak görülen tanı ÇKGB olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak hastanın uzun süreli izlemi gereklidir.

Yazıda bazı özellikleri açıklanan bozuklukların ve tartışılmayan bipolar bozukluğun ve şizotipal bozukluğun ayrırcı tanıda önemli olabilecek noktaları tabloda belirtilmiştir (Tablo 1). Dikkati çeken nokta duygudurumda dalgalanmalarla kendini gösteren olgulardaki tanı karmaşasıdır. ÇKGB, sınır bozukluk ve ÇBB olgularını OB, AS, şizotipal bozukluk ve öğrenme güçlüğü olgularından ayırmakta faydalı olabilecek bu nokta, bu bozuklukların kendi içinde ayırımında faydalı değildir. ÇKGB, ÇBB ve sınır olguların gösterdiği düşünce bozukluğu belirtileri şizofreni ve bipolar afektif bozukluk ayrırcı tanılarını gerekli hale getirmektedir. Bu çocukların birçoğunda iletişimsel bozukluklar da olabileceği hatırlanursa, düşünce bozukluğunu değerlendirmenin güçlüğü daha rahat anlaşılacaktır.

AS, BTA, YGB ve sosyal ve duygusal öğrenme güçlüğü olgularının birbirinden ayırımındaki en önemli güçlük ise bu bozuklukların belirgin ve üzerinde anlaşmaya varılmış tanı ölçütlerinin olmamasıdır. OB tanısı alacak kadar ağır olmayan olgularda her üç tanı da olası görülmektedir (van der Gaag ve ark. 1995). Bu birbirine çok yakın tanımlanan gruplarla ilgili yapılan çalışmalarda yaşanan bir sorun ise önce iki grup tanımlayıp sonra onları karşılaştırma yöntemidir. Genelde sağlam temellere değil bazı kabullenmelere dayanan ayrımlarla yapılan çalışmaların neyi ölçtüğü tartışmalıdır.

SONUÇ

Tüm bu karmaşıklığa karşın, yukarıda kısaca özetlenen bozuklukların özellikleri dikkate alındığında ayrırcı tanıda ilk kullanılacak ölçütler yaş, düşünce bozukluğu ve duygudurumunda ani dalgalanmalardır. OB'u iyi ayıran bir özellik de bu çocukların ilişki kurmaya hiç istekli olma-

Tablo 1: Karmaşık gelişimsel bozuklukların ayırıcı tanısında kullanılacak özellikler (- o özelliğin olmadığını, + bazen olduğunu, + + + çok belirgin olduğunu göstermektedir.) (Bu tablo Bemporad ve ark. (1982), Carlson ve ark. 1983, Cohen ve ark. (1986), Voeller (1986) Russel ve ark (1989), Ambelas A (1992), Mayes ve rk. (1993), Amerikan Psikiyatri Birliği (1994), Alaghand-Rad ve ark. (1995), Szatmari ve ark. (1995), Van der Gaag ve ark. (1995), Eisenmajer ve ark. (1996), Olin ve ark. (1997), Voeller (1997), Buitelaar ve Van der Gaag (1998), Kumra ve ark. (1998), Buitelaar ve ark. (1999) kaynaklarından derlenmiştir.)

Bozukluk	Sözel İletişim Sorunu	Sözel olmayan iletişim Sorunu	İlişki kurma isteği	İlişki sorunu	Basmakalıp örüntüleri	Başlangıç yaşı	Düşünce bozukluğu	Varsanı	Duygudurum düzenlenmesi
ÇKGB	-	-	+ (yüzeysel, kısıtlı empati, yetişkinlere asılma)	+	-	5 yaşından küçük, %43 3 yaşından küçük	+	++	Daha labil, yoğun anksiyete
Otistik Bozukluk	+++	+++	--	+++	+++	Her zaman üçten küçük	Normal populasyon sıklığında	Normal populasyon sıklığında	Göreceli olarak stabil
YGB-BTA	+ (miş gibi oyunun daha sık +)	+	+	+	+ (otizmde daralmış ilgi alanı daha belirgin)	%80 üç yaşından küçük	Normal populasyon sıklığında	Normal populasyon sıklığında	Göreceli olarak stabil
Asperger Sendromu	-(%43 +, ses tonlamasında hatalar daha çok)	+	+ (kendi sınırlı ilgi alanlarına uygun)	+	+ (daha çok tekrarlayıcı sorular, biriktirme)	OB'dan daha geç tanınır	Normal populasyon sıklığında	Normal populasyon sıklığında	Göreceli olarak stabil
ÇBB	+ (dil gelişiminde)	-	+	+	+ (erken geçici YGB belirtileri)	Sorunların başlama yaşı ort. 1,5, psikotik belirtiler için 7,8.	+	++	labil, günlük dalgalanmalar
Şizofreni	+ (dil gelişiminde gecikme)	?	+	+ (gelişim düzeyine uygun değil)	+ (%26-39 YGB belirtileri +)	Genelde altıdan sonra, premorbid özellikler sık	+++ (açık psikoz durumunda)	+++ (açık psikoz durumunda)	labil
Borderline Kişiliği Bozukluğu	-	-	+	+ (Aşırı bağımlılık, arkadaşlığı devam ettirememesi)	?		+	++	Çok labil (Anksiyete çok belirgin)
BAB	-	-	+	+ (dürtüsellik sonucu sorunlar)	-	genelde 9 yaşından sonra	+	+	Çok labil, bu daha uzun süreli
Şizotipal kişilik bozukluğu	+ (tam olarak enkoheren olmada garip)	+ (göz temasından kaçınabilirler)	+ (ilişki kurma isteği çok belirgin olmayabilir)	+	-	genelde ergenlikte?	Büyüsel düşünce vardır, ancak bu sanırsal değil	Bazen tanıdıkları kişilerin seslerini duyabilirler.	Dalgalanmalar olabilir, ama göreceli olarak stabildir.
Sosyal ve duygusal öğrenme güçlüğü	+ (robot gibi konuşma)	+	+	+	-	?	-	-	genelde stabil, saldırganlık ve öfke patlamaları nadiren var

malarıdır. Oysa AS ve BTA-YGB gruplarında beceriksizce de olsa bir ilişki kurma isteği vardır. Düşünce bozukluğu içeren bozukluklar genelde daha geç, beş altı yaş dolaylarında başlamaktadır. Belirgin düşünce bozukluğu olan ancak psikoz tanısı almayan olgularda ÇKGB, ÇBB ve sınır bozukluk tanılarına yönelinmelidir. Psikoz düşünülen olgularda ise şizofreni ve BAB ayrımı yapmak çocuklarda çok zordur. AS, öğrenme güçlüğü ve şizotipal kişiliği ayırt etmek zor görünmektedir. Bunun nedeni aynı bozukluğun alt tipleri olmaları olabilir.

Tüm bu karmaşıklığın aydınlanması için daha nesnel temellerle ayrılmış grupları sonuç, nöropsikiyatrik bulgular, fenomenoloji ve tedaviye yanıt farkları yönünden karşılaştıran çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

- Alagband-Rad J, McKenna K, Gordon CT, Albus Ke, Hamburger SD, Rumsey JM, Frazier JA, Lenane MC, Rapoport JL (1995) Childhood-onset schizophrenia: the severity of premorbid course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:1273-1283.
- Ambelas A (1992) Preschizophrenics: adding to the evidence, sharpening the focus. *Br J Psychiatry* 160: 401-404.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı, E. Köroğlu (Çev. ed), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.*
- Asarnow JB ve Ben-Meir S (1988) Children with schizophrenia spectrum and depressive disorders: a comparative study of premorbid adjustment, onset pattern and severity of impairment. *J Child Psychol Psychiatry* 29:477-488.
- Asarnow JR (1994) Annotation: childhood-onset schizophrenia. *J Child Psychol Psychiatry* 35:1345-1371.
- Bemporad JR, Smith HF, Hanson G, Cichetti D (1982) Borderline syndromes in childhood: criteria for diagnosis. *Am J Psychiatry* 139:596-602.
- Buitelaar JK ve Van der Gaag (1998) Diagnostic rules for children with PDD-Nos and multiple complex developmental disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 39:911-919.
- Buitelaar JK, Van der Gaag, Klin A, Volkmar F (1999) Exploring the boundaries of pervasive developmental disorder not otherwise specified: analyses of data from DSM-IV autistic disorder field trial. *J Autism Dev Disord* 29:33-43.
- Carlson GA (1983) *Bipolar affective disorders in childhood and adolescence. Affective Disorders in Childhood and Adolescence: An Update, DP Cantwell ve G Carlson (Ed), New York, Spectrum Publications.*
- Cohen DJ, Towbin Ke., Mayes L, Volkmar FR (1986) Issues in the classification of pervasive and other developmental disorders: toward DSM-IV. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 25:213-220.
- Done DJ, Crow TL, Johnstone Ec, Sacker A (1994) Childhood antecedents of schizophrenia and affective illness: social adjustments at ages 7 and 11. *Br Med J* 309:599-603.
- Eisenmajer R, Prior M, Leekam S, Wing L, Gould J, Welcham M, Ong B (1996) Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1523-1531.
- Katz J, Öner N, Demir N, Uludağ P (1974) A Turkish Picture Vocabulary. *Hacettepe Bull Social Sciences Humanities*, 6:129-142.
- Kumra S, Jacobsen LK, Lenan M, Zahn TP, Wiggs E, Alagband-Rad J, Castellanos FX, Frazier JA, McKenna K, Gordon CT, Smith A, Hamburger S, Rapoport JL (1998) "Multidimensionally impaired disorder": is it a variant of very early onset schizophrenia? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:91-99.
- Lofgren DP, Bemporad J, King J, Lindem K, O'Driscoll G (1991) A prospective follow-up study of so-called borderline children. *Am J Psychiatry* 148:1541-1547.
- Mayes L, Volkmar F, Hooks M, Cicchetti D (1993) Differentiating pervasive developmental disorder not otherwise specified from autism and language disorders. *J Autism Dev Disord* 23:79-90.
- Maziade M, Gingras N, Rodrigue C, Bouchard S, Cardinal A, Gauthier B, Tremblay G Cote S, Fournier C, Boutin P, Hamel M, Roy Ma, Martinez M, Merette C (1996) Long-term stability of diagnosis and symptom dimensions in a systematic sample of patients with onset of schizophrenia in childhood and early adolescence 1: nosology, sex and age of onset. *Br J Psychiatry* 169:361-370.
- McKenna K, Gordon Ct, Lenane M, Kaysen D, Fahey K, Rapoport JL (1994) Looking for childhood onset schizophrenia: the first 71 cases screened. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:636-644.
- Olin SS, Raine A, Cannon TD, Parnas J, Schulsinger F, Mednick SA (1997) Childhood behavior precursors of schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Bull* 23:93-103.
- Rourke BP, Finlayson MAJ (1978) Neuropsychological

ÖNER VE ARK.

significance of variations in patterns of academic performance: verbal and visual-spatial abilities. *J Abnorm Child Psychol* 6:121-133.

Russel AT, Bott L, Sammons C (1989) The phenomenology of schizophrenia occurring in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28:399-407.

Savaşır I, Sezgin N, Erol N (1994) *Ankara Gelişim Tarama Envanteri Elkitabı*, Ankara, Rekmay Ltd. Şirketi.

Szatmari P, Archer L, Fisman S, Streiner DL, Wilson F (1995) Asperger's syndrome and autism: differences in behavior, cognition and adaptive functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:1662-1671.

Terman LM ve Merrill MA (1973) *Stanford-Binet Intelligence Scale: 1927 Norms Edition*. Houghton Mufflin Company.

Van der Gaag R, Buitelaar J, Van den Ban E, Bezemer

M, Njio L, van Engeland H (1995) A controlled multivariate chart review of multiple complex developmental disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:1096-1106.

Voeller KKS (1986) Right hemisphere deficit syndrome in children. *Am J Psychiatry* 143:1004-1009.

Voeller KKS (1997) Social and emotional learning disabilities. *Behavioral Neurology and Neuropsychology içinde*; (Ferbberg TE ve Farah MJ ed), McGraw-Hill, New York, s:795-801.

Watkins JM, Asarnow RF, Tanguay PE (1988) Symptom development in childhood onset schizophrenia. *J Child Psychiatry* 29:865-878.

Wing L ve Gould J (1979) Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *J Autism Dev Disord* 9:11-29.

5. ERGEN GÜNLERİ GENÇLİK, KİMLİK VE İDEOLOJİ

TARİH: 23-25 KASIM 2000

YER: KUŞADASI KORUMAR OTEL

DÜZENLEME:

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

Tıp Fakültesi Psikiyatri AD ve

ADÜ-GENÇ

BİLGİ İÇİN:

Tel: 0 256 2124078 - 403

E-mail: adugenc@superonline.com

PEDİYATRİK PSİKOFARMAKOLOJİDE İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ

Tümer Türkbay*, Hakan Erman**, Teoman Söhmen***

ÖZET

Amaç: Bu yazıda pediatrik psikofarmakolojideki ilaç etkileşimlerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu konuda yazın taranırken, çocuk ve ergen psikiyatristleri ile pediatrik tarafa sık yazılan ilaçlar gözönünde bulundurulmuştur. **Sonuç:** Bir çok psikotrop ilacın diğer ilaçlarla olan etkileşimleri sitokrom enzim sistemi üzerinden olmaktadır. **Tartışma:** Psikotrop ilaçlarla sitokrom enzim sistemi arasındaki ilişkilerin bilinmesi, hekimlerin klinik olarak önemli ilaç etkileşimlerini yordayabilmelerine yardımcı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: İlaç etkileşimleri, sitokrom enzimleri, pediatrik psikofarmakoloji.

SUMMARY: DRUG INTERACTIONS IN PEDIATRIC PSYCHOPHARMACOLOGY

Objective: The aim of this paper is to review the drug interactions in pediatric psychopharmacology. **Method:** As the relevant documents were searched from literatures, the common medications prescribed by child and adolescent psychiatrists and pediatricians has been focused on their important interactions. **Results:** Most of psychotropic drugs interact with other drugs because of depending on cytochrome enzymes. **Discussion:** Understanding the relationships between psychotropic drugs and cytochrome enzymes is to allow the clinician to predict the possibility of clinically important drug interactions. **Key words:** Drug interactions, cytochrome enzymes, pediatric psychopharmacology.

GİRİŞ

Çocuk ve ergen psikiyatrisi ile pediatri alanında çalışan hekimler ek tanı nedeniyle birden fazla ilaç kullanımı gereken hastalarda bazı güçlükler ve kaygılar nedeniyle izlenen ve uzun süre antiepileptik ilaç kullanan bir çocuğa, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu veya depresif bozukluk ek tanısı konulması durumunda tedaviye psikotrop ilaç eklenmesi gerekebilir. Bunun tersi olarak çocuk ve ergenlerdeki bir psikiyatrik bozukluk nedeniyle ilaç kullanan hastaların enfeksiyon nedeniyle, bir antibiyotik veya antihistaminik ilaç alması gerektiğinde pediatrik ilaç etkileşimleri yönünden kaygı yaşayabilir. Çocuk ve ergen psikiyatrisinde sık kullanılan ilaçların birbirleriyle ve diğer pediatrik ilaçlarla etkileşimleri hakkında bilinenler henüz azdır. Birden fazla ilaç kullanan hastalarda ilaçların etkileşimi olasılığı nedeniyle yeni veya beklenmeyen etkilerin ortaya çıkması olasıdır. Bu nedenle ilaç et-

kileşimlerinin iyi bilinmesi ve hastanın ayrıntılı ilaç kullanım öyküsünün alınması önemlidir.

İlaçların birbirleriyle etkileşimi alım, emilim, metabolizma ve atılım aşamalarında olmaktadır. Psikotrop ilaçların etkileşimleri sıklıkla metabolizma aşamasında olmaktadır. İnsanda ilaç metabolizması karaciğerde daha fazla olmak üzere bağırsaklarda, akciğerlerde ve beyinde olmaktadır. Karaciğerde ilaç metabolizması tipik olarak iki fazda oluşur: Faz-I (oksidasyon) ve Faz-II (glukuronidasyon) metabolizması. İlaçların büyük bir kısmı karaciğerde Cytochrome P-450 (CYP-450) karma işlevli oksidaz sistemi olan Faz-I işlevi ile metabolize edilir. Sitokrom (CY) enzimleri 450 nm frekansındaki ışığı absorbe etme özellikleri nedeniyle P-450 ekini almaktadır (Meyer ve Rodvold 1996).

CYP-450 enzimleri yaklaşık 50 yıl önce tanımlanmasına karşın, son yıllarda hastaların ilaç tedavisine yanıtlarını belirlemede ve ilaç etkileşimleri konusunda çok önemli rollerinin olduğu anlaşıl-
maya başlanmıştır. Bu nedenle CYP-450 enzim sistemi tarafından metabolize edilen bir ilacın özgün yolunun tanımlanması, klinisyenin olası

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

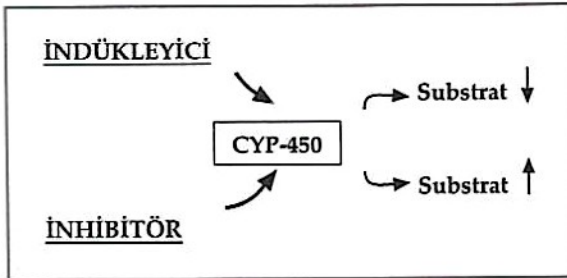
** Uzm. Dr., İMGE Ruh Sağlığı ve Danışma Merkezi, Ankara.

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

ilaç etkileşimlerini tahmin etmesini sağlar. CYP-450 enzimlerinin büyük miktarı karaciğerde bulunur. CYP-450 enzim sistemi 13 birincil enzimden oluşan bir süpergen ailesine sahiptir. Bir çok özgül gen bu izoenzimlerden sorumlu olmasına karşın, günümüzde insan ilaç metabolizmasından sorumlu 3 birincil CYP-450 gen ailesi tanımlanmıştır: Bunlar CYP 1, CYP 2 ve CYP 3'dür. Özgün altaileler veya izoenzimler olarak insanda psikotrop ilaçların metabolizması için en sık sorumlu tutulanlar: CYP 1A2, CYP 2C9, CYP 2D6, CYP 2C19 ve CYP 3A4'dür (Cholerton ve ark 1992).

CYP-450 enzim sistemi ile etkileşen ilaçlar ya bu enzimleri inhibe ederler ya da indüklerler. Bazı ilaçlar ise CYP-450 enzimleri aktivitesi üzerine etkisizdir. Bir CYP-450 enzimi inhibe edilirse, o CYP-450 enziminin substratları daha yavaş hızla metabolize edilir ve dolaşımda substratın kan düzeyi artar. Tersi olarak enzim indüklenirse, o CYP-450 enziminin substratları daha hızlı metabolize edilir ve dolaşımda substratın kan seviyesi azalır (Şekil 1). İnhibisyon hemen oluşmasına karşın, indüksiyonun başlaması için 3-10 gün kadar bir zaman gerekmekte veya başlamış indüksiyonun durması 5-12 gün kadar bir zaman almaktadır (Meyer ve Rodvold 1996).

Şekil 1: İlaçların CYP-450 izoenzimleri etkileme tarzları



Çocuk ve ergen psikiyatristleri tarafından sık kullanılan psikotrop ilaçlarla etkileşime giren pediyatrik ilaçlar son yazın verilerine göre aşağıda verilmiştir.

STİMLANLAR

Stimulanlar çocuk ve ergen psikiyatristleri tarafından dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda sıklıkla önerilmektedir. Stimulanlar çok

nadir olarak diğer ilaçlarla etkileşim göstermektedir. Stimulanlar daha çok benzer düzeneklerle etki gösteren ilaçlarla etkileşir. Stimulanların birincil düzeneği önemli nörotransmitterler olan dopaminin, norepinefrinin ve olasılıkla serotoninin postsinaptik konsantrasyonunu artırmasıdır. Bu nörotransmitterlerin ayarlanmasına etki eden herhangi bir ilacın veya bileşiğin stimulanlarla etkileşime girme olasılığı vardır.

Stimulanlar ile monoamin oksidaz (MAO) inhibitörü ilaçların kombinasyonundan kaçınılmalıdır. İkisinin birlikte verilmesi, norepinefrinin ve diğer endojen araçların daha fazla salınımına ve MAO tarafından yıkımının azalmasına yol açar. Dolayısıyla yüksek ateş, hipertansiyon, beyin kanaması, aritmi ve konvulziyon gibi ciddi sorunlar ortaya çıkabilir (Krisiko ve ark. 1969.)

Stimulanlar dopamin salınımını artırarak, nöroleptiklerin farmakodinamik etkilerini antogenez ederler. Bunun sonucu olarak nöroleptiklerin (klorpromazin, haloperidol vs.) klinik etkilerinde azalmaya yol açma güçleri vardır. Stimulanlar, nöroleptiklerin aşırı dozda alınması ve toksisite durumlarında ortaya çıkan belirtilerin tedavisinde sıklıkla kullanılır (Angrist ve ark. 1974). Eğer bu ilaçlar birleştirilecekse, yeni ilacın dozu düşük tutulmalı ve hasta tedavi etkinliği ve yan etkiler yönünden izlenmelidir. Hedef etki oluşuncaya dek doz yavaşça artırılmalı, artış sadece tek ilaç üzerinden yapılmalıdır.

Stimulanlar serotonin salınımını başlatırlar. Serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ile birlikte kullanımında farmakodinamik olarak serotonin reseptör etkinliğini artırır. Bu nedenle SSRI ile stimulanların yüksek dozlarda kullanılması serotonin sendromu (aşırı ateş, mental durumda değişiklikler, hipertansiyon ve kalp atım sayısında artış) yapabilir. Metilfenidatın farmakodinamik olarak serotonin reseptör etkinliğinde artış yapması ve fluoksetinin metilfenidat serum düzeyini artırması nedeniyle, birlikte kullanılması durumunda, hastalarda ajitasyon yapma olasılığı artar. Bu nedenle doz titrasyonunun dikkatli yapılması gerekir (Barrett ve ark. 1996, Glue ve Blue 1996).

Stimulanlar trisiklik antidepressanların serum yoğunluklarında olası artış yaparlar. Ayrıca stimulanlar serotonin salınımını artırmaları ve tri-

Tablo 1: Çocuk psikiyatrisinde sık kullanılan SSRI'ların CYP-450 enzim sistemi üzerine inhibisyon dereceleri.

CYP-450 izoenzimi	Fluoksetin	Fluvoksamin	Paroksetin	Sertralin
CYP 1A2	+	+++	+	+
CYP 2C9/10	++	++	+	+
CYP 2D6	+++	+	+++	+
CYP 3A 3/4	+	++	+	++

(Preskom 1996'dan)

+: Hafif ++: Orta +++: Güçlü

siklik antidepresanların nöronal gerilimini korumaları nedeniyle, yüksek dozlarda, serotonin sendromuna yol açabilirler (Siomopoulos 1975). Bu ilaçların birlikte kullanımında yavaş ve dikkatli doz titrasyonu yapılmalıdır. Stimulanlar imipraminin metabolizmasını inhibe edebilir. Metilfenidat, imipraminin kan düzeyini artırmaktadır. Her ne kadar bazı durumlarda metilfenidat ve imipramin güvenle kullanılabilse de bu birleştirme konfüzyon, duygulanımda oynaklık ve ciddi ajitasyonlara yol açabilmektedir (Grob ve Coyle 1986). Metilfenidat ile desipraminin birleştirilmesinde yan etkiler azdır. Hatta metilfenidat ve desipraminin bilişsel sorunlarının iyileşmesinde ayrı ayrı ve sinerjik etki gösterdiği bildirilmektedir (Kaplan ve Sadock 1998b).

Bazı yazınlarda stimulanlarla antikonvulzanların birleştirilmesi durumunda önemli yan etkilerin görülmediği bildirilmektedir. Bundan dolayı stimulanların antikonvulzanlarla birlikte çocuklarda güvenle kullanılabilceği belirtilmektedir (Ten Eick ve ark. 1998, Ghofrani 1988). Ancak, Behar ve arkadaşlarının (1998) karbamazepinin ileri derecede metilfenidat düzeyini düşürdüğüne ait bir olgu sunumu vardır.

Astım tedavisinde kullanılan ilaçlar ile stimulan ilaçların birlikte kullanımında, ilaçların eklenen etkileriyle baş dönmesi, çarpıntı, halsizlik ve ajitasyon olabilir (Ten Eick ve ark. 1998).

Metilfenidat ile birlikte klonidin kullanımında çok dikkatli olunması gereklidir. Birlikte kullanılan çocuklarda 4 ölüm olgusu bildirilmiştir. Ancak ilaçlarla ölümlerin ilişkisi açıklanamamıştır (Kaplan ve Sadock 1998a).

SEÇİCİ SEROTONİN GERİALIM İNHİBİTÖRLERİ (SSRI)

Bu ilaçlar serotoninin nöronal geri alımını inhibe ederler. SSRI'lar ile olan ilaç etkileşimlerinin büyük bir kısmı CYP-450 enzim sistemi üzerinden olur. CYP-450 üzerine inhibitör etkisi olan ve çocuk ve ergen psikiyatrisinde günümüzde sık kullanılan SSRI'lar Tablo 1'de verilmiştir. SSRI'lar içinde ilaçlarla en yüksek etkileşim olasılığı olan fluoksetin ve fluvoksamindir. Fluoksetin CYP 2D6'ya, metaboliti norfluoksetin CYP 3A4'ü inhibe eder. Paroksetin ve sertralin CYP enzimleri üzerinde inhibötör etkiye (çoğunlukla 2D6'ya) sahip olmalarına karşın, çoğunlukla bunların metabolitleri bu enzimlerin etkinliklerini azaltacak klinik duruma neden olmaz ve herhangi bir ilaç etkileşiminden sorumlu değildirler (Preskorn ve Baker 1997).

SSRI kullanan hastalarda ikinci kuşak antihistaminiklerden (astemizol, terfenadin), sisapriden ve MAOI etkinliği olan ilaçlardan ciddi toksisite olasılığı nedeniyle kaçınılmalıdır (Von Moltke ve ark. 1995, Swims 1993, Bedford ve Rowbotham 1996, Feighner ve ark. 1990). Özellikle fluoksetin ve fluvoksamin ile bu antihistaminikler ya da sisaprid verildiğinde yaşamı tehdit edici ciddi aritmiler olabilir. CYP 3A4'ü inhibe eden bir ilaç astemizol, terfenadin ve sisparidin birikimine yol açarak kardiyak toksisiteye neden olur. Eğer bu kuşak antihistaminikler veya sisparid alan bir hastaya bir SSRI verilmesi düşünülüyorsa, paroksetin ya da sertalin seçilmeli ve hasta yakından izlenmelidir.

Benzer şekilde karbamazepinin metabolizması da CYP 3A4 ile olmaktadır. Karbamazepinin flu-

oksetin veya fluvoksamin ile birlikte verilmesi ile benzer etkileşimi beklenir (Grimsley ve ark. 1991, Spina ve ark 1993); serum karbamazepin düzeyi artar. SSRI alan bir hastaya karbamazepin alışımlı dozdan daha düşük dozda başlanmalı ve serum karbamazepin düzeyi düzenli olarak izlenmelidir. Ters olarak, karbamazepin alan bir hastaya bir SSRI başlanması düşünülmüyorsa, tercihen paroksetin ya da sertraline seçilmelidir (Ten Eick ve ark. 1998).

Flouksetin ve fluvoksamin ile fenitoinin birlikte verilmesi, fenitoinin klerensini azaltır; dolayısıyla fenitoin toksisitesi artabilir. Fenitoin toksisitesinde somnolans, ataksi ve niştagmus gözlenir. Buradaki olası mekanizma bilinmemektedir. Dikkatli titrasyon yapılmalı ve serum düzeyi izlenmelidir (Woods ve ark 1994).

Fluvoksaminin teofilin ile birlikte verilmemelidir. Fluvoksaminin CYP 1A2 üzerine potent inhibitör etkisi vardır ve bu izoenzim teofilin metabolizmasından sorumludur. Teofilin ile fluvoksaminin birleştirilmesi durumunda teofilin birikir ve artmış olan teofiline bağlı olarak kardiyak toksisiteye ve konvulziyonlara yatkınlık olabilir (Brosen ve ark. 1993).

Siproheptadin, serotonin antagonistidir ve SSRI'ların teröpotik etkilerini antagoneze ettiğinden bu ilaçlar birleştirilmesinden kaçınılmalıdır (Feder, 1991).

Fluvoksaminin ve fluoksetinin CYP 3A3/4 üzerine olan inhibitör etkileri nedeniyle, bu ilaçlar alprazolam ve diazepam ile birlikte verilirse, bu benzodiazepinlerin serum düzeyleri hafif veya orta derecede artar. Bu nedenle dikkatli titrasyon yapılmalıdır. (Lemberger ve ark. 1988, Fleishaker ve Hulst 1994).

TRİSİKLIK ANTİDEPRESANLAR

Trisiklik antidepresanlar (TSA) norepinefrin, serotonin ve az olarak dopamin geri alımını inhibe ederler. TSA'ların birçok ilaç ile etkileşimi CYP-450 izoenzim sistemi üzerinden olur. TSA'lar birden fazla CYP izoenzimlerini etkiler. Örneğin, imipramin CYP 1A2, CYP 2C19, CYP 2D6 ve CYP 3A4'ü inhibe eder (Brosen 1995). Fakat SSRI'lardan farklı olarak TSA'lar alışımlı teröpotik dozlarda bu enzimler üzerine aktivasyon

ya da inhibisyon yapmazlar. TSA ile birlikte verilen ilaçlar, TSA'yı artırır ya da azaltırlar.

TSA'nın SSRI ile birlikte verilmesi durumunda genellikle TSA'nın serum düzeyleri artar. Özellikle fluoksetin ve paroksetin güçlü bir CYP2D6 inhibisyonu ile serum DSA düzeyinde artış yaparak, olası bir TSA toksisitesine yol açabilir. Bu durum sertralinde daha az olasılıktadır (Aranow ve ark. 1989, preskorn ve Baker 1997). Fluvoksamin CYP 1A1/2 ve CYP 2C19 için güçlü bir inhibitördür. Fluvoksamin ile klomipramin birlikte verilirse serum klomipramin düzeyi artar. Uygulamada, klomipramin ile fluvoksamin birlikte verilmişse, klomipramin dozu 1/3'e azaltılmalıdır; fluoksetin, klomipramin düzeyinde artış yapar (Vandel ve ark. 1995).

TSA ile karbamazepin ya da fenobarbital birlikte verildiğinde TSA metabolizması artar ve serum TSA yoğunluğu düşer; bu TSA'nın etkinliğini azaltır (Silverman ve Braithwaite 1972, Spina ve ark. 1996). Tersine valproik asit CYP metabolizmasını inhibe ederek serum TSA yoğunluğunu artırabilir (Wong ve ark. 1996). Bunun yanında TSA'nın epilepsi eşliğini düşürdüklerini akıldan çıkarılmamalıdır (özellikle klomipramin).

Klonidin, antikolinergik (örn., antihistaminik) ve sempatomimetik (örn., dekonjestif) özelliğe sahip ilaçlar TSA ile non-metabolik-dayanımlı bir etkileşim yapar. TSA ilaçlarla verilmesi klonidinin etkilerini antogoneze edebilir (Gutkind ve Everno 1987). TSA antihistaminiklerle birlikte verildiğinde antikolinergik etkiler artar. Ayrıca antikolinergik özelliklere sahip ilaçlarla (atropin, fenotiyazinler) verilmesi durumunda dikkatli doz ayarının yapılması ve izlenmesi gerekir (Meyer ve ark. 1996).

Ayrıca 250 ml üzüm suyu içildiğinde CYP 3A3/4, daha az oranda da CYP 1A1/2 inhibe olarak klomipramin düzeyi 2-3 kat artar (Ten Eick ve ark. 1998).

BENZODİAZEPİNLER

Benzodiazepinler (BZ), GABA reseptörleri üzerinden etkilerini gösterirler. Alprazolam, midazolam ve olasılıkla diazepam birincil olarak CYP 3A4 tarafından metabolize edilir. Bu enzimi etkileyen ilaçlar BZ'in etkilerini belirler. BZ etkile-

şimleri genellikle kliniğe hafif olarak yansımaktadır.

Özellikle azol türevi antifungal ilaçlar (flukonazol, itrakonazol, ketakonazol gibi) CYP 3A4 inhibisyonu yaparak BZ serum düzeylerini ileri derecede yükseltirler. Bunun sonucu olarak aşırı ya da uzamış sedasyon oluşur (Varhe ve ark. 1994).

Beta blokerler serum BZ düzeyini hafif derecede (Sonne ve ark. 1990), fluoksetin ve fluvoksamin orta derecede (Lemberger ve ark. 1988, Fleishaker ve Hulst 1994), makrolid antibiyotikler (eritromisin, klaritrosin, trolendomis) (Yasui ve ark. 1996, Yeates ve ark. 1996) ileri derecede artırır. Ayrıca siprofloksazin de serum BZ düzeyini artıran diğer bir antibiyotiktir (Kamali ve ark. 1993). Ters olarak karbamazepin CYP 3A4 enzimini indükleyerek BZ serum düzeyini düşürür. Karbamazepin kullananlarda alternatif BZ olarak lorazepam kullanılabilir (Backman ve ark. 1996).

NÖROLEPTİKLER

CYP 2D6 enzimini inhibe eden SSRI'lar (fluoksetin, paroksetin) serum haloperidol düzeylerini artırır. Bu durum sertralinde daha az olasılıklardır (Avenoso ve ark. 1997). Birkaç CYP enzimi klozapinin metabolizmasından sorumludur (CYP 1A2, 3A3/4 ve olası CYP 2D6). Fluvoksaminin ve fluoksetinin klozapinin serum düzeyini orta derecede artırdığı bildirilmiştir; fakat bu artışa neden olan enzimin hangisi olduğu kesin değildir (Hiemke ve ark. 1994, Centorrino ve ark. 1996).

Yüksek antikolinergik etkileri olan nöroleptiklerle (klorpromazin, tioridazin gibi) TSA birleştirilmesinde artacak olan antikolinergik yan etkiler yönünden dikkatli olunmalıdır (Meyer ve ark. 1996).

Yüksek antikolinergik etkileri olan nöroleptiklerle (klorpromazin, tioridazin gibi) TSA birleştirilmesinde artacak olan antikolinergik yan etkiler yönünden dikkatli olunmalıdır (Meyer ve ark. 1996).

Karbamazepin CYP enzim indüksiyonu yaparak haloperidolün serum yoğunluğunu düşürür ve haloperidolün tedavi yanıtı azalır (Arana ve ark.

1986). Aynı şekilde karbamazepin de klozapin kan düzeyini düşürmektedir. Eğer klozapine bağlı epileptik bir nöbet olmuşsa valproik asit gibi bir antikonvulzan tercih edilmelidir (Wirshing ve ark. 1997).

Risperidonla ilaç etkileşimleri ile ilişkili çok az yazın olmasına karşın, risperidonun en az iki tip ilaçla etkileşimi önemlidir: Birincisi CYP 2D6 inhibitörü olan paroksetin ve fluoksetin gibi ilaçlar risperidonun kan düzeyini artırır. İkincisi karbamazepin gibi CYP 2D6 indükleyicisi, bu ilacın metabolizmasını artırır. Risperidon %0.3 hastada epileptik nöbetlere neden olmaktadır. Bu oran klozapine ve düşük potensli fenotiazinlere oranla anlamlı derecede azdır (Davis ve Janicak 1996).

LİTYUM

Lityum renal atılımı etkileyen ilaçlar ile etkileşir. Lityumla birlikte nöroleptik kullanımı birçok hastada herhangi bir sorun çıkarmamasına karşın, bazı hastalarda lityumun nörotoksitesisi riski artabilir (bulantı, kusma, sedasyon, tremor) (Goldman 1996).

Lityum ile bir SSRI'nın birleştirilmesi çoğu hastada sorun yaratmamaktadır. Ancak bu durum serotonin sendromunu tetikleyebilir. Bu nedenle böyle bir birleştirmede yan etkiler yönünden dikkatli bir izleme yapılmalıdır (Noveske ve ark. 1989, Ohman ve Spigset 1993).

Lityum alan hastaların tedavisine nonstroid anti-inflamatuar ilaçlar (ibfren, indometazin vs) ve tiazid diüretikler (klortiazid, indapamid) eklendiğinde mutlaka lityum toksitesisi yönünden izlenmeleri gerekir (Khan 1991, Crabtree ve ark. 1991).

DİĞER İLAÇLAR

Karbamazepin bir çok ilaçla etkileşim gösterir. en önemli etkilerini P450 enzim sistemi üzerinden yapar. Özellikle CYP 3A4 izoenzimini stimüle eder. Pediyatristler için klinik olarak önemle bilinmesi gereken karbamazepin ile makrolid antibiyotiklerin (eritromisin, klaritromisin) etkileşimidir. Bu etkileşim ciddi kardiyotoksitesiteye yol açabilir (Borowitz 1996).

Geriye dönüşümlü olmayan MAOI ile birlikte SSRI ve TSA'nın serotonin sendromu yapma riski vardır. Bu nedenle bir SSRI'a başlamadan en az iki hafta, bir TSA'a başlamadan da en az bir hafta önceden geriye dönüşümlü olmayan MAOI'nün kesilmesi gerekir. Eğer SSRI kullanımı sonrasında bir MAOI'nün başlanması düşünülüyorsa 5 haftalık bir aranın verilmesi önerilmektedir (White ve Simpson 1981, Feighner ve ark. 1990).

Bölümümüzde DEHB tanısı konan çocuk ve ergenlerde genellikle metilfenidat ve imipramin tercih edilmektedir. Metilfenidatın diğer ilaçlarla birlikte kullanımında çoğuyla etkileşiminin olmadığı dikkat çekmektedir. Bu nedenle tıbbi hastalığına ek tanı olarak DEHB tanısı konan çocuk ve ergenlerde metilfenidat kullanılmaktadır. Antikonvulzan ilaç kullanan epileptik çocuk ve ergenlerde dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinin tedavisinde sıklıkla metilfenidatı tercih ediyoruz. Valproik asit kullananlarda metilfenidatın birlikte veriliminde iyi sonuçlar alınmakta ve herhangi bir etkileşime rastlanılmamaktadır. Ancak karbamazepin kullananlarda metilfenidatın belirtilerinin tedavisinde etkili olmadığı dikkatimizi çekmektedir. Bunun karbamazepinin metilfenidatın kan düzeyini aşırı düşürmesiyle ilgili olabileceğini düşünmekteyiz. Yazında bununla ilgili yalnızca bir olgu sunumu vardır (Behar ve ark. 1998). İki olgumuzda karbamazepin kan düzeyinin izlenerek metilfenidat dozu yükseltildiğinde belirtilerinin tedavisinde başarılı sonuçlar alınmıştır (Türkbay 1999).

Epilepsi ve depresyonun eşlik ettiği olgularda genellikle SSRI'ları tercih etmekteyiz. Çocuk ve ergen psikiyatrisinde kullanımı onaylanmış SSRI'lar içinde antikonvulzanlarla etkileşimi olasılığı az olduğu bildirilen (Ten Eick ve ark. 1998) sertralini ve paroksetini birlikte kullanılmaktadır.

Birlikte kullanılması gereken ilaçların birbirleri ile etkileşimlerini bellekte saklamak güçtür. Bu nedenle hekim tarafından bilinen güvenli birleştirmeler tercih edilmelidir. Yeni bir birleştirme denenecek ise mutlaka CYP-450 enzim sistemindeki etkileşim değerlendirilmeli ve yazın gözden geçirilmelidir.

KAYNAKLAR

- Angrist B, Lee HK, Gershon S (1974) The antagonism of amphetamine induced symptomatology by a neuroleptic. *Am J Psychiatry* 131:817-819.
- Arana GW, Goff DC, Friedman H ve ark. (1986) Does carbamazepine induced reduction of plasma haloperidol levels worsen psychotic symptoms? *Am J Psychiatry* 143:650-651.
- Aranow RB, Hudson JI, Pope HG ve ark. (1989) Elevated antidepressant plasma levels after addition of fluoxetine. *Am J Psychiatry* 146:911-913.
- Avenoso A, Spina E, Campo G (1997) Interaction between fluoxetine and haloperidol: pharmacokinetic and clinical implications. *Pharmacol Res* 35:335-339.
- Backman JT, Olkkola KT, Ojola M ve ark. (1996) Concentrations and effects of oral midazolam are greatly reduced in patients treated with carbamazepine or phenytoin. *Epilepsia* 37:253-257.
- Barrett J, Meehan O, Fahy T (1996) SSRI and sympathomimetic interaction. *Br J Psychiatry* 168:253.
- Bedford Ta, Rowbotham DJ (1996) Cisapride: drug interactions of clinical significance. *Drug Safety* 15:167-175.
- Behar D, Schaller J, Sprent S (1998) Extreme reduction of methylphenidate levels by carbamazepine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37 (11):1128-1129.
- Bortowitz SM (1996) Carbamazepine: a review of its use in children with epilepsy. *Pediatric Pharmacotherapy* 2 (11):45-52.
- Brosen K, Skejelbo E, Rasmussen BB ve ark. (1993) Fluvoxamine is a potent inhibitor of cytochrome P450 1A2. *Biochem Pharmacol* 45:1211-1214.
- Brosen K (1995) Drug interactions and the cytochrome P450 system: the role of cytochrome P450 1A2. *Clin Pharmacokinet* 29:20-45.
- Centorrino F, Baldessarini RJ, Frankenburg FR ve ark. (1996) Serum levels of clozapine and nortriptyline in patients treated with selective serotonin reuptake inhibitors. *Am J Psychiatry* 153:820-822.
- Cholerton S, Daly AK, Idle JR (1992) The role of individual cytochromes P450 in drug metabolism and clinical response. *Trends Pharmacol Sci* 13:434-439.
- Crabtree BL, Mack JE, Johnson CD (1991) Comparison of the effect of hydrochlorothiazide and furosemide on lithium disposition. *Am J Psychiatry* 148:1060-1063.
- Davis JM, Janicak PG (1996) Risperidone: a new, novel (and better?) antipsychotic. *Psychiatric Annals* 26 (2): 78-87.
- Feder R (1991) Reversal of antidepressant activity of flu-

- oxetine by cyproheptadine in three patients. *J Clin Psychiatry* 52:163-164.
- Feighner JP, Boyer WF, Tyler DL ve ark. (1990) Adverse consequences of fluoxetine-MAOI combination therapy. *J Clin Psychiatry* 51:222-225.
- Fleishaker JC, Hulst LK (1994) A pharmacokinetic and pharmacodynamic evaluation of the combined administration of alprazolam and fluoxetine. *Eur J Clin Pharmacol* 46:35-39.
- Ghofrani M (1988) Possible phenytoin-methylphenidate interaction. *Dev Med Child Neurol* 30:267-268.
- Glue P, Blue P (1996) SSRI and sympathomimetic interaction. *Br J Psychiatry* 168-653.
- Goldman SA (1996) Lithium and neuroleptics in combination: is there enhancement of neurotoxicity leading to permanent sequelae? *J Clin Pharmacol* 36:951-962.
- Grimsley SR, Jann MW, Carter JG ve ark. (1991) Increased carbamazepine plasma concentrations after fluoxetine coadministration. *Clin Pharmacol Ther* 50:10-15.
- Grob CS, Coyle JT (1986) Suspected adverse methylphenidate-imipramine interactions in children. *Dev Behavior Pediatr* 7:265-266.
- Gutkind JS, Everno MA (1987) Differential pharmacological interaction of clonidine and guanabenz with antidepressive drugs. *Clin Exp Hypertens* 9:1531-1547.
- Hiemke C, Weigmann H, Hartter S ve ark. (1994) Elevated levels of clozapine in serum after addition of fluvoxamine. *J Clin Psychopharmacol* 14:279-281.
- Kamali F, Thomas SHL, Edwards C (1993) The influence of steady-state ciprofloxacin on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of a single dose of diazepam in healthy volunteers. *Eur J Clin Pharmacol* 44:365-367.
- Kaplan IH, Sadock BI (1998a) Biological therapies. *Synopsis of Psychiatry içinde, IH Kaplan ve BI Sadock (eds.), Eight Edition, Williams&Wilkins Co., Baltimore s:932-1127.*
- Kaplan IH, Sadock BI (1998b) Attention-deficit disorders. *Synopsis of Psychiatry içinde, IH Kaplan ve BI Sadock (eds.), Eight Edition, Williams&Wilkins Co., Baltimore, s:1193-1200.*
- Khan IH (1991) Lithium and non-streoidal anti-inflammatory drugs. *Br Med J* 32:1537-1538.
- Krisko I, Lewis E, Johnson JE (1969) Severe hyperpyrexia due to tranyl cypromine-amphetamine toxicity. *Ann Intern Med* 70:559-564.
- Lemberger L, Rowe H, Bosomworth JC ve ark. (1988) The effect of fluoxetine on the pharmacokinetics and psychomotor responses of diazepam. *Clin Pharmacol Ther* 43:412-419.
- Meyer MC, Baldessarini RJ, Goff DJ ve ark. (1996) Clinically significant interactions of psychotropic agents with antipsychotic drugs. *Drug Safety* 15:333-346.
- Meyer MJ, Rodvold KA (1996) Drug biotransformation by the cytochrome P-450 enzyme system. *Infect Med* 13(6):452-464.
- Noveske FG, Nahn KR, Flynn RJ (1989) Possible toxicity of combined fluoxetine and lithium. *Am J Psychiatry* 146:1515-1516.
- Ohman R, Spigset O (1993) Serotonin syndrome induced by fluvoxamine-lithium interaction. *Pharmacopsychiatry* 26:263-264.
- Preskorn SH (1996) How does this knowledge relate to the clinical use of SSRIs. *Clinical Pharmacology of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors içinde, SH Preskorn (ed) Professional Communications Inc., Caddo, OK, s:175-196.*
- Preskorn SH, Baker B (1997) Fatality associated with combined fluoxetine amitriptyline therapy. *JAMA* 277:1682.
- Preskorn SH (1997) Clinically relevant pharmacology of selective serotonin reuptake inhibitors: An overview with emphasis on pharmacokinetics and effects on oxidative drug metabolism. *Clin Pharmacokinet* 32 (suppl 1):1-21.
- Silverman G, Braithwaite R (1972) Interaction of benzodiazepines with tricyclic antidepressants. *Br Med J* 4:111.
- Stomopoulos V (1975) Cocaine, amphetamine, and tricyclic antidepressants and synaptic transmission. *Lancet* 1:988-989.
- Sonne J, Dossing M, Loft S ve ark. (1990) Single dose pharmacokinetics and pharmacodynamics of oral oxazepam during concomitant administration of propranolol and labetalol. *Br J Clin Pharmacol* 29:33-37.
- Spina E, Avenoso A, Pollocino AM ve ark. (1993) Carbamazepine coadministration with fluoxetine or fluvoxamine. *Ther Drug Monit* 15:247-250.
- Spina E, Pisano F, Perucca E (1996) Clinically significant pharmacokinetic drug interactions with carbamazepine: an update. *Clin Pharmacokinet* 31:198-214.
- Swims MP (1993) Potential terfenadine-fluoxetine interaction. *Ann Pharmacokinet* 31:198-214.
- Swims MP (1993) Potential terfenadine-fluoxetine interaction. *Ann Pharmacother* 27:1404-1405.
- Ten Eick AP, Nakamura H, Reed MD (1998) Drug-drug interactions in pediatric psychopharmacology. *Pediatric Clin North America* 1233-1264.
- Türkbay T (1999) *Pediyatrik psikofarmakolojide ilaç etkileşimleri. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Haftalık Semi-*

nerleri, GATA, Ankara.

Vandel S, Bertschy G, Baumann P ve ark. (1995) Fluvoxamine and fluoxetine: Interaction studies with amitriptyline, clomipramine, and neuroleptics in phenotyped patient. *Pharmacol Res* 31:347-353.

Varhe A, Olkkola KT, Neuvonen PJ (1994) Oral triazolam is potentially hazardous to patients receiving systemic antimycotics ketoconazole and itraconazole. *Clin Pharmacol Ther* 56:601-607.

Von Moltke LL, Greenblatt DJ, Schmider J ve ark. (1995) Metabolism of drugs by cytochrome P450 3A isoforms: implications for drug interactions in psychopharmacology. *Clin Pharmacokinet* 29 (suppl 1):33-44.

White K, Simpson G (1981) Combined MAOI-trycyclic antidepressant treatment: a reevaluation. *J Clin Psychopharmacol* 1:264-282.

Wirshing DA, Wirshing WC, Marder SR ve ark. (1997) Atypical Antipsychotics: A Practical Review. *Medscape Mental Health* 2(10):1-16.

Wong SL, Cavanaugh J, Shi H ve ark. (1996) Effects of divalproex sodium on amitriptyline and nortriptyline pharmacokinetics. *Clin Pharmacol Ther* 60:48-53.

Woods DJ, Caulter DM, Pillans P ve ark. (1994) Interaction of phenytoin and fluoxetine. *N Z Med J* 107:19-23.

Yasui N, Otani K, Kaneo S ve ark. (1996) A kinetic and dynamic study of oral alprazolam with and without erythromycin in humans: in vivo evidence for the involvement of CYP 3A4 in alprazolam metabolism. *Clin Pharmacol Ther* 59:514-519.

Yeates RA, Laufen H, Zimmermann T (1996) Interaction between midazolam and clarithromycin: comparison with azithromycin. *Int J Clin Pharmacol Ther* 34:400-405.

II. ÇOCUK ve ERGEN
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI
KONGRESİ

ÖN DUYURU

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

SSK ANKARA ÇOCUK HASTALIKLARI
EĞİTİM HASTANESİ VE
ASSOCIATION EUROPEENNE
DE PSCHOPATHOLOGIE
DE L'ENFANT
ET DE L'ADOLESCENT (AEPEA)

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI DERNEĞİ
SAMİ ULUS ÇOCUK HASTANESİ'NİN KATKILARIYLA

LETONYA GOLF HOTEL
BELEK - ANTALYA
21-24 NİSAN 2001

ÇOCUKLUĞUN DEZİNTEGRATİF BOZUKLUĞU VE BİR OLGU SUNUMU

Özgür Yorbık*, Rıdvan Akın**, Teoman Söhmen***

ÖZET

Amaç: Çocukluğun dezintegratif bozukluğu, belirgin olarak en az iki yıl süren normal bir gelişim döneminden sonra çeşitli alanlarda ortaya çıkan gerileme ile karakterize, seyrek görülen bir bozukluktur. Bu yazıda dezintegratif bozukluğu olan 16 yaşındaki bir kız çocuğunun klinik özellikleri yazın ışığı altında tartışmaya sunulmuştur. **Yöntem:** Dezintegratif bozuklukla ilgili son 15 yılın yazını gözden geçirilmiştir. **Sonuç:** Dezintegratif bozukluğu bu olan olguda beyin MRI incelemesinde ilerleyici kortikal atrofi bulunmuştur; ikincil cinsiyet özelliklerin gelişmediği, konuşmanın tümüyle yitirilmesinden önce ekolalinin ve ruhsal işlemlerde ilerleyici kötüleşmenin olduğu görülmüştür. **Tartışma:** Otizm ve dezintegratif bozukluk arasında benzerlikler olmasına karşın, iki bozukluğun klinik tablosu ve gidişi farklıdır. Dezintegratif bozuklukta ilerleyici bilişsel ve motor becerilerde kötüleşme ve kortikal atrofinin görülmesi bu bozukluğun nörodejeneratif bir bozukluk olduğunu kanıtlarken, otizmde ilerleyici bilişsel ve motor becerilerde kötüleşme ile kortikal atrofinin gözlenmemesi otizmin nöro gelişimsel bir bozukluk olduğunu düşündürmektedir. **Anahtar Sözcükler:** Çocukluğun dezintegratif bozukluğu, otistik bozukluk, yaygın gelişimsel bozukluk.

SUMMARY: CHILDHOOD DISINTEGRATIVE DISORDER AND A CASE REPORT

Objective: Childhood disintegrative disorder is a relatively uncommon condition that is characterized by marked regression in several areas of functioning after at least 2 years of apparently normal development. A case of disintegrative disorder in a 16 year-old girl was discussed in the light of the clinical literature in this article. **Method:** Literature on childhood disintegrative disorder in the past 15 years were reviewed. **Results:** Progressive cortical atrophy which is identified by brain MRI, no secondary sex characteristics, echolalia before total loss of speech, and progressive deterioration of psychological functions were observed in this case. **Discussion:** Although there are similarities between autism and disintegrative disorder which has progressive deterioration of cognitive and motor abilities and cortical atrophy suggested that it is a neurodegenerative disorder; autistic disorder which has no progressive deterioration and cortical atrophy considered that it is a neurodevelopmental disorder.

Key words: Childhood disintegrative disorder, autistic disorder, pervasive developmental disorder.

GİRİŞ

Çocukluğun dezintegratif bozukluğuna (ÇDB) dezintegratif psikoz ya da Heller sendromu adları da verilmektedir. Sanctis 1906 yılında "dementia praecocissima" (erken demans) terimini erken gelişim dönemlerinde de anormalliğin olduğu çocuklar için kullanmıştır (Russo ve ark. 1996). İlk kez 1908 yılında "infantil demans" adı ile Viyanalı eğitimci Theoder Heller tarafından 6 olgu tanımlanmıştır. Heller'in tanımında, yaşamın ilk 3-4 yılında görünüşte normal ya da nor-

male yakın bir gelişim döneminden sonra belirgin gelişimsel gerileme olduğu belirtilmektedir (Volkmar 1992). ICD-9 (WHO 1987)'de "dezintegratif psikoz", ICD-10 (WHO 1992)'de ise Rett sendromundan ayırabilmek için "çocukluk çağıının başka dezintegratif bozukluğu" adı ile anılmaktadır. ICD-9'da "ilk yıllarda normal ya da normale yakın" ifadesi kullanılırken, ICD-10'da "bozukluğun başlamasından önce bütünüyle normal gelişim" olması koşulu aranmaktadır (Russo ve ark. 1996), DSM-III (APA 1980)'te bu bozuklukla ilgili tanı ölçütleri oluşturulmamıştır. Bunun başlıca iki nedeni vardır: (a) bir çok olgunun ilerleyici nörolojik gidiş ile birlikte olduğu ileri sürülmüştür, (b) "çocukluk çağında baş-

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

** Doç. Dr., GATA Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı., Ankara.

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

layan yaygın gelişimsel bozukluklar” terimi 30’ncü aydan sonra gelişen otizm benzeri durumlar için de kullanılmıştır. DSM-III-R (APA 1987)’da “çocukluk çağında başlayan gelişimsel bozukluklar” terimi çıkarılmış, bunun yerine yaygın gelişimsel bozukluklar başlığı altında otistik bozukluk ve atipik yaygın gelişimsel bozukluk (başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk) terimleri kullanılmıştır. Başka bir deyişle, DSM-III ve DSM-III-R’da ÇDB için herhangi bir tanım kullanılmamıştır. DSM-IV (APA 1994)’te ise “çocukluğun dezintegratif bozukluğu” yaygın gelişimsel bozukluklar başlığı altında yerini almıştır (tablo 1).

İlk başvuru şikayetleri: İlk kez 05.10.1991 tarihinde 8 yaşında iken tutarsız ve anlamsız konuşmalar; arkadaşlarına, kardeşine ve oyuncaklara saldırganlık; oyun ilişkisi kurmama; evin dışına yalnız çıktığında kaybolma; öğrenmesinde güçlük; aşırı hareketlilik; huzursuzluk; okula devam edememe ve öğrendiklerini unutma yakınmaları ile bölümümüze ailesi tarafından getirildi.

Özgeçmişi: B.M., 17 yaşındaki annenin normal bir gebeliğinden sonra, normal doğum ile zamanında doğmuş ve herhangi bir komplikasyon olmamış. Dokuz ay anne sütü ile beslenmiş. Birinci ayda başını dik tutmuş, altıncı ayda desteksiz

Tablo 1: Çocukluğun dezintegratif bozukluğunun tanı ölçütleri (APA 1994)

- A. Doğumdan sonraki 2 yıl içinde yaşına uygun sözel ve sözel olmayan iletişim, toplumsal ilişkiler, oyunlar ve uyumsal davranışların olması ile kendini belli eden görünüşte normal bir gelişmenin olması.
- B. Aşağıdakilerden en az iki alanda daha önce edinilmiş olan becerilerin (10 yaşından önce) klinik olarak önemli ölçüde yitirilmesi:
- (1) sözel anlatım ya da dili algılama
 - (2) toplumsal beceriler ya da uyumsal davranış
 - (3) bağırsak ya da mesane kontrolü
 - (4) oyun
 - (5) motor beceriler
- C. Aşağıdakilerden en az iki alanda olağandışı bir işlevselliğin olması:
- (1) toplumsal etkileşimde nitel bir bozulma (örn. sözel olmayan davranışlarda bozulma, yaşlılarıyla ilişki kuramama, toplumsal ya da duygusal karşılıklar verememe)
 - (2) iletişimde nitel bozukluklar (örn. konuşulan dilin gelişiminde gecikme olması ya dilin gelişmemiş olması, bir söyleşi başlatmama ya da sürdürmeme, dilin basmakalıp ve yineleyici bir biçimde kullanılması, çeşitli imgesel oyunlar oynamama)
 - (3) motor basmakalıp davranışlar ve mannerizmler de içinde olmak üzere davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineliyici örüntünün olması
- D. Bu bozukluk başka özgül bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk ya da Şizofreni ile daha iyi açıklanamaz.

Bu yazıda, yaklaşık 6 yaşındayken ilerleyici gelişimsel gerileme başlayan ve çocukluğun dezintegratif bozukluğu tanısı konulan 16 yaşındaki bir kızın öyküsü ve bulguları son 15 yıldaki yazın gözden geçirilerek tartışmaya sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Kimlik: B.M., 16 yaşında kız, okula gitmiyor, büyük şehirde yaşıyor.

oturmuş. Ondördüncü ayda yürümüş. Dokuz aylık iken ilk kelimeyi söylemiş, bir buçuk yaşında iken cümle kurmuş. Bebeklik ve çocukluk aşırıları düzenli olarak yapılmış. Altı yaşına kadar sosyal, psikolojik ve biyolojik gelişimi normalmiş; önemli bir hastalık ya da travma geçirmemiş. Söz konusu bozukluktan önce uyumlu, söz dinleyen, sorumluluklarını yerine getiren, neşeli arkadaşlarıyla geçimli olan bir çocukmuş. B.M.’yi anne ve babası büyütmüş. Altı yaşınday-

ken ana okulunda uyum problemleri ortaya çıkmış ve bu dönemden itibaren yavaş gelişen yeti kayıpları başlamış. Henüz ikincil cinsiyet karakterleri gelişmemiş ve menstruasyon başlamamış.

Aile öyküsü: Baba, 39 yaşında, astsubay; anne 33 yaşında, lise mezunu, ev hanımı. Her ikisi de çocukları ile ilgili, sabırlı ve hoşgörülü. Ondört yaşındaki kız kardeşi B.M.'yi çok seven, onunla ilgilenen, onu kabul eden, dışa dönük ve neşeli bir çocuk. Evde otoriteyi çoğunlukla baba sağlamakta, çocuklara disiplini anne ve baba ortak olarak vermekteymiş. Anne ve babanın birbiriyle ve çocuklarıyla ilgili tutumlarında belirgin bir bozukluk gözlenmiyor. Babanın annesinde, amcasında ve dedesinde epilepsi hastalığının olduğu bildiriliyor. Bunun dışında önemli psikiyatrik ya da tıbbi hastalık tanımlanmıyor. Anne ve baba, dayı ve hala çocuklarıymış.

Öyküsü: B.M. 6 yaşına kadar sağlıklı bir gelişim göstermiş. Altı yaşındayken ana okulunda uyum problemleri başlamış. Sıkıntılı ve huzursuz davranışlar gösterirmiş. Yedi yaşında bademcik ameliyatı olmuş. İlkokulda okumayı çok güç öğrenmiş. Bu dönemde hareketliliğinde artma, arkadaşlarıyla ilişkilerinde bozulma, gülme ve ağlama nöbetleri başlamış. Sekiz yaşında hepatit A enfeksiyonu geçirmiş. Okula gitmeme, tutarsız konuşmalarının olması, oyuncaklarını kırma, beğendiği nesnelere haber vermeden alma, göz temasını sürdürmede güçlük, sosyal ilişki kurmama, aşırı hareketlilik, huzursuzluk, oyun ilişkisinde bozulma, uykuya başlamada ve sürdürmede güçlük yakınmaları ile iki ayrı üniversite hastanesine başvurmuşlar. Yapılan bir zeka ölçüğünde zeka bölümü 57 olarak bulunmuş. Bu dönemde ajite davranışları için hidrokizin ve piritioksin daha sonra imipramin ve haloperidol verilmiş. Ancak tedaviden yararlanmamış. GATA Çocuk Nörolojisi'nde ve Çocuk Psikiyatrisi'nde değerlendirilmiş. 1991 yılından itibaren ruhsal, davranışsal ve sosyal sorunları nedeni ile özel eğitim almaya başlamış. Bu güne kadar bir çok laboratuvar incelemesi yapılmış. Bunlar tablo 2 de özetlenmiştir.

GATA Çocuk Psikiyatrisi tarafından çeşitli zamanlarda tiyoridazin, haloperidol, klopiksol denenmiş ancak yeterli klinik yanıt alınamamış. Duygu durumundaki oynaklık ve öfke patlama-

ları için kan düzeyi izlenerek lityum tedavisine başlanmış ancak klinik bir yarar sağlanamayınca kesilmiş. Dokuz yaşındayken "ben kimim", "sen kimsin" tarzında soruları basmakalıp şekilde sorma, anlamsız konuşma, daha sonraki dönemlerde ise konuşmanın tamamen yitirilmesi, çılgın atma, enürezis, enkoprezis ve beslenmesi iyi olduğu halde kilo kaybetme başlamış. Öz bakım becerilerini yitirmiş. Fiske vurma, elini ağzına götürme tarzında basmakalıp davranışlar ve manyerizmler ortaya çıkmış. B.M., 1995 yılında GATA Çocuk Nörolojisi tarafından herhangi bir tanı konulamamış. Kasım 1996'da, 13 yaşında iken, aynı günde on dakika ara ile, tüm vücutta tonik kasılma daha sonra gözlerinde yukarıya kayma, dilini ısırma, ağzından köpük gelmesi ve bilinç kaybı ile karakterize üç epileptik nöbet geçirmiş. GATA Çocuk Nörolojisi Bölümü tarafından epilepsi tanısı ile karbamazepin tedavisine başlanmış. Üç senedir günde iki kez 200 mg karbamazepin ve günde üç kez 0.5 mg alprazolam kullanmaktadır. B.M.'nin üç yıldan beri epileptik nöbeti yoktur. Ajitasyonu, huzursuz ve saldırgan davranışları için günde 1 mg. risperidon tedavisine de başlandı. Risperidon ile hareketliliği, hırçınlığı, huzursuzluğu azalmıştır. B.M. ile yapılan son görüşmede göz temas süresi çok kısa idi. Sürekli elini ağzına götürme tarzında basmakalıp davranışları ile manyerizmleri vardı. Zaman zaman giysilerinin yakasını ve kollarını ısırdığı, komutlara uymadığı, anlaşılmas sesler çıkardığı gözlemlendi. B.M.'nin yaşına göre beden ağırlığı azdı; 37 kg. Boyu ise 155 cm idi.

Ayırıcı tanı:

B.M.'nin göz teması kurmaması, sosyal iletişimde ve etkileşiminde bozuklukların olması ve ekolalinin saptanması otistik bozukluk tanısını düşündürmektedir. Ancak otistik bozuklukta belirtiler 3 yaşından önce başlamaktadır. Belirtiler başladığında dil becerilerinin iyi olmadığı görülür. Motor beceriler genellikle iyidir. Edinilmiş barsak ve mesane kontrolünün yitirilmesi yoktur. Bilişsel işlevlerde ilerleyici bir yıkım gözlenmez. Bu nedenlerden dolayı B.M.'de otistik bozukluk tanısı düşünülmemiştir. B.M.'nin normal olan prenatal ve perinatal gelişmesi, eline ağzına götürme tarzında orta hatta stereoptik el hareketlerinin olması, amaca yönelik el becerilerinin kaybı, kız cinsiyeti, zihinsel gerliği, sosyal ileti-

Tablo 2: ÇDB olan olgunun laboratuvar bulguları

Tam kan	: Normal
Tam idrar	: Normal
Rutin biyokimya testleri	: Normal
Sedimentasyon	: Normal
ASO, CRP, RF	: Normal
HbsAg	: Normal
Serbest T3, serbest T4, TSH	: Normal
Akciğer grafisi	: Normal
Karın ultrasonografisi	: Normal
Serum ve idrar bakırı, serum çinko	: Normal
Serum seruloplazmin	: Normal
Serum aminoasit kromotografisi	: Normal
İdrar aminoasit aminoasit kromotografisi ve idrarda mukopolisakkaridler	: Normal
Serum amonyak, laktat, pirüvat	: Normal
Aril sülfataz A	: Normal
BOS	: Normal (basınç: normal, görünüş: berrak, protid: 20, şeker:38, hücre: görülmedi)
BOS'ta Ig A, Ig G, Ig M	: Normal
Sitogenetik inceleme	: 46, XX (normal konstitüsyonel karyotip)
BAEP, SEP, VEP, EMG, EKG	: Normal
Bilgisayarlı beyin tomografi (15.02.1991)	: Normal
MRI (29.07.1991)	: Minimal kortikal atrofi
MRI (24.05.1993)	: Frontal bölgede daha belirgin olmak üzere kortikal atrofi
MRI (18.04.1995)	: Frontoparietal bölgelerde daha belirgin olmak üzere bihemisferial kortikal atrofi
MRI (20.04.1998)	: Korpus kallosum splenium bölümünde hafif gelişme geriliği (hafif disgenezi), bihemisferial belirgin kortikal atrofi
EEG (23.02.1991, 22.07.1991 ve 26.10.1991)	: Normal
EEG (16.12.1996)	: Hafif anormal. Yaşına göre iyi gelişmemiş zemin aktivitesinde sağ hemisfer frontotemporal bölgede yavaş, keskin karakterli yavaş dalga aktivitesi izlenmiştir. Bu bulgular sağ frontotemporal bölgede paroksizmal anomali varlığını göstermektedir.

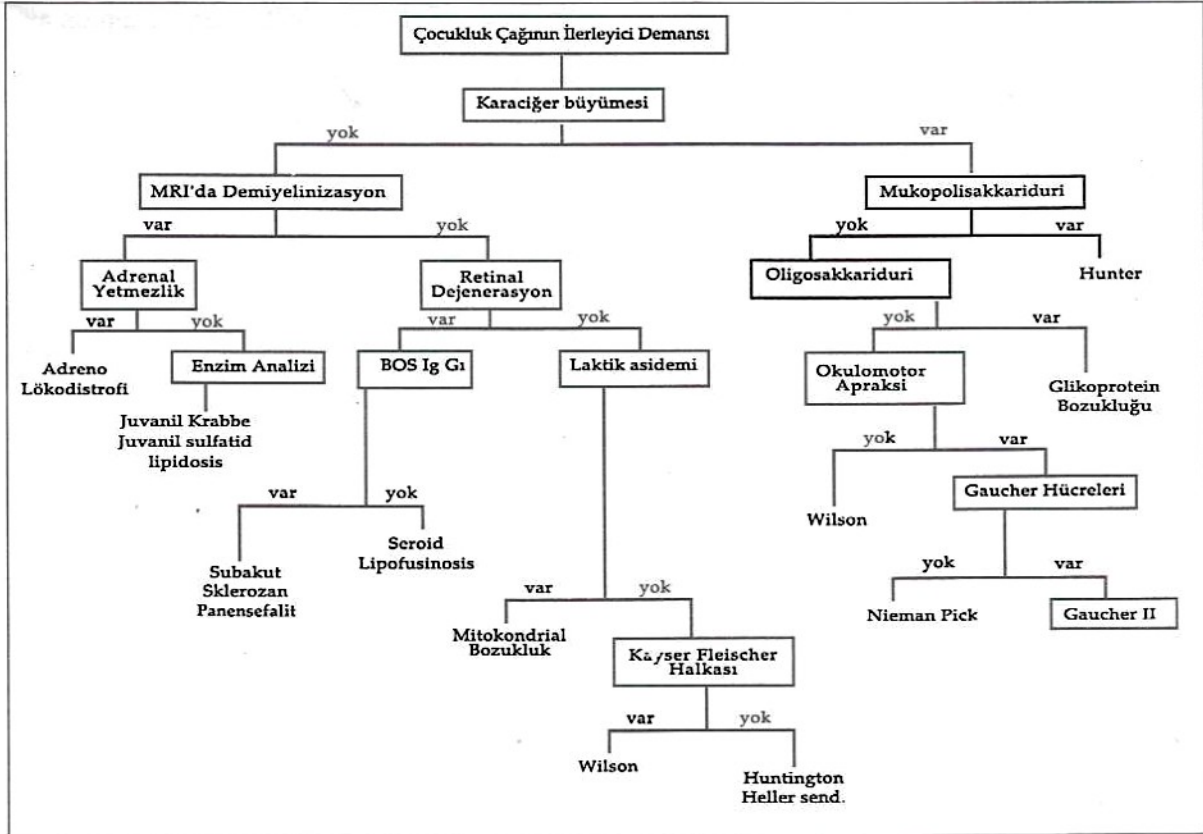
şim ve etkileşiminde bozulmanın olması, ağır psikomotor retardasyonun yanı sıra sözel anlatım ve dili algılamada ileri derecede bozukluğun meydana gelmesi Rett bozukluğu tanısı ile uyumlu bulgulardır. Ancak Rett bozukluğunda belirtiler 5 aydan sonra başlar ve gerilemeden önce dil becerileri gelişmemiş durumdadır. Beş

ile kırksekizinci aylarda başın gelişiminde yavaşlama meydana gelir. Sıklıkla hiperventilasyon ve intermittant apne gibi solunum sorunları görülür. Orta çocukluk çağında skolyoz ve kifoskolyoz gelişir. Buna bağlı gövde ataksisi ve apraksi meydana gelir. Bu nedenle Rett bozukluğu tanısı düşünülmemiştir. Bilişsel ve dil gelişimin-

de gecikmenin olmaması, sosyal iletişim ve etkileşimde bozukluğun olması Asperger bozukluğunu düşündürmektedir. Ancak **Asperger bozukluğunda** daha önce kazanılan becerilerin kaybı yoktur. Yüksek oranda mental retardasyonla birlikte değildir ve gelişimsel becerilerde belirgin kayıplar yoktur. B.M.'de dezorganize davranışların, anlamsız konuşmaların ve manyerizmlerin olması çocukluk çağı şizofrenisi ile de uyumludur. Ancak **çocukluk çağı şizofrenisi** 12 yaşından önce nadirdir. Beş yaşından önce hemen hiç görülmez. Ayrıca çocukluk çağı şizofrenisinde varsanılar ve sanrılar gibi algı ve düşünce bozuklukları görülür. Bilişsel yetilerde ilerleyici yıkım yoktur. Merkezi sinir sistemi (MSS) enfeksiyonlarında da dezorganize davranışlar, anlamsız konuşmalar, yönelimde bozulma, zeka geriliği ve epileptik nöbetler gibi sekelere görülebilir. Ancak MSS enfeksiyonlarında klinik tabloda ateş, halsizlik, kırgınlık, baş ve eklem ağrıları görülebilir. Fizik muayenede enfeksiyon ile ilgili belirtiler bulunabilir. Sedimantasyon artar. Serolojik testler tanıda yardımcıdır. Kültür ve uygun yerlerden alınan örneklerin bo-

yanmasından sonra direkt mikroskopik muayene ile etken gösterilebilir. Ancak B.M.'nin klinik muayenesi ve laboratuvar bulguları MSS enfeksiyonu ile uyumlu değildir. Beyin omurilik sıvısında (BOS) kızamık virusuna karşı antikorların tespit edilmemesi, myoklonik jerklerin ve EEG'de karakteristik periyodik diken dalga patlamalarının (periodic burst of spike-wave) görülmemesi **subakut sklerozan panensefalit** tanısı ile uyumlu değildir. Klinik bulguların 6 yaşında başlaması, epilepsinin olması, söyleneni anlama güçlüğü, hiperaktivite ve kişilik değişikliğinin olması edinsel epileptik afaziye (Landau-Kleffner sendromu) düşündürmektedir. Ancak **Landau Kleffner sendromunda** zeka etkilenmez ve bilişsel işlevlerde kötüleşme görülmez. EEG'de daha çok temporal ve parietal loblarda multifokal kortikal diken tarzında boşalmalar (multifocal cortical spike discharge) görülebilir. B.M.'de bilişsel işlevlerde bozulma, zekada ilerleyici kötüleşme, kişilik değişikliğinin olması ve okul başarısında düşme **çocukluk çağında demans** yapabilen klinik tabloları düşündürmektedir (şekil 1). B.M.'de, karın ultrasonografisinde

Şekil 1: Çocukluk çağı ilerleyici demansının değerlendirilmesi (Fenichel 1993).



organ büyümesinin ve mukopolisakkaridozlar da görülen fenotipin görülmemesi ve mukopolisakkaridürinin olmaması nedeni ile **lizozomal enzim bozuklukları** düşünülmemiştir. Lizozomal enzim bozukluklarında kültüre edilmiş fibroblastlarda ya da serumda ilgili enzim eksikliğinin gösterilememesi de tanı koydurucudur. Ancak bu tetkikler B.M.'de yapılmamıştır. Kan laktat ve pürivat konsantrasyonlarının normal olması **mitokondrial ensafelomiyopatiler** ile uyumlu değildir. Karaciğer enzimlerinin artmaması (SGOT, SGPT), korneada Kayser-Fleischer halkasının ve MRI'da artmış sinyal yoğunluğunun ve kaudat, putamen, subkortikal beyaz cevher, orta beyin ve ponsun hacminin azalmasının olmaması, serum seruloplazmin konsantrasyonunun, serum ve idrar bakır konsantrasyonunun normal olması **Wilson hastalığı** ile uyumlu değildir. **Huntington hastalığı** otozomal dominant kalıtım ile geçen MSS'nin kronik dejeneratif bir hastalıdır. B.M.'nin annesi ile babasının en az birisinde bu hastalığın olmaması, beyin MRI tetkiklerinde kaudat nukleuslarda atrofinin olmaması ile B.M.'ye bu tanı konulmamıştır. B.M.'de aril sulfataz A'nun normal olması, beyin MRI tetkiklerinde demiyelinizasyonun olmaması, elektrofizyolojik çalışmaların normal olması **adrenolokodistrofiyi, juvenil Krabbe hastalığını, juvenil sulfatid lipidosisi ve multipl sklerosisi** düşündürmemektedir. B.M.'ye, sözel anlatım ve dili algılamada, toplumsal becerilerde, uyumsuz davranışta, bağırsak ve mesane kontrolünde, motor becerilerde, oyun oynamada, toplumsal iletişim ve etkileşimde niteliksel bozuklukların olması nedeni ile ÇDB tanısı konulmuştur.

TARTIŞMA

ÇDB'nda erkek/kız oranı 4-8/1 olarak bildirilmektedir (Volkmar 1992). ÇDB'nun prevalansı 0.11/10000 kadardır. (Burd ve ark. 1988). Erkek çocuklar arasında prevalans 1/100000 olarak bulunmuştur (Kaplan ve Sadock 1998). Başlangıç yaşı ortalama olarak 3.36 yıldır. Ancak daha önceki yazında 1.2-9 yaşları arasında görüldüğünü bildirilen olgular vardır (Volkmar 1992). DSM-IV'e göre çocukluğun dezintegratif bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayabilmesi için en az 2 yıl normal bir gelişmenin olması ve daha önce edi-

nilmiş olan becerilerin 10 yaşından önce yitilmesi gereklidir (APA 1994).

Dezintegratif bozukluğun otistik bozukluktan farklı bir klinik tablo olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle farklı tanı ölçütlerinin ve sınıflandırmanın olması gerektiği ileri sürülmektedir (Malhotra ve Singh 1993, Moridsen ve ark. 1998, Volkmar ve Rutter 1995). Bu olguda ilerleyici yeti kaybının ve beyin MRI incelemesinde ilerleyici kortikal atrofinin saptanması dezintegratif bozukluğun nörodejeneratif bir bozukluk olduğunu, otistik bozukluğu olan çocuklarda yapılan bir çalışmada (Yorbik ve ark. 1999) ise bu çocukların BBT ve beyin MRI incelemelerinde kortikal atrofinin olmaması ve ilerleyici yeti kaybının gözlenmemesi ile otistik incelemelerinde nörogelişimsel bir bozukluk olabileceğini düşündürmektedir. Gözlemlere göre bazı otistik çocuklar bir ile iki yaşları arasında kelime söylemeye ya da cümle kurmaya başladıktan sonra dil ve iletişim becerilerini yitirmektedirler. Ancak bu çocuklar motor becerileri ve bağırsak-mesane kontrolünü yitirmemekte ya da bunları zamanla kazanabilmektedir.

Önceki yazında (Fitzpatrick 1987, Millichap 1987) infantil demans ile Rett sendromunun aynı bozukluk olduğu ileri sürülürken, bazıları (Burd ve ark. 1989) buna katılmamıştır. Bu iki bozukluğun; başlama yaşı, cinsiyet, orta hatta el stereotipleri, streotipik solunum örüntüsü, el ve yürüyüş apraksisi ile ayırt edilebileceği ileri sürülmektedir.

ÇDB'da iki şekilde görülen başlangıç örüntüsü tanımlanmıştır. Bazı olgularda belirgin olmayan başlangıç görülürken (haftalardan aylara), bazıları ani başlangıçlıdır (günlerden haftalara). Bazı ÇDB olgularında "haber verici dönem" in olduğu tanımlanmaktadır. Bu dönemde çocuk daha huzursuz, hareketli ve kaygılıdır (Volkmar 1992). Başlangıç döneminde olan olguların klinik tablosu anksiyete bozukluklarına, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna, davranım bozukluğuna ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklara benzeyebilir. Bu olguda huzursuzluk, kaygı ve hiperaktivite ilk gözlenen belirtilerdir ve klinik tablonun başlangıcı çok belirgin değildir.

"Dezintegratif" terimi kişilik ve davranış değişikliklerini çarpıcı bir şekilde tanımlar (Corbett

1987). Bildirilen olguların büyük bir çoğunluğunda otizme benzer davranış örütüsü gözlenmiştir. İletişim kurma becerilerinin kaybı ya da bu becerilerinin belirgin olarak gerilemesi, sosyal etkileşim sorunları, stereotipik davranışlar, değişikliğe direnç, kompulsif davranışlar, aşırı hareketlilik, yoğun korku ve anksiyete gibi afektif belirtiler, dışkı ve idrar kontrolü gibi bazı öz bakım becerilerinde kötüleşme meydana gelebilir. Genellikle vurgulanan, dezintegratif bozukluğun belirtilerinin klasik otizmden daha az ciddi ve daha az yaygın olduğudur. Ancak olguların büyük çoğunluğunun DSM tanı ölçütlerini karşıladığı ileri sürülmektedir. Normal bir gelişim döneminin olması, klasik otizmden önemli bir farklılıktır (Volkmar 1992).

ÇDB'nun başlangıcında sözlü iletişimde azalma görülür; daha önce doğru olarak söylenebilen sözcükler artık kullanılamaz. Tüm konuşmanın kaybolmasından önce ekolali görülür (Russo ve ark. 1996). Sunulan bu olguda da aynı durum söz konusudur. Çoğu zaman otizmde ekolalinin başlaması konuşmanın kaybolacağına değil, daha iyi olacağına işaret eder.

ÇDB'da konuşma bozulurken anlama yetisi de kötüleşir. Zihinsel yetilerdeki kayıp kalıcıdır. Çocuk okumaya, yazmaya ve resim yapmaya olan ilgisini yitirir. Sosyal işlevler zihinsel yetilerdeki kayıplara paralel olarak kötüleşir. Çocuk oyunlara, topluluk içinde iletişim kurmaya ve ailesine olan ilgisi giderek azalır. Olguların %90'ından fazlasında beslenme ve sfinkter kontrolü gibi öz bakım becerileri kaybolur. Çocuk başlangıçta enkontinansın sosyal olarak kabul edilmediğini fark edebilir fakat daha sonra bununla ilgili kaygısı kaybolur. Olguların %90'ından fazlasında ajitasyon, öfke patlamaları, yatıştırılmayan ağlamalar motor etkinliklerde perseverasyon ile psikomotor eksitasyon görülür. Etrafında dönme, vurma ve obsesif uğraşlar otizmde görülebilen davranışlara benzer. Gerçekte klinik görünüm bir çok yönü ile otizmden zor ayırt edilir. Ayırıcı olan, ÇDB'da normal gelişim döneminin olmasıdır. Çocukta sosyal ilişki ve göz teması kurma gibi bazı otistik olmayan kişilik özellikleri devam edebilir. Uygunsuz ve yabancılara yönelik de olsa sevginin gösterilmesi bazen devam edebilir. Bakım veren önemli kişileri tanıma devam edebilir; bu çocuklar anne

babalarını gülerek ya da kucaklayarak karşılayabilirler (Russo ve ark. 1996). Otistik çocukların aksine bu olguda dikkati çeken bir durum da ikincil cinsiyet karakteristiklerinin gelişmemesi ve mensturasyonun başlamamasıdır.

Etiyoloji-Patogenez:

ÇDB'nun etiyojisi bilinmemektedir (Kaplan ve Sadock 1998). Yazında bu konu ile ilgili çok az bilgi vardır. Aşağıda ÇDB'da önemli olabileceğini düşündüğümüz varsayımlar yer almaktadır.

Psikososyal olaylarla birliktelik: ÇDB'nun psikososyal olaylarla birlikteliği tanımlanmışsa da bunun etiyojistik önemi açık değildir. 29 olgunun 17'sinde kardeş doğumu, ölüm, evlilik çatışması ve annenin hastaneye yatması gibi psikososyal olaylar tanımlanmıştır (Volkmar 1992).

Gebelik, travay ve doğum sırasındaki etmenler: 29 olgunun 9'unda gebelikte, travay ve doğum sırasında anormalliklerin olduğu bildirilmiştir. Bu, gelişimsel sapmanın önemli bir nedeni olarak görülmemektedir (Volkmar 1992).

Viral enfeksiyonlar: Olguların küçük bir kısmında kızamık, boğmaca, kabakaluk ve hepatit gibi viral enfeksiyonlar bildirilmiştir (Gökler ve Ünal 1996, Volkmar 1992, Weber ve ark. 1994). Ancak ÇDB'nun etiyojisinde virusların önemi kesin değildir.

Nörolojik bulgular: ÇDB sadece özgül bir nörolojik bozuklukta görülen bir durum değildir. Heller, başlangıçta dezintegratif bozukluğun açıkça görülen organik bir bozukluğun olmaması durumunda gözlenebileceğini ileri sürmüştür. Epilepsi ve sıklıkla diğer nörolojik hastalıklar ÇDB ile birlikte görülebilmektedir. Mouridsen ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları bir çalışmada ise dezintegratif psikoz tanısı konulan 13 kişinin %77'sinde epilepsi görülürken bu oran infantil otizmi olan kişilerde %33 olduğu bildirilmiştir. 77 olgunun 45'indeki EEG sonuçlarına göre 20 olguda normal EEG bulguları, 4 olguda sınırda bulgular, 21 olguda ise anormal EEG bulguları saptanmıştır (Volkmar 1992). Dezintegratif bozukluğun otistik gerilemeye benzer yönleri vardır. Rapin (1995) otistik gerilemede epilepsinin göreceli olarak küçük ancak ihmal edilemeyecek bir patojenik rolünün olduğunu ileri sürmektedir.

ÇDB'u tüberosklerosis, nörolipidosis, metakromatik lökodistrofi, Addison-Schilder hastalığı, subakut sklerozan panensefalit, bazal ganglionik dejenerasyon ile de birlikte görülebilmektedir (Kaplan ve Sadock 1998, Russo ve ark. 1996, Volkmar 1992). Bu birliktelikler ÇDB tanısının geçerliliği hakkında kuşku uyandırmaktadır. Ancak bazı olgularda iyi bir tıbbi değerlendirme yapıldığı halde birlikte olan ilerleyici bir nörolojik durum ortaya konulamamıştır (Volkmar 1992). Bazı yazarlar diğer nörodejeneratif tanular dışlandıktan sonra ÇDB tanısı konulmasının yerinde olacağını ileri sürmektedirler (Fenincel 1993, Russo ve ark. 1996).

Genetik: Russo ve arkadaşları (1996) ÇDB'nun patogenezi ile birlikte aşağıdaki varsayımları ileri sürmüşlerdir:

(1) ÇDB'da 1977 yılına kadar erkek/kız oranı 8/1 iken, daha sonra bu oranın 4/1 olduğu tahmin edilmiştir (Volkmar 1992). Bu oranlar bozukluğun kısmen X kromozomu ile bağlantısını düşündürmektedir. ÇDB'nun klinik gidişi hızlı progresif demans ile aynıdır. Alzheimer tipi demans beta amiloid birikimi ile birlikte. Amiloid prekürsör proteini 21 nci kromozomda bulunmuştur. Serebral amiloidosisle birlikte olan demans 20 nci kromozomda bulunan anormal prion proteininin (Pr-P SC) ekspresyonuna da atfedilmektedir. ÇDB'nun genetik olarak X kromozomu, 20 veya 21 nci kromozomlar ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

(2) Çevresel stresler ile karşılaşan hastalarda anormal protein üretimi başlar. Strese yanıt tüm çocuklarda yüksek ateş olabilir. Bazı genlerin ekspresyonunun ısı değişiklikleri ile ilgili olduğu gösterilmiştir. ÇDB'da anormal olarak yükselen ateş nedeni ile inhibitör sinyaller bozulabilir ya da durabilir. Ayrıca doğrudan protein üretimi de olasıdır. Amiloid ya da prion protein genlerinin aktivasyonu veya bu proteinleri yıkan enzimlerin deaktivasyonu insolubl protein birikimine neden olur. Sinaptik iletimi engelleyen proteinler hızlı gelişen demansı açıklayabilir. Sinaptik bölgelerdeki astroglial hücrelerin uzantılarında glial fibriller asitik protein (GFAP) yüksek konsantrasyonda bulunmaktadır. GFAP'ın sinaptik yıkım olduğu durumlarda yükseldiği ileri sürülmüştür. Otistik bozuklukta

da GFAP düzeylerinin yükseldiği ileri sürülmektedir. Eğer BOS'daki GFAP artması sinaptik yıkımı gösteriyorsa, bu bozuklukta demans döneminde düzeylerinin en yüksek olarak bulunması ve plato fazının başlamasından sonra yavaş olarak düzeyin düşmesi beklenir.

İnterlökin-1'in insanlarda amiloid prekürsör proteinin yıkımı ile ilgili olduğu gösterilmiştir. İmmun sistem anormal proteini ya da proteinin üretimini tanı ve süreci inaktive eder. Alternatif olarak anormal gen ekspresyonu kendi kendisini sınırlar ve hastalık öncesi duruma dönüşü sağlar. Böylece meydana gelen hasar devam eder. Bu varsayım beyin biyopsilerinde anormal protein birikimlerinin gösterilmesi ile test edilebilir.

(3) ÇDB'da, genetik olarak programlanmış glial hücrelerin disfonksiyonu sonucunda nörol gelişim ve sinaps oluşumunda aksaklıklar meydana gelir. GFAP'nin anormal düzeyleri glial disfonksiyonu yansıtabilir (Russo ve ark. 1996).

Nörotrofik faktörler ve programlı hücre ölümündeki aksaklıklar: Nörotrofik faktörler merkezi ve periferik sinir sistemlerinde nöronların büyümesini ve hayatta kalmasını düzenler. Bazı büyüme faktörlerinin nöronlar üzerinde etki göstermesinin yanında diğer hücreler üzerinde de etkileri vardır. Gelişimin erken döneminde beyin çok fazla sayıda nöron üretir. Ancak bu nöronların büyük çoğunluğu doğumdan önce yok edilir. Nörotrofik faktörler hangi nöronların yok edileceğinin ya da hangilerinin hayatta kalacağını belirlemesine yardımcı olurlar. Gerçekte nörotrofik faktörler apoptotik hücre özkaybını başlatabilir (Akam 1994, Park ve ark. 1998, Stahl 1998). Sinir sisteminde programlı hücre ölümü normal gelişimin bir parçasıdır. Ancak programlı hücre ölümünde zamansal, uzaysal ve sayısal hataların meydana gelmesi durumunda çeşitli nöropsikiyatrik bozuklukların meydana gelebileceği ileri sürülmektedir (Margolis ve ark. 1993).

Nörotrofinlerin gelişimin belli dönemlerinde programlı hücre ölümünün dışında, nöronal gelişim süreçlerini etkileyerek sinaptik iletimde önemli olabileceği düşünülmektedir (Lewin ve Barde 1996). Nörotrofik faktörler aksonal tomurcuklanmaya da neden olabilir. Ayrıca tomurcuk-

lanmanın uygun hedefler doğrultusunda olması için çeşitli koruyucu moleküllerin salınmasına neden olurlar (Stahl 1998). Sinir büyüme faktörünün (NGF) sinir hücresi somasının büyüklüğü ve karmaşıklığını etkilediği gösterilmiştir. Nörotrofin-3 (NT-3)'ün gelişimin belli dönemlerinde nöronların sayılarının belirlenmesinde rolü vardır (Lewin ve Barde 1996).

Nörodejeneratif hastalıklar gibi patolojik durumlarda nöronların yok edilmesinin normalden çok fazla olduğu düşünülmektedir. Yok edilen nöronların nörotrofik faktörlerle kurtarılması yeni tedavi stratejileri arasındadır. (Stahl 1998). Biz nörotrofik faktörlerin işlevlerindeki ve programlı hücre ölümündeki aksaklıkların ÇDB etiolojisinde önemli olabileceğini düşünmekteyiz.

Serbest radikaller ve antioksidan savunma sistemi: Serbest radikaller çiftleşmemiş elektronları olan kimyasal parçalardır. Normal koşullarda aerobik metabolizma sonucunda oluşurlar. Serbest radikaller çeşitli organik inorganik maddelerden elektron çekerek kararlı hale gelir (Cheseman ve Slater 1993). Bunların hücrelerde birikimi sonucunda lipitlerde peroksidasyon, hücre zarlarının yapısında bozulma, hücre zarı akışkanlığında ve geçirgenliğinde değişme, reseptör işlevinde ve sinyal iletiminde bozulma, proteinlerde oksidatif değişiklikler ile biyolojik etkinliklerin yitirilmesi, enzim modifikasyonu, nöronal gelişimde ve hücre farklılaşmasında bozulma, DNA gibi makromoleküllerde bozulma, gen ekspresyonunda değişme, mutajenite ve sitotoksikite meydana gelebileceği ileri sürülmektedir. Organizmada serbest radikallerin zararlı etkilerine karşı enzimatik ve enzimatik olmayan savunma sistemleri vardır. Serbest radikal üretiminde aşırı artma ya da bu savunma sistemlerinde aksamalar sonucunda nöronların yapılarında ve işlevlerinde aksamalar, ya da nöron hücrelerinde kayıplar meydana gelebilir (Evans 1993, Gorman AM ve ark. 1996, Mahadik ve Mukherjee 1996). ÇDB'nun etiolojisinde serbest radikaller ve antioksidan savunma sistemleri araştırılmamış olmakla birlikte bunların önemli olabileceğini düşünmekteyiz.

Prognoz:

ÇDB'nun tam olarak iyileşmesi oldukça sınırlı

dır. Olguların küçük bir kısmında ilerleyici nörolojik kötüleşme çok ileri gidebilmekte ve ölüm görülebilmektedir. Olguların yaklaşık 3/4 ünde değişmeyen bir gidiş gözlenmekte ve küçük bir kısmında da çok az iyileşme görülebilmektedir (Corbett 1987, Volkmar 1992). Zeka geriliği, epileptik nöbetler, gelişimsel bozukluklar, dil ile ilgili sorunlar ileriki yaşlarda da devam eder (Burd ve ark. 1998).

SONUÇ

Dezintegratif bozukluğun etiolojisi henüz aydınlatılmamıştır. Etiyolojide viral enfeksiyonlar, genetik etmenler, nörotrofik faktörler ve programlı hücre ölümünde aksaklıkların olması, serbest radikaller ve antioksidan enzim işlevlerindeki yetersizlikler önemli olabilir. Dezintegratif bozukluğun klinik tablosu ve gidişi otistik bozukluktan farklıdır. Bu olguda gözlenen bilişsel ve motor işlevlerindeki ilerleyici yeti kaybı ve kortikal atrofi, dezintegratif bozukluğun nörodejeneratif bir bozukluk olabileceğini düşündürürken, otistik bozukluğu olan çocuklarda ilerleyici bir yeti kaybı ve kortikal atrofinin görülmemesi otistik bozukluğun nörogelişimsel bir bozukluk olabileceğini akla getirmektedir. Otistik bozuklukta klinik gözlemlerimize göre önce dil gelişiminde ekolalinin gözlenmesi konuşmanın daha iyi bir hale geleceğini gösterirken, dezintegratif bozuklukta konuşma becerilerinde azalmanın arkasından ekolalinin başlaması ilerleyici bir gidişe işaret edebilir. Bu olgumuzda ikincil cinsiyet karakteristiklerinin gelişmemesi ve menstruasyonun başlamaması da dikkat çekicidir.

KAYNAKLAR

- Akam M (1994) *Cellular mechanisms of development. Molecular Biology of the Cell içinde, Robertson M (ed), Garland Publishing, New York, s: 1037-1137.*
- American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III), American Psychiatric Association, Washington D.C.*
- American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R), American Psychiatric Association, Washington D.C.*
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and*

Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), American Psychiatric Association, Washington D.C.

Burd L, Fisher W, Kerbeshian J (1988) Childhood onset pervasive developmental disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 29 (2): 155-163

Burd L, Fisher W, Kerbeshian J (1989) Pervasive disintegrative disorder: are Rett syndrome and Heller dementia infantilis subtypes? *Dev Med Child Neurol* 31 (5): 609-616.

Burd L, Ivey M, Barth A, Kerbeshian J (1998) Two males with childhood disintegrative disorder: a prospective 14-year outcome study. *Dev Med Child Neurol* 40 (10): 702-707.

Cheseman KH, Slater TF (1993) An introduction to free radical biochemistry. *Br Med Bull* 49 (3): 482-493.

Corbett J (1987) Development, disintegration and dementia. *J Ment Deficit Res* 31: 349-356.

Evans PH (1993) Free radicals in brain metabolism and pathology. *Br Med Bull* 49 (3): 577-587.

Fenichel GM (1993) Psychomotor retardation and regression. *Clinical Pediatric Neurology içinde*, WB Saunders Company, Pennsylvania, s: 115-145.

Fitzpatrick C (1987) Rett syndrome and Heller dementia. *Dev Med Child Neurol* 29: 834.

Gorman AM, McGowan A, O'Neill C, Cotter T (1996) Oxidative stress and apoptosis in neurodegeneration. *J Neurol Sci* 139 Suppl: 45-52.

Gökler B, Ünal F (1996) Dezintegratif bozuklukta etyolojik etmenler. 6. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi'nde sunulan serbest bildiri, Pamukkale.

Kaplan HI, Sadock BJ (1998) Pervasive developmental disorder. *Synopsis of Psychiatry içinde*, Williams & Wilkins, Baltimore, s: 1179-1192.

Lewin GR, Barde YA (1996) Physiology of the neurotrophins. *Ann Rev Neuroscience* 289-317.

Mahadik SP, Mukherjee S (1996) Free radical pathology and antioxidant defense in schizophrenia: a review. *Schizophr Res* 19: 1-17

Malhotra S, Singh SP (1993) Disintegrative psychosis of childhood. *Acta Paedopsychiatrica* 56: 37-40.

Margolis RL, Chuang DM, Post RM (1994) Programmed cell death: implication for neuropsychiatric disorders: *Bi-*

ol Psychiatry 35: 946-956.

Millichap JG (1987) Rett Syndrome: a variant of Heller's dementia? *Lancet* 1:440.

Mouridsen SE, Rich B, Isager T (1999) Epilepsy in disintegrative psychosis and infantile autism: a long-term validation study. *Dev Med Child Neurol* 41 (2): 110-114.

Mouridsen SE, Rich B, Isager T (1998) Validity of childhood disintegrative psychosis, General findings of a long-term follow-up study. *Br J Psychiatry* 172:263-267.

Park DS, Morris FJ, Stefanis I, Troy CM, Shelanski MI, Geller HM, Greene IA (1998) Multiple pathways neuronal death induced by DNA-damaging agents, NGF deprivation, and oxidative stress. *J Neurosci* 18 (3): 830-840.

Rapin I (1995) Autistic regression and disintegrative disorder: how important the role of epilepsy? *Semin Pediatr Neurol* 2 (4): 278-285.

Russo M, Perry R, Kolodny E, Gillberg C (1996) Heller syndrome in a pre-school boy. Proposed medical evaluation and hypothesized pathogenesis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 5(3): 172-177.

Stahl SM (1998) Brain tonics for brain sprouts: how important neurotrophic factors fertilize neurons. *J Clin Psychiatry* 59(4): 149-150.

Volkmar FR (1992) Childhood disintegrative disorder: issues for DSM-IV. *J Autism Dev Disorder* 22(4): 625-642.

Volkmar FR, Rutter M (1995) Childhood disintegrative disorder: results of the DSM-IV autism field trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(8): 1092-1095.

Weber HC, Schoeman JF, Nowitz A, Becker MI (1994) Case report: psychosis associated with hepatitis B. *J Med Virol* 44(1): 5-8.

World Health Organization (1987): *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (1992): *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. World Health Organization, Geneva.

Yorbik Ö, Özdal MF, Akbıyık Dİ, Söhmen T (1999) The results of EEG, CT, MRI analysis in autistic children. *Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry içinde*, López-Ibor JJ, Sortorius N, Gaebel W, Haasen C (ed), Hamburg, s:38.

GÖRÜŞLER

ERGENLİK DÖNEMİ DEĞİŞİM PROJESİ

Gözünüzün önüne Woody Allen filmlerinde rastlanabilecek bir durumu getirin ve kendinizi tam kalkmasına yakın bir yolcu otobüsüne binmiş olarak düşünün. Otobüs sizi şaşkınlığa düşürecek derecede kalabalık, üstelik otobüsün içinde herkes oldukça yüksek sesle bir şeyler anlatıyor, ancak birisinin söylediğini diğeri ne duyabiliyor ne de anlayabiliyor.

Böyle bir durumda sizin yapabileceğiniz iki şey var; eğer girişken ve azimli biriyseniz, otobüsün içindeki insanların birbirini anlayabileceği yeni bir düzen kurulması için çaba gösterebilirsiniz veya süregiden gürültüye katılırsınız...

"Teşbihte hata olmaz" diyerek bu benzetmeyi yapmamın nedenini açıklayayım. Şu ana kadar çok sayıda kişi ve kuruluş tarafından pek çok çaba harcanarak farklı etkinliklerin yapıldığı "cinsel eğitim" alanı gerçekten bu benzetmeyi aratmayacak düzeyde karışık durumda. Üstelik şimdiye kadar yapılanlar için de elimizde somut ve düzenli veri yok.

Milli Eğitim Bakanlığı (MEB); böylesine çok sesin yankılandığı bir alanda, belki gecikmeli olarak girişimde bulundu ve bir amacı da konu ile ilgilenenlerin arasındaki iletişimi sağlıklı bir temele oturtmak olan bir adım attı. Eğitimin birliği ve teklifi ilkesini göz önüne ve ön plana alan MEB; tüm Türkiye çapında uygulanacak olan eğitim projesini başlattı; Ergenlik Dönemi Değişim Projesi (ERDEP).

Bu proje ile amaçlanan; öğrencilere, anne ve babalarına ve öğretmenlerine; ergenlik döneminde meydana gelen; bedensel, ruhsal, ve sosyal değişimler hakkında bilgi vermek, böylece ergenlikten genç yetişkinliğe geçerken karşılaşılan sorunların sağlıklı, mutlu yaşanarak aşılmasını ve daha bilinçli bir toplum oluşmasını sağlamak.

Proje, pek çok basın-yayın organı, sivil toplum kuruluşu, üniversite çevreleri ve çeşitli bakanlıklardan yüreklendirici destek ve kendi katkılarının neler olabileceğini de sorgulayan olumlu tepkiler aldı. Ancak elbette gerçekten iyi niyetli

ve yapıcı eleştiriler olarak; girişimi yetersiz ve bazen de yöntemi yanlış bulan kişi veya kuruluşlar da oldu.

Bu arada yeterli bilgi almadan çeşitli hükümlere varan ve aktarılmaya çalışılanı farklı şekilde algılayan çevreler de var. Bu noktada bilgilenmeyi net ve çabuk şekilde sağlayamamanın suçunu üstlenmeliyiz. Ancak ERDEP projesinin önemli öğelerinden birisi; yapılan eğitimin yöntemi ve içeriğinin tamamen açık olması ve yapıcı eleştirilere de açık olmasıdır. Bu nedenle bilgi almak isteyen tüm organlara elden geldiğince bilgi aktarılmaya çalışıldı.

ERDEP uygulamasında; Ergen Psikolojisi, Sosyal Bilimler, Psikiyatri, Kadın Hastalıkları, Çocuk Sağlığı, Halk Sağlığı, Okul Sağlığı, Eğitim Bilimleri, Eğitim Psikolojisi, Biyoistatistik gibi çeşitli disiplinlerden öğretim üyeleri, Prof. Dr. Ferhunde Öktem'in başkanlığında Projenin Eğitim Birimini oluşturdular. Prof. Dr. Ferhunde Öktem, Prof. Dr. Ufuk Beyazova, Prof. Dr. Oktay Kadayıfçı, Doç. Dr. İbrahim Cılga, Doç. Dr. Mehmet Sungur, Doç. Dr. Hakan Şatroğlu, Doç. Dr. Figen Çok, Doç. Dr. Vildan Sümbüloğlu, Yard. Doç. Dr. Cem Babadoğan, Uzm. Dr. Sibel Gökçurt, Dr. Erol Gökçurt, Dr. Hakan Sabuncuoğlu ve Uzm. Dr. Tanju Yılmaz'ın denetiminde Eğitim Birimi bu dönemdeki gençlere verilecek eğitimin stratejisi ve ana hatlarını öncelikle bir haftalık bir work-shop ile belirledikten sonra, eğitim materyalini, eğiticilerin sunumunda kullanacakları standart modülü hazırladı ve öğretmenlerin eğitiminde rol aldı. Öğretmen ve öğrenciye yönelik olarak iki şekilde hazırlanan eğitim materyallerinde ana hatlarıyla; büyüme, gelişme, olgunlaşma, serbest zaman etkinlikleri, ergenlik dönemi özellikleri, ergenlik döneminde beslenme, üreme sistemleri, adet döngüsü, adet döneminde temizlik, kızlar ve erkeklerde üreme sağlığı sorunları, ergenlikte genel beden temizliği, cinsellik, cinsel kimlik gelişimi, aile planlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, madde bağımlılığı ve zararlı

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 7(1) 2000

alışkanlıklar yer aldı.

Bir kısmı benzer projelerde çalışmış, bir kısmı öğretmenlik yapmış, Hemşirelik Yüksek Okulu veya Sağlık Eğitim Enstitüsü mezunu eğitimciler; kız ve erkek olarak ayrı gruplar halindeki ilköğretim Okullarının 6, 7, 8. Sınıf öğrencilerine en fazla 100 kişilik gruplar halinde eğitim verdiler. Pilot bölge olarak belirlenen İstanbul'da, bu yaş grubundaki tüm öğrencilere (yaklaşık 440.000 öğrenci) ulaşıldı. Eğitim 25 dakikada standart bir modülün anlatımı, soruların cevaplanması ve eğitim materyalinin dağıtılmasından oluştu. Şu anda bu okullardaki öğrencilere eğitim öncesi ve sonrasında uygulanmış olan anketlerle; "Eğitim Verimliliğinin Değerlendirilmesi" nin istatistiksel yorumu yapılmakta. Elde edilen veriler ve yapılacak veya iletilecek diğer değerlendirmeler sonrasında eğitimin şekli ve içeriğinde değişme ve diğer illere yayılmasının hazırlıkları yapılacak.

Günümüzde bile "cinsel eğitim / üreme sağlığı" konusu çok bilinmeyenli denklem gibi karşımızda duruyor. Bırakın bu eğitimin nasıl ve kim tarafından verilmesinin gerektiğinin belirlenmesini, tanım üzerinde dahi bir anlaşmaya varılmamış durumda. "Ergenlik Dönemi" de; bu güne kadar hakkında çeşitli ve karşıt denebilecek kuramların ortaya atıldığı bir insan yaşam evresi olmuş.

Gelişmiş iletişim ağı sayesinde çok çeşitli kaynaklara kolayca ulaşabilmenin getirdiği yeni etik değerlendirmelere gerek varken, açmazların ve değişik görüşlerin sayısı günümüzde iyice artmış durumda. Bu konu başka bir yazıda ele alınmasını gerektirecek kadar geniş.

Ergenlik dönemindeki toplum ve cinsel eğitim/üreme sağlığı konularında ülkemizde çoğu ne yazık ki mikro düzeyde ve pilot çalışma şeklinde kalan araştırmalar ve eğitim çalışmaları yapılmış. Elde edilen veriler de birkaç örnek dışında bir merkez veya Bilgi Döküm Merkezinde toplanamamış. Bu bağlamda önümüzdeki günler ve belki de yıllarda uygulanması düşünülen "cinsel eğitim" konusunun tartışmasının da; medya gibi konuya sansasyonel yaklaşımlarda bulunan platformların yerine "bilimsel ortamlar" da yapılması gerekiyor. Yapılan pek çok etkinlik içinde yaptığımızın en iyisi olduğu şeklin-

de bir peşin hükme kendimizi kaptırmadan paylaşım içinde en iyiye ulaşmanın yollarını bulabileceğimizi düşünüyorum.

ERDEP gibi uzun soluklu girişimlerle; bilgi birikimi ve bilgi aktarımı işlevi üstlenmeyi isteyenlere her türlü kaynak aktarımını yapılabileceğini ve konuyla ilgilenen ve değişik etkinliklerde bulunan çeşitli kişi ve kuruluşlar arasında da eş güdümlü ve iş birliği oluşturulabileceğini ve ERDEP'in de eğitim stratejisi belirlenmesinde öncülük oynayabileceğini düşünüyorum.

Yani konunun girişinde bahsedilen karmaşık "yolcu otobüsü" görünümünden kurtulma zamanı geldi.

ERDEP için bu güne kadar yapılan yorumlarda; Tevhid-i Tedrisat Kanunun'dan beri alınan en radikal karar olduğundan, projenin "uyduruk" olduğunu belirtmeye ve bu eğitimin sonucunda gazetelerin üçüncü sayfalarındaki haberlerde azalma olacağı yorumuna kadar geniş bir yelpaze içinde değerlendirmeler yapıldı.

Kimi medya organlarında ve akademik çevrelerde; "Siz adını korktuğunuz veya çekindiğiniz için farklı koydunuz; esas yaptığınız cinsel eğitimidir." denerek sonrasında da cinsel eğitim şöyle olmalı böyle yapılmalı" diye de eklendi. Hatta "cinsellik eğitimi yapılamaz" ve "yazarlar bakanlık korkusundan bazı konularda yeterince açıklama yapmamışlar" şeklinde yorumlarda da bulunuldu.

Ergenlik dönemi; önemli geçiş ve değişimlerin kısa sayılabilecek bir süreye sığdığı önemli bir dönem. Gençler bu dönemin sonuna doğru hızlı büyüme, gelişme ve kimlik arayışı sorunlarını henüz aşamadan gelecekleri ile ilgili ve yaşamlarının bundan sonraki kısmını etkileyecek önemli kararlar almak zorunda kalıyorlar. Sonuçta birçok değişim bir arada yaşandığı için; umursamazlık, isyan, kaygı, öfke gibi tepkilerin ister istemez oluşması, ergen-aile-çevre ilişkilerini çıkmaza sokabiliyor ve sorunların çözümü zorlaşıyor.

Gençliğimizin batı ülkeleri gençliğinden daha az problemlili olduğuna inanma eğilimi, bu güne kadar büyümekte olan problemlerin görülmesini zorlaştırmış. Ülkemizde yapılmış bir araştırmaya göre; ergenlerin %90'ı bu dönemde her hangi

bir sorunla karşılaştığını belirtmiş, %35'i karşılaştığı sorunlardan hiç birini çözememiş. %7 ergen cinsel sorunum var demiş ve en büyük sorun olarak da mastürbasyonu göstermiş. En sık karşılaşılan sorun olarak da, %35 civarında fiziki görünüş değişmesi görülmüş. Yapılan bir çalışmada; ki Ankara'da yapılmış, kızların yedide biri adet gördüklerinde neyle karşılaştıklarını bilmiyorlarmış.

Prof. Dr. Kulaksızoğlu'na göre; Büyüme, olgunlaşma ve cinsel kimliğin kazanılması sırasında karşılaşılan sorunları giderme çabasına "cinsel eğitim" denebilir. Amaç; biyolojik ve cinsel gelişmeleri konusunda gençleri bilgi sahibi yapmak ve bu alandaki gerginliklerin azalmasını sağlamaktır."

Aslında cinsel eğitimde ne öğretileceği konusunda da bir karara varılmış değil. "Bu programda önemli olanın öğrencilerin ne istediğine yönelik eğitimi sağlamak olabilir." diyor. Yapılan araştırmalara göre ergenler bu dönemde en çok büyüme ile ilgili bilgi verilmesini istiyorlar. Bu da ERDEP eğitim materyalinin önemli bir bölümünü kapsıyor.

"Ergenlik döneminde karşılaşılan bedensel, ruhsal, sosyal değişimler anlatılacak." denmesi yeterli bir saptama olmakta. Çünkü cinsel eğitim ergenlik dönemine kadar çoktan verilmiş olmalı.

Ancak yaşamın tüm alanlarında olduğu gibi özellikle ergenlik döneminde cinsellik oldukça önemli ve baskın bir konu haline alır. O yüzden yapılan eğitim çalışması cinselliği elbette içermektedir.

Herhangi bir cinsel eğitim programının amacı; "gençler arasında cinselliğin konuşulabilir olması; ERDEP ile bu fazlasıyla başarılmaktadır. Yine Sayın Bulut'a göre; eğitimin amaçlarından biri olarak bireysel farklılık ve yanı sıra toplumsal normları tanıma ve farklılıklara saygı gösterme amaçlanmalı; bu da ERDEP'de fazlasıyla önemsendi.

Aslında eğitimin kalitesi kendini belirler. O nedenle eğer eğitimin şeklinde bir değişiklik/düzeltilme yapılacaksa, kavramsal bir saptama yapıldıktan sonra elbette yapılabilir. Amaç daha iyiyi bulmak olmalı. Projenin Eğitim Birimi de bu amaca ulaşabilmek için her türlü öneri ve desteğe açık.

ERDEP ile ilgili bilgi almak için; MEB'nin "Sağlık İşleri Dairesi" ne veya (312) 213 18 16 numaralı telefona başvurulabilir.

Uzm. Dr. Tanju Yılmaz
(Proje Koordinatörü)

YENİ YAYINLARDAN ÖZETLER

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Orta Beyinde Yüksek (18F) DOPA Birikimi

Ernst M, Zametkin AJ, Matochik JA ve ark. (1999) High midbrain [18F] DOPA accumulation in children with attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry 156: 1209-1215.

Bu çalışmada dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda (DEHB) birincil rolü olduğu düşünülen dopaminerjik sistemin bütünlüğü incelenmiştir.

Bu amaçla DEHB tanısı konan 10 çocuk ile 10 normal çocuğa pozitron emisyon tomografi ve işaretleyici olarak (¹⁸F) florodopa kullanılarak presinaptik dopaminerjik bütünlüğe bakılmıştır. Dopaminerjik inervasyonun zengin olduğu alanlar olan kaudat çekirdek, putamen, frontal korteks ve ortabeyindeki (substantia nigra ve ventral tegmentum) sinaptik uçlarda birikmiş ¹⁸F DOPA ölçülmüştür.

Bu çalışmanın sonucunda, DEHB olan çocuklarda normal çocuklara oranla sağ orta beyinde ¹⁸F DOPA birikimi %48 daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu farklılık büyük görünmesine karşın, çoğul karşılaştırmalı Bonferoni testi ile düzeltildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Buna karşın sağ orta beyindeki ¹⁸F DOPA belirtilerin şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Diğer dopamin zengin bölgelerde anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Bu bulgular DEHB olan çocuklarda dopaminerjik çekirdekler düzeyinde dopaminerjik işlev bozukluğunu düşündürmektedir. DOPA dekarboksilaz aktivitesindeki anormallikler bunun birincil ya da ikincil nedeni olabilir. Bu anormalliklerin kökenini tanımlayacak girişimler dikkat ve motor davranışın kontrolünde orta beyinin işlevlerini açığa çıkarmada yardımcı olacaktır.

Dr. Sarper Ercan

Obsesif-Kompulsif Bozukluk: Aile Çalışması

Nestadt G, Samuels J, Riddle M ve ark. (2000) A family study of obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 57: 358-363.

Obsesif-kompulsif bozuklukta pek çok aile çalışmaları yapılmaktadır, ancak bunların önemli bölümünde yöntemsel kısıtlılıklar vardır. Bu çalışmada 5 farklı klinikten OKB'ü olan 80 olgu normal kontrol grubuyla ailesel geçiş ve kalıtsal özellikler açısından karşılaştırılmışlardır. OKB'ü olan olguların akrabalarında yaşam boyu OKB sıklığı %11.7 iken, normal kontrol grubundakilerin yakınlarında bu sıklık %2.7 olarak bulunmuştur. OKB grubunun yakınları özellikle obsesyonlar olmak üzere daha fazla obsesif kompulsif belirtiler tanımlamamışlardır. Bozukluğun başlama yaşı büyük ölçüde ailesel faktörlerle ilişkilidir. Bozukluğu 18 yaşından sonra başlamış olan OKB olgularının yakınlarında hiçbir OKB belirtisine rastlanmamıştır. Bununla birlikte tikleri ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan olguların, normal kontrollere göre daha fazla OKB olan akrabaları vardır. Tüm bu verilere dayanarak yazarlar OKB'un ailesel bir bozukluk olduğunu ve özellikle obsesyonların ortak fenotipik özellikler olduğunu ileri sürmektedirler.

Uzm. Dr. Özlem Erman

Epilepsisi Olan Adölesanlarda Depresyon Belirtileri

Dunn DW, Austin JK, Huster GA (1999). Symptoms of depression in adolescents with epilepsy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38(9): 1132-1138.

Epilepsisi olan adölesanlarda depresyon geliştiren faktörlerin incelendiği bu çalışmada veriler 12-16 yaşları arasındaki, ek MSS patolojisi bulunmayan 115 epilepsili adölesandan kesitsel

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 7(1) 2000

olarak bir seferde alınmıştır. Depresyon; Youth Self Report'taki Depresyon Envanterine göre tanımlanmıştır.

Bu çalışmada öğrenilmiş çaresizlik teorisinin depresyonu geliştirdiği savlanmıştır. Bunun da adolesanlardaki depresyonun gelişmesini sağladığı öne sürülmüştür.

Epilepside, diğer kronik hastalıklarda olduğundan çok daha fazla depresyon geliştiğini gösteren birçok çalışma olmasına karşın çocukların epilepsiye karşı tutumlarını inceleyen çok az çalışma vardır. Bu çalışmada demografik (yaş, cinsiyet) ve biyolojik (nöbet niteliği) faktörlerden bağımsız olarak ailevi faktörler, anne ve çocuğun hastalık karşısındaki tutumunun depresyon gelişmesinde daha önemli etmenler olduğu gösterilmiştir. Depresyon belirtileriyle gencin nöbetlere karşı olumsuz tutumu arasında önceki çalışmalarla da paralel olarak yüksek pozitif korelasyon bulunmuştur.

Sonuçta bu çalışma epilepsili çocukların tedavisinde ruhsal bozukluk riskinin düşürülmesinde bir model olarak kabul edilebilir. Bu durumda olan çocuklarda hedeflenmiş bir eğitimle, korkularının azaltılması ve hastalıklarına karşı tutumlarının iyileştirilmesi durumunda depresyon gelişme riski düşecektir. Ayrıca ailenin de bu eğitime katılması aile işleyişini destekleyecek, ailenin hastalığa karşı tutumunu iyileştirerek onları depresyondan koruyacaktır.

Aile desteği az olan ve hastalığa karşı olumsuz tutum içerisinde bulunan epilepsili çocuklarda acil depresyon semptomları gelişeceği için izlenmelidir.

İnt. Dr. Hasan Peksel

Yetişkinlikteki Suç Etkinliğinin Yordayıcısı Olarak Çocuklukta Görülen Davranım Sorunları Hiperaktivite-Dürtüsellik ve Dikkatsizlik

Babinski LM, Hartsough CS ve Lambert NM. (1999). Childhood conduct problems, hyperactivity-impulsivity and inattention as predictors of adult criminal activity. J Child Psychol Psychiat 40 (3): 347-355.

Bu araştırma çocukluk yıllarında görülen Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite Bozukluğu ve Davranım Problemlerinin yetişkinlikteki suç etkinliği ile olan ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Bu amaçla yapılan çalışmanın örneklemini 1974 yılında yapılan bir prevalans çalışmasının örnekleminde yer alan çocuklar oluşturmuştur. Araştırma San Francisco Bay Area bölgesindeki okullarda okuyan, yaşları 5 ile 12 (\bar{x} :9) arasında değişen 492 çocuk denek olarak katılmıştır. 1992 yılında izleme çalışmasında deneklerin yaşları 23-30 arasında bulunmuştur (\bar{x} :26.6). Ancak 230 erkek, 75 kadın deneye ulaşılabilmektedir.

Çocuklardaki erken davranışsal belirtileri belirlemek amacıyla öğretmen ve ailelerden CAAS (Children's Attention and Adjustment Survey) ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Yetişkinlikteki izleme çalışmalarında ise denekler "What's Happening?" anketinde yer alan kontrol listelerini kullanarak suça ilişkin düşüncelerini bildirmişlerdir. Bu ölçümlere ek olarak deneklere ilişkin resmi polis kayıtları kullanılmıştır.

Bu değerlendirmenin sonucunda elde edilen araştırma bulguları çocuklukta görülen hiperaktivite ve davranım sorunlarının hem tek tek hem de bir arada, erkeklerin yetişkinlikteki tutuklanma kayıtlarını yordamıştır. Ancak kadınlar için bu yordama geçerli değildir. Ayrıca dikkat eksikliğinin yetişkinlikteki suç aktivitesi ile bağlantılı olmadığı düşünülmektedir.

Psk. Aslıhan FIRAT

Asperger Sendromu ve Otizmi Olan Çocukların Nöropsikolojik Profilleri

Manjiviona J ve Prior M (1999). Neuropsychological profiles of children with Asperger Syndrome and Autism. Autism, 3(4): 327-356.

Bu araştırmada, otistik bozukluk (OB) ve asperger sendromu (AS) tanısı konmuş çocukların daha net olarak ayrıştırılması amacıyla, tanı koyma aşamasında nöropsikolojik profillerden yararlanma olasılığı incelenmiştir.

Bu amaçla a) Melbourne'daki Aspergerlileri destekleme ağı, b) Autism Victoria, c) Güney Avustralya Otistikler Birliği ve d) La Trobe Üniversitesi çalışma grubu ile iletişime geçilmiş deneklere bu kuruluşlar aracılığı ile ulaşılmıştır. Denekler AS ve OB olmak üzere iki gruba ayrılmışlardır. AS lu denek sayısı 35, OB grubundaki denek sayısı ise 21'dir. AS çocukların yaş ortalaması 10.4 (ranji 6-17) OB ortalaması 11.6 (ranji 7-15) dir. Sadece Otistik grupta bulunan bir çocuk özel eğitim okulu, diğerlerinin hepsi normal okul öğrencisidir. Bütün çocukların Zeka Bölümü (ZB) normal ya da normale yakın sınırlar içindedir.

Araştırmanın özel amaçları şu şekilde sıralanmıştır: 1) Asperger sendromluların otistiklerden farklı bir tablo gösterip göstermediklerini incelemek amacıyla Wechsler ölçeklerindeki sözel/performans zeka puanları arasındaki farkın incelenmesi, 2) Asperger sendromlu çocuklar ile otistik çocuklar arasında bir fark olup olmadığının görülmesi amacıyla beynin sağ hemisferi ve beynin sol hemisferi tarafından yönetilen görevlerdeki performanslarının karşılaştırılması ve 3) Asperger sendromlu ve otistik çocuklarda ortak olarak görülebilecek, ancak her iki grup için farklı düzeylerde ya da türlerde olabilecek ön/frontal lobun işleyişindeki olası aksaklıkların araştırılması.

Yukarıda belirtilmiş olan özel amaçlardan birincisi ile ilgili çalışmalarda iki denek hariç tüm denekler için Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-R, iki denek için ise Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği-R kullanılmıştır. Ön/frontal lob işleyişini değerlendirmek amacıyla çocukların problem çözme yeteneklerini ölçen The Tower of

London Test, Controlled Oral Word Association Test ve Rey-Osterrieth Figure Test'in organizasyon bölümü puanları kullanılmıştır. Sol hemisfer işleyişini değerlendirmek amacıyla Wechsler sözel testlerinin benzerlikler, sözcük dağıncığı ve yargılama; Stanford-Binet'nin sözel problem çözme, problem durumlar ve sözel saçmalıklar alt testlerinden; sağ hemisfer işleyişini değerlendirmek amacıyla ise Wechsler performans testlerinin küplerle desen ve parça birleştirme alt testleri ile Rey-Osterrieth Complex Figure Test'ten yararlanılmıştır.

İki klinik grubu ayırt edecek nöropsikolojik değişkeni belirlemek amacıyla, istatistik olarak discriminant function analiz kullanılmıştır. Bu analize tabi tutulan on değişken bulunmaktadır. Bunlar; sözel zeka puanları, performans zeka puanları, Tower Of London (en az hareketle çözülen sorun sayısı), sözel absürdlükler, problem durumlar, resim absürdlükleri, Rey-Osterrieth Complex Figure kopyalama ve hatırlama puanları, Controlled Oral World Association tek harf ve kategori bölümleri puanlarıdır.

Bulgular, AS olan çocukların ZB'lerinin yüksek işlevli OB'luğu olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu, grupların kendi içlerinde sözel ve performans ZB'leri arasında anlamlı bir fark olmadığını, herhangi bir nöropsikolojik teste 2 grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığını göstermiştir. Nöropsikolojik testlerin discriminant function analizi sonucunda AS ve OB 'luğu olan çocuklar sözel ZB, problem durum, performans ZB, sözel saçmalıklar ve karmaşık figure hatırlama puanına dayalı olarak %77 doğrulukla sınıflandırılmıştır. Çocuklar, dil gelişimi gecikmesi olması ya da olmamasına göre tekrar gruplandırıldıklarında ise AS ve OB olanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yazarlar AS'mu olan çocukların otistik bozukluklar yelpazesinin daha iyi durumunu temsil ettiğini düşünmüşlerdir.

Psk. Övgü Özgene

Brezilyalı Ergenlerden Oluşan Bir Okul Örneğinde DEHB: Görülme Sıklığı, Birarada Bulunma Koşulları, Zarar Verici Etkilerini Değerlendirme Çalışması

Rohde LA, Biederman J, Busnello EA. ve ark. (1999). ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: A study of prevalence, comorbid conditions and impairments, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38(6): 716-722.

Bu araştırmada, Brezilya'nın Porto Alegre şehrindeki genç ergenler arasında dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) zarar verici etkileri birarada bulunma koşulları ve görülme sıklığı incelenmiştir.

Bu amaçla 246 bölge okulundan seçkisiz olarak seçilen 64 okuldan yaşları 12-14 arası 1013 öğrenci araştırmaya katılmıştır. DEHB belirtileri DSM-IV'e dayanan 5 düzeyli Likert tipi bir ölçek ile taranmıştır. Bu ön tarama çalışmasında DEHB için pozitif olarak değerlendirilen 99 ergen ve karşılaştırma için seçkisiz olarak alınan ve negatif olarak değerlendirilen 92 ergen psikiyatrik değerlendirmeye alınmıştır.

Toplam 191 denek psikiyatrik değerlendirmelerinin yanısıra anababaları tarafından CGAS (Children's Global Assessment Scale) ve CBCL (Child Behavior Checklist) ile öğretmenleri tarafından TRF ile (Teacher's Reponr Form) değerlendirilmiştir. Hem ergenlerden hem de anababalarından madde kötüye kullanımı, okulu asma, sınıf tekrarı ve okuldan atılma bilgileri alınmıştır. Bilişsel değerlendirme için, WISC-III'ün

sözcük dağarcığı ve küplerle desen alt testleri kullanılmıştır.

Toplam 191 denekten 23'ü DEHB tanısı almıştır (Bu deneklerden 19'u pozitif 4'ü de negatif olarak değerlendirilenler) DEHB'nin görülme sıklığı %5.8 olarak bulunmuştur. DEHB olanlar ve olmayanlar sosyodemografik özellikler yönünden karşılaştırıldığında sadece, DEHB tanısı olmayanların eğitim düzeyi anlamlı olarak DEHB tanısı alanlardan daha yüksek düzeyde bulunmuştur. DEHB ve yıkıcı davranış bozukluğunun birarada bulunması %47.8 olarak saptanmıştır. Bu bulgu CBCL sonuçlarıyla desteklenmiştir. DEHB olanlar ve DEHB olmayanlar, içe çekilme ve bedensel yakınmalar alt ölçekleri dışında bütün alt ölçekler arasında anlamlı farklılık göstermişlerdir. TRF de ise DEHB olan ergenler diğer gruba göre dikkat sorunlarında daha yüksek puan almışlardır. DEHB olan ergenler arasında kontrol grubuna göre okulu asma, sınıf tekrarı ve okuldan atılma oranları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ancak iki grup arasında alkol ve madde kötüye kullanımı arasında bir fark bulunmamıştır.

Araştırmacılar, sonuç olarak DEHB'nun ergenler arasında görülme sıklığının bir hayli yüksek olduğunu ve bu bozukluğun gençlerin işlevselliğini pek çok alanda bozan önemli bir risk etmeni olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca DEHB ile daha kapsamlı çalışmalar yapılmasını daha büyük ergenlerle ve yetişkinliklerle farklı kültürlerde çalışılmasını önermişlerdir.

Psk. Oya Özalp

TEZ TANITIMI

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Tedavisinde Kullanılan Metil Fenidatın Büyüme Üzerine Etkisinin Çeşitli Parametrelerle Değerlendirilmesi

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD 2000. 55 sayfa, 134 Kaynak, Ankara

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniklerine başvurular arasında sık görülen bir bozukluk olması nedeniyle Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi uzmanlarının özel ilgi alanı olmuştur. Bozukluğun tedavisinin anne baba, çocuk ya da ergen ve okul-öğretmen işbirliğinin sağlanması ile mümkün olabileceği, aile ve öğretmene danışmanlık, çocuğun bireysel tedavisi ile ilaç tedavilerinin birlikte uygulandığı tedavi modellerinin en etkili tedavi yaklaşımı olduğu bildirilmektedir. İlaç tedavilerinden santral sinir sistemi uyarıcıları, antidepresanlar, antipsikotikler, klonidin, guanfasin, antihistaminikler ve antiepileptikler kullanılmaktadır. En sık ve ilk tercih edilen ilaç grubunu santral sinir sistemi uyarıcıları oluşturmaktadır. Bu ilaçlardan ülkemizde metilfenidat bulunmakta ve bu amaçla yaygın olarak kullanılmaktadır. İlacın iştahsızlık, uykusuzluk, baş ağrısı, hipertansiyon, huzursuzluk, duygusal labilite gibi yan etkileri bildirilmekte, büyüme üzerine olumsuz etkileri olabileceği düşünülerek ilaç tatilleri verilerek aralıklı kullanılması önerilmektedir.

Bu çalışmada 11 kız, 48 erkek toplam 59 denek metilfenidatın büyüme ve gelişme üzerine olan yan etkileri yönünden izlenmiştir. 32 deneklik ilk grup ilaç öncesi ve 6 ay sonrası, 27 deneklik ikinci grup ise 1 yıl ilaç kullanımı sonrası incelenmiştir. Her değerlendirme aşamasında deneklerin sosyodemografik özellikleri, klinik ölçümler (boy, kilo, Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği); yan etki değerlendirmeleri; laboratuvar ölçümleri (Ca, P, Mg, alkalen fosfataz), osteokalsin, parathormon, kalsitonin, IGF-I, ke-

mik mineral dansitesi, kemik yaşı) incelenerek araştırmacı tarafından oluşturulan forma kaydedilmiştir. Sosyodemografik bilgiler ile Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği verileri birbiriyle karşılaştırılarak klinik düzelmeye aralarındaki ilişkiye bakılmıştır. Hiç ilaç kullanmadan, 6 ay ilaç kullandıktan sonra ve 1 yıl ilaç kullandıktan sonra elde ettiğimiz veriler birbiriyle karşılaştırılıp değişimler saptanmıştır. Ayrıca bu değişimlerin birbirleriyle ilişkisine bakılmıştır. Elde ettiğimiz veriler yazın bilgisi ışığında tartışılmıştır.

Sonuçlar, metilfenidatın boy gelişimini 6 aylık ve bir yıllık süre içinde etkilemediğini, ancak bir yıllık sürede boyda beklenene göre yetersiz artışa neden olduğu; kilo alımında ise hafif bir artış olsa da beklenenin altında bir gelişme olmasına, dolayısıyla beklenen kilo alımının olmamasına yol açtığı; kemik yapımının belirleyicileri dolayısıyla bir yıkımın da olduğunu gösterebilen osteokalsin ve alkalen fosfataz düzeylerini anlamlı bir şekilde yükselttiği belirlenmiştir. Kemik Mineral dansitesinde de bu çalışmada 6 aylık dönemde beklenenden az bir artış bulunmuştur. Bir yıl ilaç kullanan grupta ise beklenenden çok daha düşük, anlamlı olmayan bir artış saptanmıştır. Bu de metilfenidatın kemik mineral dansitesini olumsuz etkilediğini gösterebilir.

Bu araştırmanın sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, metilfenidatın dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tedavisinde altı ay ve bir yıl gibi sürelerle kullanımının, büyüme ve gelişme üzerine çok belirleyici bir etkide bulunmadığı söylenebilir.

Dr. Serdar Alparslan

HABERLER

SEMPOZYUM 2000 'NARSİSİZMİN GELİŞİMSEL VE KLİNİK GÖRÜNÜMLERİ' BİRİNCİ BÖLÜM

Kendilik psikolojisinin ülkemizde de tanınması ve öğrenilmesi amacı ile 1998 yılından beri belli aralıklarla etkinliklerini sürdürmekte olan Türk Kendilik Psikolojisi Topluluğunun düzenlediği 'Narsisizmin Gelişimsel ve Klinik Görünümleri' başlığını taşıyan Sempozyum 2000'in birinci bölümü 22-25 Mayıs 2000 tarihleri arasında İstanbul Teknik Üniversitesi sosyal tesislerinde yapıldı. İstanbul ve Ankara'da ruh sağlığı alanında çalışan çeşitli uzmanların Türk Kendilik Psikolojisi Topluluğuna katılım ve ilgilerinin giderek arttığı gözlemlendi.

İki bölüm olarak düzenlenen Sempozyum 2000'in 22-25 Mayıs tarihleri arasında gerçekleştirilen ilk bölümünde Renee ve Allen Siegel, Heinz Kohut ve Kendiliğin Psikolojisi başlıklı eğitimi verdiler. Chicago Psikanaliz Enstitüsünde eğitici analist ve 'Psikanalitik Kendilik Psikolojisi Dergisi'nin editörü olan Dr. Allen Siegel ve psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı olup özel psikoterapist olarak çalışmakta olan Renee Siegel dört gün boyunca yoğun, katılımcı ve sıcak bir eğitim verdiler.

Sempozyumun birinci gününde kendilik psikolojisinde temel kuramsal ve klinik kavramlar gözden geçirildi. İkinci gün evlat edinme ve biyolojik ebeveynin yüceleştirilmesi konuları tartışıldı. Türk kendilik psikolojisi topluluğunun Dr. Allen Siegel ile birlikte yürüttüğü konferans bağlantılı toplantıların keyifli yanlarından biri olan film seyretme ve kendilik psikolojisi açısından değerlendirilmesi etkinliği bu sempozyumda da üçüncü gün gerçekleştirildi. Bu sefer seçilen film 'Harold ve Maude' oldu. Sempozyumun son gününde ise vaka sunumları tartışıldı.

Bu sempozyum ülkemizde ruh sağlığı alanında çalışan ve kendilik psikolojisi ile ilgilenen uzmanları Renee ve Allen Siegel ile buluşturması açısından yararlı bir etkinlik oldu. 16-20 Ekim 2000 tarihleri arasında Sempozyum 2000'in ikinci bölümü yapılacaktır. Bu bölümde erişkin ve

çocuk psikiyatrisi uzmanı olan Anna Ornstein ve bugün kendilik psikolojisini yaşatan en yetkin kişilerden biri olarak kabul gören Dr. Paul Ornstein tarafından 'Kendilik Psikolojisi Açısından Çoğul İyileştirici Etkenli Terapötik Süreç' başlıklı eğitim verilecektir.

Dr. Berna Pehlivan Türk

ULUSLARARASI ERGEN PSİKİYATRİSİ TOPLULUĞUNUN V. KONGRESİ

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

Dr. Füsün Çuhadaroğlu

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 7(1) 2000

10. ULUSAL ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİ KONGRESİ

10. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi 10-13 Mayıs tarihleri arasında Sarıyerme'de (Muğla) yapıldı.

Toplantıya Renate Schepker "Almanya'da Yataklı Tedavinin Yapısı, Özellikleri ve Değerlendirme"; Herman van England "Yıkıcı Davranış Bozukluklarının Nörobiyolojisi"; Joseph Sergeant "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yürütücü İşlevler"; Atila Turgay "Dirençli Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi"; Celal Odağ "Kendilik Nesnesi ve Kimlik" başlıklı konuşmalarını katıldılar.

Kongrede ayrıca Türkiye'deki çocuk politikalarından konsültasyon-liyezon alanındaki çalışmalara, çocuk ve ergen psikiyatrisinde eğitimden genetik araştırmalar ve çeşitli bozukluklardaki güncel yaklaşımlara kadar varan çeşitlilikte 16 panel kongreyi bilimsel açıdan doyurucu bir niteliğe ulaştırdı.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk psikiyatrisi tarafından düzenlenen 10. Ulusal Kongrede yurt dışından gelen konuşmacıların yürüttüğü çeşitli çalışma grupları dinleyicilerin de katılımı ile kongreyi zenginleştirdi.

Kongrede sunulan 70'in üzerindeki poster bildirisi, bu alandaki araştırmaların hem nicelik hem de nitelik açısından giderek artması nedeniyle ülkemiz adına umut verici bir gelişmeydi.

Dr. Fatih Ünal

25. GRUP PSİKOTERAPİLERİ KONGRESİ

25. Grup Psikoterapileri Kongresi uluslararası katılımı olarak 28-31 Mayıs tarihleri arasında gelenekselleştiği üzere yine Bergama'da yapıldı. Türkiye Grup Psikoterapileri Derneği'nin, Bergama Belediyesi, A.Ü. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı ve Kültür Bakanlığı'nın destekleri ile düzenlediği kongre gerek katılım, gerekse nitelik açısından çok zengindi.

Yurtiçi ve yurtdışından gelen psikoterapist ve psikodramatistlerin verdiği konferanslar, "Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler" başlıklı halka açık "Psikiyatrik Hastalıklarda İlaç Tedavisi ve Psikoterapi Kombine Uygulamaları" adlı kongre katılımcılarına yönelik paneller, grup uygulamaları ile çok boyutlu bu bilimsel etkinlik Türkiye'nin, grup psikoterapileri alanında uluslararası düzlemde yer alan ve ustalaşan bir ülke olduğunun çok açık bir kanıtı idi.

Doğa, sanat, tarih, kültür ve bilimin kaynaşmasını örnekleyen bu kongre, ayrıca bu özelliği nedeniyle de katılımcılar üzerinde farklı bir etki bırakmaktaydı; çağlar ötesi ile birlikte şimdiki "insan", kucaklayan, evrensel bir buluşma gibi...

Kongrenin düzenlenmesinde emeği geçen tüm ekibi kutlar, ülkemizde grup psikoterapileri ve psikodramanın gelişmesi ve bugüne taşınmasında öncülük etmiş olan Prof. Dr. Abdülkadir Özbek'i saygı ile selâmlarım.

Dr. Bahar Gökler

TOPLANTI - KONGRE

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

Başvuru: Prof. Dr. Ercan Abay Trakya Üniversitesi Psikiyatri A.B.D

Tel: 0284 235 28 21

Faks: 0284 235 28 21

e-posta: psikiyatri@trakya.edu.tr

1-6 Temmuz 2000 . International Congress of the Society for the Prevention of Child Abuse. Jerusalem Israel.

Başvuru: ICC Jerusalem International Convention Center, Binyaney Ha'iima Ltd. PO Box 6001, 91060 Jerusalem, Israel

Tel: +972 2 655 8558

Fax: +972 2 538 3064

23-28 Temmuz 2000. IACAPAP 15.

International Congress, Jerusalem, İsrail.

Başvuru: International Congress and Convention Association Industry House 29 Hamered Street PO Box 50006 Tel Aviv 61500 Israel

Tel: 972/3/514-0014

Fax: 972/3/517-5674, 972/3/514-0077

9-13 Eylül 2000, Münih, 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

17-22 Ekim 2000, 47th Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professionals. Honolulu, USA

Başvuru: Julie Morgan, AACAP, 3615

Wisconsin Avenue, NW, Washington, DC 20016 USA

Tel: (202) 966-7300

Fax: (202) 966-2891

24-29 Ekim 2000. 47th Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. New York, USA

Başvuru: AACAP 3615 Wisconsin Avenue,

N.W., Washington, D.C. 20016-3007

Tel: 202-966-7300

Fax: 202-966-2891

e-posta: meetings@aacap.org

29 Ekim - 3 Kasım 2000, The Promised Childhood, Jerusalem İsrail

Başvuru: The Secretariat Promised Childhood Industry House 29 Hamered Street P.O. Box 50006, Tel Aviv 61500, Israel

Tel: 972 3 51 4000

Fax: 972 3 517 56 74

e-posta: childhood@kenes.com

5-10 Mayıs 2001, Annual Meeting of the American Psychiatric Association New Orleans, USA.

Başvuru: Meetings Management

Department, American Psychiatric Association, 1400 K Street, NW, Washington, DC 20005 USA

Tel: 202-682-6193

Fax: 202-682-6114

e-posta: apa@psych.org

11-15 Eylül 2001, 31. Annual Congress of European Association of Behavioral and Cognitive Therapies (EABCT) Istanbul.

Başvuru: EABCT 2001 organization: Interium

Tel: 902122849459

Fax: 902122803961

e-posta: interium@turk.net

23-28 Ekim 2001, 48. Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. New York, USA

Başvuru: Julie Morgan, AACAP, 3615 Wisconsin Avenue, NW, Washington, DC 20016, USA

Tel: (202) 966-7300

Fax: (202) 966-2891

İNTERNET KÖŞESİ

ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI İLE İLGİLİ WEB SİTELERİ

YURTDIŞI SİTELERİ

The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: www.aacap.org

Amerikan Psikiyatri Organizasyonu: www.apa.org

Bazı yabancı dergilerin tam metinleri: www.bmw.com/searchall/

John Hopkins Children Hospital: www.med.jhu.edu/peds/

Medscape Electronic Journal: www.medscape.com

School Psychology Resources Online: www.bcpl.lib.md.us/~sandyste/schoolpsych

Children and Adults with AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder: www.chadd.org

ADHD: <http://add.about.com/health/add>

ADD Clinic: www.addclinic.com

Conduct Disorder: www.conductdisorders.com

Tourette Syndrome Association, Inc.: <http://tsa.mgh.harvard.edu>

Otizm Araştırma Laboratuvarı: <http://nodulus.extern.ucsd.edu>

Cure Autism Now: www.canfoundation.org

Autism Treatment Center of America: www.son-rise.org

Autism Internet Conference: www.autism99.org

James Kirk's Autism FAQ home Page: www.teleport.com/~kjim/autism.shtml

Autism Independent UK Home: www.autismuk.com

Center for the Study of Autism: www.autism.com

Division TEACCH: www.unc.edu/depts/teacch

Autism Resources: www.autism-info.com

ASPEN of America, Inc.: www.asperger.org

The Selective Mutism Group Inc.: <http://selectivemutism.org>

The National Organization of and for People with Mental Retardation and Related disabilities and their Families: www.thearc.org

Child Psychiatry Resources: <http://curry.edschool.virginia.edu/go/cise/ose/categories>

Öğrenme bozukluklar ile ilgili bir site: www.greenwood.org

TÜRKİYE SİTELERİ

Çukurova Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD:

www.lokman.cu.edu.tr/pedpsych

GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD: www.gata.edu.tr/cocukruh/index.htm

Ankara Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD: www.ankara.edu.tr/faculties/medicine/internal_medical/ped_psychiatry

Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı AD: www.kou.edu.tr/tip/cocukruhsagligi

Türk Otistikler Derneği: www.otistiklerderneği.org.tr

Aile Danışma Hattı: www.cocukaile.com

Türk Psikologlar Derneği: www.psikolog.org.tr

Türk Psikiyatri Derneği: www.psikiyatri.org.tr

Psikiyatri Net: www.psikiyatri.org.tr

Türkiye'de Çocuk Bilgi Ağı (Devlet İstatistik Enstitüsü): www.die.gov.tr/CIN