

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

CİLT : 8 SAYI : 1

2001



ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Cilt: 8 Sayı: 1, 2001 Mayıs, Eylül ve Aralık aylarında olmak üzere üç kez yayınlanır.

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. Füsün Çuhadaroğlu

Doç. Dr. Fatih Ünal

Yrd. Doç. Dr. Berna Pehlivan Türk

Üyeler

Psk. Doç. Dr. Melda Akçakın

Prof. Dr. Saynur Canat

Arş. Gör. Ebru Çengel

Uzm. Dr. Hakan Erman

Uzm. Dr. Özlem Erman

Psk. Prof. Dr. Feriunde Öktem

Yrd. Doç. Dr. Birsen Somasvar

Doç. Dr. Selahattin Şenel

Uzm. Dr. Özgür Yorbik

DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Belma Ağaoğlu (Kocaeli)

Uzm. Dr. Zafer Atasoy (Ankara)

Prof. Dr. Ayşe Avcı (Adana)

Prof. Dr. Cahide Aydın (İzmir)

Prof. Dr. Kemal Aydınalp (Ankara)

Prof. Dr. Kayıhan Aydoğmuş (İstanbul)

Doç. Dr. Ayla Aysev (Ankara)

Prof. Dr. Ayşen Baykara (İzmir)

Doç. Dr. Meral Berkem (İstanbul)

Prof. Dr. Ayşen Coşkun (Kocaeli)

Prof. Dr. Aysel Ekşi (İstanbul)

Psk. Prof. Dr. Neşe Erol (Ankara)

Doç. Dr. Elvan Karacan (Ankara)

Doç. Dr. Levent Kayaalp (İstanbul)

Prof. Dr. Efser Kerimoğlu (Ankara)

Doç. Dr. Esin Özatalay (Antalya)

Doç. Dr. Haluk Özbay (Ankara)

Doç. Dr. Bengi Semerci (İstanbul)

Prof. Dr. Teoman Söhmen (Ankara)

Prof. Dr. Şahnur Şener (Ankara)

Prof. Dr. Suna Taneli (Bursa)

Doç. Dr. Ümran Tüzün (İstanbul)

Doç. Dr. Runa Uslu (Ankara)

Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın (Ankara)

Doç. Dr. Yankı Yazgan (İstanbul)

KAPAK RESMİ

Çağla CABBAR – Türkiye

BASKIYA HAZIRLIK VE BASKI

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

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

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) 305 11 51

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

www.cgrsder.org.tr

ISSN: 1301-3904

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi Tübitak Tıp Dizinine alınmıştır.

İÇİNDEKİLER

Önyazı	1
B. Gökler	
Otizm Tanısı Konmuş Çocukların Anne ve Babalarındaki Ruhsal Belirtiler	2
M. Akçakın, G. Erden	
Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler	11
D. Demirok, F. Ünal, B. Pehlivan Türk	
Gilles De La Tourette Sendromu Olan Çocuk ve Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Birlikteliği	19
Z. B. Semerci	
Zihinsel Engelli Olan ve Olmayan Çocuk-Anne İkililerinin Etkileşim Örüntülerinin Karşılaştırılması	27
B. Sucuoğlu	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Anne Baba Öğretmen Eğitimi: Gözden Geçirme	39
Ö. Erman	
Streptokok Enfeksiyonları İle İlişkili Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Bozukluklar: Bir Gözden Geçirme	48
N. Perdahlı Fiş	
Görüşler	56
Ö. Erman	
Yeni Yayınlardan Özetler	58
Haberler / Toplantı - Kongre	61
İnternet Köşesi	64
Yazım Kuralları	66

TÜRKİYE SİNİR VE RUH SAĞLIĞI DERNEĞİ

Prof. Dr. MUALLA ÖZTÜRK

ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ÖDÜLÜ

2002

1. 1990'dan beri her yıl çocuk ruh sağlığı alanında en başarılı çalışmaya verilmekte olan "Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Ödülü 2002" için aşağıdaki koşullar belirlenmiştir.
2. 2002 ödülü olarak 500.000.000 TL. ve ödül belgesi verilecektir.
3. **Çalışma:**
 - a. 2000 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 2001 tarihine kadar aşağıda bildirilen adrese postalanmış ya da elden verilmiş olmalıdır.
 - d. Çalışmalar, aşağıda belirlenen seçici kurul tarafından değerlendirilecek ve ödül 2002 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 Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği
Büklüm Sokak 89/3
Kavaklıdere, 06700 ANKARA

ÖNYAZI

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, sekizinci yılına giriyor. Çocuklar ve gençler adına, ülkemizde gerçekleştirilen bilimsel etkinlikler gözden geçirildiğinde, dergimizin etkin bir işlev üstlenmiş olduğunu görmekteyiz.

Nisan-Mayıs ayları ülkemizde çocuklar ve gençler için; cumhuriyetin getirdiği uygarlaşma sürecini, çağdaş insan olma bilincini geleceğe taşıyacak kuşaklar için; önemli simgeler, önemli vurgular taşıyan aylardır. Değişimi, yenilenmeyi, çocukluk ve gençlikle tazelenip, dirilmeyi ve yeniden aydınlanmayı çağrıştıran dönemlerdir.

Ülkemizin içinden geçtiği toplumsal sürece baktığımızda çocuk ve gençlere çok daha fazla ağırlık verilmesinin gerekliliğini bir kez daha kavramaktayız. Ülkemizi içinde yaşamakta olduğu çözülmüşlükten, değerler çalkantısından, kültürel düzey düşüklüğünden, ekonomik zorlanmalardan biyo-psiko-sosyal yönden sağlıklı yetişmiş, tutarlı davranabilen, güvenli; bilimin aydınlığında eğitilmiş, araştırıp, sorgulayabilen, açık ve gerçekçi düşünebilen çocuklar ve gençler çıkarabileceklerdir.

Çocuklar ve gençlere yönelik olarak yapılan bilim, insanlığın evrimi, sağlıklı gelişimi ve uygarlaşma adına verilen en anlamlı uğraştır.

Dolayısıyla, ülkemizde çocuklar ve gençleri içeren bilimsel çalışmaların çağdaşlaşma süreci açısından ne kadar önemli olduğu ve bu alanda ne kadar daha kapsamlı, daha nitelikli bilim üretilirse, uygarlaşma yönünde o denli yol alınacağı açıktır.

Bu bağlamda, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Türkiye’de çocuk ve gençlere yönelik bilimsel işlevi uzunca sayılabilecek bir süredir gerçekleştirmiş olmanın kıvancını ve bu işlevi önümüzdeki yıllara aktarma sorumluluğunun heyecanını taşımaktadır.

Yeniden, başka Nisan ve Mayıs’larda çocuklar, gençler adına buluşmak ve ortaklaşa bilim üretmek üzere, saygılar sunarız.

Yayın Yönetmeni

Prof. Dr. Bahar Gökler

OTİZM TANISI KONMUŞ ÇOCUKLARIN ANNE VE BABALARINDAKİ RUHSAL BELİRTİLER*

Melda Akçakın** Gülsen Erden***

ÖZET

Amaç: Bazı yayınlarda, otizm tanısı konmuş çocukların anababalarında bazı kişilik özelliklerinin ya da belirtilerin daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Bu nedenle bu çalışmada kaygı, depresyon, obsesif belirtileri değerlendiren ölçeklerle, otizm tanısı konmuş ve kontrol grubu çocukların anababaları karşılaştırılmıştır. **Yöntem:** Bu çalışmada DSM III-R tanı ölçütlerine göre 48 otizm tanısı konmuş ve 34 kliniğe başvurmamış çocuğun anababasına Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Beck Depresyon Ölçeği ve Maudsley Obsesif Soru Listesi ve SCL 90-R uygulanmış, elde edilen puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. **Bulgular:** Otizm tanısı konmuş çocukların anneleri Beck depresyon ölçeğinde kontrol grubuna göre daha yüksek puan almıştır. Diğer ölçeklerden elde edilen puan ortalamaları arasında gruplar arasında fark bulunamamıştır. Her iki gruptaki annelerin durumluk kaygı, SCL 90-R puanlarının babaların puanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca otizm grubu kendi içinde de bazı değişkenler yönünden karşılaştırılmış, düşük işlevli otistik grubun anneleri bütün ölçeklerden yüksek işlevli otistik grubun annelerinden daha yüksek puan almıştır. **Tartışma:** Bu çalışma otizm tanısı konmuş çocukların zeka durumunun özellikle anneler üzerinde etkisi olduğunu göstermiştir.

Anahtar Sözcükler: Otizm, anababa, ruhsal belirtiler.

SUMMARY: PARENTAL PSYCHIATRIC SYPTOMS OF AUTISTIC CHILDREN.

Objective: Some of the reports suggest that first degree relatives of the autistic probands have an increased frequency of certain personality characteristics. The aim of this study is to compare the characteristics of parents of autistic children with a group of normal controls. **Method:** The subjects were 48 parents of autistic and 34 parents of nonclinical children. The autistic children were diagnosed according to DSM III-R criteria for autistic disorder. Parents of the children were evaluated with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire (MOC), Beck Depression Inventory (BDI) and Symptom Check List-90-R (SCL-90-R). **Results:** Mothers of the autistic children had higher scores on the BDI compared to the nonclinical group. No significant differences were found in other scores. Mothers of both groups scored higher than the fathers on State Anxiety and SCL 90-R. When low functioning and high functioning autistics parents were compared among themselves, mothers of the low functioning autistics scored higher on all inventories. **Discussion:** This research shows that the most important factor that affects parental mood of autistic children is the IQ level of the autistic child.

Key Words: Autism, parent, psychiatric symptoms.

GİRİŞ

Çocuk Psikiyatrisi kliniklerine getirilen çocukların belirtilerinin nedenleri bu alanda çalışanların temel araştırma konularından biri olmuştur. Bu bağlamda üzerinde çok durulan etkenler genetik, organik, kişilik, sosyokültürel özellikler ve

anababa tutumları olarak sıralanabilir. Konunun diğer boyutunda ise sorunlu çocukların, anababa ve aile ilişkileri üzerindeki etkileri yer alır. Çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları kliniklerine getirilen çocuklar arasında süregen bozukluklardan en önemlisi otizm ve diğer yaygın gelişimsel bozukluklardır. Bu bozuklukların nedenleri arasında da yukarıda adı geçen etmenler üzerinde durulmaktadır. Kanner 1943 yılında Erken Beklik Otizm'ini tanımladığı ilk makalesinde ve daha sonraki yayınlarda otizmi olan çocukların anababa özelliklerine değinmiş, bu anababaları zeki, yakınlık ve sıcaklıktan yoksun, çoğunu

*International Association for Children and Adolescent Psychiatry and Allied Professions IACAPAP'ın (2-6 Ağustos 1998 Stocholm) Kongresinde poster olarak sunulmuş, yayınlanmamış bildiri.

**Psk. Doç.Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Otistik Çocuklar Tanı, Tedavi, Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara.

***Psk. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Otistik Çocuklar Tanı, Tedavi, Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara.

da obsesif olarak değerlendirmiştir. Otizmin organik yapıyla, kısmen aile çevresi arasındaki etkileşimin sonucu olduğunu ileri sürmüştür (Kanner 1949, Eisenberg ve Kanner 1956).

Daha sonra yapılan araştırmaların bazılarında otizmi olan çocukların ailelerinde ruhsal sorunların daha yüksek oranda bulunduğu bildirilmiştir (Lotter 1966, Labascher ve ark. 1970). Araştırmaların önemli bir kısmında, otizmi olan çocukların anababalarında duygudurum bozuklukları, epidemiyolojik çalışmalara ya da kontrol gruplarına göre daha yüksek oranlarda bulunmuştur (De Long ve Dwyer 1988, Piven ve ark. 1990, Bolton ve ark. 1994, De Long 1994, De Long ve Nohria 1994, Bolton ve ark. 1998, Piven ve Palmer 1999).

Son yıllarda konuyla ilgili yayınlanan çalışmaların yine önemli bir kısmı Piven ve ekibi tarafından yapılmıştır (Piven ve ark. 1990, Piven ve ark. 1991, Piven ve Palmer 1997, Piven ve ark. 1997, Piven ve Palmer 1999). Bu ekibin çalışmalarında çoklu otizm vakası olan, iki çocuğuna otizm tanısı konmuş anababalar ve Down sendromu tanısı konmuş çocuğu olan anababalarla çalışılmış, denekler derinlemesine aile öyküleri alınarak, yarı yapılandırılmış görüşme teknikleri, çeşitli ölçekler, gözlem formları ile değerlendirilmiştir. Bu ekip tarafından yapılan bir çalışmada çoklu otizm vakası bulunan 25 aile, 30 kontrol grubu ailesiyle karşılaştırılmış, otizm grubunun anababalarında majör depresyonun yanısıra, yüksek oranda sosyal fobi de bulunmuş, ayrıca otizm grubunun büyükanne ve babaları, teyze, hala, amca ve dayılarında da kontrol grubuna göre yüksek oranda depresyon ve kaygı saptanmıştır (Piven ve Palmer 1999). Smalley ve arkadaşları da (1995), Piven ve Palmer'in (1999) çalışmasında olduğu gibi, otizmi olanların (proband) birinci derece akrabalarında kontrol grubuna göre yüksek oranda majör depresyon bozukluğu ve sosyal fobi bulmuşlardır. Bu çalışmada ilk depresif bozukluk döneminin otizmi olan çocuğun doğumundan önce yaşandığı, depresyonun yalnızca özürülü bir çocuk yetiştirmenin zorluğu ile açıklanamayacağı bildirilmiştir.

Otizm tanısı konmuş 42 çocuğun anababalarında kaygı bozukluğunun yaşam boyu görülme oranı kontrol grubuna (N: 18) göre daha yüksek bulunmuştur (Piven ve ark. 1991). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da otizmi olan ve normal çocuğa sahip ana-babalar evlilik uyumlarını algılamalarının yanı sıra durumluk-sürekli kaygı ve depresyon bakımından da karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada otizm ve kontrol grubunun, her birinde 20 şer çift vardır. Otizmi olan çocukların anababalarının durumluk-sürekli kaygı ve depresyonları normal çocuğa sahip anababalara göre daha yüksek bulunmuştur (Gündoğdu 1995). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada ise otizm tanısı konan çocukların annelerinde birinci ekseninde yer alan bozukluklar araştırılmıştır, kontrol grubu olmayan bu çalışmada, annelerde en sık görülen birinci eksen tanıları majör depresif, distimik bozukluk ve sosyal fobi olarak bildirilmiştir (Demir ve ark.2000).

Piven ve arkadaşları (1997)'de yaptıkları bir çalışmada dil ve kişilik özelliklerini incelemiştir. Bu çalışmada birden fazla otistik çocuğu olan 25 ailenin anababaları, 30 kontrol grubu ailenin anababalarından daha duyarlı, katı, uzak, eleştirici ve endişeli bulunmuştur. Ayrıca otistik çocuğu olan ailelerde konuşma ve dil geriliklerine, arkadaş ilişkilerinde kısıtlılıklara kontrol grubundan daha sık rastlandığı da bildirilmiştir.

Bolton ve arkadaşları (1994), 99 otizm tanısı konmuş çocuğu olan ve 36 Down sendromlu çocuğu bulunan ailelerle yaptıkları çalışmada, otistik çocukların anababa ve kardeşlerinde, Down sendromlu çocuğu olan ailelere göre, sosyal iletişim gerilikleri ve yineleyici davranışları daha yüksek oranda saptamışlardır.

Wolf ve arkadaşları (1988) ise, çocukların tanısını bilmeden, 21 otistik ve 21 zihinsel özürülü çocuğun anababasını klinik görüşme yolu ile incelemiştir, otizmi olan çocukların anababalarının sıklıkla şizoid kişilik özellikleri, duygusal yanıt verme eksiklikleri, empati sorunları, yalnız kalmayı yeğlemeleri, özel ilgi örüntüleri ve sosyal ilişkide tuhafıkları olduğu biçiminde sonuçlar ileri sürmüşlerdir.

Otizmi olan çocukların ailelerinde bilişsel süreçler de değerlendirilmiştir. Bir araştırmada, yaygın gelişimsel bozukluğu (YGB) olan 52 ve Down sendromu olan 33 çocuğun anababaları ve kardeşleri karşılaştırılmıştır. YGB olan grubun sosyal, bilişsel ya da dil gelişimlerinde gecikme bulunmamıştır. Yazarlar tarafından YGB olanların ailelerinde bilişsel ve sosyal bozulmanın olmadığı bildirilmiştir (Szatmari ve ark. 1993). Buna karşın bir başka çalışmada ise, otizmi olan çocukların (N=18) anababalarının performans zeka bölümünde, yürütücü (executive) işlevlerde, bazı okuma ölçümlerinde (pasajı yargılama ve hızlı biçimde adlandırma) kontrol grubuna (N=30) göre daha düşük performans gösterdikleri gözlenmiştir (Piven ve Palmer 1997).

Bir grup çalışmada da otizmi olan çocukların anababalarıyla, kontrol grubu anababaları arasında obsesyon ve depresyon yönünden (Cox ve ark. 1975), içe yönelim ve dışa yönelim ve nörotizm boyutunda (Kolvin ve ark. 1971; Netley ve ark., 1975) fark bulunmamıştır. Koegel ve arkadaşları (1983) ise otizmi olan çocukların anababalarının MMPI puanlarının normal aralık (ranj) içinde olduğunu saptamışlar ve normal çocukları olan ailelerden farklı bulmadıklarını bildirmişlerdir.

Bu araştırmanın temel amacı, otistik bozukluk tanısı konmuş çocukların anne babaları ve kontrol grubu çocukların anne babalarını durumluk /sürekli kaygı, depresyon, obsesif ve ruhsal belirtiler taşıma yönünden karşılaştırarak iki grup arasında farklılık olup olmadığını incelemektir. Ailelere bu amaçla, Spielberger Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi ve SCL 90-R Belirti Tarama Listesi uygulanmış, ölçek puanları karşılaştırılmıştır.

Ayrıca bu araştırmada, otistik bozukluğu olan çocukların anababalarının ölçek puanlarının, ailenin tek çocuklu-çok çocuklu olması, çocuğun yaş düzeyi, yeni tanı-eski tanı konmuş olması, çocuğun zeka durumu değişkenleri yönünden ele alınarak karşılaştırılması da amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırma grubu, Ankara Üniversitesi, Otistik Çocuklar Tanı, Tedavi, Uygulama ve Araştırma Merkezinde DSM III-R (1987) tanı ölçütlerini de kapsayan yarı yapılandırılmış bir görüşme çizelgesiyle değerlendirilerek (Akçakin 1993, Akçakin ve ark. 1993) otistik bozukluk tanısı konan 48 çocuğun anne ve babalarından oluşmuştur (anne ve babaların çoğu birbirinin eşidir, ancak birbirinin eşi olmayan anababalar da vardır.) Kontrol grubu ise, araştırma verilerinin toplandığı tarihe kadar ruhsal sorunlar nedeniyle çocuk ya da erişkin psikiyatri kliniğine başvurmamış 34 çocuğun anne ve babasından oluşmuştur.

Araştırma ve kontrol grubunun yaşları, cinsiyetleri, doğum sıraları, ailenin sahip olduğu çocuk sayısı, anne ve babaların yaşları eğitim düzeyleri yönünden eşleştirilmiştir. Kontrol grubunu oluşturan anababa ve çocuklar psikiyatri kliniği idari personeli ve yakınları arasından gönüllülük esas alınarak seçilmiştir.

Veri Toplama araçları: Anababalar Durumluk /Sürekli Kaygı Envanteri, Beck Depresyon ölçeği, Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi ve SCL 90-R Belirti Tarama Listesi uygulanarak değerlendirilmiştir.

Durumluk /Sürekli Kaygı Envanteri: Spielberger ve ark. (1970) tarafından geliştirilmiş, Öner ve Le Comte (1985) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve uyarlaması yapılmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği: Beck (1961) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe'ye Tegin (1980) tarafından kazandırılmıştır. Geçerlik çalışması ise, Hisli (1989) tarafından yapılmıştır.

Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi: Hodgson ve Rachman (1977) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye Erol ve Savaşır (1988) tarafından kazandırılmıştır.

Belirti Tarama Listesi: (SCL-90-R) Derogatis (1977) tarafından son şekline getirilmiştir. Türkçe formunun güvenilirliği ve geçerliği ile ilgili ayrıntılı çalışmalar Dağ (1991) tarafından yapılmıştır.

İşlem: Ölçekler anne ve babalara bireysel olarak

uygulanmış her ölçeğin yönergesi araştırmacılarından biri tarafından okunmuştur. Ölçeklerin işaretleme bitene kadar, araştırmacılarından biri, deneklerin kolaylıkla ulaşabileceği yakınlıkta bulunmuş, anlamadıkları bir nokta olduğunda soru sorabilmişlerdir. Böylece maddelerin en uygun biçimde yanıtlanması amaçlanmıştır.

Dört ölçek her bir deneğe aynı sırada verilmiş, terazileme yapılarak, (1,2,3,4; 2,3,4,1; 3,4,1,2; 4,1,2,3) ölçek sıralarının olası birbirlerini etkileme ve yorgunluk etkisinin bütün ölçeklere eşit dağılmasına çalışılmıştır.

Bu araştırmanın diğer amacı için, araştırma grubundaki aileler:

1. Tek çocuklu ve çok çocuklu (3 ve daha çok çocuklu) olmalarına göre karşılaştırılmıştır. Araştırma grubunda yer alan ailelerin 15 i tek çocuklu 11 ise 3 ve daha fazla çocuk sahibidir.
2. Çocukların yaşı dikkate alınarak karşılaştırılmıştır. Ailelerin 23'ünün çocuğunun yaşı 6 yaş ve altında (okul öncesi dönem) 25'inin ise, 6 yaşın üzerindedir (okul çağı).
3. Çocuklara tanı konma süreleri dikkate alınarak karşılaştırılmıştır. Araştırma grubundaki ailelerin 15'inin çocuğuna son 6 ay içinde, 33 ailenin çocuğuna ise bir yıl ya da daha önce tanı konmuştur.
4. Çocukların zeka durumu dikkate alınarak karşılaştırılmıştır. a) Zeka bölümü (ZB) 50 ve üstünde olan grup, bu grup 19 çocuktan oluşmuştur. Hepsi Stanford-Binet (L-M) zeka ölçeği uygulanmıştır (Terman ve Merrill, 1973). Zeka bölümleri 53-104 arasında bulunmuştur. Çocuklara zeka testi uygulandığı dönemde çocukların takvim yaşlarının 5 ile 11 yaş 3 ay arasında değiştiği görülmüştür.
- 5) ZB 49 ve altında ya da zeka testi uygulanamayan grup 17 çocuktan oluşmuştur. Bu gruptan yalnızca 2 çocuğa Stanford Binet (L-M) zeka ölçeği uygulanabilmiştir. Bu çocuklardan birinin ZB 37 (takvim yaşı 8 yas 6 ay) diğerrinin ise 45 (takvim yaşı 10 yas 7 ay) olarak bulunmuştur. Diğerleriyle işbirliği yapılamadığından bireysel bir zeka testi uygulanamamıştır. Bu grupta yer

alan çocuklardan 3 ünün sözcüğü yoktur. Diğerlerinin de sözcük dağarcıkları nadiren kullandıkları 3-5 sözcükle kısıtlıdır. Bu grupta yer alan çocukların dikkati çeken bir becerileri yoktur. Gözlemlere dayalı olarak değerlendirildiklerinde zihinsel yetersizlikleri belirgindir.

Verilerin analizinde, tek yönlü varyans analizi tekniği kullanılmıştır.

BULGULAR

Tablo 1'de otistik bozukluk grubu (OBG) ve kontrol grubu (KG) nun demografik özellikleri görülmektedir. Otistik bozukluk tanısı konmuş çocukların yaş ortalaması X:7.21 (açıklık 3-18), (KG) yaş ortalaması X:7.62 açıklık 4-13), OBG'u 40 erkek, 8 kız; KG 28 erkek, 6 kız çocuktan oluşmuştur.

Tablo 1: Demografik Bulgular

	Kontrol grubu n:34 X	Otizm n:48 X
Çocuk		
Yaş	7.62	7.21
Doğum Sırası	1.32	1.60
Kardeş Sayısı	1.65	1.96
Anne		
Yaş	33.85	35.31
* Eğitim Düzeyi	4.27	4.17
Baba		
Yaş	37.76	39.73
* Eğitim Düzeyi	4.62	4.73

* Eğitim düzeyi ilk 2, orta 3, lise 4, yüksek okul 5 olarak puanlanmıştır.

Doğum sırası ise, OBG'da %58.3 birinci çocuk, %25 ikinci çocuk olarak, KG'da ise %62.2 birinci çocuk, %29.7'si ikinci çocuk olarak dünyaya gelmiştir. Ailelerin çocuk sayısı ise, OBG'da %31.3 tek, %45.8 iki çocuklu, KG'da ise %35.1 tek, %54.1 iki çocuklu olarak saptanmıştır.

Anne yaşları incelendiğinde, OBG'da annelerin yaş ortalaması X35.31, KG'da ise X33.85; babaların ise OBG'da X39.73, KG'da ise X37.76 olarak bulunmuştur. Annelerin OBG'da %47.9'unun,

KG'da ise, %52.9'unun, babaların ise, OBG'da %77.1'inin, KG'da ise, %73.5'inin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Yapılan varyans analizi sonrasında bu demografik değişkenler yönünden gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Beck Depresyon Ölçeği puanları incelendiğinde, OBG annelerinin depresyon ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları, KG annelerinden daha yüksek saptanmıştır. $F(1,80) = 7.597, p < 0.01$. OBG babalarının depresyon puan ortalamaları KG'dan daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo II).

Tablo II: Anababaların Ölçek Puanlarına ilişkin ortalamaları ve standart sapmaları

		Anne		Baba	
		X	Ss	X	Ss
BDÖ	OBG	10.71*	7.7	6.92	6.73
	KG	7.22	7.3	4.94	6.69
SDKE	OBG				
	Durumluk	41.21	9.82	36.91	8.04
MOKSL	Sürekli	43.30	6.69	40.02	8.02
	KG				
SCL-90-R	Durumluk	39.05	9.18	36.85	7.91
	Sürekli	41.65	6.35	40.08	7.82
SCL-90-R	OBG	11.58	6.67	9.00	5.55
	KG	12.10	6.35	12.12*	6.34
SCL-90-R	OBG	69.35	38.9	56.98	41.45
	KG	76.35	50.46	59.12	55.63

Durumluk Kaygı Ölçeği puanları incelendiğinde, hem OBG grubu anneleri ile KG anneleri arasında, hem de OBG babaları ile KG babaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak hem OBG hem de KG annelerinin durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları babaların ortalamalarından yüksek bulunmuştur. $F(1,80) = 5.12, p < 0.05$.

Sürekli Kaygı Ölçeği puanları incelendiğinde, hem OBG anneleri ile KG anneleri arasında, hem

de OBG babaları ile KG babaları arasında sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarına göre anlamlı farklılık belirlenmemiştir. OBG annelerinin sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları OBG babalarının puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. $F(1,80) = 3.97, p < 0.05$.

Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi puanları incelendiğinde, OBG anneleriyle KG annelerinin puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmazken, iki grup babanın puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuş, bu farkın, KG babalarından kaynaklandığı, KG babalarının OBG'dan daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. $F(1,80) = 5.5758, p < 0.05$.

SCL-90-R puan ortalamaları incelendiğinde, OBG'u anneleriyle KG annelerinin SCL-90-R toplam puan ortalamaları arasında ve OBG'u babalarıyla KG'u babalarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak, iki grubun annelerinin puan ortalamaları, babaların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. $F(1,80) = 5.63, p < 0.02$ (Tablo II).

Ayrıca, OBG'u ailenin tek çocuklu (N:15), çok çocuklu (N:11), otistik bozukluğu olan çocuğun 6 yaşından küçük (N:23) ve 6 yaşından büyük olması (N:25) gibi değişkenlerle birlikte çocuklarına son 6 ay içinde yeni tanı konanlar (N:15) ile daha önceden (eski) tanı konanlar (N:33), sözü edilen ölçek puan ortalamaları yönünden karşılaştırılmıştır. Bu değişkenler yönünden de anlamlı bir fark bulunmamıştır. OBG'u çocukların zeka durumları dikkate alınarak da incelenmiştir. ZB 50 ve üstü olanlar (N:19), ile ZB 49 ve altında ya da zeka testi uygulanamayan grup (N:17) incelendiğinde, ZB 49 ve altında ya da zeka testi uygulanamayan grupta yer alan çocukların annelerinin bütün ölçeklerde ZB 50 ve üstü olan çocukların annelerinden puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. (Durumluk Kaygı $F(1,34)=7.34, p < 0.0105$; sürekli kaygı $F(1,34)=6.84, p < 0.0132$; depresyon $F(1,34)=14.93, p < 0.01$; obsesyon $F(1,34)=9.84, p < 0.01$; SCL 90-R $F(1,34)=13.502, p < 0.01$). (Tablo III).

ZB 49 ve altında ya da çocuklarına zeka testi uy-

gulanamayan grupta yer alan babaların puanlarına bakıldığında, durumluk kaygı ölçeğinin dışında, tıpkı anneler gibi ZB>50 olan çocuklarının babalarından daha yüksek puanlar almakla birlikte, bu farklar anlamlı bulunmamıştır. (Tablo III).

Tablo III: Otistik Çocukların Zeka Durumlarına Göre Anababaların Ölçek Puanlarına İlişkin Ortalamalar

	Anne		Baba	
	n:17 IQ<49 ve zeka testi uygulanamayanlar X	n:19 IQ>50 X	n:17 IQ<49 ve zeka testi uygulanamayanlar X	n:19 4Q>50 X
BDÖ	15.59*	6.42	7.94	6.53
Durumluk	43.94*	36.11	36.82	37.11
SDSK				
Sürekli	46.18*	40.63	41.53	38.68
MOKSL	14.47*	8.47	9.71	8.74
SCL-90-R	87.00*	49.84	66.82	56.11

* p<0.01

TARTIŞMA

Araştırmamızda, OBG annelerinin depresyon puanları, KG annelerine göre daha yüksek bulunmuştur. Literatür gözden geçirildiğinde bu sonucu destekleyen çok sayıda yayın olduğu görülmektedir (Cox ve ark 1975, De Long ve Dwyer 1988, Gündoğdu 1995, Bolton ve ark.1998, Smalley ve ark.1998, Piven ve Palmer 1999, Demir ve ark.2000). Araştırmamızın bulguları ve diğer çalışmalar otizm tanısı konmuş çocukların annelerinde tutarlı olarak depresyonun olduğunu göstermektedir. Ancak araştırmamızın bulguları incelendiğinde annelerin depresyon puanlarında kontrol grubuna göre, anlamlı bir yükselme olmakla birlikte, bu patoloji boyutlarında değildir. Yukarıda sözü edilen kaynakların önemli bir kesiminde otistik olan çocukların anababalarına kontrollere göre daha fazla depresyon tanısı konduğu görülmüştür. Cox ve ark.1975, otizm tanısı konmuş çocuklarla, özgül gelişimsel alıcı dil sorunu olan çocukları karşılaştırdıkları çalışmalarında iki grupta da annelerin üçte ikisinin depresif olduklarını bildirmiş-

lerdir. Yazarlar tarafından bu durum çocukların güçlüklerinin sonucunda geliştiği biçiminde yorumlanmıştır. Özürlü çocuk yetiştirme, annelerde depresif belirti oranını arttırdığını ancak anlamlı oranda major depresyonun bulunmadığını bildiren yayınlar da vardır. (Breslau ve Davis 1986).

OBG ve KG anababalarının Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve SCL 90-R toplam puan ortalamaları benzer bulunmuştur. Ancak hem OBG hem de KG annelerinin Durumluk Kaygı Ölçeği ve SCL 90-R de babalardan daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Bolton ve ark.(1998) otizm tanısı konmuş çocukların anababa ve akrabalarında genellenmiş kaygı, fobik ya da panik bozukluğunun görülme sıklığını kontrol grubuyla benzer bulmuşlardır. Buna karşın Piven ve ark(1991) kaygı bozukluğu yaşam boyu görülme sıklığını, otizmi olan çocukların anababalarında kontrol grubuna göre daha yüksek oranda saptamışlardır. Gündoğdu'nun (1995) çalışmasında da durumluk-sürekli kaygı puanları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Anababaların kaygı düzeyleriyle ilgili çalışmalar, depresyon sonuçları kadar tutarlılık göstermemiştir. Bizim çalışmamızın ve Gündoğdu (1995) nun verileri aynı merkezden benzer zaman dilimi içinde farklı ailelerden toplanmış, aynı ölçekle değerlendirilmiş, ancak iki çalışmanın OBG larının kaygı puanları farklı çıkmıştır. İki çalışmanın verileri incelendiğinde, durumluk kaygı puanlarında OBG annelerinin bu çalışmada x: 41.21 , Gündoğdu'nun çalışmasında x: 39.55 olduğu, araştırma grubu ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmektedir. Kontrol gruplarına bakılınca, bizim çalışmamızın KG x: 39.05 Gündoğdu'nun çalışmasının KG x: 31.00 olduğu, farkın kontrol gruplarından kaynaklandığı izlenimi edinilmektedir. Öner ve Le Comte (1985) normal yetişkin ortalamalarını bir çalışmada x: 40 , diğer bir çalışmada x: 33.97 olarak saptamışlardır. Gündoğdu'nun OBG anne ortalamaları normal sınırlar içinde görünürken; bu araştırmanın bulguları normal grubun biraz üzerindedir. Sürekli kaygı puanı incelendiğinde ise, Gündoğdu'nun çalışmasının OBG anne ortalamaları x: 46.80, bizim çalışmamızınkinden x: 43.30 daha yüksektir.

Aynı merkezin olgularından toplanmış veri sonuçlarındaki farklılığa neyin yol açtığı konusu gözden geçirildiğinde, Gündoğdu'nun çalışmasının OBG verilerinin yarısından çoğu Ankara dışında oturan ailelere ölçeklerin posta ile gönderilmesi ve ailenin değerlendirmeyi yapıp, iade etmeleriyle elde edilmiştir. Ailelerin tedavi merkezlerinden uzakta olmasının sürekli kaygılarını yükselttiğini düşünülmüştür. Bu çalışmanın verileri ise Ankara içinde ve dışında oturanların Otistik Çocuklar Tanı Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezinde çocuklarının tedavi, kendilerinin danışma süreci içinde olduğu dönemde yapılmıştır. Anababaların tedavi ekibiyle daha yakın ilişkide bulunmaları sürekli kaygı düzeyini etkiliyor olabilir.

Araştırmamızda, Maudsley Obsesif Soru Listesi puanlarında ise OBG ve KG anneleri arasında fark bulunmazken, KG babaları, OBG babalarından daha yüksek ortalama puanlar almıştır. Erol ve Savaşır (1988)'in normal grup ortalamaları puanlarıyla bu çalışmanın KG ortalamaları birbirine benzerken, OBG anne ve baba ortalamalarının, Erol ve Savaşır'ın çalışmalarının normal grup ortalama puanlarından daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Kanner'in (1949) otizm tanısı konmuş çocukların anababalarının obsesif özellikler taşıdığını yayınlamasından bu yana konuyla ilgili araştırmalar yapılmıştır. Ancak çalışmalarda bu grup anababaların belirgin obsesif özellikler taşıdıklarına ilişkin bir sonuç elde edilmemiştir. Cox ve ark. (1975) Leyton Obsesif-Belirti Envanterinde, otizm tanısı konmuş çocukların anababalarını normal sınırlar içinde bulurken, bizim çalışmamızın babalarında olduğu gibi kontrol grubunda konuyla ilgili daha yüksek puanlar elde edilmiştir. Bir diğer çalışmada ise doğrudan değerlendirmede otizmi olanların anababalarında obsesif kompulsif bozukluğun yüksek oranda olduğuna ilişkin kanıt elde edilememiştir. Ancak, aile öykü yöntemi kullanıldığında, otizm grubunun birinci, ikinci, üçüncü derece akrabalarında olası obsesif kompulsif olma oranının kontrol grubuna göre yüksek olduğu bildirilmiştir (Bolton ve ark 1998).

Çalışmamızda, SCL 90 -R toplam puan ortalamaları yönünden OBG'ları ile KG'ları arasında fark bulunmadığı ancak iki grup annenin babalardan daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. OBG'nun ruhsal belirti dağılımı yönünden normallere göre belirgin bir farklılık göstermediği, bu sonucun araştırmanın diğer bulgularıyla uyumlu olduğu düşünülmüştür.

Özetle çalışmamızda, OBG annelerinin depresyon puanlarının yükselmesi dışında diğer belirtiler yönünden OBG ve KG grupları arasında farklılık bulunmamıştır. Buna neden ne olabilir? Birinci neden bu çalışmanın kapsamındaki OBG Otistik Çocuklar Tanı Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde tedavi programında olan çocuklar ve ailelerinden oluşmuştur. Bu durum belki de bu grup aileler için koruyucu bir rol oynamış olabilir. İkinci neden kullanılan değerlendirme araçları, bu grubun ruhsal belirtilerini değerlendirmek için yeterli olmayabilir. Otizmi olan çocukların anababa ve diğer aile bireylerinin ruhsal belirtilerini ya da kişilik özelliklerini değerlendirmek için belki de yeni ölçekler geliştirilmesi gerekecektir.

Araştırmamızda OBG'u kendi içinde ailenin tek çocuklu -çok çocuklu olması yönünden karşılaştırılmıştır. Çok çocuklu olmanın, anababaların diğer çocuklarından doyum sağlama olasılıkları nedeniyle, ölçek puanlarını etkileyebileceği düşünülmüştür; ancak gruplar açısından bir fark saptanmamıştır. Aileler çok çocukları olsa da, sorunlu bir çocukları olduğunda, tek çocuklu olanlara benzer bir biçimde belirtiler göstermiştir.

OBG, çocuklarının 6 yaşından küçük (okul öncesi dönemi), 6 yaşından büyük (okul dönemi) olması yönünden karşılaştırıldığında da, anababaların ölçek puanları yönünden gruplar arasında fark bulunmamıştır. Anababaların, çocuklarının okul yaşı döneminde çocuklarındaki farklılıkları daha belirgin gözleme ve okul sorunlarıyla daha fazla yüz yüze gelme olasılıkları olduğu düşünülse de, bu olasılık araştırmamızdaki anababaların puanlarında etkin olmamıştır.

OBG yeni tanı (son 6 ay içinde) eski tanı (bir yıl +) olarak karşılaştırıldığında da, gruplar arasında

da fark gözlenmemiştir. Yeni tanı konularının anababalarında, belirtilerin özellikle depresyon puanlarında yükselme beklenebilir, ancak bu çalışmada, çocuklarının tanısını daha uzun süreden beri bilen anababaların, depresyon puanları anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte biraz daha yüksek bulunmuştur. Sorunun nedenini daha uzun süreden beri bilme, belki de başatmadeki güçlükler çaresizlik, anababaları daha depresif duygudurum içine sokabilmektedir.

Bir diğer karşılaştırma da çocukların zeka durumları dikkate alınarak yapılmıştır. ZB: 50 > üzerinde olanlarla, ZB: 49 < ve zeka testi uygulanamayanlar karşılaştırıldığında, ZB: 49 < altında ve zeka testi uygulanamayan çocukların annelerinin puanlarının durumluk/ sürekli kaygı, depresyon, obsesyon ve SCL-R 90 ölçeklerinde ZB: 50 > olan çocukların annelerinden daha yüksek bulunmuştur. Puanlar incelendiğinde, ZB < 49 ve test uygulanamayan grubun annelerinin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının, Öner ve Le Conte (1985) normal grup ortalamalarından daha yüksek olduğu dikkati çekmiştir. Depresyon puanları ise, patoloji sınırını aşmamıştır. ZB < 49 ve zeka testi uygulanamayan çocukların annelerinin obsesyon puanlarının ise Erol ve Savaşır'ın (1988) normal grup ortalamalarından biraz daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

ZB < 49 ve zeka testi uygulanamayan grubunda yer alan çocukların babalarının puanlarına bakıldığında durumluk kaygı ölçeği dışında tıpkı anneler gibi ZB > 50 olan çocukların babalarından daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Ancak bu farklar anlamlı değildir.

Otizm tanısı konan çocukların, otizmin yanı sıra belirgin derecede zeka sorunu olduğunda, özellikle annelerin daha çok etkilendikleri, iki özürle başatmanın güçlüklerini daha çok yaşadıkları düşünülmüştür.

Zekası daha iyi durumda olan çocukların anababaları, çocuklarının daha kolay öğreniyor olması, bazı becerilerinin olması nedeniyle, kendilerini daha iyi hissediyor, daha fazla doyum sağlıyor olabilirler. Bunu anlayabilmek için daha ayrıntılı, daha geniş örneklem grubuyla çalışılması gereklidir.

Babaların genel olarak sorunlu çocukları olmasından annelerden daha farklı etkilendikleri söylenebilir. Annelerin büyük bir olasılıkla bakım sorumluluğunu daha fazla almaları, günlük yaşamı otizmi olan çocuklarıyla daha çok paylaşmaları, çocuklarla başatmadeki güçlükler daha çok etkilermelerine neden olabilir. Babaların ise, konunun belki de farklı bir boyutuyla, mali durumla, ailenin refah düzeyi gibi konularla daha fazla uğraşıyor olmaları, farklı başatma mekanizmaları kullanmalarına yol açabilir.

Bundan sonraki yayınlarda hem otizmde genetik geçişi aydınlatmak adına, hem de niteliksel olarak otizme benzer sosyal iletişim geriliklerinin, stereotipik tekrarlayıcı davranışların otizmi bulunan ailelerde olup olmadığı diğer deyişle daha geniş bir otizm fenotipinin ayrıntılı olarak araştırılması gerekecektir. Yapılandırılmış görüşmelerle ayrıntılı aile öykülerinin alınması, YGB alt tipleriyle homojen gruplarla çalışılması konunun giderek daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunacaktır.

KAYNAKLAR

- Akçakan M (1993) Normal eğitim gören otistik çocuklarla özel eğitim gören otistik çocukların karşılaştırıldığı bir izleme çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 29 :3-9.
- Akçakan M, Polat S, Kerimoğlu E (1993) Otistik ve zeka özürü çocukların demografik ve doğumla ilgili özellikler yönünden karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1: 39-46.
- Beck AT (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4: 561-571.
- Bolton P, McDonald H, Pickles A ve ark.(1994) A case-control family history study of autism. *J Child Psychol* 35:877-900.
- Bolton PF, Pickles A, Murphy M, Rutter M (1998) Autism, affective and other psychiatric disorders: Patterns of familial aggregation. *Psychol Med* 28: 385-395.
- Breslau N, Davis GC (1986) Chronic stress and major depression. *Arch Gen Psychiatry* 43: 309-314.
- Cox A, Rutter M, Newman S, Bartak L (1975) A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder: II parental characteristics. *Br J Psychiatry* 126: 146-159.
- Dağ İ (1991) Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2: (1) 5-12.

- De Long R (1994) Children with autistic spectrum disorder and family history of affective disorder. *Dev Med Child Neurol* 36: 674-688 .
- De Long R, Nohria C (1994) Psychiatric family history and neurological disease in autistic spectrum disorders. *Dev Med Child Neurol* 36: 441-448 .
- De Long R, Dwyer JT (1988) Correlation of family history with specific autistic subgroups: Asperger's syndrome and bipolar affective disease. *J Autism Dev Disord* 18: 593-600.
- Demir T, Mukaddes NM, Demir DE, Bilge S (2000) Otistik bozukluğu olan çocukların annelerinde birinci eksen-de yer alan psikiyatrik bozuklukların araştırılması. *Düşünen Adam* 2:82-86.
- Derogatis LR (1977) *Administrative Scoring and Procedure Manuel-I for the Revised Version*. Baltimore, MD:John Hopkins Univ. School of Medicine, Clinical Psychometric Unit.
- Eisenberg L, Kanner L (1956) Early infantile autism. *Am J Orthopsychiat* 27: 556-66.
- Erol N, Savaşır I (1988) Maudsley Obsessif-Kompulsif Soru Listesi. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi GATA-Ankara.
- Gündoğdu B (1995) Otistik ve normal çocuğu olan anne-babaların evlilik uyumlarını algılamaları ve bazı değişkenler yönünden karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.
- Hisli N (1989) Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 7(23):3-13.
- Hodgson RJ, Rachman S (1977) Obsessional compulsive complaints. *Behav Res Ther* 15:389-395.
- Kanner L (1949) Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. *Am J Orthopsychiat* 19:416-26.
- Koegel RL, Schreibman L, O'Neill RE, Burke JC (1983) The personality and family-interaction of parents of autistic children. *J Con Clin Psychol* 51:683-692.
- Kolvin I, Garside RF, Kidd JSH (1971) IV. Parental personality and attitude and childhood psychoses. *Br J Psychiatry* 118:403-6.
- Lobascher ME, Kingerlee PE, Gubbay SS (1970) Childhood autism: an investigation of aetiological factors in twenty-five cases. *Br J Psychiatry* 117:532-529.
- Lotter V (1966) Epidemiology of autistic conditions in young children:I prevalence. *Soc Psychiatry* 1:124-137.
- Netly C, Lockyer L, Greenbaum HC (1975) Parental characteristics in relation to diagnosis and neurological status in childhood psychosis. *Br J Psychiatry* 127:440-4.
- Öner N, Le Compte A (1985) *Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası .
- Piven J, Chase GA, Landa R ve ark. (1991) Psychiatric disorder in the parents of autistic individuals. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30(3):471-478.
- Piven J, Palmer P (1997) Cognitive deficit in parents from multiple-incidence autism families. *J Child Psychol Psychiat* 38:1011-1021.
- Piven J, Palmer P, Landa R ve ark. (1997) Personality and language characteristics in parents from multiple-incidence autism families. *Am J Med Genet* 74:398-411.
- Piven J, Gayled J, Chase GA ve ark. (1990) A Family history study of the adult siblings of autistic individuals. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:117-184.
- Piven J, Palmer P (1999) Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: Evidence from a family study of multiple-incidence autism families. *Am J Psychiatry* 156:557-563.
- Smalley S, Mc Crackend, Tanguay P (1995) Autism, affective disorders and social phobia. *Am J Med Genet* 60:19-26.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE (1970) *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. California Consulting Psychologist Press.
- Szatmari P, Jones MB, Tuff L ve ark. (1993) Lack of cognition impairment in first-degree relatives with pervasive developmental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:1264-1273.
- Tegin B (1980) *Depresyonda bilişsel şemalar*. Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Terman LM, Merrill MA (1973) *Stanford-Binet Intelligence Scale*. Houghton Mifflin Company, Boston.
- Wolff S, Narayan S, Moyes B (1988) Personality characteristics of parents of autistic children. *J Child Psychol Psychiatry* 29:143-153.

ÇOCUK VE ERGENLERDE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK: SOSYODEMOGRAFIK VE KLİNİK ÖZELLİKLER

Devrim Demirok*, Fatih Ünal**, Berna Pehlivanürk***

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı konan çocuk ve ergenlerdeki sosyodemografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** 1984-1994 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı bölümüne obsesif-kompulsif belirtilerle başvuran çocuk ve ergenlerin dosyaları incelenmiş ve DSM-IV'de tanımlanan OKB tanı ölçütlerini karşılayan 125 çocuk ve ergen, demografik ve klinik özellikler açısından değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Başvuru tarihinde yaş ortalaması 11.7 ± 3.2 yıl (3-18 yıl) olan 125 hastanın 71'inin (%56.8) erkek, 54'ünün (%43.2) kız olduğu anlaşılmıştır. Hastaların %71.2'sinde OKB'a eşlik eden anksiyete ve duygulanım bozukluğu gibi psikiyatrik sorunların olduğu gözlenmiştir. Hastaların %48'inde obsesyonlar, %91.2'sinde kompulsyonlar olduğu, hastaların yaklaşık yarısında sadece kompulsyonlar (%52) ve çok az bir bölümünde sadece obsesyonlar (%8.8) olduğu; geri kalan hastalarda ise (%39.2) obsesyon ve kompulsyonların birlikte görüldüğü saptanmıştır. En sık görülen obsesyonların kendisine ya da sevdiğilerine kötü bir şey olacağı obsesyonu olduğu, bunu temizlik ile ilgili obsesyonların izlediği; en sık görülen kompulsyonların ise yıkama ve temizleme ile ilgili kompulsyonlar olduğu bulunmuştur. **Tartışma:** Bu çalışmada 125 hastadan oluşan oldukça geniş bir grupta OKB tanısı alan çocuk ve ergenlere ait sosyodemografik ve klinik veriler retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın geriye dönük bir desende olması nedeniyle bazı değişkenlerin yeterince ayrıntılı ele alınmaması gibi kısıtlılıklara karşın, nosolojik araştırmalara ışık tutabilecek veriler elde edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Obsesif kompulsif bozukluk, çocuk, ergen

SUMMARY: OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: SOCIODEMOGRAPHICAL AND CLINICAL FEATURES

Objective: The aim of this study was to describe the sociodemographical and clinical characteristics of clinically referred children and adolescents with obsessive compulsive disorder (OCD). **Method:** For this purpose the clinical records of children and adolescents who were admitted to the Hacettepe University Faculty of Medicine Department of Child and Adolescent Psychiatry in the 1984-1994 period were reviewed. Among them 125 children and adolescents who fulfilled the DSM-IV criteria for OCD were examined. **Results:** The 125 subjects, 71 boys (56.8%) and 54 girls (43.2%) had a mean age of 11.7 ± 3.2 years at admission. Seventy one percent of subjects received comorbid diagnosis of other psychiatric disorders particularly anxiety and affective disorders. It is found that 48% of the patients had obsessions and 91.2% had compulsions. While 52% of subjects showed only compulsions and 8.8% showed only obsessions, 39.2% had both of them. The most frequent obsessive content was the thought of something terrible happening (death/illness of self or loved one) followed by concern about dirt and the most common form of compulsion was washing-cleaning. **Discussion:** In this study sociodemographical and clinical features of 125 patients with OCD were examined retrospectively. Although some features could not be evaluated in detail because of the retrospective design, the results of this study can contribute to further developments in the nosological area.

Key Words: Obsessive compulsive disorder, child, adolescent

GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) DSM-IV ta-

nı ölçütlerine göre; istenmeyen, işlevleri ciddi ölçüde engelleyen, belirgin sıkıntıya neden olan tekrarlayıcı, girici düşünceler ya da katı kurallara göre yapılan yineleyici, törensel davranışlar, zihinsel eylemler olarak tanımlanmıştır. Hastaların çoğunda değişik sayıda obsesyon ve kompulsyon bir arada görülebilmektedir (APA 1994).

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

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

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

OKB sık görülen nöropsikiyatrik bir bozukluktur. Yapılan epidemiyolojik araştırmalarda erişkinlerde ve ergenlerde, OKB prevalans oranları benzerlik göstermekte ve %1-3.6 olarak bildirilmektedir (Flament ve ark. 1988, Kaplan ve ark. 1997, Riddle 1998). Erişkin hastaların %80'inde OKB'un 18 yaşından önce başladığı ve kompulsif davranışların 2 yaş gibi çok erken bir dönemde de görülebildiği belirtilmektedir (Rapoport ve ark. 1994, Kaplan ve ark. 1997, Honjo ve ark. 1989). Çocuk ve ergenler ile yapılan birçok çalışmada erkeklerde görülme oranı kızlara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmalarda ortalama başlangıç yaşı yaklaşık 10 yaş olarak saptanmaktadır. Hastalığın erken tanısının tedavideki rolü göz önünde bulundurulduğunda çocukluk ve ergenlik dönemi için OKB tanısının önemi artmaktadır.

OKB çocukluk ve erişkinlik dönemi arasında bir süreklilik göstermektedir. Çocuk ve ergenlerde OKB'nun tanım ve sınıflandırılması erişkinlerden farklılık göstermemekte ve aynı tanı ölçütleri kullanılmaktadır. Ancak klinik görünüm farklılık gösterebilmektedir. Çocuk ve ergenlerde kompulsiyonlar obsesyonlar olmadan da görülebilmekte, özellikle küçük çocuklarda obsesyonlar daha az bildirilmektedir (Riddle 1998). Swedo ve arkadaşları (1989) çalışmalarında kompulsif davranışları olan çocukların %40'ında eşlik eden bir obsesif düşünce olmadığını, bu çocukların izlenimleri sırasında da obsesif düşüncelerin ortaya çıkmadığını belirtmişlerdir (Rapoport ve ark. 1994). Kompulsiyonları olan çocukların hepsinde obsesyonların eşlik ettiğini gösteren çalışmalar da vardır (Hanna 1995).

Obsesyon ve kompulsiyonların klinik görünümleri hem erişkinlerde hem de çocuk ve ergenlerde çok çeşitlilik göstermektedir. Erişkinlerde görülen obsesyonlar ve bu obsesyonlara eşlik eden kompulsiyonlar içinde en sık görülenler; bulaşma obsesyonuna eşlik eden yıkama-temizleme kompulsiyonu, kuşku obsesyonlarına eşlik eden kontrol etme-denetleme kompulsiyonları, genellikle kompulsiyonların eşlik etmediği agresif ya da cinsel obsesyonlar ve simetri obsesyonlarına eşlik eden yavaşlama kompulsiyonlarıdır (Kaplan ve ark. 1997). Çocuk ve ergenlerde de kirlen-

me, kendine ya da sevdiği birisine kötü bir şeyler olacağı endişeleri ile simetri ve sıralamanın en sık görülen obsesyonlar; temizleme, tekrarlama ve kontrol etmenin de en sık görülen kompulsiyonlar olduğu bildirilmektedir (Rapoport ve ark. 1994, Oy 1994).

Çocuk ve ergenlerde OKB'a eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların fazla olduğu görülmektedir. Sıklıkla duygulanım, anksiyete, dikkat eksikliği ve öğrenme güçlüğü ve/veya tik bozuklukları ile birliktelik göstermektedir (March ve Leonard 1996, King ve ark. 1998). Çeşitli çalışmalarda %60-80 arasında değişen komorbidite oranları verilmiştir (Toro ve ark. 1992, Douglass ve ark. 1995, Hanna 1995).

OKB tedavisinde ise hem klomipraminin hem de seçici serotonin gerialım inhibitörlerinin OKB belirtilerini azaltmada çocuk ve ergenlerde de erişkinler kadar etkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Flament ve ark. 1985, Leonard ve ark. 1989, Riddle ve ark. 1990b, Como ve Kurlan 1991, Riddle ve ark. 1992, Kurlan ve ark. 1993, Geller ve ark. 1995, Baysal ve Ünal 1996). Ailenin OKB'u olan çocuğun belirtilerine tepkisi, hastanın tanı ve tedavisi bakımından önemli görülmektedir. Aile üyelerinin sıklıkla belirtilerin ortadan kalkacağı yönünde yanlış bir umut ile hastanın törensel davranışlarına katıldıkları ve bu nedenle tanı ve tedaviyi geciktirdikleri gözlenmektedir (Shafran ve ark. 1995).

Bu çalışmada OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve klinik özelliklerin tanımlanması; sosyodemografik özelliklerin hastalardaki obsesyon-kompulsiyonların içerikleri ile ilişkileri ve obsesyon-kompulsiyonların birlikte görülme oranlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışmada 1984-1994 yıllarında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı bölümüne ilk kez başvuran ve OKB tanısı konan 125 çocuk ve ergen geriye dönük olarak incelenmiştir. Değerlendirme yapılırken sosyodemografik verilerin yanında, çocukların gelişim öykü-

sü, OKB'a ilişkin klinik veriler ve eşlik eden diğer ruhsal belirtiler araştırma kapsamına alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak Çocuk Ruh Sağlığı özel dosyaları ve hastane dosyaları kullanılmıştır. Bu dosyalardan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik bilgileri, ailenin ve hastanın yakınmaları, sorunun başlama yaşı, hastaneye başvuru süresi, sorunun başlamasından hemen önce gelişen medikal ve psikososyal değişiklikler, hastalığa eşlik eden belirtilerin varlığı, hastaların medikal özgeçmişleri, ailede kronik fiziksel hastalık öyküsü, ailede ruhsal hastalık öyküsü gibi klinik değişkenler kaydedilmiştir. Hastaların tıbbi özgeçmişleri ile ilgili veriler hastane dosyasındaki bilgiler ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

İşlem

Hastalar 1984-1994 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı bölümünde obsesif-kompulsif belirtilerle değerlendirilen 170 çocuk ve gencin arasından aşağıdaki ölçütlere göre seçilmiştir. Araştırmacıardan ikisi tüm dosyaları DSM-IV ölçütlerine göre önce ayrı ayrı, farklı olduğu düşünülen hastalar için daha sonra birlikte değerlendirmişlerdir. Obsesif-kompulsif yakınmalar ile bölümümüze başvuran hastalar değerlendirilirken, yalnızca yakınmaları DSM-IV'te tanımlanan OKB ile tam olarak uyumlu hastalar araştırma kapsamı içine alınmışlar, OKB dışındaki somatoform, duygulanım, anksiyete bozukluklarının tanı ölçütlerini daha iyi karşıladığı düşünülen hastalar çalışmadan çıkarılmışlardır (n=15). Klinik değerlendirme sırasında psikotik bozukluğu olduğu düşünülen çocuk ve ergenler de araştırma kapsamı dışında tutulmuşlardır (n=3). DSM-IV tanı ölçütlerini karşılamayacak düzeyde obsesif-kompulsif belirtiler gösteren hastalar da çalışma dışı bırakılmışlardır (n=27). Çalışmaya her iki araştırmacının da OKB tanısı koyduğu hastalar alınmıştır. Sonuçta DSM-IV'de tanımlanan OKB tanısı

ölçütlerini karşılayan toplam 125 çocuk ve ergen araştırma kapsamına alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi bilgisayarda SPSS (Statistical Package for Social Sciences, For Windows Release 5.0.1, SPSS Inc., 1992) paket programı kullanılarak yapılmıştır. İşlemlerde, sayımla belirtilen verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi ya da Fisher'in kesin ki-kare testi yapılmıştır. Ölçümle belirtilen verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımları karşılandığında t-testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi); parametrik test varsayımları karşılanmadığında Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Bütün istatistiksel testlerde en düşük anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır. Kıyaslanması uygun olmayan bazı veriler ise yüzdeleri ile sunulmuştur.

BULGULAR

Sosyodemografik Özellikler

On yıl içinde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında OKB tanısı alan 125 hastanın 71'inin (%56.8) erkek, 54'ünün (%43.2) kız olduğu anlaşılmıştır. Bu çocuk ve ergenlerin başvuru tarihindeki yaş ortalaması 11.7 ± 3.2 yıl (3-18 yıl) olarak hesaplanmıştır. Hastaların çoğunluğunu 12 yaşından büyükler (n=75, % 60) oluşturmaktadır. Ergenler ile çocuklar arasındaki cinsiyet dağılımı farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir. Cinsiyet ile ilgili diğer sosyodemografik ve klinik değişkenler de anlamlı bulunmamıştır.

OKB tanısı alan çocuk ve ergenlerin çoğunluğunun (n=107, %85.6) çekirdek ailede yaşadığı, parçalanmış aile oranının düşük olduğu (n=2, %1.6), ailedeki eğitim sürelerinin anneler için ortalama 7.9 ± 4.4 yıl, babalar için 10.3 ± 4.0 yıl olduğu, annelerin çoğunluğunun çalışmadığı, (n=82, %65.6), babaların yaklaşık yarısının memur olarak çalıştığı (n=62, %49.6), daha çok iki çocuklu ailelerden geldikleri (n=86, %68.8), evdeki en büyük çocuk olma (n=54, %43.2) oranlarının yük-

sek olduğu, yalnızca 9 çocuğun (%7.2) evdeki tek çocuk olduğu anlaşılmıştır. Ankara dışındaki illerden gelen hastaların azınlıkta (n=36, %28.8) kaldığı gözlenmiştir.

Klinik Özellikler

Obsesif-kompulsif belirtilerin ortaya çıkmasında etkili olan çevresel tetikleyici faktörler hastaların %32.8'inde (n=41) bildirilmiştir. Hastaların büyük bir çoğunluğunda obsesif-kompulsif belirtilere eşlik eden duygulanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk ve enurezis nokturna gibi diğer belirtilerin olduğu (n=89, %71.2) gözlenmiştir. Hasta ailelerinde fiziksel hastalıkların %21.6 (n=27) ve ruhsal hastalıkların %25.6 (n=32) oranında, hastaların özgeçmişinde ise fiziksel hastalıkların %23.2 (n=29) oranında görüldüğü izlenmiştir.

Tablo 1: Çocuk ve ergenlerde görülen obsesyon ve kompulsiyonlar

Obsesyonlar	n	%
Sayı		
yok	65	52.0
tek obsesyon	50	40.0
iki ya da daha fazla obsesyon	10	8.0
İçerik		
kötü birşey olacağı obsesyonu	31	24.8
temizlik ile ilgili obsesyonlar	17	13.6
cinsel düşünce ile ilgili obsesyonlar	9	7.2
dinsel içerikli obsesyonlar	8	6.4
simetri,düzen,sıralama obsesyonları	5	4.0
Kompulsiyonlar		
Sayı		
yok	11	8.8
tek kompulsiyon	64	51.2
iki ya da daha fazla kompulsiyon	50	40.0
İçerik		
yıkama ile ilgili kompulsiyonlar	56	44.8
temizleme ile ilgili kompulsiyonlar	36	28.8
onaylatma ile ilgili kompulsiyonlar	19	15.2
tekrarlayan ritüeller	16	12.8
kontrol etme kompulsiyonları	13	10.4
sıralama,düzen,simetri kompulsiyon	12	9.6
sayma ile ilgili kompulsiyonlar	12	9.6
dokunma ile ilgili kompulsiyonlar	10	8.0
biriktirme,saklama ile ilgili kompulsiyonlar	2	1.6
garip ritüeller	2	1.6

Hastaların 60'ında (%48.0) obsesyonlar, 114'ünde (%91.2) kompulsiyonlar olduğu, hastaların

yaklaşık yarısında sadece kompulsiyonlar (n=65, %52), çok az bir bölümünde sadece obsesyonlar (n=11, %8.8) ve geri kalan hastalarda (n=49, %39.2) hem obsesyon hem kompulsiyonların birlikte görüldüğü saptanmıştır. Hastalarda görülen obsesyonlar arasında kötü bir şey olacağı obsesyonunun, kompulsiyonlar arasında da yıkama kompulsiyonunun daha sık görüldüğü anlaşılmıştır (Tablo 1).

Hastalar obsesyonların ve kompulsiyonların birlikte görülmesi açısından değerlendirildiğinde kötü bir şey olacağı obsesyonu olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede ($\chi^2=7.41$, $p<0.05$) daha sık sayma ile ilgili kompulsiyonlar olduğu; benzer şekilde temizlik ile ilgili obsesyonların, temizlik ile ilgili kompulsiyonlarla anlamlı düzeyde ($\chi^2=5.92$, $p<0.05$) sık birlikte görüldüğü anlaşılmıştır. Diğer kombinasyonların birlikteliği istatistiksel açıdan anlamlı düzeye ulaşmamıştır.

Obsesyon ve kompulsiyonların diğer sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi değerlendirildiğinde de bazı önemli bağlantılar olduğu farkedilmiştir. Bunlardan biri 7 yaşından büyüklerde kötü bir şey olacağı obsesyonunun ($\chi^2=4.38$, $p<0.05$), 9 yaşından büyüklerde tekrarlayan ritüellerin ($\chi^2=5.43$, $p<0.05$), 12 yaşından büyüklerde ise yıkama ile ilgili kompulsiyonların ($\chi^2=3.93$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık görülmesidir. Ayrıca ailesinde fiziksel bir hastalık olan hastalarda dokunma ile ilgili kompulsiyonlara daha sık rastlandığı ($\chi^2=5.17$, $p<0.05$) saptanmıştır.

İncelenen hastaların büyük bir bölümünde (n=96, %76.8) tedavi seçeneği olarak çoğunlukla klomipramin ve seçici serotonin geri alım inhibitörleri olmak üzere psikoaktif ilaç önerildiği saptanmıştır. 29 hastanın (%23.2) yalnızca psikoterapi ile tedavi edilmeye çalışıldığı anlaşılmıştır. Bazı yakınmaların istatistiksel olarak anlamlı derecede daha sık ilaçla tedavi edildiği görülmüştür. Örneğin yıkama ile ilgili kompulsiyonları olan hastaların büyük bir bölümü (n=46, %85.7) ilaçla tedavi edilmeye çalışılmıştır ($\chi^2=4.52$, $p<0.05$)

Başvuru yaşı ile bazı klinik değişkenlerin anlam-

lı ilişkisi olduğu saptanmıştır. OKB'a eşlik eden başka psikiyatrik belirtileri olan hastaların başvuru yaşlarının, eşlik eden psikiyatrik belirti göstermeyenlere göre daha küçük olduğu dikkati çekmiştir ($t=3.10$, $p<0.05$). Benzer şekilde, tedavi yöntemi olarak ilaç kullanımı tercih edilen hastaların başvuru yaşlarının (12.2 ± 2.9), ilaç önerilmeyenlere (10.4 ± 3.9) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha büyük olduğu saptanmıştır ($t=2.27$, $p<0.05$).

TARTIŞMA

Bu çalışmada OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik veriler, OKB'a ilişkin klinik veriler ve eşlik eden diğer ruhsal belirtiler geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Sosyodemografik özelliklerin hastalardaki obsesyon-kompulsiyonların içerikleri ile ilişkileri ve obsesyon-kompulsiyonların birlikte görülmesine ilişkin veriler değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Çocuk ve ergenler ile yapılan araştırmalarda OKB için bildirilen ortalama başlangıç yaşı 9.0 ile 11.6 arasında değişmektedir (Honjo ve ark.1989, Swedo ve ark. 1989, Riddle ve ark. 1990a, Toro ve ark.1992, Hanna 1995, King ve ark. 1998). Bu çalışmada da belirtilerin başlama yaşı ortalama 10.7, hastaların kliniğimize başvuru tarihlerindeki yaş ortalaması ise 11.7 yıl olarak hesaplanmıştır. Belirtiler başladıktan sonra kliniğe başvuru süresi ortalama 1 yıl olarak bulunmuştur. OKB tanısı alan en küçük hastanın 3 yaşında bir kız olduğu ve belirgin yıkama ve temizlik kompulsiyonları ile kliniğe getirildiği, obsesyonların kompulsiyonlarına eşlik etmediği dosyasından anlaşılmıştır. Yayınlarda kompulsif davranışların 2 yaş gibi çok erken bir dönemde de görülebildiği belirtilmektedir (Rapoport ve ark.1994, Kaplan ve ark. 1997, Honjo ve ark. 1989).

OKB tanısı almış 125 hastanın 71'inin (%56.8) erkek, 54'ünün (%43.2) kız olduğu anlaşılmıştır. Bu çalışmadaki erkek : kız oranı yaklaşık 4:3 (1.31) olarak hesaplanmıştır. Çocuk ve ergenler ile yapılan çalışmalarda genellikle erkeklerde görülme oranı kızlara göre daha yüksek bulun-

maktadır (Swedo ve ark. 1989, Thomsen 1991, Toro ve ark.1992, Hanna 1995). Kızların çoğunlukta olduğu çalışmalar azdır ve ergenleri içermektedir (Douglass ve ark.1995). Çocuk ve ergenlik döneminde erkeklerde kızlara göre görülme oranı daha yüksek olmasına karşın erişkin dönemde cinsiyetlere göre bir farklılık saptanamamaktadır (Kaplan ve ark. 1997). Hanna (1995), erkeklerde hastalığın kızlara göre daha erken başlangıç gösterdiğini ve daha ağır seyrettiğini, bu nedenle klinik başvurunun erkek çocuklarda daha çok olduğunu söylemiştir. Çalışmamızda cinsiyet ile diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ve bu bulgular yazındaki bulgularla uyumludur (Thomsen ve Mikkelsen 1991, Hanna 1995).

Bu çalışmada değerlendirilen hastaların çoğunluğunun çekirdek ailede yaşadığı, parçalanmış aile oranının düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca hem anne hem de babaların ortalama eğitim sürelerinin uzun olduğu görülmüştür. Thomsen (1994) da bu bulgularla uyumlu olarak, 61 OKB hastasının sosyodemografik bilgilerini değerlendirdiği çalışmasında OKB tanısı konan hastaların kontrol grubuna göre daha yüksek bir sosyokültürel sınıftan geldiğini ve daha az oranda parçalanmış aile yapısına sahip olduklarını bildirmiştir.

Çocuk ve ergenlerde kompulsiyonların obsesyonlar olmadan da görülebildiği bildirilmektedir (Riddle 1998). Bu çalışmada da hastaların %48'inde obsesyonlar, %91.2'sinde kompulsiyonlar olduğu, %39.2'sinde obsesyon ve kompulsiyonların birlikte görüldüğü saptanmıştır. Çocukların bilişsel gelişimi ya da düşüncelerini tanımlama ve ifade etme konusundaki gelişimsel güçlükleri göz önünde bulundurulduğunda bu çok şaşırtıcı değildir. Ayrıca çocukların obsesyonlarından korkmaları ya da kafalarının karışması nedeni ile bu düşüncelerini anne babalarından ve hekimlerden saklama olasılıkları yüksektir. Erişkinler arasında bile obsesyonları saklama eğiliminin yüksek olduğu bilinmektedir. Epidemiyolojik verilere göre erişkin hastaların %40'unda yalnızca obsesyon, %30'unda yalnızca kompulsiyon, kalan %30'unda hem obsesyon

hem de kompulsiyon bulunmaktadır. Klinik serilerde ise obsesyon kompulsiyon birlikteliği oranı (%70) daha yüksek bulunmaktadır (aktaran Şahin 1997). Swedo ve arkadaşları (1989) çalışmalarında kompulsif davranışları olan çocukların %40'ında eşlik eden bir obsesif düşünce olmadığını, bu çocukların izlemeleri sırasında da obsesif düşüncelerin ortaya çıkmadığını belirtmişlerdir. Bu bulgu kompulsiyonların obsesyonları nötralize ettiği düşüncesinin her yaş için uygun olmayabileceğini düşündürmüştür (Rapoport ve ark. 1994).

Obsesyon ve kompulsiyonların klinik görünüşleri hem erişkinlerde hem de çocuk ve ergenlerde çok çeşitlilik göstermektedir. Geller ve arkadaşları (1998a) OKB tanısı konan çocuklar ve erişkinleri karşılaştırdıklarında birbirleri ile birçok alanda benzerlikleri olduğu, ancak erkeklerde daha sık görülmesi, diğer gelişimsel bozukluklar ile birlikteliği, aile yükünlüğü öyküsü gibi farklılıkların da olduğunu ve bu nedenle hastalığın gelişimsel özelliği olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Saldırgan ya da cinsel içerikli obsesyonların erişkinlerde çocuklara göre daha sık görülmesi; obsesyonların gelişimsel açıdan farklılık gösterebileceğini düşündürmektedir (Towbin ve Riddle 1996). Swedo ve arkadaşları (1989) 70 çocuk ve ergenle yaptıkları çalışmalarında obsesyonlar içinde en sık temizlik, kötü bir şey olacak, simetri ve dinsel obsesyonların görüldüğünü, kompulsiyonlar içinde de en sık yıkama-temizleme, tekrarlar ve kontrol kompulsiyonlarının olduğunu bulmuşlardır. Thomsen (1991), 61 OKB tanısı konan hastanın obsesyon ve kompulsiyon içeriklerini incelemiş; en sık görülen obsesif içeriğin temizlik ile ilgili obsesyonlar, en sık görülen kompulsif içeriğin ise yıkama ile ilgili kompulsiyonlar olduğunu ve bu içeriklerin cinsiyetler arası dağılımında anlamlı farklılık göstermediğini belirtmiştir. Temizlik ile ilgili obsesyonları ölüm, hastalık ve zarar görme obsesyonları izlemektedir. Thomsen ölüm, hastalık ve zarar görme obsesyonlarını ayrı değerlendirmiştir. Bu obsesyonlar kötü bir şey olacağı obsesyonu olarak birleştirildiğinde temizlik obsesyonlarının önüne geçmektedir. Bizim çalışmamızda en sık görülen obsesyonların kendilerine ya da sev-

diklerine (çoğunlukla anne ve babalarına) zarar geleceği, kötü bir şey olacağı obsesyonu olduğu, bunu temizlik ile ilgili obsesyonların izlediği görülmüştür. En sık görülen kompulsiyonların ise yıkama ve temizleme ile ilgili kompulsiyonlar olduğu izlenmiştir. Obsesif-kompulsif içerikler değerlendirildiğinde diğer klinik ve epidemiyolojik çalışmalar ile benzerlik gösterdiği görülmektedir (Swedo ve ark. 1989, Honjo ve ark. 1989, Riddle ve ark. 1990a, Thomsen 1991, Toro ve ark. 1992, Hanna 1995).

Çalışmamızda temizlik ile ilgili obsesyonların, temizlik ile ilgili kompulsiyonlarla anlamlı düzeyde sık birlikte görüldüğü, kötü bir şey olacağı obsesyonu olan hastalarda da anlamlı derecede daha sık sayma ile ilgili kompulsiyonlar olduğu anlaşılmıştır. İlk bağlantı uzun yıllardır bilinen bir ilişkiyi betimlemektedir. Ancak hakkında çok az şey bilinen sayma kompulsiyonları ile ilgili verinin dinamik açıdan yorumlanması denendiğinde; 'sayma' eyleminin, kaynağı oldukça belirsiz olan 'kötü bir şey olma olasılığını' somutlaştırarak nötralize ettiği ve böylece kontrol ve belirlilik duygusunu güçlendirdiği ileri sürülebilir. Ayrıca ailesinde fiziksel bir hastalık olan hastalarda dokunma ile ilgili kompulsiyonların daha sık bulunduğu, ergenlerde yıkama ile ilgili kompulsiyonların çocuklara oranla daha sık olduğu gözlenmiştir. Bir kompulsiyon olarak 'dokunmaktan kaçınmanın' kendini evdeki fiziksel hastalıktan koruma gibi bir işlevi olabilir. Yıkama kompulsiyonunun ergenlerde daha sık görülmesi de, bu belirtinin diğer kompulsiyonlara göre daha geç klinik tablodaki yerini alması anlamına gelebilir.

Çocuk ve ergenlerde OKB sıklıkla duygulanım, anksiyete, dikkat eksikliği ve öğrenme güçlüğü ve/veya tik bozuklukları ile birliktelik göstermektedir (March ve Leonard 1996, King ve ark. 1998). Hanna (1995) çalışmasında eşzamanlı hastalık oranını %80 olarak saptamıştır. Bu çalışmada da hastaların büyük bir çoğunluğunda (%71.2) obsesif-kompulsif belirtilere eşlik eden duygulanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk ve enurezis nokturna gibi diğer psikiyatrik belirtilerin olduğu gözlenmiş-

tir. Benzer şekilde Toro ve arkadaşları (1992) da, OKB tanısı almış 72 hastanın %77' sinde, özellikle anksiyete ve duygulanım bozuklukları başta olmak üzere, eşlik eden belirtilerin olduğunu bildirmişlerdir. Douglass ve arkadaşları (1995), 930 OKB hastasının büyük çoğunluğunda depresyon (%62), sosyal fobi (%38) ve madde bağımlılığı başta olmak üzere komorbid bozuklukların olduğunu bulmuşlardır. Bu yüksek komorbidite oranı çocuklarda ve ergenlerde OKB'un önemini ortaya koymaktadır. Çalışmamızda eşlik eden belirtileri olan hastaların başvuru yaşlarının daha küçük olduğu; çocuklarda OKB'a eşlik eden diğer belirtilerin ergenlere oranla daha sık görüldüğü gözlenmektedir. Bu iki bulgu birbirini destekler nitelikte olup Geller ve arkadaşlarının (1998b) erken başlangıçlı hastalıkta komorbid psikopatolojinin daha sık olduğu bulgusu ile uyumludur.

Hastaların ailelerinde fiziksel hastalıkların %21.6 ve ruhsal hastalıkların %25.6 oranında görüldüğü, hastaların özgeçmişlerinde ise fiziksel hastalıkların %23.2 oranında görüldüğü izlenmiştir. Bu çalışmada hastaların ailelerindeki fiziksel ve ruhsal hastalıkların ve özgeçmişlerindeki fiziksel hastalıkların başka bir kontrol grubu ile karşılaştırılması yapılmadığından, bu değişkenlerin OKB üzerine etkilerini değerlendirmek doğru olmayacaktır. Yine de bu değişkenlerin hastalığı kolaylaştırıcı etkisinden söz edilebilir. Benzer bir değişken de obsesif-kompulsif belirtilerin ortaya çıkmasında etkili olabilecek çevresel tetikleyici faktörlerdir. Bu şekildeki zorlayıcı yaşam olayları hastalarımızın yaklaşık üçte birinde bildirilmiştir. Toro ve arkadaşları (1992), OKB tanısı almış 72 hastanın %53'ünde belirtilerin başlangıcında stres etkenlerinin bulunduğunu belirtmişlerdir. Bu veriler OKB'da biyolojik değişkenlerin yanında zorlayıcı yaşam olaylarının da önemli bir etkiye sahip olabileceğini düşündürmüştür.

İncelenen hastaların büyük bir bölümünde, özellikle de yıkama ile ilgili kompülsiyonları olan ve yaşları büyük olan hastalarda, tedavi seçeneği olarak çoğunlukla klomipramin ve seçici serotonin geri alım inhibitörleri olmak üzere psikoaktif ilaç önerildiği saptanmıştır. Hem klomipraminin

hem de seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin OKB belirtilerini azaltmada çocuk ve ergenlerde de erişkinler kadar etkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Flament ve ark. 1985, Leonard ve ark. 1989, Riddle ve ark. 1990b, Como ve Kurlan 1991, Riddle ve ark. 1992, Kurlan ve ark. 1993, Geller ve ark. 1995, Baysal ve Ünal 1996).

Bu çalışmada 125 hastadan oluşan oldukça geniş bir grupta OKB tanısı alan çocuk ve ergenlere ait sosyodemografik ve klinik veriler geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın geriye dönük bir desende olması nedeniyle bazı değişkenlerin yeterince ayrıntılı ele alınmaması gibi kısıtlılıklara karşın, özellikle belirtiler açısından daha sonra bu konuda yapılacak araştırmalara ışık tutabilecek veriler elde edilmiştir. Bu çalışmada elde edilen nitelik ve niceliksel veriler geriye dönük araştırma desenleri ile ele alınarak kontrol edilmelidir.

KAYNAKLAR

- Baysal ZB, Ünal F (1996) Fluoxetine treatment of children and adolescents with obsessive - compulsive disorders: an open-label trial. *Eur Neuropsychopharmacology* 6 (Suppl. 4): 142-143.
- Como PG, Kurlan R (1991) An open-label trial of fluoxetine for obsessive-compulsive disorder in Gilles de la Tourette's syndrome. *Neurology* 41:872-874.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (1994) Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Douglass HM, Moffitt TE, Dar R ve ark. (1995) Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: features of prevalence and predictors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(11):1424-1431.
- Flament MF, Rapoport JL, Berg CJ (1985) Clomipramine treatment of childhood obsessive compulsive disorder: a double-blind controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 42: 977-983.
- Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL ve ark. (1988) Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27: 764-771.
- Geller DA, Biederman J, Jones J ve ark. (1998a) Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? a review of the pediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(4):420-427.
- Geller DA, Biederman J, Jones J ve ark. (1998b) Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a

review. *Harv Rev Psychiatry* 5(5):260-273.

Geller DA, Biederman J, Reed E ve ark. (1995) Similarities in response to fluoxetine in treatment of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:36-44.

Hanna GL (1995) Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(1):19-27.

Honjo S, Hirano C, Murase S ve ark. (1989) Obsessive-compulsive symptoms in childhood and adolescence. *Acta Psychiatr Scand* 80:83-91.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1997) *Synopsis of Psychiatry, Eighth Edition*. Williams and Wilkins. Baltimore-Maryland.

King RA, Leonard H, March J ve ark. (1998) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(10 Supplement):27S-45S.

Kurlan R, Como PG, Deeley C ve ark. (1993) A pilot controlled study of fluoxetine for obsessive-compulsive symptoms in children with tourette's syndrome. *Clin Neuropharmacology* 16:167-172.

Leonard H, Swedo S, Rapoport JL ve ark. (1989) Treatment of childhood obsessive compulsive disorder with clonipramine and desmethylimipramine: a double-blind crossover comparison. *Arch Gen Psychiatry* 46:1088-1092.

March JS, Leonard HL (1996) Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(10):1265-1273.

Öy B (1994) Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk: epidemiyoloji, klinik, aile özellikleri ve sonları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1(2):119-124.

Rapoport JL, Swedo S, Leonard H (1994) Obsessive-compulsive disorder. *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*. Third Edition içinde. M Rutter (ed.). Blackwell Science, Londra.

Riddle MA, Scahill L, King R ve ark. (1990a) Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29(5):766-72.

Riddle MA, Hardin MT, King R ve ark. (1990b) Fluoxetine treatment children and adolescents with tourette's and obsessive compulsive disorder: preliminary clinical experience. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29: 45-48.

Riddle MA, Scahill L, King R ve ark. (1992) Double-blind, crossover trial of fluoxetine and placebo in children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:1062-1069.

Riddle MA (1998) Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Br J Psychiatry Suppl* (35): 91-6.

Shafraan R, Ralph J, Tallis F (1995) Obsessive-compulsive symptoms and the family. *Bull Menninger Clin* 59(4):472-9.

Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H ve ark. (1989) Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 46:335-341.

Şahin AR (1997) Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatri Temel Kitabı* içinde. C Güleç, E Köroğlu (eds). Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Thomsen PH (1991) Obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents: a phenomenological analysis of 61 Danish patients. *Psychopathology* 24(1):12-8.

Thomsen PH, Mikkelsen HU (1991) Children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the demographic and diagnostic characteristics of 61 Danish patients. *Acta Psychiatr Scand* 83(4):262-6.

Thomsen PH (1994) Children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an analysis of sociodemographic background. A case-control study. *Psychopathology* 27(6):303-11.

Toro J, Cervera M, Osejo E, Salamero M (1992) Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: a clinical study. *J Child Psychol Psychiatry* 33(6):1025-37.

Towbin KE ve Riddle MA (1996) Obsessive-compulsive disorder. *Child and Adolescent Psychiatry Second Edition* içinde. M Lewis (ed.). Williams ve Wilkins/Blackwell Science, Baltimore.

GILLES DE LA TOURETTE SENDROMU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE DİKKAT EKSİKLİĞİ HIPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BİRLİKTELİĞİ

Z. Bengi Semerci*

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada DSM-IV tanı ölçütlerine göre Gilles de la Tourette Sendromu (GTS) tanısı alan hastalarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) birlikteliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Gilles de la Tourette tanısı alan 40 (11 kız ve 29 erkek) çocuk ve ergene Yale Tik Ağrılığını değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Ayrıca dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunu değerlendirmek için DSM-IV tanı ölçütleri kullanılmıştır. Hastalara WISC-R zeka testi ve Bender-Görsel-Motor- Algı Testi yapılmış, Hacettepe Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği (HDEHBÖ) ana babalar tarafından doldurulmuştur. Aile öyküsü ve sosyo-demografik özellikler hazırlanan bir form ile sorgulanmış, ulaşılabilen akrabalar DSM-IV tanı ölçütlerine göre taranmıştır. **Bulgular:** Araştırma grubunda bulunan çocuk ve ergenlerin 14'ünde (%35) DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB saptanmıştır. Tüm araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin ailelerine HDEHBÖ uygulanmıştır. 40 hastanın ölçekten aldıkları puanlar 0-48 arasında (22.9 ± 12.3) değişmektedir. Araştırmaya katılan 40 olgunun WISC-R zeka testinden aldıkları sözel bölüm puanları 40-125 (92.5 ± 18.8), performans bölümü puanları 41-137 (88.0 ± 19.3), toplam zeka puanları 40-129 (90.1 ± 18.4) arasında değişmektedir. Testin uygulandığı 39 çocuk ve ergenden 11'inin (%27.5) Bender-Görsel-Motor-Algı Testi bozuk olarak saptanmıştır. **Tartışma:** GTS tanısı alan hastalarda DEHB birlikteliği sık olarak görülmektedir. GTS olan hastaların özellikle okul yaşamına ilişkin sorunları siktir. Beraberinde DEHB olması bu sorunları arttırmaktadır. Birlikte bulunan bu sorunun saptanması, hem GTS bulgularının tedaviye daha iyi yanıt vermesi, hem de hastaların içinde bulunduğu özellikle okul ve sosyal yaşama ilişkin sorunların daha çabuk çözümlenmesinde önem kazanmaktadır.

Anahtar sözcükler: Tourette bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, eş hastalanım.

SUMMARY: ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER COMORBIDITY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH GILLES DE LA TOURETTE SYNDROME

Objective: The purpose of this study is to investigate the incidence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in patients with Gilles de la Tourette Syndrome (GTS) according to DSM-IV criteria. **Method:** Yale Global Tic Severity Scale were administered to 40 children and adolescents with GTS. In addition, ADHD was evaluated according to DSM-IV criteria. The patients were given both WISC-R intelligence Test and Bender-Gestalt Visual Motor Perception Test. Hacettepe Attention Deficit Hyperactivity Scale was filled by parents. A questionnaire including family history and demographic characteristics were administered to their family. **Results:** Fourteen (%35) of children and adolescents were diagnosed to have ADHD according to the DSM-IV criteria. The scores of Hacettepe Attention Deficit Hyperactivity Scale was varied between 0-48 (mean±sd: 22.9 ± 12.3). WISC-R test results were 40-125 (mean±sd: 92.5 ± 18.8) for verbal and 41-137 (mean±sd: 88 ± 19.3) for performance points. Bender-Gestalt Visual Motor Perception Test was applied to 39 children and adolescents and 11 of them had abnormal results. **Conclusion:** ADHD is often a comorbid diagnosis of GTS. GTS patients have frequent problems in school. Comorbidity of ADHD aggravates these problems. Diagnosis of this comorbidity will be helpful both for treatment of GTS and social problems.

Key words: Tourette disorder, attention deficit hyperactivity disorder, comorbidity

GİRİŞ

Gilles de la Tourette sendromu (GTS) çocukluk çağı başlangıçlı, zaman içinde artma ve azalma-

lar gösteren, çoğul motor ve vokal tiklerle nitelikli nöropsikiyatrik bir bozukluktur (Cohen ve Leckman 1994, Robertson 1994, Carter ve ark. 1994).

* Doç., Dr., Anatolia Klinikleri, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Merkezi, İstanbul.

GTS ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ilişkisine dair çok çalışma olmasına karşın, tam olarak açıklanamamıştır. GTS'lu hastalarda %50-60 oranında DEHB görülmektedir. (Comings ve Comings 1985, Sverd ve ark.1988, Sandor 1993). Buna karşın DEHB'nun genel toplumda bulunma oranı %8 - 9 dur (Weiss 1996) ve DEHB olan çocukların çok azında GTS görülmektedir (Pauls ve ark. 1986). Genel olarak normal zeka düzeyinde olmalarına karşın GTS hastalarında sıklıkla akademik zorluklar ve bilişsel işlevlerde bozulma izlenmektedir (Brookshire ve ark.1994). Sözcük tanıma ve heceleme becerisinde sorunlar, aritmetikte yazma sorunları bildirilmiştir (Bornstein ve ark. 1983). Comings ve Comings (1987) GTS'lu hastalarda dikkatini toplama zorlukları ve konsantrasyon güçlükleri olduğunu bildirirken, Golden (1984) dikkati toplama güçlükleri yanında en çok dil becerisinin bozulduğunu ileri sürmüştür. GTS' lu hastalarda öğrenme yeteneği DEHB olan hastalarınkine benzer şekilde azalmış bulunmuştur (Brookshire ve ark. 1994, Comings ve Comings 1990). GTS'lu hastaların 1.2. ve 3. derece akrabalarında DEHB ve öğrenme bozukluklarının görülme oranını %6.9, normal kontrollerde ise %2.2 olarak saptamışlardır. Bu bulguya dayanarak, DEHB'nun GTS geni ile bağlantılı olduğunu ileri sürmüşlerdir. Buna karşın GTS ve DEHB birlikteliğinin genetik etkenlerle bağlantılı olmadığını, GTS'nun ikincil olarak DEHB riskini arttırdığını ileri sürenler vardır (Pauls ve ark. 1986). Robertson (1989) öğrenme bozukluğu, hiperaktivite ve dikkat eksikliği gibi GTS ile birlikte sık görülen sorunların GTS tedavisinde kullanılan ilaçlara bağlı olabileceğine dikkat çekmiştir. Shapiro ve arkadaşları da (1989) GTS hastalarında görülen bilişsel bozulmanın nöroleptik kullanımına bağlı olduğunu söylerken, Salle ve arkadaşları (1994) pimozidin bilişsel işlevlerin düzelmesinde etkili bulunduğunu ve GTS-DEHB birlikteliğinde bu ilacın uygun seçim olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bazı çalışmalarda tedavi gören GTS hastaları ile tedavi görmeyenler arasında bilişsel işlevlerdeki bozulma oranları farklı bulunmamıştır (Bornstein ve Baker 1991). DEHB tedavisinde kullanılan psikostimülan ilaçların GTS ortaya çıkarması di-

ğer önemli bir noktadır (Lowe ve ark. 1982). Tikler doğrudan okul başarısını ve öğrenmeyi etkileyebilir. Çocuk bütün çabasını tiklerini bastırmaya yöneltince konsantrasyonu etkileniyor olabilir (Comings ve Comings 1985).

GTS olan çocuklara Bender-Görsel-Motor- Algı Testi testi uygulanmış ve WISC-R zeka testinde performans puanlarında düşüklükle birlikte bozukluklar saptanmıştır. Bu tür bozuklukların kortikal bölge ya da bazal ganglion patolojilerinde görülmesi nedeniyle doğrudan GTS bağlı olabileceğini ileri sürenler olduğu gibi (Incagnololi ve Kane 1981), nöropsikolojik testlerdeki bozulmanın, birlikte bulunan DEHB gibi ikincil sorunlardan kaynaklanıyor olabileceğini ileri sürenler de vardır (Bornstein ve Baker 1991). Dykens ve arkadaşları (1990) DEHB-GTS olan hastaların zeka testlerinde performans puanlarını GTS hastalarından belirgin derecede düşük bulmuştur. Bazal ganglion patolojileri GTS olan çocukların nörobilişsel işlevlerini bozar (Singer ve ark.1995, Hyde ve ark. 1995). GTS-DEHB olan hastalarda yalnız GTS olan hastalara ve kontrol grubuna göre sol globus pallidus volümleri daha az bulunmuştur. Lentriküler asimetri GTS-DEHB olan hastalarda yalnız GTS olan hastalara göre daha belirgin sağ laterizasyona bağlıdır. Bu bulgu GTS hastalarındaki olası sol laterizasyonla birlikte bulunan bazal ganglia patolojisini desteklemektedir. Aynı zamanda birlikte bulunan DEHB'nun bölgesel değişikliklerle ilgisini de öngörmektedir. Bu nöroanatomik birliktelik GTS-DEHB eş hastalanımını açıklayıcı olabilir (Schuerholz ve ark. 1996).

DEHB - GTS birlikteliğinde hastaların 1/3'ünde DEHB tedavi gerektirmeyecek düzeydedir (Comings ve Comings 1984). Bunun yanı sıra tek başına DEHB'un da sorunların daha fazla olması; tek başına görülen DEHB ile GTS ile birlikte görülen DEHB'nun farklı olduğunu düşündürmektedir (Como ve ark. 1991).

Gözden geçirilen yazın bir çok başka bozukluğun GTS ile birlikte bulunabildiğini göstermektedir. Yapılan çalışmalar GTS ile birlikte en sık bulunan bozuklukların DEHB ve OKB olduğunu saptamışlardır. Yine çalışma sonuçları OKB,

DEHB ve GTS birlikteliklerinin, GTS'nun tedavisini, gidişini ve sonlanımını etkilediğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada kliniğe başvuran ve DSM-IV (APA 1994) tanı ölçütlerine göre GTS tanısı konan hastalarda eşlik eden DEHB'nun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM:

Araştırmaya polikliniğe başvuran ve DSM-IV (APA 1994) tanı ölçütlerine göre GTS tanısı alan 40 çocuk ve ergen alınmıştır. GTS'nun ağırlığı Yale Genel Tik Ağırlığını Değerlendirme Ölçeği (YGTADÖ) kullanılarak yapılmıştır. Leckman ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe uyarlaması Zaimoğlu ve arkadaşları (1995) yapılmıştır. Ölçek; tiklerin özelliklerini ve dağılımlarını değerlendirmek üzere oluşturulmuş, yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Hareket tikleri ve ses tiklerinin dağılımı, sayısı, sıklığı, şiddeti, karmaşıklığı ve yaşamını engelleyici etkileri sorularak değerlendirilir. Bilgiler hasta ve aileden alınır.

Ayrı bir değerlendirmede tiklerin hastanın kendilik saygısına, ailesel ve toplumsal yaşamına, iş ve okul performansına olan etkileri derecelendirilir. Hareket ve ses tikleri değerlendirme puanlarının ve genel bozulma puanının birleştirilmesi ile toplam bir puan elde edilir. Leckman ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe uyarlaması Zaimoğlu ve arkadaşları (1995) yapılmıştır.

GTS tanısı alan çocuklarda DSM-IV (APA 1994) tanı ölçütlerine göre DEHB belirtileri taranmıştır. Ayrıca Hacettepe Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği anababalar tarafından doldurmuştur. Bu ölçek dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısında kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Hacettepe Çocuk Ruh Sağlığı Bölümünde bu alanda kullanılan değişik ölçeklerin gözden geçirilmesi sonucu geliştirilmiştir (Öktem ve Sonvar 1993). Kesim noktası 19 olarak önerilmektedir. Bu ölçek 1994-1995 yılları arasında farklı gruplara yeniden uygulanarak güncelliği, geçerliği ve güvenilirliği gözden geçirilmiştir. (Öktem

ve Baysal 1995).

Hastalara WISC-R zeka testi ve Bender-Görsel-Motor- Algi Testi (Koppitz 1960) uygulanmıştır. Görsel motor ve algı becerisini değerlendirmek amacı ile kullanılan, Bender-Görsel-Motor- Algi Testi (BGMAT) dokuz şekilden oluşur. Her şeklin çizili olduğu kart kişiye gösterilir ve aynı önündeki kağıda yapması istenir. Şeklin bozuk olması, döndürme ve birleştirme gibi yapılan hatalar değerlendirilerek, hata puanı hesaplanır. En yüksek hata puanı 30 dur. Çizgilerin yaş, zeka, sosyoekonomik düzey ve beyinle ilgili organik sorunlardan etkilendiği ileri sürülmektedir.

Araştırmacı tarafından yapılandırılan bir form ile hastaların sosyodemografik özellikleri sorgulanmıştır.

Verilerin istatistiksel analizi bilgisayarda SPSS (Statistical Package for Social Sciences, For Windows Release 5.0.1, SPSS Inc., 1992) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Sayımla ya da ölçümle belirtilen verilerin sonuçları bağımsız iki ya da üç grubun karşılaştırılması şeklinde tablolar halinde sunulmuştur. İşlemlerde, sayımla belirtilen verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi veya Fisher'in kesin ki-kare testi yapılmıştır. Pearson ki-kare değerine göre anlamlılık düzeyi belirlenmiştir. Ölçümle belirtilen verilerin değerlendirmesinde parametrik test varsayımları karşılandığında t-testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi), parametrik test varsayımları karşılanmadığında Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Gruplar arası değerlendirmelerde tek yönlü varyans analizi, ki kare ve t-testi; grup içi değerlendirmelerde de t-testi, ki kare uygulanmıştır. Bütün istatistiksel testlerde en düşük anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

BULGULAR

Araştırma grubunu oluşturan 40 çocuk ve ergenin 11'i (%27.5) kız, 29'u (%72.5) ise erkektir. Yaşları 7-15 (10.9±2.4) arasında değişmektedir. GTS olan çocuk ve ergenlerin cinsiyetlerine göre YGTADÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış-

tır (Tablo I).

Tablo 1: Cinsiyete Göre YGTADÖ Puan Ortalamaları

	KIZ	ERKEK	İSTATİSTİK	
	ORT.±SS	ORT.±SS	U	P
Hareket tikleri	13.2±4.0	14.4±4.1	130.0	0.3 (ad)
Ses Tikleri	11.8±4.2	11.6±5.0	154	0.8 (ad)
Genel Boz.	20.0±11.8	18.2±10.3	148.5	0.7 (ad)
Toplam	45.0±18.3	44.6±17.5	158.5	0.9 (ad)

GTS olan çocuk ve ergenlerin cinsiyetlerine göre YGTADÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo II).

Tablo 2: Cinsiyete göre YGTADÖ Puan Ortalamaları

	KIZ	ERKEK	İSTATİSTİK	
	ORT.±SS	ORT.±SS	U	P
Hareket tikleri	13.2±4.0	14.4±4.1	130.0	0.3 (ad)
Ses Tikleri	11.8±4.2	11.6±5.0	154	0.8 (ad)
Genel Boz.	20.0±11.8	18.2±10.3	148.5	0.7 (ad)
Toplam	45.0±18.3	44.6±17.5	158.5	0.9 (ad)

Gilles de la Tourette Sendromu'nun Ağırlığının Değerlendirilmesi

40 Gilles de la Tourette Sendromu olgusunun YGTADÖ ile yapılan değerlendirmeleri sonucunda hareket tikleri, ses tikleri puanlarının, genel bozulma ve toplam tik değerlendirme puanlarının ortalamaları Tablo III'de görülmektedir.

Tablo 3: YGTADÖ Puan Ortalamaları

	PUAN		
	ORT.±SS	EN ALT	EN ÜST
Hareket tikleri	14.1±4.0	7	25
Ses Tikleri	11.7±4.7	2	25
Genel Boz.	18.7±10.6	10	50
Toplam	44.7±17.5	22	96

DEHB Birlikteliği

Araştırma grubunda bulunan çocuk ve ergenlerin 14'ünün de (%35) (1 kız, 13 erkek) DSM-IV (APA 1994) tanı ölçütlerine göre DEHB saptan-

mıştır. Tüm araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin ailelerine HDEHBÖ uygulanmıştır. 40 hastanın ölçekten aldıkları puanlar 0-48 arasında (22.9±12.3) değişmektedir. Bu ölçekten elde edilen puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı Tablo IV'de gösterilmiştir. Kız ve erkekler arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 4: Cinsiyete Göre HDEHBÖ Puan Ortalamaları

CİNSİYET	ORTALAMA	SS	SAYI
KIZ	17.4	11.1	11
ERKEK	24.9	12.2	29

U=99 p=0.06 (ad)

DEHB birlikteliğinin tiklerin ağırlığını etkilemediği görülmüştür (Tablo V).

Tablo V: DEHB Birlikteliğinde YGTADÖ Puan Ortalamaları

	DEHB Birlikteliği Var	DEHB Birlikteliği Yok	İstatistik	
	ORT.±SS	ORT.±SS	U	P
Hareket tikleri	13.4±2.9	14.5±4.5	163	0.5 (ad)
Ses Tikleri	11.2±4.0	12.0±5.2	173	0.8 (ad)
Genel Boz.	17.1±9.1	19.6±11.4	164.5	0.5 (ad)
Toplam	41.7±12.8	46.3±19.6	172	0.7 (ad)

WISC-R Zeka Testi Sonuçları

Araştırmaya katılan 40 olgunun WISC-R zeka testinden aldıkları sözel bölüm puanları 40-125 (92.5±18.8), performans bölümü puanları 41-137 (88.0±19.3), toplam zeka puanları 40-129 (90.1±18.4) arasında değişmektedir. Kız ve erkek olgular arasında her üç değişken açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo VI).

Tablo VI: Cinsiyete göre WISC-R Puan Ortalamaları

	KIZ	ERKEK	İSTATİSTİK	
	ORT.±SS	ORT.±SS	U	P
Sözel	94.1±18.5	91.9±19.2	153.5	0.8 (ad)
Performans	98.4±19.6	84.1±18.0	106.5	0.1 (ad)

DEHB birlikteliğinde ise performans puanlarının sözel puanlardan anlamlı oranda düşük olduğu saptanmıştır (Tablo VII).

Tablo VII: DEHB Birlikteliği Olan Grubun WISC-R Test Sonuçları

WISC-R	DEHB Birlikteliği Var		DEHB Birlikteliği Yok		İstatistik	
	ORT.±SS	SAYI	ORT.±SS	SAYI	U	P
Sözel	94.6±21.4	14	91.4±17.6	26	153	0.4(ad)
Performans	86.2±11.4	14	89.0±22.6	26	153	0.4(ad)
Toplam	91.1±15.4	14	89.6±20.1	26	174	0.8(ad)
PP>SP	13.80±9.09	5	8.5±7.0	12	20	0.2(ad)
SP>PP	20.77±14.65	9	11.85±11.50	14	29.5	0.03

Bender-Görsel-Motor-Algı Testi (BGMAT) Sonuçları

Araştırma grubunda bulunan 39 çocuk ve ergene BGMAT uygulanmıştır. Testlerin yaşlara uygun olarak puanlanması sonucunda, araştırma grubunun aldığı puanların 0-8 (2.1±2.3) arasında değiştiği görülmektedir. Yaşa göre alınan puanların değerlendirilmesi sonucunda 39 çocuk ve ergenden 11'inin (%27.5) BGMAT bozuk olarak saptanmıştır. Test uygulanan 11 kız (2.1±2.7) ve 28 erkek (2.0±2.2) çocuk ve ergenin puan dağılımları farklı bulunmamıştır. Benzer şekilde BGMAT bozuk olan 2 kız ve 9 erkek olgu arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir.

BGMAT sonuçlarının normal ya da bozuk olmaları ile araştırma grubunda bulunan olguların yaşları arasında bulunan ilişki değerlendirildiğinde, bozuk test görülme oranının düşük yaş grubunda daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo VIII).

Tablo VIII: BGMAT Sonuçlarına Göre Yaş Ortalamaları

BGMAT	Ortalama	SS	Sayı
Normal	11.6	2.3	28
Bozuk	8.9	1.0	11

U=46 p=0.0007

BGMAT puanları ile yaşlar arasındaki korelasyon da benzer sonucu göstermektedir (r: 0.55, p=0,0001) BGMAT sonuçları DEHB ve OKB-OKS birlikteliği dikkate alınarak değerlendirme yapıldığı zaman DEHB olan grupta daha yüksek hata puanı ortalamaları saptanmıştır (Tablo IX).

Tablo IX: DEHB Birlikteliğine Göre BGMAT Hata Puan Ortalamaları

DEHB	Ortalama	SS	Sayı
Var	4.0	2.3	14
Yok	1.0	1.6	28

U=52.5 p=0.0002

BGMAT normal ve bozuk olarak değerlendirildiği zaman DEHB olan GTS'lu çocuk ve ergenlerle, DEHB olmayanlar arasında ki fark anlamlıdır (Tablo X).

Tablo X: BGMAT ve DEHB İlişkisi

DEHB	BGMAT		
	Normal	Bozuk	Toplam
Var	4	10	14
Yok	24	1	25
Toplam	28	11	39

X²=13.56 p=0.0001

TARTIŞMA:

Araştırmanın amaçlarından birini oluşturan GTS DEHB birlikteliğine ilişkin sonuçlara bakıldığında, hastala %35 oranında da DEHB saptanmıştır. DEHB'nun GTS ile birlikte bulunma oranı ise %50-60 olarak bildirilmiştir (Comings ve Comings, 1985 Sandor 1993). Çalışmanın sonucunda bulunan %35 oranı bu orandan düşüktür. GTS ve DEHB birlikteliği için daha düşük oranlar bulan çalışmalar da vardır. Wand ve arkadaşları (1993) yaşları 6-17 arasında değişen GTS'lu hastalarda DEHB birlikteliğini %22,9 olarak bildirmişlerdir.

Yazında GTS birlikteliğinde bu konuda bir ayırma ulaşılamamasına karşın, bu çalışmada, erkeklerde DEHB'ni anlamlı oranlarda yüksek bulunmuştur. Ancak DEHB erkeklerde (Bauma-

gaertel 1995) daha fazla görülmektedir.

YGTADÖ ile yapılan değerlendirme sonucunda DEHB birlikteliğinin tiklerin ağırlığını etkilemediği görülmüştür. Bu birlikteliğin olumsuz etkisinin tiklerden çok bilişsel fonksiyonlar üzerine olduğu ileri sürülmektedir (Pauls ve ark. 1986, Bornstein 1990).

Bir çok çalışmanın sonucunda GTS hastalarının zeka düzeyleri normal bulunmuştur. Ancak bazı çalışmalar sözel puanlarla performans puanları arasında fark olduğunu göstermiştir (Robertson 1989). Bu araştırmadaki çalışma grubunun toplam zeka puan ortalaması 90.1 ± 18.4 olarak saptanmıştır. Tüm hastaların ortalama puanları değerlendirildiğinde, sözel puanları ile performans puanları arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Ancak olgular tek tek ele alındığında bazı hastalarda anlamlı sözel puan- performans puanı farkı bulunmaktadır. Bulunan bu farkın erkek çocuklarda istatistiksel olarak anlamlı olduğu izlenmiştir. Brookshine ve arkadaşları (1994) 6-16 yaşları arasında 31 GTS olan hastanın performans puanlarını sözel puanlarından düşük bulurken, erişkin GTS'lu hastalarda yapılan bir çalışmada sözel puanlarla performans puanları arasında fark saptanamamış, ancak hastaların toplam zeka ortalamalarının hasta olmayan gruptan düşük olduğu belirlenmiştir (Bornstein 1991). Channon ve arkadaşları (1992) 18-65 yaşları arasındaki 12 hastanın toplam zeka ortalamalarının hasta olmayan gruptan düşük olduğunu, ayrıca bu hastaların dikkatlerinde belirgin azalma gözlendiğini bildirmişlerdir. Çalışmacılar dikkat işlevlerinden frontal lobun sorumlu olduğunu, bu bulgunun GTS patofizyolojisinde fronto-kortikal sistem bozukluğunun rol oynayabileceği görüşünü desteklediğini öne sürmüşlerdir.

Bornstein (1990) 6-18 yaş arası 100 GTS'lu hastada yaptığı çalışmada sözel puanlarla performans puanları arasında fark bulunmadığını, ancak hastalığın küçük yaşta başlamasının ve kompleks tiklerin varlığının testlerde bozulmayı arttırdığını saptadıklarını bildirmişlerdir. Bu çalışmada başlama yaşı ile zeka puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamasına karşın erken yaşta

başlamanın bilişsel fonksiyonları etkilemesi olası bir durumdur.

GTS ile birlikte DEHB olan grupla, DEHB olmayan grup arasında sözel puan- performans puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu konuda yapılan başka çalışmalarda da GTS - DEHB birlikteliği olan hastalarda performans puanlarının sözel puanlardan anlamlı oranda düşük olduğu saptanmıştır (Dykens ve ark. 1990, Lanser ve ark. 1993). Yalnız başına DEHB'unda performans puanlarının sözel puanlardan düşük olduğu bilinmektedir. Bu nedenle yapılacak çalışmaların amacı GTS - DEHB birlikteliğinde saptanan bu farkın, DEHB'undan mı kaynaklandığı, yoksa iki hastalığın etkileşiminin bir sonucu mu olduğu konusunu aydınlatmak olmalıdır. Schuerholz ve arkadaşlarının (1996) çalışmalarında GTS- DEHB olan grubun toplam zeka ortalamalarını, yalnız GTS olan gruba göre düşük bulmalarına karşın bu çalışmada iki grubun toplam zeka ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

GTS olan hastaların nöropsikiyatrik değerlendirilmelerinde kullanılan diğer bir test BGMAT'dir. Bazı çalışmalarda GTS hastalarında bu testte bozulma saptanmıştır (Robertson 1989). Bu çalışmada BGMAT uygulanan 39 hastanın 11'inde (%27.5) test sonuçları bozuk olarak değerlendirilmiştir. Incagnoli ve Kane (1981) GTS olan hastaların BGMAT'lerinin bozuk olduğunu bildirirken, Lanser ve arkadaşları (1993) bu testlerde önemli bir bozukluk saptamamışlardır. Çalışma sonucunda BGMAT bozukluğunun GTS-DEHB birlikteliği olan grupta, GTS-DEHB birlikteliği olmayan gruptan anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Performans puan farkına benzer şekilde, bu bulgu da yalnız başına olan DEHB'na özgüdür. GTS ağırlığı ile BGMAT saptanan bozukluk arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. GTS bulgularının fazla ya da ağır oluşunun test sonuçlarını etkilemediği görülmüştür.

GTS olan hastalarda DEHB bozukluğu görülmesi bir çok açıdan önemlidir. Her iki sorunda okul başarısını etkilemesi nedeniyle hemen tedavi

edilmeleri gereken durumlardır. Tedavi yaklaşımlarının farklı oluşları ve DEHB tedavisinde kullanılan bazı ilaçların tikleri arttırma olasılığı nedeniyle birlikte olabilecekleri klinisyen tarafından hep düşünülmelidir. Ayrıca nöropsikolojik testlerde izlenen bozulmaların bu iki hastalığın birlikteliğinden mi, ilaçlardan mı yoksa benzer etyolojiden mi kaynaklandığının saptanması her iki durumun anlaşılması için önemli bir bulgu olacaktır. GTS olan hastalarda yüksek oranlarda DEHB saptanırken, DEHB olanlar da GTS'unun daha az görülmesi de araştırılması gereken önemli konulardandır.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*. Washington, D.C., American Psychiatric Association.
- Baumagaertel A, Wolraich ML, Dietrich M (1995) Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorder in a German elementary school sample. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 34: 629- 638.
- Bornstein RA, King G, Carroll A (1983) Neuropsychological abnormalities in Gilles de la Tourette Syndrome. *J Nerv Ment Disease* 1971: 467-502.
- Bornstein RA (1990) Neuropsychological performance in children with Tourette's Syndrome. *Psychiatry Res* 33: 73-81.
- Bornstein RA, Baker GB (1991) Urinary indoleamines in Tourette syndrome patients with obsessive-compulsive characteristics. *Psychiatry Res* 41: 267-274.
- Bornstein RA (1991) Neuropsychological performance in adults with Tourette Syndrome. *Psychiatry Res* 37: 229-236.
- Brookshire BL, Butler IJ, Ewing-Cobbs ve ark. (1994) Neuropsychological characteristics of children with Tourette Syndrome: Evidence for a nonverbal learning disability. *J Clin Exper Neuropsychology* 16(2):289-302.
- Carter AS, Pauls DL, Leckman JF ve ark. (1994) A prospective longitudinal study of Gilles de la Tourette Syndrome. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 33(3):377-385.
- Channon S, Deborah F, Robertson MM (1992) Attentional deficit in Gilles de la Tourette Syndrome. *Neuropsychiatry Neuropsychology Behav Neurology* 5(3) : 170-177.
- Cohen DJ, Leckman JF (1994) Developmental psychopathology and neurobiology of Tourette syndrome. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 33: 2-15.
- Comings DE, Comings BG (1984) Tourette syndrome and attention deficit disorder with hyperactivity: are they genetically related? *J Am Acad Child Psychiatry* 23: 138-146.
- Comings DE, Comings BG (1985) Tourette syndrome: Clinical and psychological aspects of 250 cases. *Am J Hum Genet* 37: 435-450.
- Comings DE, Comings BG (1987) A controlled study of Tourette Syndrome. I. Attention deficit disorder, learning disorders and school problems. *Am J Hum Genet* 41: 701- 741.
- Comings DE, Comings BG (1990) A controlled family history study of Tourette syndrome. I: Attention deficit disorder and learning disorders. *J Clin Psychiatry* 51(7): 275-280.
- Como PG, Bothe D, Sulkes S ve ark. (1991). Primary attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and Tourette syndrome- ADHD: specific measures of attentional ability. abstract. *Neurology* 41(suppl): 242.
- Dykens E, Leckman J, Riddle M ve ark. (1990) Intellectual academic and adaptive functioning of Tourette Syndrome children with and without attention deficit disorder. *J Abnor Child Psychology* 18(6): 607-615.
- Golden GS (1984) Psychologic and neuropsychologic aspects of Tourette Syndrome. *Neurol Clin* 2: 91-102.
- Incagnoli T, Kane R (1981) Tourette Syndrome and right hemisphere dysfunction. *Brill J Psychiatry* 163: 119-130.
- Hyde T, Stacey M, Coppola R ve ark. (1995) Cerebral morphometric abnormalities in Tourette Syndrome: a quantitative MRI study of monozygotic twins. *Neurology* 45: 1176-1182.
- Koppitz EM (1960) The Bender- Gestalt Test for Children: a normative study. *J Clin Psychology* 16: 432-435.
- Lanser JB K, Van Santen WHC, Jennekens-Schinkel A ve ark. (1993) Tourette syndrome and right hemisphere dysfunction. *Br J Psychiatry* 163: 116-118.
- Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT ve ark. (1988) The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 28 : 566-573.
- Lowe TL, Cohen DJ, Detlor J (1982) Stimulant medications precipitate Tourette Syndrome. *JAMA* 247: 1168-1169.
- Öktem F, Sonuvar B (1993): Dikkat eksikliği tanısı alan çocukların özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 4(4): 267-272.
- Pauls DL, Hurst CR, Kruger SD ve ark. (1986) Gilles de la Tourette's Syndrome and attention deficit disorder with hyperactivity: Evidence against a genetic relationship. *Arch Gen Psychiatry* 43: 1177- 1179.
- Robertson MM (1989) The Gilles de la Tourette Syndrome: The current Status. *Br J Psychiatry* 154: 147-169.

SEMERCİ

Robertson MM (1994) Annotation: Gilles de la Tourette Syndrome-an update. *J Child Psychol Psychiatry* 35:597-611.

Salle FR, Sethuraman G, Rock CM (1994) Effects of pimozide on cognition in children with Tourette syndrome: interaction with comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand* 90:4-9.

Sandor P (1993) Gilles de la Tourette Syndrome: a neuropsychiatric disorder. *J Psychosom Research* 37(3): 211-226.

Schuerholz LJ, Baumgardner TL, Singer HS ve ark. (1996) Neuropsychological status of children with Tourette syndrome with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Neurology* 46: 958-965.

Shapiro EE, Shapiro A, Fulup G ve ark (1989) Controlled study of haloperidol, pimozide and placebo for the treatment of Gilles de la Tourette sendrome. *Arch Gen Psychiatry* 46: 722-730.

Singer HS, Schuerholz LJ, Denckla MB (1995) Learning difficulties in children with Tourette Syndrome. *J Child Neurol* 10 (Suppl): 58-61.

Sverd J, Curley A, Jandorf L ve ark. (1988) Behavioral disorder and attention deficits disorder in boys with Tourette syndrome. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 27: 413-417.

Wand RR, Matazow GS, Shady GA ve ark. (1993) Tourette Syndrome: Associated symptoms and most disabling features. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 17: 271-275.

Weiss G (1996) Attention deficit hyperactivity. *C Child and Adolescent Psychiatry içinde*. Lewis M (ed). Williams Wilkins. Baltimore.. s: 544-563.

Zaimoğlu S, Rodopman Arman A, Sabuncuoğlu O (1995) Yale Genel Tık Ağrılığını Derecelendirme Ölçeğinin güvenilirlik çalışması. Sunum. 5. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi. Ankara.

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

ÖDÜLÜ

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

SEÇİCİ KURUL :

Prof. Dr. Cahide Aydın

Prof. Dr. Saynur Canat

Doç. Dr. Füsün Çuhadaroğlu

Prof. Dr. Bahar Gökler

Psk. Prof. Dr. Ferhunde Öktem

Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın

ZİHİNSEL ENGELLİ OLAN VE OLMAYAN ÇOCUK-ANNE İKİLİLERİNİN ETKİLEŞİM ÖRÜNTÜLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI*

Bülbin Sucuoğlu**

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada zihinsel engelli ve engelli olmayan çocuğa sahip annelerin çocuklarıyla etkileşimleri karşılaştırmalı olarak incelenmesi ve anne ile çocukların etkileşimsel davranışları belirlenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** 15 zihinsel engelli 15 engelli olmayan çocuk takvim yaşlarına göre eşleştirilmişler ve iki grup çocuğun anne bebek etkileşimleri Tepki Sınıflama Matrisi; annelerin etkileşim davranışlarının niteliği ise Anne/Yetişkin Katılım Envanteri ile değerlendirilmiştir. Her iki araç için de güvenilirlik çalışması yapılmıştır. **Sonuç:** Çalışma sonucunda iki grup annenin etkileşim davranışlarının öğretme, kontrol ve amaç belirleme davranışları için miktar boyutunda farklılaştığı, hem annelerin hem de çocukların etkileşimsel davranışlarının çok çeşitlenmediği bulunmuştur. Anneler etkileşim sürecinde etkileşim yok/tepki yok boyutunda farklılaşırken, çocukların davranışlarının etkileşim/tepki yok, yalnız oyun oynama, yönergeye uyma boyutlarında farklılaştığı bulunmuştur. **Tartışma:** Sonuçlar özellikle engelli çocuklar için hazırlanan erken eğitim programlarının gerekliliği ve içeriği açısından yorumlanmıştır.

Anahtar sözcükler: etkileşim örüntüsü, zihinsel engel, çocuk, anne

SUMMARY: COMPARISONS OF THE INTERACTIONAL PATTERNS OF THE MOTHERS-CHILDREN WITH AND WITHOUT MENTAL RETARDATION DYADS

Objective: The purpose of this study was to determine the differences of the interactional behaviors between mothers and children with mental retardation and mothers and non-retarded children. **Method:** 15 mothers-children with developmental disability and 15 mothers and typically developing children dyads participated in the study. The age range of the children was from 4 months to 50 months and two groups of children were matched by their chronological ages. Parent/Caregiver Involvement Scale and Response Class Matrix were used for assessing interactional behaviors of the mothers and children. **Results:** Reliability studies for the two instruments were carried out by the researcher. The results of the study revealed that there was no statistically differences between interactional behaviors of the two groups of the mothers except amount of the teaching, controlling and goal settings behaviors. Moreover it was found that mothers and children showed limited behaviors for interaction and children with and without mental retardation differed on play, compliance and no interaction/no response behaviors. **Discussion:** The results were discussed in terms of the characteristics of the children and intervention programs provided to the children with mental retardation.

Key words: interactional patterns, mental retardation, child, mother

GİRİŞ

Hamilelik sürecinde anne baba adayları bebeğe ve yeni rollerine hazırlanmakta, bebeğin doğumu ile anne babanın statüsü ve ailenin yapısı değişmektedir. Anne baba ve bebek doğumdan itibaren etkileşime girmekte; anne ve baba bebeğin gereksinimlerini karşılamaya çalışırken bebek de güvenli bir şekilde gelişmektedir. İlişkilerin gelişmesi ile bebek ve anne baba arasında, çocuğun daha sonraki duygusal ve sosyal gelişimi

için temel olan duygusal bağ oluşmak, bu duygusal bağın kurulamaması ya da herhangi bir nedenle engellenmesi durumunda anne-baba-bebek etkileşimi dolayısıyla çocuğun daha sonraki gelişimi olumsuz yönde etkilenmektedir. (Wiederstrom ve ark. 1997).

Anne-baba-bebek etkileşimini inceleyen çalışmalarda 1970'li yıllara kadar bebeklerin çaresiz, yardıma ve sosyalleştirilmeye gereksinimleri oldukları belirtilmiş, bebeğin pasif bir organizma olduğu, anne baba davranışlarından ve çevresel koşullardan etkilendiği, bebeğin davranışlarının çevresi üzerinde etkili olmadığı, bebekteki deği-

* Bu araştırma Ankara Üniversitesi Rektörlüğü tarafından desteklenen 96-04-00-04 kodlu projenin bir bölümü olarak yapılmıştır

** Doç. Dr., Ankara Üniv. Eğitim Bilimleri Fak., Ankara

şikliklerin çevrenin değişmesi ile ortaya çıktığı kabul edilmiştir. 1970'li yılların başlarında ebeveyn-bebek etkileşimine yeni bir bakış açısı getirilmiş, Bell ve Bell (1974), anne-bebek etkileşimini çift yönlü etkileşim kavramı ile açıklamışlardır. Bu araştırmacılara göre bebek, bakan kişinin davranışlarından etkilenirken, bakan kişinin davranışları da bebekten etkilenmektedir. Bebeğin özellikleri ile bakan kişinin (anne babanın) özellikleri etkileşime ortak olarak katkıda bulunmakta, bebek kendi çevresini yönlendirmektedir (aktaran: Peterson 1987).

Anne baba ve bebek etkileşimine ilişkin veriler uzun yıllar süresince farklı özelliklere (düşük sosyoekonomik düzey, çocuğun prematüre olması ya da çocukta gelişimsel yetersizlik, vb.), sahip bir çok anne-bebek ikilisinden toplanmış ve etkileşimin çocuğun gelişimsel özellikleri ve büyüme hızı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. (Mahoney ve ark. 1998). Bebeklerin / küçük çocukların gelişimsel gerilikleri anne baba ve bebek etkileşimini etkileyen çocuğa ilişkin temel faktörlerden en önemlisi olarak kabul edilmiş; çocuğun özellikleri ve yetersizliğinin etkileşim sırasındaki anne davranışlarını belirleyici rol oynadığı (Barrera ve Vella 1987), bebeklik dönemindeki herhangi bir yetersizliğin özellikle anne-çocuk etkileşimini iki şekilde etkilediği açıklanmıştır. Bebeğin anne babasına tepki verme ve etkileşim başlatma davranışlarındaki farklılıklar ya da bu davranışların olmaması etkileşimi doğrudan etkilemekte; benzer şekilde annenin, bebeğin yapabilecekleri ya da yapamayacaklarına ilişkin algı ve varsayımları da bu etkileşim örüntüsünü değiştirerek annenin davranışlarında farklılığa yol açmaktadır. Bu nedenle engelli bebek ve anne baba etkileşiminin hem anne baba hem de bebek açısından ayrı ayrı değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Wiederstrom ve ark. 1997).

Engelli olan bebek ve küçük çocukların etkileşim davranışlarını inceleyen çalışmalarda bu etkileşimin, engeli olmayan çocuk-anne ikilisinin etkileşim örüntülerinden nasıl farklılaştığı üzerinde durulmaktadır (Mahoney ve Powell 1988). Engelli bebeklerin gelişimsel özelliklerinin etkileşimi olumsuz yönde etkileyebileceği; anne baba-

nın ve diğerlerinin davranışlarını motive eden/değiştirebilen etkileşime yönelik davranışların, bu bebeklerde daha zayıf olduğu ya da hiç ortaya çıkmadığı gözlenmektedir. Bu bebekler engelli olmayan bebeklere göre göz kontağı kurma, yetişkine bakma ve gülümseme davranışlarını daha az sergilemekte; ebeveynin onu kucakta tutmasına daha az tepki vermekte, sözel olmayan iletişimi ağlama ve ses çıkarma ile sağlamaya çalışmakta, kolay rahatsız olmakta, ağlamalarının süresi ve sıklığı yaşlılarından daha fazla olmaktadır (Peterson 1987). Engelli çocukların etkileşim sürecinde engelli olmayan yaşlılarına göre daha pasif oldukları, Down Sendrom'lu çocukların daha az göz kontağı kurdukları ve ses çıkardıkları, bu yetersizliklerin de anne ile etkileşimsel oyunlarının az olmasına yol açtığı gözlenmiştir (Fisher 1987). Fiziksel engelli bebekler ve küçük çocuklar başını tutamama, postür bozuklukları gibi varolan fiziksel yetersizlikleri nedeniyle anneleriyle göz kontağı kurmakta zorlanmakta (Barrera ve Vella 1987), Down Sendrom'lu ve gelişimsel geriliği olan çocuklardan daha az etkileşim davranışı sergilemektedirler. (Brooks-Gunn ve Lewis 1984).

Bebeğin herhangi bir gelişimsel problemi olması sonucunda anne babaların depresif duygulanım ve kızgınlık duyguları ile çocuğa karşı reddetme duyguları ve ilgisizlikte artma, ebeveyn olarak yeterliği ve çocukla mutlu olmada azaldığını hissetme, ortaya çıkabilmekte ve evlilik problemleri yaşanabilmektedir (Peterson 1987). Anne babaların bu duyguları yaşamaları çocukla etkileşimlerini olumsuz yönde etkilemekte; bunun sonucu olarak çocuklarıyla daha az ilgilenmekte, daha az kucaklarına alabilmekte ve çocuğun gelişimsel gereksinimlerini fark etmeyebilmektedirler.

Zihinsel engelli bebeğe sahip annelerin etkileşimsel davranışları engelli olmayan çocuğa sahip annelerin davranışlarından farklılaşmakta; bu anneler etkileşim sürecinde sıra alma, konuşma, duygularını ifade etme ve fiziksel temas kurma, sosyal ilişki başlatma, olumlu tepki verme davranışlarını daha az sergilemekte, dolayısıyla çocuklarıyla sınırlı etkileşim kurmaktadır (Levy-Schiff 1984). Bu davranışların yanı sıra

öğretme ve kontrol etme davranışlarını engelli olmayan çocuğa sahip annelere göre daha fazla sergilemektedirler. Fiziksel engelli çocuğa sahip annelerle normal çocuğa sahip annelerin etkileşimlerini karşılaştıran bir çalışmada, fiziksel engelli çocuğa sahip annelerin çocuklarıyla etkileşime girdikleri ancak etkileşimin bakım ağırlıklı olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada Down sendrom'lu ve fiziksel engelli çocukların annelerinin gelişimsel geriliği olan çocukların annelerinden daha fazla sayıda etkileşimsel davranış sergiledikleri, çocukların gelişimsel yaşı arttıkça annenin etkileşimsel davranışlarının da arttığı görülmüştür (Brooks-Gunn ve Lewis 1984).

Engelli ya da risk grup çocuğa sahip annelerde bazı etkileşimsel davranışların daha az olması yanı sıra bazı davranışlarında fazla ortaya çıktığı gözlenmektedir, annenin yönlendirici ve kontrol edici davranışlarının engelli çocukların etkileşim başlatma çabalarını azalttığı ve gelişimini olumsuz yönde etkilediği kabul edilmektedir (Marfo 1989).

Anne bebek etkileşim örüntülerinin çocuğun tüm gelişimi için önemli olduğu, engelli çocukların gelişimsel özelliklerine uygun etkileşim örüntüleri geliştirilmesinin bu çocukların daha sonraki gelişimleri, öğrenmeleri, sosyal becerileri üzerinde farklılık yaratacağı düşüncesinden hareketle anne bebek etkileşimini temel alan, çocuğun gelişimini destekleyici olumlu davranış örüntüleri geliştirmeyi hedefleyen erken eğitim programlarının hazırlanması gerekmektedir. Bu programlarla annelerin çocuklarının özelliklerini anlayarak, çocuğun yeterliliğini arttıracak doğal etkileşim stratejileri geliştirmeleri ve bu stratejileri kullanmaları amaçlanmaktadır (Marfo 1989). Ülkemizde anne çocuk etkileşimini inceleyen çok sınırlı çalışma bulunmaktadır. Doğan (1995), bir erken eğitim programına katılmış ve böyle bir programa katılmamış olan işitme engelli küçük çocukların anneleriyle sözel etkileşimlerini incelemiş; erken eğitim programına katılmış anne çocuk ikililerinin bazı etkileşim davranışlarında farklılıklar olduğunu gözlemiştir. Bir başka çalışmada Down Sendromu nedeniyle gelişimsel gerilik tanısı alan 8 bebekle çalışılmış,

2-30 aylık olan bebeklerin gelişimini desteklemek üzere hazırlanan bir erken eğitim programının anne-bebek etkileşimi üzerindeki etkisi araştırılmış; erken eğitim programının anne bebek ikililerinin etkileşimsel davranışları üzerinde olumlu etkisi olduğu gözlenmiştir (Kanık-Richter 1998). Ceber (1998) zihinsel engelli bebeklerin anneleriyle olan etkileşimlerini zihinsel engelli olmayan çocuk/anne ikililerinin etkileşimleri ile karşılaştırdığı çalışmasında; zihinsel engelli bebeklerin yaşlarına göre daha fazla olumsuz davranış, tepki vermeme ve olumsuz tepki sergilediklerini bulmuştur. İki grup annenin davranışları karşılaştırıldığında zihinsel engelli bebeğe sahip annelerin ısrar etme, olumlu duygu ifade etme ve etkileşim başlatma, tepki verme, etkileşim sürdürme, etkileşimli oyun oynama, uygun oyuncak seçme davranışlarını diğer annelerden daha az sergiledikleri gözlenmiştir.

Engelli çocuk-anne ikililerinin etkileşimsel davranışlarının sıklığını bilmek, bu davranışlara dayalı erken eğitim programlarının geliştirilmesinde sınırlı kalabilmekte, anne ve bebeğin/çocuğun etkileşim davranışlarına ilişkin daha ayrıntılı bilgiye gereksinim duyulabilmektedir. Özellikle annenin etkileşimsel davranışlarının ile annenin ya da çocuğun etkileşim başlatma davranışlarına çocuğun ya da annenin hangi tepkileri verdiklerinin incelenmesinin, programların geliştirilmesinde rehber olacağı düşünülmektedir. Annenin ve çocuğun hangi etkileşim başlatma davranışlarının hangi boyutlarında değişiklik yapılması gerektiğinin incelenmesi ile gelişimi destekleyebilecek etkileşim örüntüsü oluşturmayı hedefleyen programların hazırlanması kolaylaşacaktır. Bu düşünceden hareketle bu çalışmada; 1. zihinsel engelli olan ve olmayan çocuğa sahip annelerin etkileşimsel davranışlarının nitelikleri, 2. annelerin ve çocuklarının etkileşim başlatma ve tepki verme davranışlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışma Grubu: Yaşları 5-30 ay arasında değişen, 30 çocuk araştırmanın çalışma grubunu oluşturmuşlardır. 15 çocuk üniversite hastanele-

rinden zihinsel engelli / gelişim geriliği tanısı almış, diğer 15 çocuk ise herhangi bir gelişimsel problem nedeniyle hastaneye gönderilmemiş normal bebeklerdir. İki grup çocuk ve anneleri etkileşim üzerinde farklılığa yol açabilecek değişkenleri kontrol edebilmek amacıyla bire bir eşleştirilmişlerdir. Çocuklar cinsiyetleri ve takvim yaşları temel alınarak eşleştirilmiş, iki grubun takvim yaşları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. ($t=0.290$, $p>.05$). Anneler de öğrenim düzeyi, çalışıp çalışmama, yaş ve çocuk sayıları gibi değişkenler temel alınarak eşleştirilmişlerdir.

Veri Toplama Araçları: Çalışmada anne bebek etkileşimini değerlendirmek amacıyla iki araç kullanılmıştır:

1. Anne / Yetişkin Katılım Envanteri (Parent/Caregiver Involvement Inventory /AYKE): Envanter, Jay ve Farran tarafından 1979 yılında anne bebek etkileşimini kolay ve pratik olarak değerlendirebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Öncelikle 3-5 yaş grubu çocuğa sahip annelerin çocuklarıyla etkileşimlerini, etkileşim davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen envanter 1981' de 3 yaş altında çocuğa sahip annelerin de etkileşimlerini değerlendirebilmek amacıyla yeniden düzenlenmiştir (Farran ve ark. 1986). AYKE, çocukla etkileşime giren annenin / yetişkinin davranışları üzerinde odaklanmış, çocuğun etkileşime katkısı göz ardı edilmiştir. Envanterde fiziksel katılım, sözel katılım, tepkiselik, oyun, öğretme ve kontrol davranışları, etkinliklerin birbiriyle ilişkisi, amaç belirleme olmak üzere 11 davranış türü bulunmaktadır. Her davranış miktar, nitelik ve uygunluk olmak üzere üç boyutta değerlendirilmiştir. Miktar, yetişkinin o davranışı ne kadar gösterdiği, nitelik davranışların sıcaklık ve kabul ediciliğini, uygunluk ise davranışların çocuğun gelişim düzeyi, ilgileri ve motor kapasitesine ne kadar uygun olduğunu ifade etmektedir. Envanterin 12. maddesi, davranışları genel olarak değerlendiren 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu madde ile genel olarak yetişkinin davranışlarının uygunluğu, niteliği değerlendirilmektedir. Envanterde yer alan 11 davranış için miktar, nitelik ve uygunluk ölçüleri

davranışsal olarak tanımlanmıştır. Yetişkin davranışları miktar, uygunluk ve nitelik boyutlarında 1-5 arası derecelendirilmektedir. 1, 3 ve 5 puanları davranışsal olarak tanımlanmıştır. Eğer gözlenen davranış, 1, 3 ya da 5 ile ifade edilen tanımlar arasına düşüyorsa, 2 ya da 4 puanla değerlendirilmektedir. Yetişkinin her davranışın miktar, nitelik ve uygunluk boyutlarında aldığı puanlar toplanarak üç toplam puan elde edilmekte; bu puanlar değerlendirilen davranış sayısına bölünerek de miktar, nitelik ve uygunluk puanları ortalamaları elde edilmektedir.

AYKE' nin orijinal formuna bakıldığı zaman iki türlü güvenilirlik çalışması yapıldığı görülmektedir. Birinci yöntemde davranış gözlemlerine dayalı ölçeklerde sıklıkla uygulanan gözlemler arası tutarlılık katsayısının (Alberto ve Troutman 1986), ikinci yöntem ise Cronbach a iç tutarlılık katsayısının hesaplanmasıdır. Bu çalışmada öncelikle Cronbach a hesaplanmış, a değerleri miktar boyutu için .84, nitelik boyutu için .72 ve uygunluk boyutu için ise .77 bulunmuştur. AYKE ile toplanan verilerin güvenilirliğini hesaplamak için izlenen ikinci yol, denekler arasından yansız atama ile seçilen sekiz çocuğun video kasetlerinin 1 hafta arayla iki kez seyredilerek gözlemler arası tutarlılık katsayısının hesaplanmasıdır. Analiz sonucunda gözlemler arası tutarlılık katsayılarının 11 madde için .70 ile .85 arasında değiştiği bulunmuştur. Yapılan güvenilirlik çalışmaları, AYKE ile toplanan verilerin güvenilir göstermektedir.

2. Tepki sınıflama matrisi (TSM): Mash ve ark. (1973) tarafından anne bebek davranışlarını; annenin davranışlarına bebeğin tepkileri ve bebeğin davranışlarına annenin tepkileri olmak üzere iki matris kullanılarak değerlendirmek üzere geliştirilmiş bir gözlem formudur. Anne ve bebeğin etkileşimsel davranışlarının objektif olarak tanımlandığı form ile annenin etkileşim başlatma davranışlarına bebeğin tepki davranışları, bebeğin etkileşim başlatma davranışlarına ise annenin tepkileri gözlenerek anne bebek etkileşim örüntüsü belirlenmeye çalışılmaktadır. Mash ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu form anne bebek etkileşimini araştıran bazı çalış-

malarda, çalışmaların amacına göre tekrar düzenlenmiştir (Mash ve Johnson,1982, Barrera ve ark., 1986). Barrera ve arkadaşları Tepki Sınıflama Matriksini temel alarak yeni bir gözlem formu hazırlamışlar, anne ve bebeğe ait 15 etkileşimsel davranış tanımlamışlardır. Bu çalışmada ise Barrera ve arkadaşlarının (1986) gözlem formu ile anne ve bebeklerin etkileşimsel davranışları gözlenmiş, bazı davranışların formdan çıkarılmasına bazı davranışların ise tanımlarının değiştirilmesine karar verilmiştir. Örneğin çocuğun etrafına bakma davranışı, orijinal formda çocuğun çevresine bakması, keşfetmeye çalışması olarak tanımlanmış, bu çalışmada ise bu davranışların yanı sıra çocuğun annesinin gösterdiği

oyuncağa bakma davranışı da bu kategoriye eklenmiştir. Benzer şekilde yönerge davranışı annenin çocuğu sözel ya da fiziksel yönlendirmesine ek olarak çocuğuna oynaması için oyuncak göstermesini de içerecek şekilde yeniden tanımlanmıştır. Formun son şeklinde yönerge, soru, onay/ödül, bakış, gülümseme, etkileşim (karşılıklı ilişki kurma, nötr ya da açıklayıcı sözel ifadeler, fiziksel ilişki kurma), olumsuz davranış, tepki yok / hiç etkileşim yok olmak üzere 9 anne davranışı, ses, söz, soru, yönergeye uyma, bakış, gülümseme, etkileşim, yalnız oyun, olumsuz/yönergeye uymama, tepki yok ve etrafa bakma olmak üzere 11 çocuk davranışı yer almıştır. (Tablo 1)

Tablo 1: Tepki sınıflama matriksi davranış kategorileri

Anne ve Çocuk Davranışları *	Davranışların tanımları
Ses (SES)	Anlamı olmayan sesler
Söz (SÖZ)	Anlaşılabilir söz ya da sözcükler
Soru (SORU)	Kim, ne, nerede, ne zaman, nasıl, niçin gibi soru sözcükleri Ne yapıyorsun, oyun mu oynuyorsun, bu ne gibi soru ifadeleri
Bakış (BAK)	Fiziksel etkinlik yok diğer kişinin yüzüne bakma
Gülümseme (GÜL)	Diğerinin yüzüne bakarken gülümseme
Yönergeye uyma (YÖNUY)	Annenin yönergelerine uyma ya da uyma çabaları
Etkileşim (ETKİ)	Karşılıklı ilişki kurma, nötr ya da açıklayıcı sözel ifadeler , fiziksel kontak ya da işaretleri dikkat ve ilgi için kullanmak, çocuğun annesine oyuncak göstermesi
Yalnız oyun (OYUN)	Oyuncaklar ya da diğer nesnelere yalnız oynama, anneye ilişki kurmaya çalışmama
Etrafa bakma (ETRAF)	Çocuğun çevresine bakması, keşfetmeye çalışması, annenin gösterdiği oyuncucağa bakması
Etkileşim yok/Tepki yok (YOK)	Etkileşim yok, bağımsız oyun yok, diğer kategoriler işaretlenemez.
Olumsuz /yönergeye uymama (OLUM)	Yönergeye uymama, yalnız oynama ya da bağırma, oyuncak atma gibi olumsuz davranış gösterme
Yönerge verme (YON)	Annenin çocuğu yönlendiren ifadeleri, oyuncak göstererek çocuğu yönlendirmeye çalışması
Onay/Ödül (ONAY)	Çocuğun davranışını onaylayan , çocuğu cesaretlendiren sözler, davranışlar (Aferin, çok güzel gibi sözcükler ve okşama, öpme gibi davranışlar
Olumsuz (OLUM)	Annenin sözel ya da sözel olmayan çocuğu cesaretlendirmeyen, onaylamayan davranışları

TSM de Anne ve çocuk davranışları etkileşim başlatma ve tepki verme davranışları olarak ayrı ayrı kodlanmıştır. Etkileşim başlatma davranışları E, tepki verme davranışları ise T harfleriyle gösterilmiştir. Buna göre CESES çocuğun sesle etkileşim başlattığını, CTSES ise çocuğun annenin etkileşim başlatma davranışına sesle tepki verdiğini göstermektedir. Anne davranışları da benzer şekilde kodlanmıştır. Buna göre AESÖZ annenin sözle etkileşim başlattığını, ATSÖZ annenin çocuğun etkileşim başlatma davranışına sözle tepki verdiğini göstermektedir.

TSM formu ile anne çocuk davranışları zaman örnekleme (time sampling) yöntemi ile kayıt edilmekte, 10 dakikalık gözlem süresi 10 saniyelik aralıklara bölünmekte ve gözlemci her 10 saniye sonunda ortaya çıkan etkileşim başlatma ve tepki verme davranışını formda o zaman aralığı için ayrılan yere kayıt etmektedir (Alberto ve Troutman 1986, Zirpoli ve Melloy 1997). Gözlem anne ve çocuklar için ayrı ayrı yapılmakta; 10 dakikalık gözlem sürecinde önce çocuğun etkileşim başlattığı ve annenin bu davranışlara verdiği tepkiler kayıt edilmekte; daha sonra annenin etkileşim başlatma davranışları ile çocuğun bu davranışlara verdiği tepkileri belirlenmektedir. Böylece her çocuk-anne ikilisi için TSM formu iki kez doldurulmakta; 10 dakikalık gözlem sonucunda formun satırları annenin ya da bebeğin etkileşimsel davranışlarını, sütunlar da anne ya da bebeğin tepkisel davranışlarını göstermektedir. Her 10 saniye sonunda kayıt edilen davranışlar, dolayısıyla davranışın gözlemlendiği aralık sayısı toplam aralık sayısına bölünerek her bir davranışın yüzdesi elde edilmektedir. Bu yüzde değeri, çocuğun ya da annenin gözlem süresinin ne kadarında bu davranışı sergilediğini göstermektedir.

Bu çalışmada TSM gözlem formu ile toplanan verilerin güvenilirliğini test etmek amacıyla gözlemler arası güvenilirlik hesaplanmış, araştırmacı yansız atama ile seçilen beş bebeğin ve annesinin tepki verme ve etkileşim başlatma davranışlarını video kasetten bir hafta arayla iki kez izleyerek iki gözlem arasındaki tutarlılığı hesaplamıştır. Yapılan hesaplamalar sonucunda anne ve çocuk davranışları için gözlemler arası güvenilirlik katsayılarının .71 ile .97 arasında değiştiği bulunmuştur.

Uygulama: Bu çalışmada anne bebek ikililerinin etkileşim örüntüleri, bir başka çalışma için kayıt edilen video bantları kullanılarak değerlendirilmiştir. Anne bebek etkileşimleri, Ankara Üniversitesi, Özel Eğitim Birim'inde bulunan gözlem odasında anneler ile bebeklerin serbest oyun etkinlikleri sırasında 20 dakika süre ile kayıt edilmiştir. Çocukların gelişimsel yaşlarına uygun standart oyuncakların bulunduğu gözlem oda-

sında annelerin bebekleri ile oynamaları istenmiş, "çocuğunuzla, bu oyuncakları kullanarak evinizde her hangi bir boş zamanınızda oynadığınız gibi oynayınız." yönergesi verilmiştir. Video kayıtlarının ilk beş dakikalık kısmı, anne ve bebeğin ortama uyum sağlamaları için belli bir süreye gereksinimleri olması nedeniyle, son beş dakikalık kısmı ise anne ve bebeğin sıkılmış olabilecekleri ve bu nedenle davranışlarında değişiklik olabileceği düşüncesiyle değerlendirme dışı bırakılmış, ortada kalan 10 dakikalık sürede gözlenen etkileşim davranışları kayıt edilmiştir. Tepki sınıflama matrisi ile veri toplama sürecinde gözlem süresi olarak belirlenen 10 dakika 10 ar saniyelik bölümlere ayrılmış, gözlemci her 10 saniye sona erdiğinde ortaya çıkan davranışı TSM formuna kayıt etmiştir.

BULGULAR

Çalışmada öncelikle AYKE ile toplanan veriler, iki grupta yer alan annelerin etkileşimsel davranışlarını miktar, nitelik ve uygunluk açısından karşılaştırmak amacıyla Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiş, engelli bebeklerin anneleri ile engelli olmayan bebeklerin annelerinin etkileşimsel davranışlarının miktar boyutunda anlamlı düzeyde farklılaştığı ($U=27.5, p<.05$) ancak davranışların niteliği ve çocuklarının gelişimine uygunluğu açısından farklılaşmadığı bulunmuştur.

İki grup annenin etkileşimsel davranışlarının hangilerinin miktar boyutunda farklılaşma olduğunu anlamak için AYKE'de yer alan 11 maddenin miktar boyutlarında Mann-Whitney U testi ile karşılaştırma yapılmış ve iki grup annenin amaç belirleme ($U=41.5, p<.05$), kontrol ($U=42.5, p<.05$) ve öğretim davranışlarının ($U=47.5, p<.05$) miktar boyutlarında anlamlı farklılaşma olduğu görülmüştür. Her üç davranış için engelli çocuğa sahip annelerin sıra ortalamaları engelli olmayan çocuğa sahip annelerin sıra ortalamalarından fazladır.

Çalışmada TSM gözlem formu ile toplanan veriler de normal ve engelli bebekler ile annelerinin etkileşim başlatma ve tepki verme davranışlarını

karşılaştırmak amacıyla Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda engelli ve engelli olmayan çocukların annelerinin etkileşimsel davranışları, etkileşim yok/tepki yok ($U=46.00$, $p=.009$) davranışı dışında anlamlı şekilde farklılaşmadığı, engelli olmayan çocuğa sahip annelerin etkileşim başlatma çabalarının daha az olduğu gözlenmiştir. Çocukların etkileşim davranışlarına ilişkin yapılan analizler sonucunda ise iki grup çocuğun, oyun oynama ($U= 37.00$, $p= .002$), tepki yok ($U= 32.00$ $p=.001$), yönergeye uyma ($U=47.00$, $p= .01$) gibi etkileşim başlatma; annelerinin etkileşim kurma davranışlarına karşı etkileşim kurma ($U= 42.00$, $p=.005$), yalnız oyun ($U= 29.00$, $p= .001$) tepki yok ($U= 23.00$, $p= .000$) gibi tepki davranışlarında anlamlı derecede farklılık olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlara göre engelli çocuklar daha az etkileşim başlatma, yönergelere uyma, etkileşime girme çabasında bulunmaktadırlar. Engelli olmayan çocuklar ise annelerinin etkileşim kurma davranışlarına tepki olarak kendi kendilerine oyun oynamakta, engelli çocuklara göre daha fazla etkileşim kurmaya çabalamaktadırlar.

Tepki sınıflama matrisi ile toplanan verilerin analizi sonucunda iki grup anne ve çocuğun etkileşim davranışlarının çok çeşitlenmediği, etkileşim sürecinde bazı davranışların daha fazla sergilendiği görülmüştür. Annelerin çocuklarıyla etkileşim başlatmadıkları, çoğunlukla yönerge verdikleri, çocuğa tepkisiz kaldıkları görülmüştür.

İki grup çocuğun etkileşim davranışlarının süre ortalamalarına incelendiğinde zihinsel engelli çocukların gözlem süresinin % 20 sinde etrafa baktıkları, % 19 unda etkileşim başlatma çabasına girmedikleri gözlenmiştir. Çocukların annelerinin etkileşim başlatma davranışlarına verdikleri tepkiler incelendiğinde gözlem süresinin % 25 inde etrafa baktıkları, % 12 sinde oyun oynadıkları, % 20 sinde ise tepki vermedikleri bulunmuştur. Engelli olmayan çocukların ise 10 dakikalık sürenin % 17 sinde etrafa baktıkları, % 45 inde oyun oynadıkları dolayısıyla etkileşim başlatmaya çalışmadıkları tepki verme davranışlarının yüzde ortalamalarına bakıldığında da sürenin % 33 ünde oyun oynadıkları, % 12 sinde ve-

rilen yönergeye uydukları, % 16'sında ise etrafa baktıkları bulunmuştur (Tablo 2)

Tablo 2: Engelli olan ve olmayan çocukların etkileşim davranışları yüzde ortalamaları

Davranışlar	Engelli olmayan çocukların etkileşim davranışları yüzdeleri		Engelli çocukların etkileşim davranışları yüzdeleri	
	Ortalama %	SS	Ortalama %	SS
CESES	5.8	8.3	9.7	7.5
CESÖZ	7.4	11.6	.1	.4
CESORU	1.6	5.2	.0	.0
CEGÜL	.4	.7	1.5	2.6
CEBAK	4.0	5.5	5.9	6.1
CEYÖNUY	8.7	5.8	3.8	6.5
CEOLUM	2.6	3.6	4.8	7.4
CEOYUN	45.4	16.1	20.5	21.6
CEETKI	5.9	8.1	3.7	9.0
CEYOK	2.3	6.9	19.0	21.6
CEETRAF	17.8	13.2	30.0	21.1
CTSES	6.2	7.1	9.2	6.6
CTSÖZ	4.0	7.0	.0	.0
CTSORU	.9	3.1	.0	.0
CTGÜL	1.2	2.6	2.0	3.4
CTBAK	4.8	6.5	6.2	4.4
CTYÖNUY	12.9	8.9	9.6	7.6
CTOLUM	3.2	3.7	8.2	6.7
CTOYUN	33.0	14.2	12.3	12.4
CTETKI	14.9	10.4	4.3	5.8
CTYOK	2.5	4.3	20.3	18.2
CTETRAF	16.5	11.4	25.3	20.2

Engelli olan ve olmayan çocuğa sahip annelerin etkileşim davranışlarının yüzde ortalamalarına bakıldığında engelli çocuk annelerinin gözlem süresinin % 43 ünde yönerge vererek, % 33 ünde ise ses ya da sözel olmayan yolla etkileşim başlattıkları görülmüş, % 28 inde çocuklarının etkileşim başlatma çabalarına yönerge vererek tepki verdikleri, % 42 sinde de etkileşime girdikleri, % 15 inde çocuklarına tepki vermedikleri görülmüştür (Tablo 3). Engelli olmayan çocuk anneleri ise sürenin %36'sında yönerge vermişler, %26'sında etkileşime girmeye çalışmışlar, % 28'inde ise etkileşim başlatma çabası (etkileşim yok/tepki yok) göstermemişlerdir. Bu grup an-

nenin tepki verme davranışlarına bakıldığında da sürenin çocuğun etkileşim başlatmasına tepki olarak %26'sında yönerge verdikleri, % 36'sında etkileşime girdikleri ve % 24'ünde de hiç tepki vermedikleri gözlenmiştir.

Tablo 3: Engelli olan ve olmayan çocuğa sahip annelerin etkileşim davranışları yüzde ortalamaları

Davranışlar	Engelli olmayan çocuğa sahip annelerin etkileşim davranışları yüzdeleri (%)		Engelli çocuğa sahip annelerin etkileşim davranışları yüzdeleri (%)	
	Ortalama %	SS	Ortalama %	SS
AEBAK	.1	.4	.1	.4
AEETKİ	26,2	11.6	33.0	13.2
AEGÜL	.8	2.0	.3	.7
AEOLUM	2.6	3.3	3.5	4.8
AEONAY	1.7	3.3	.9	2.6
AESES	.0	.0	.0	.0
AESORU	3.2	3.8	2.8	3.2
AESÖZ	.0	.0	.0	.0
AEYOK	28.0	16.5	15.1	11.0
AEYÖNER	36.6	16.2	43.9	13.4
ATBAK	.0	.0	.0	.0
ATETKİ	36.9	14.0	42.4	16.3
ATGÜL	1.5	2.5	1.3	2.7
ATOLUM	2.4	3.2	4.1	6.0
ATONAY	1.6	3.3	2.5	5.5
ATSORU	4.1	5.4	4.5	4.0
ATSÖZ	.0	.0	.0	.0
ATTEPKİ	24.0	16.6	15.6	9.9
ATYÖN	26.9	13.4	28.5	12.1

TARTIŞMA

Bu araştırma zihinsel engelli olan olmayan çocuk-anne ikililerinin etkileşimsel davranışlarını karşılaştırmalı olarak inceleyen Ceber'in (1998) çalışmasının devamı niteliğinde bir çalışmadır. Ceber çalışmasında zihinsel engelli olan ve olmayan çocuk-anne ikililerinin etkileşim davranışlarının sıklıklarını karşılaştırmış, bu çalışmada ise anne-çocuk etkileşimine odaklanan erken eğitim programlarının hazırlanmasına temel

oluşturmak üzere anne davranışlarının niteliği ve anne-çocuk davranışlarının süreleri karşılaştırılmış; annenin ve çocuğun etkileşim başlatma ve tepki verme davranışları incelenmiştir. Anne davranışlarının niteliğine ilişkin veriler Anne/Yetişkin Katılım Envanteri ve anne çocuk etkileşim örüntülerine ilişkin veriler ise Tepki Sınıflama Matrisi ile toplanmış, her iki araçla toplanan verilerin güvenilirliği sağlanmaya çalışılmıştır.

Engelli olan ve olmayan çocukların anneleriyle etkileşimlerini ve özellikle çocuğun zihinsel engelinin etkileşim davranışları üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik çalışmalar iki grupta toplanabilir. Birinci grupta zihinsel engelli olan ve olmayan çocuklar takvim yaşlarına göre eşleştirilmiş, böylece aynı takvim yaşında ancak farklı gelişimsel düzeyde olan çocukların etkileşim davranışları karşılaştırılmıştır. Etkileşimi inceleyen ikinci grup araştırmalarda ise zihinsel engelli ve engelli olmayan çocuklar takvim yaşları yerine gelişimsel düzeyleri, oyun becerileri ya da zeka düzeylerine göre eşleştirilmişler, böylece gelişimsel düzeyleri aynı olan iki grup çocuk ve annelerinin etkileşim davranışları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda etkileşimsel davranışların doğrudan çocuğun bilişsel gelişimi ile ilişkili olduğu açıklanmış, bilişsel becerilerin azalması ile hem annenin hem de çocuğun etkileşim davranışlarında farklılıklar ortaya çıkacağı kabul edilmiştir. Takvim yaşına göre eşleştirilen zihinsel engelli olan ve olmayan çocuklar ile annelerinin etkileşimsel davranışları arasında farklar olduğu, annelerin çocuklarıyla etkileşim başlatmaya çalıştıkları ancak etkileşim başlatma davranışlarının genellikle çocuğa yönerge verme ve çocuğu kontrol etme davranışlarından oluştuğu bulunmuştur (Marshall ve Hegerenes 1973, Stoneman ve ark. 1983). 6-18 yaş zihinsel engelli çocukların anneleriyle olan etkileşimleri, engelli olmayan yaşlıları ile karşılaştırıldığında da zihinsel engelli çocukların annelerinin yönerge verme ve kontrol etme davranışlarını daha fazla sergiledikleri görülmüştür (Floyd ve Philippe 1993). İki grup çocuğun gelişimsel yaşlarına ya da oyun becerilerine göre eşleştirildiği çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuş

ve çocukların gelişimsel farklılıklarının annenin etkileşimsel davranışlarını etkilediği, zihinsel engelli çocukların daha az etkileşim başlattıklarını dolayısıyla annelerin de çocuklarına daha az tepki verdikleri görülmüştür. (Eheart 1982).

Bu çalışmada öncelikle zihinsel engelli olan ve olmayan çocuğa sahip annelerin etkileşimsel davranışları karşılaştırmalı olarak incelenmiş, iki grup annenin etkileşim davranışlarının nitelik ve uygunluğu açısından farklılaşmadığı ancak amaç belirleme, kontrol davranışları ve öğretme davranışlarının miktar boyutlarında anlamlı düzeyde farklılaştığı gözlenmiş, zihinsel engelli çocuk annelerinin bu üç grup davranışının miktar sıra ortalamalarının engelli olmayan çocuğa sahip annelerin sıra ortalamalarından daha fazla olduğu görülmüştür. Buna göre zihinsel engelli çocuk anneleri çocuklarını daha fazla kontrol etmeye ve öğretmeye çalışmakta, çocukları ile yaptıkları etkinliklerde daha fazla amaç belirlemektedirler.

AYKE' de amaç belirleme davranışının miktarı, yetişkinin çocuğun davranışları için beklentilerinin derecesini göstermektedir. Annenin bir amaç belirlemesi ve bu amacı yerine getirmek için ısrarcı olması, amacın yerine getirilmesini izlemesi ve yönergeleri tekrar etmesi önemlidir. Engelli çocukların anneleri çocukla birlikte etkinlik yapabilmek için çok fazla amaç belirlemekte, ancak çocuğun dikkatini çekemedikleri ya da çocuğun bu amaca uymak istemediği durumlarda vazgeçmekte, hemen bir başka amaca (oyuncağa) yönelmektedirler. AYKE' de kontrol davranışı; annenin çocuğun etkinliklerinin tümünü yapılandırması ve organize etmesi, öğretme davranışı ise annenin çocuğun repertuarında olan eski bir beceriyi ya da yeni bir beceriyi öğretmeye çalışması olarak tanımlanmıştır. Bu iki davranışın miktarının engelli çocukların annelerinde fazla görülmesi; bu annelerin çocuklarını diğer gruba göre daha fazla kontrol ettikleri, çocuğun tüm etkinliklerinin kendilerinin düzenlediği ve çocuğun istediği etkinliği seçmesine izin vermedikleri şeklinde yorumlanabilir. Engelli çocuk anneleri çocuklarına sürekli olarak bir beceri öğretmeye çalışmakta, çocuklarıyla olan etkileşimleri öğretmeye odaklanmaktadır. Bu sonuçlar, engelli

çocuğa sahip annelerin çocuklarının gelişim düzeylerine, ilgilerine ve gereksinimlerine uygun amaç belirleyemedikleri, etkileşimlerinin oyun değil, öğretme ağırlıklı olduğu ve etkileşim etkinliklerini sürekli olarak öğretme amacıyla planladıkları, dolayısıyla etkileşimlerinin niteliğinin azaldığı şeklinde yorumlanabilir. Özellikle engelli çocuklar ve aileleri için hazırlanan erken eğitim programlarında annelerin bu davranışlarının değiştirilmesi ve farklılaştırılmasının çocukların gelişimleri ve etkileşimin kalitesi açısından çok önemli olacağı düşünülmektedir.

Engelli çocuk annelerinden elde edilen verilerle ulaşılan sonucu AYKE'nin daha önce engelli çocuğa sahip annelerin etkileşimsel davranışlarını incelemek amacı ile kullanılmamış olması nedeni ile başka araştırma sonuçları ile karşılaştırmak mümkün olmamıştır. Ancak, Fagan ve Dore (1993) çocuklarını ihmal eden ve etmeyen annelerin davranışlarını AYKE ile topladığı veriler üzerinden karşılaştırdığı bir çalışmada iki grup annenin etkileşimsel davranışlarının farklılaştığı bulunmuştur. Bu çalışmada araştırmacılar topladıkları veriler üzerinden faktör analizi yapmışlar, analiz sonucunda envanterde yer alan maddelerin uygunluk, olumlu tepkiler ve olumlu kontrol adları altında 3 faktörde toplandığını bulmuşlardır. Araştırmacılar iki grubun davranışlarını bu üç boyutta karşılaştırmışlar, çocuklarını ihmal eden annelerin gelişimsel uygunluk ve olumlu tepkiler boyutlarında ihmal etmeyen annelerden farklılaştıklarını ve bu annelerin çocuklarına daha az tepki verdiklerini, daha az çocukların gelişimine uygun davrandıklarını bulmuşlardır.

Engelli olan ve olmayan çocuğa sahip annelerin davranışlarının nitelik ve uygunluk boyutlarında farklılaşmaması çocukların engelli olup olmasından bağımsız olarak, iki grup annenin davranışlarının nitelik ve uygunluğunun benzer olması açıklanabilir. Yapılan gözlemlerde tüm annelerin sürekli olarak çocuklarıyla etkileşim kurmaya çalıştıkları, çocuklarının özelliklerine uygun oyuncak seçemedikleri, sürekli yönerge verdikleri, çocuklarının onların konuşmalarını anlayıp anlamadıklarına dikkat etmedikleri, ortamda olan oyuncakları sürekli olarak çocukları

na gösterdikleri ancak hemen o oyuncakla oynamaktan vazgeçtikleri gözlenmiştir. Bunların yanı sıra anneler çocuklarını "afetin, çok güzel" gibi ifadeleri kullanarak çok az ödüllendirmişler, çocuklarının dikkatini toplamada zorlanmışlar, iki grup anne de çocuklarını sürekli kontrol etmeye çalışmışlar, çocuklarının bakma, gülümseme, ses çıkarma gibi etkileşim başlatma davranışlarını çoğunlukla fark etmemişlerdir. Bu gözlemler temel alınarak engelli çocuğa sahip annelerin bazı davranışlarının sadece miktar boyutunda anlamlı şekilde farklılaşması, ancak davranışların niteliği ve uygunluğu boyutlarında fark olmaması şaşırtıcı değildir. Bu sonuç, engelli çocuğa sahip annelerin yanı sıra 0-4 yaş arası engelli olmayan çocuk annelerinin de çocuklarıyla etkileşim ve etkileşimin çeşitli boyutlarında, çocuklarıyla etkileşim ve oyun konusunda desteğe gereksinimleri olduğunu düşündürmektedir. Tüm annelerin oyun oynama, öğretme becerileri, çocuğun olumlu davranışlarını fark etme ve ödüllendirme / onaylama, çocuğun etkileşim ipuçlarını fark etme ve uygun tepki verme gibi konularda bilgilendirilmeleri ve desteklenmeleri ile çocuklarının gelişim ve gereksinimlerine uygun etkileşimsel davranışlar gösterebilmeleri mümkün olabilecektir. Alan yazında da yaygın olarak kabul edildiği gibi annelerin etkileşim davranışlarını çocuklarının gelişim özellikleri ve gereksinimlerine göre değiştirmeleri çocukların gelişimini doğrudan olumlu yönde etkileyecektir.

TSM ile toplanan verilerle yapılan analizler sonucunda ise iki grup bulgu elde edilmiştir. Öncelikle zihinsel engelli olan ve olmayan çocuk anne ikililerinin etkileşim davranışları incelendiği zaman, engelli çocukların gözlem süresinin çoğunda etkileşim başlatmadıkları bulunmuş, yaşlıtlarına göre annelerinin etkileşim başlatma davranışlarına tepki verme, annelerinin yönergelerine uyma ve etkileşim davranışlarını daha az sergiledikleri gözlenmiştir. Bunların yanı sıra engelli olmayan çocukların daha fazla yalnız / bağımsız oyun oynadıkları, yönergelere uydukları bulunmuştur. Anne davranışlarına ilişkin verilerin analizi sonucunda ise iki grup annenin davranışlarının sadece "etkileşim yok/tepki

yok" olarak tanımlanan tepki yok boyutunda anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür. Bu bulgu engelli olmayan çocuğu olan annelerinin çocuklarını daha çok izlemeyi tercih ettikleri, onlar oyun oynarken etkileşime girmedikleri dolayısıyla engelli çocuk annelerinin daha fazla etkileşime girme çabasında oldukları, çocukları tepki vermese de etkileşime girmeye çalıştıkları şeklinde yorumlanabilir. Ceber (1998) annelerin engelli çocuklarına fazla yönerge vermesini, çocukların zihinsel engelli tanısı olması nedeni ile çocuklarına ilişkin beklentilerinin az olması ve dolayısıyla onları daha fazla yönlendirmiş olabilecekleri şeklinde açıklamıştır.

TSM ile elde edilen ikinci grup sonuç, çocuklar ve annelerin etkileşim süresinin ne kadarını hangi davranışlarla geçirdiklerini göstermektedir. Bu bulgulara göre engelli çocuklar zamanın çoğunu etraflarına bakarak geçirmiş (gözlem süresinin % 30 u), annelerinin yönergelerine çok az uymuş, ve kendi kendilerine oynamışlardır. Anneler etkileşim başlatma davranışları sergiledikleri zaman bu çocuklar çok az tepki vermiş, zamanın çoğunu yine etrafa bakarak ve hiç tepki vermeden geçirmişlerdir. Annelerin etkileşim başlatma davranışlarını çocukların özelliklerine ve gereksinimlerine uyarlamamalarının özellikle zihinsel engelli çocukların yönergelere uymasını güçleştirdiği düşünülmektedir. Engelli olmayan çocuklar gözlem süresinin %45 inde yalnız oyun oynamışlar, anneleriyle etkileşime girmeye çalışmamışlardır. Tablo 2'de görüldüğü gibi bu çocuklar annelerinin etkileşim davranışlarına az tepki vermişler, anneleri etkileşim başlatmak istediği zaman oyun oynamaya devam etmişler, engelli yaşlıtları gibi etraflarına bakmışlardır. Engelli çocuklar zamanın % 20 sinde hiçbir tepki vermezken engelli olmayan çocuklarda bu hiç görülmemiş, bu çocuklar annelerinin yönergelerine engelli yaşlıtlarından daha çok uymuşlardır. Bu sonuçlar, engelli olmayan çocuklar yönergelere daha çok uysalar da, her iki grubun anneleriyle etkileşimlerinin az olduğunu düşündürmektedir.

Annelerin etkileşim davranışlarının karşılaştırılması sonucunda iki grup annenin de etkileşimi genellikle yönerge vererek başlattıkları ve ço-

çocuklarının etkileşim başlatma çabalarına da yine yönerge vererek tepki verdikleri görülmüştür. Ayrıca engelli olmayan çocukların anneleri çocuklarını diğer gruba göre daha fazla izlemişler ve çocuklarına tepkisiz kalmışlardır. İki grup annede belirgin olarak gözlenen bir diğer etkileşim davranışı da "karşılıklı ilişki kurma, nötr ya da açıklayıcı sözel ifadeler, fiziksel kontak ya da işaretleri dikkat ve ilgi için kullanmak ve çocuğun annesine oyuncak göstermesi" olarak açıklanan etkileşimdir. Bu davranış açısından iki grup anne arasında anlamlı fark çıkmamasına karşın engelli çocuğa sahip annelerin etkileşim davranışı yüzde ortalamalarının (%43), diğer anne grubunun yüzde ortalamalarından fazla olduğu (%36) görülmüştür. Annelerin etkileşimsel davranışlarının farklılaşmaması, AYKE ile elde edilen sonucu destekler görünmektedir. Her iki araçla elde edilen bulgular annelerin, çocukların engelli olmasından bağımsız olarak benzer etkileşim örüntüsüne sahip olduklarını göstermektedir. Alan yazında birçok araştırmada engelli ve engelli olmayan çocuğu olan annelerin davranışlarının farklılaştığı vurgulanmaktadır (Marfo 1989, Barrera ve Vella, 1987, Mahoney ve Powell, 1988). Ülkemizde ise iki grup anne arasında çok belirgin fark olmaması, daha önce de belirtildiği gibi çocuğun yetersizliği ya da gelişim özelliklerinden bağımsız olarak annelerin çocuklarının gelişim özelliklerine uygun etkileşim davranışları başlatma ve onların etkileşim başlatma davranışlarını fark ederek uygun tepkiler verme konularında desteğe gereksinimleri olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada anne-çocuk etkileşimi takvim yaşlarına göre eşleştirilmiş çocuk grupları üzerinde belirlenmeye çalışılmıştır. Benzer çalışmanın gelişim düzeylerine ya da bilişsel becerilerine göre eşleştirilmiş gruplar üzerinde yinelenmesi, gelişimsel yetersizliğin anne-çocuk etkileşimi üzerindeki etkilerini ortaya çıkaracak, etkileşim örüntüsünü ve gelişimsel özelliklerin etkileşim örüntüsü üzerindeki etkileri konusunda daha ayrıntılı bilgi verecektir. Bu nedenle benzer çalışmaların gelişimsel düzeylerine göre eşleştirilmiş farklı özelliklerdeki çocuk grupları ile tekrar edilmesi önemli görülmektedir.

Çalışmanın bulguları, kullanılan gözlem formlarının geçerliği konusunda da fikir vermektedir. Etkileşim davranışlarının farklı boyutlarda incelenmesini sağlayan AYKE ve TSM'nin sonuçlarının tutarlı olması ve sonuçların birbirini desteklemesi, özellikle 0-4 yaş arasındaki küçük çocuk-anne ikililerinin etkileşimlerinin güvenilir şekilde değerlendirildiğini kabul edilebilir. Ceber (1998) tarafından geliştirilen ve etkileşim davranışlarının sıklığını değerlendiren gözlem formu da birlikte düşünülerek bu üç gözlem formunun bir paket olarak, farklı özelliklerdeki anne-çocuk ikililerinin etkileşimlerini değerlendirmede kullanılabileceği düşünülmektedir. Son yıllarda bir çok ülkede özellikle engelli ya da gelişimi herhangi bir nedenle risk altında olan çocuklar için teröpotik ve eğitimsel amaçlı programlar hazırlanmakta ve bu programlarda aile sistemlerine ve ailelerin gereksinimlerine odaklanılmaktadır. Bu programlarda bir taraftan çocukların gelişimi destekleyici etkinlikler yapılmakta, diğer taraftan ise aile bireylerinin gereksinimleri karşılanmaya çalışılmaktadır. Anne-çocuk, baba-çocuk ya da anne-baba-çocuk etkileşimsel davranışlarının ayrıntılı olarak incelenmesinin bu programların amaçlarına ulaşmasını kolaylaştıracağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Alberto AP, Troutman CA (1986) *Applied Behavior Analysis for Teachers*. Macmillian Publishing Company, New York
- Barrera ME, Rosenbaum PL, Cunningham CE (1986) *Early home intervention with low-birth weight infants and their parents*. *Child Dev* 57: 20-33.
- Barrera ME, Vella DM (1987) *Disabled and non-disabled infants interactions with their mothers*. *Am J Occup Therapy* 41(3): 168-172.
- Brooks-Gunn J, Lewis M (1984) *Maternal responsivity in interactions with handicapped infants*. *Child Dev* 55: 782-793
- Buckhalt JA, Rutherford RB, Goldberg KE (1978) *Verbal and nonverbal interaction of mothers with their Down Syndrome and non-retarded infants*. *Am J Mental Def* 82 (4): 337-343.
- Ceber H (1998) *Normal ve Zihinsel Engelli Bebeklerde Anne Bebek Etkileşiminin Karşılaştırmalı Olarak İnce-*

İlçemesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi .Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Doğan Ö (1995) Aile Merkezli Erken Eğitim Programlarına Devam Eden İşitme Engelli Çocuklarda Anne-Çocuk Etkileşiminin İncelenmesi.Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi. A.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Ehearth BK (1982) Mother-child interactions with retarded and non-retarded preschoolers. *Am J Mental Def* 87: 20-25.

Fagan J, Dore MM (1993) Mother-child play interaction in neglecting and non-neglecting mothers. *Early Child Dev Care* 87: 59-68.

Farran DC, Kasari C, Comfort M, Jay S (1986) Parent/Caregiver Involvement Scale: Manual. Center for the Development of Early Education.

Floyd FJ, Philippe KA (1993) Parental interactions with children with and without mental retardation: Behavior management, coerciveness and positive exchanges. *Am J Mental Retard* 97 (6): 673-684.

Levy-Shiff R (1986) Mother-father-child interactions: Families with a mentally retarded young child. *Am J Mental Def* 2:141-149.

Fisher MA (1987) Mother-child interaction in preverbal children with Down Syndrome. *J Speech Hear Dis* 52: 179-190.

Kanık-Richter N (1998) Erken Eğitimin Down Sendrom'lu Çocuğu Olan Annelerin Stres ve Anne-Bebek Etkileşim Düzeyine Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Mahoney G, Boyce GC, Fewell RR (1998) The relationship of parent-child interaction to the effectiveness of

early intervention services for at-risk children and children with disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education* 18 (1): 5-17.

Mahoney G, Powell A (1988) Modifying parent-child interaction: Enhancing the development of the handicapped children. *J Spec Educ* 22 (1): 82-85.

Marshall NR, Hegrenes, JR. (1973) Verbal interactions: Mothers and their retarded children vs. mothers and their nonretarded children. *Am J Mental Def* 77:415-419.

Marfo K (1989) Maternal directiveness in interactions with mentally handicapped children: An analytical commentary. *J Child Psychol Psychiatry* 31 (4): 531-549

Mash EJ, Terdal L, Anderson K (1973) The Response-Class Matrix: A procedure for recording parent-child interaction. *J Consult Clin Psychol* 40 (1): 163-164

Mash EJ, Johnston C (1982) A comparison of the mother-child interactions of younger and older hyperactive and normal children. *Child Dev* 53: 1371-1381.

Peterson NL (1987) Early Intervention For Handicapped and At-Risk Children: An Introduction to Early Childhood-Special Education. Love Publishing Company, Denver-London.

Stoneman Z, Brody GH, Abbott D (1983) In-home observation of young Down Syndrome children with their mothers and their fathers. *Am J Mental Def* 87 (6): 591-600.

Wiederstrom AH, Mowder BA, Sandall SR (1997) Infant Development and Risk. Paul H. Brooks Publishing Company, Baltimore.

Zirpoli TJ, Melloy KJ (1997) Behavior management. Prentice Hall, New Jersey.

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA ANNE BABA ÖĞRETMEN EĞİTİMİ: GÖZDEN GEÇİRME

Özlem Erman*

ÖZET

Amaç: Bu yazıda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda (DEHB) anne baba ve öğretmen eğitiminin gelişimi, uygulama biçimleri, etkinliği ve sonuçları gözden geçirilecektir. **Yöntem:** Son 15 yıl içinde DEHB'da anne baba öğretmen eğitimi konusunda yapılmış olan çalışmalar taranmıştır. Sadece anne baba eğitimi konu alan çalışmaların yanı sıra anne baba eğitiminin diğer tedavi yöntemleri ile birlikte uygulandığı karşılaştırmalı çalışmalar da gözden geçirilmiştir. **Sonuç:** Anne baba ve öğretmen eğitimi DEHB'nda etkinliği kanıtlanmış tedavi yöntemlerinden birisi olarak kabul edilmektedir. Kısa süreli çalışmalarda ve az sayıda izleme çalışmasında gerek çocuğun davranışları gerekse anne baba tutumları ve çocukla ilişkiler üzerinde oldukça etkin olduğu bildirilmektedir. Psikostimulan ilaçlarla yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda kısa dönemde etkinlik açısından ilaçlarla anne baba eğitimi arasında fark bulunmazken, uzun süreli izleme çalışmalarında tedavinin kalıcılığı ve DEHB'na eşlik eden diğer sorunlar açısından ilaç ve psikososyal tedavilerin birlikte uygulanması daha etkin bulunmuştur. **Tartışma:** DEHB'nda anne baba öğretmen eğitimi ve birleşik tedavilerin etkinliği konusunda özellikle okul öncesi dönem ve ergenlik dönemindeki olgular ve başka psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği olgular konusunda yeterli bilgi bulunmamaktadır. Tedavinin uzun süreli etkinliği konusunda daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir. **Anahtar Sözcükler:** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, anne baba eğitimi, öğretmen eğitimi, birleşik (kombine) tedaviler

SUMMARY : PARENT AND TEACHER TRAINING IN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: REVIEW

Objective: Improvement, practice and effectiveness of the parent and teacher training in ADHD will be reviewed in this article. **Method:** The studies on the parent and teacher education in ADHD on the last 15 year have been reviewed. In addition, combined studies and comparative studies have been reviewed. **Result:** Training of the teacher and parents should be accepted as an effective mode of treatment in ADHD. In short term studies and few follow-up studies it has been found very effective on the patient behavior, parent attitude and their relations with the child. When psychostimulant drugs were compared with parent education, in short term studies no difference was found in their effects, while in long term studies, combined studies were found superior for the permanency of the effects and for the additional problems accompanying ADHD. **Discussion:** Parent and teacher education have been studied and found effective in ADHD while there is not enough information on their effects on the comorbid psychiatric disorders, preschool and adolescence periods. Long term efficacy of the treatment should also be widely studied.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, parent training, teacher training, combined treatments

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu (DEHB), çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine uygun olmayan aşırı hareketlilik, ataklık (impulsivite) ve dikkat süresinin kalıcı ve sürekli olarak kısılması ile kendini gösteren bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (APA 1994). Çocukluk çağının en sık görülen ruhsal bozukluğudur. Bireyin akademik başarısı, aile hayatı, sosyal ilişki-

leri ve benlik saygısı üzerine olumsuz etkileri olmaktadır. Çocukluğunda bu tanıyı almış olanların önemli bölümünde (%70-80) belirtilerin ergenlik döneminde devam ettiği, %60'ında ise erişkinlikte de sürdüğü bildirilmektedir (Ingram ve ark. 1999). Bu süreç içinde sıklıkla tabloya başka psikiyatrik ve sosyal sorunlar eklenmektedir (Weiss ve Hetchman 1993). Sonuç olarak DEHB gerek sıklığı ve bireylerin yaşamındaki yaygın olumsuz etkileri gerekse topluma getir-

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

diği ekonomik yük nedeniyle en önemli ruh sağlığı sorunlarından birisidir. Bu nedenle özellikle son yıllarda bu sorunun etkin bir biçimde ele alınması ve tedavi yöntemleri üzerine çalışmalar yoğunlaşmıştır.

Bu yazıda DEHB tedavisinde etkinliği kanıtlanmış olan anne baba öğretmen eğitiminin gelişimi, farklı uygulama biçimleri ve etkinliği gözden geçirilecektir. Bu amaçla bu tedavi yönteminin DEHB olgularında tek başına ya da ilaç ve diğer psikososyal tedavilerle birlikte uygulandığı araştırmalar incelemeye alınmıştır.

Tarihçe

Anne baba eğitiminin temelleri Han'ın 1969 yılında çocukların karşı gelmelerini ortadan kaldırmayı amaçlayan 2 aşamalı programına dayanmaktadır (aktaran Barkley 1997). Bu eğitimde önce, anne babalardan çocuğun uyumlu davranışlarına olumlu bir şekilde ilgi göstermeleri ve uygun olmayan davranışları göz ardı etmeleri; ikinci aşamada da çocuğun karşı gelici bir davranışının hemen ardından mola zamanı uygulaması önerilmiştir. Bu iki davranışçı teknik terapistlerin gözetmenliğinde klinikte uygulamalı olarak öğretilmiş ve ailelerin evde de uygulamalarına yardımcı olarak kısa yazılı notlar verilmiştir. Daha sonra Forehand ve McMahan (1981) bu programın, karşı gelme belirtilerinin yanı sıra saldırganlık ve diğer davranış sorunlarında da etkili olduğunu göstermişlerdir. Barkley (1990) DEHB, karşı gelme bozukluğu ve bazı davranım bozukluğu olgularının anne babaları için Han'ın modeline, anne babalara sorunlu davranışların nedenlerinin açıklandığı bir görüşme ve ödül-ceza sistemleri ekleyerek sosyal öğrenmeye dayalı bir anne baba eğitimi modeli geliştirmiştir. Daha sonra DEHB ve diğer davranış sorunları için pek çok aile ve öğretmen eğitimi programı yayınlanmıştır (Dangel ve Polster 1984, Barkley 1990, Anastopoulos ve ark. 1993, Barkley 1997).

DEHB'nda anne baba ve öğretmen eğitiminin temel amaçları:

DEHB konusunda ayrıntılı bilgi vermek, bu bilgilerin çocuğu daha iyi anlama ve uygun ilişki kurmada kullanabilmesini sağlamak;

Çocuğun uyumsuz davranışları ile başedebilme-yi sağlayacak belirli davranışçı teknikleri öğretmek;

DEHB olan birey için evde ve okulda uygun bir çevre oluşumunu sağlamak;

Anne baba ve öğretmenlerin ortak bir dil ile işbirliği yapabilmelerini sağlamak.

Uygulama Yöntemleri

Çeşitli merkezlerde farklı anne baba öğretmen eğitimi programları uygulanmakla birlikte bunların bazı ortak noktaları vardır (Barkley 1997, Anastopoulos ve ark. 1993, Turgay 2001). Ailede programın uygulanmasını ve işbirliğini engelleyecek düzeyde iletişim sorunları, anne babadan birinde önemli psikiyatrik bir sorun varsa, çocuğun dil gelişimi yaşına uygun değilse, çocukta eşlik eden ağır bir psikiyatrik bozukluk varsa aile anne baba eğitim programına hemen alınmaz, öncelikle diğer sorunların üzerine gidilmesi önerilir. Program haftada bir gün ve 2 saatlik görüşmeler şeklinde 8-16 hafta süreyle uygulanır. Programların çoğunda anne babalar grup halinde uygulamaya katılırlar ancak bazı programlar bireysel görüşmeleri de içermektedir. Gruplara katılacak kişi sayısı da farklılıklar göstermektedir. Bazı eğitimler 6-8 aile ile kapalı grup şeklinde yapılırken bazılarında sayı sınırlaması yoktur ve açık gruplar yapılmaktadır. Anne baba eğitimi önemli ölçüde öğrenmeye ve çeşitli becerileri geliştirmeye dayalı bir teknik olduğundan programa düzenli katılım önemlidir. Anne ve babanın birlikte katılımı uygun görülmektedir. Bunun mümkün olmadığı durumlarda katılmayan bireyin okuma materyali ya da teyp kaydı ile aktarılanları izlemesi ve evdeki uygulamalara katılması istenir. Katılımcılara programa göre önceden okuma materyalleri dağıtılır. Öğretilen davranışçı tekniklerin evde ve

okulda uygulanması istenir ve sonraki görüşme-
de bu uygulamalar tartışıldıktan sonra yeni uy-
gulamalara geçilir. Eğitimlerde anlaşılabilirliği
arttıracak görsel materyalden (dia, video, film
gibi) faydalanılır.

Tablo 1'de bir anne baba eğitim programı örnek
olarak verilmiştir. Bu programın içeriği uygula-
nan merkezin yaklaşımına ve katılımcıların ge-
reksinimlerine göre değişebilmektedir.

Tablo 1: Anne Baba Eğitimi Programı

1. DEHB belirtileri, nedenleri, yaşam boyu süreç,
tanı ve ayırıcı tanı.
2. DEHB'nun tedavisinin gözden geçirilmesi (ilaç ve
diğer tedaviler)
3. Anne baba-çocuk ilişkileri ve davranışların göz-
den geçirilmesi; davranış sorunlarıyla başetmede
temel ilkeler
4. Olumlu davranışları destekleme, özel zaman
uygulaması, etkili yönerge verme
5. Evde puan sistemi uygulaması, uygun
davranışları puan ile ödüllendirme
6. Uygun olmayan davranışlarda ceza puanı ya da
puanın geri alınması
7. Ceza zamanı uygulaması
8. Ev dışındaki davranışlara yönelik uygulamalar
9. Ev ödevleri ve evde ders çalışma stratejileri ve
okulla ilişkiler
10. Kardeşlerin ele alınması ve sosyal beceri sorunları
11. Programın gözden geçirilmesi ve genel tartışma

İlk görüşmede ailelere DEHB'nun temel belirti-
leri, nedenleri, değişik yaşlardaki görünüşleri,
tanı süreçleri ve olumlu özelliklerinden söz edi-
lir. Ailelerin sorunun biyolojik yönünü anlama-
ları çocuklarına ya da kendilerine yönelik suçla-
maları azaltması açısından önemlidir. İkinci top-
lantıda DEHB'nun tedavisi detaylı olarak ele al-
nır. Burada amaç ailenin farklı tedavi seçenekle-
rinin etkinliğini öğrenmeleri ve gerek ilaç gerek-
se diğer tedavilere ilişkin önyargıların azaltıl-
masıdır. Bu bilgilendirme aşamaları tamamlan-
dıktan sonra davranış sorunlarının olası neden-
leri gözden geçirilir. Anne baba çocuk arasında
yaşanan etkileşim süreçleri ve davranış sorunla-
rıyla baş etmede temel ilkeler ele alınır. DEHB
olan bireyler için olumlu etkileşimin önemi vur-
gulanır ve anne babalara çocuğa olumlu ve etki-

li bir biçimde ilgi gösterebilmelerini sağlayacak
özel zaman uygulaması, olumlu davranışları
destekleme ve çocuğun kendi kendine oyalan-
masının sağlanması gibi uygulamalar öğretilir.
Bu aşamada somut ödüllerden çok anne babanın
çocuğu övmesi, desteklemesi, takdir etmesi gibi
sosyal ödüller kullanılır. Daha sonraki görüşme-
lerde ise olumlu davranışlar için çocuğun yaşı-
na uygun olacak biçimde puan, ödül kartı, jeton
gibi somut ödüllendirmelerin kullanımına geçil-
mektedir. Bu uygulama sırasında önce sadece
olumlu davranışlar ödüllendirilir, daha sonra
olumsuz davranışlarda ödül kartını geri alma ya
da ceza puanı verme uygulamasına geçilir.
Özellikle okul öncesi ve ilkokul çağındaki çocuk-
ların tutturma, öfke nöbeti ya da karşı gelici dav-
ranışları için ceza zamanı uygulaması öğretilir.
DEHB olan bireyler sıklıkla sosyal ilişkilerde so-
runlar yaşadıkları için anne babalarla çocukları-
nın sosyal becerilerini nasıl geliştirebilecekleri
konuşulur. DEHB olan çocukların kardeşleri de
çeşitli sorunlar yaşamaktadırlar bu nedenle ayrı
bir görüşmede kardeşlerin yaşayabileceği sorun-
lar ve bu sorunların çözümleri ele alınır. Eğitim
süresince aktarılan yöntemleri anne babaların
evde uygulamaları ve bir sonraki toplantıda
bunların tartışılması eğitim etkinliğini için ge-
reklidir. Son görüşmede ise ailelerle genel bir
gözden geçirme yapılır. Bu son görüşmeden 1-2
ay sonra tekrar bir araya gelinir ve çocuk ve aile-
lerdeki gelişmeler ve eğitimin etkinliği tartışılır.

Öğretmen eğitimi

DEHB'nda en az anne babanın eğitimi kadar
önemli olan bir tedavi yöntemi de öğretmen eği-
timi ve öğretmenin tedavinin bir parçası haline
gelmesidir. Ancak anne baba eğitimi programla-
rı konusunda genel olarak bir fikir birliği oluş-
muş olmasına karşın, öğretmen eğitimi konu-
sunda birbirinden çok farklı yaklaşımlar izlen-
mektedir. Eğitimi veren kişi ile öğretmenin bir
araya gelme şekli ve sayısında önemli farklılıklar
vardır. Öğretmen eğitiminin etkinliğinin araştı-
rıldığı çalışmaların bazılarında çalışma süresi
içinde klinisyen öğretmen ile 1-3 telefon görüş-
mesi yaparken (Horn ve ark. 1991); haftalık kar-

şıklı görüşmelerin yürütüldüğü araştırmalar da vardır (Pelham ve ark. 1988). Bu çalışmalarda uygulanan öğretmen eğitimi programları birbirinden farklı olmakla birlikte tümünde bu eğitimin okuldaki sorunlu davranışları önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir. Öğretmen ölçeklerindeki puanların öğretmen ile görüşmelerinin sayısı ile orantılı olarak değiştiği ve sadece anne baba eğitimi ile okul puanlarında belirgin düzelmeye sağlanamadığı bildirilmiştir (Pelham ve ark. 1988, Klein ve Abikoff 1997, MTA Cooperative Group 2000).

Öğretmen eğitimi uygulamasında öğretmenlere DEHB konusunda ayrıntılı bilgiler verilir; okulda yaşanabilecek çeşitli davranışlara yönelik başatma yöntemleri konuşulur; çocuğun davranışlarının objektif olarak izlenmesini sağlayacak günlük davranış bildirim kartlarının kullanılması önerilir. Çocukta var olan problem davranışlar göz önünde bulundurularak hazırlanan bu kart günlük olarak öğretmen tarafından doldurulur. Bu sistem çocukta davranış kontrolüne yardımcı olur, düzenli ve objektif bir izlem sağlar ve aile ile öğretmen arasında iletişime yardımcı olur (Kelly ve McCain 1995).

Tablo 2: Öğretmen Eğitimi Programı

1. Okulla bağlantı ve kurulması ve işbirliği konusunda anlaşma sağlanması
2. Öğretmenin DEHB konusunda bilgilendirilmesi,
3. Sınıfta uygun ortam oluşturulması, sınıf kurallarının belirlenmesi
4. Günlük davranış bildirim kartı düzenlenmesi
5. Olumlu davranışların desteklenmesi, uygun olmayan hafif düzeyde davranışların gözardı edilmesi
6. Etkili yönerge vermek uyarıda bulunmak
7. Okulda puan sistemi, olumlu davranışları puan ile ödüllendirme
8. Uygun olmayan davranışlarda ceza puanı ya da puanın geri alınması
9. Ceza zamanı uygulaması
10. Ev ve okul sistemlerinin birleştirilmesi.

Türkiye’de Anne Baba ve Öğretmen Eğitimi

Ülkemizde son beş yıldır oldukça az sayıda birkaç merkezde ABD ve Kanada’da uygulanan an-

ne baba eğitimlerine benzer programlar uygulanmakta ve klinik gözlemlere göre olumlu sonuçlar alınmaktadır (Ercan ve ark. 2001, Ercan ve Aydın 1999, Erman 2000, Öktem 1996). Ancak gerek çocuklar gerekse anne babalar üzerindeki etkilerine ilişkin yayınlanmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Anne baba eğitimi gruplarının ülkemiz için diğer bir önemli katkısı ise anne babaları bir araya getirme ve bir güç birliği oluşturma konusunda desteklemektir. Bu gruplara katılan anne babalar çocuklarına daha fazla yardımcı olabilmek için merkezi Ankara’da olan “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite ve Özel Öğrenme Bozukluğu Derneği” ni kurmuşlardır. Öğretmen eğitimi ise klinik uygulamaların bir parçası olarak tek tek olguların öğretmenleri ile yapılan konsültasyonlar, işbirliği çalışmaları ve okul konferansları çerçevesinde yapılmakta ancak sistematik bir program uygulanmamaktadır.

Anne Baba Öğretmen Eğitiminin Etkinliği

Anne baba eğitiminin sonuçlarını araştırmak amacıyla yapılan çalışmaların bir kısmında sadece anne baba eğitimi uygulaması yapılmış ve sonuçlar çocuğun davranışları ya da anne baba çocuk ilişkisi, anne babanın sorunla başedebilme becerileri ve kendilerine güven gibi parametreler kullanılarak değerlendirilmiştir (Tablo 3). Bu çalışmalarda tedavinin sonunda çocuklarda DEHB’nun temel belirtilerinde ve eşlik eden karşı gelme ve yıkıcı davranışlarda azalma, anne babalarda iletişim becerilerinde değişiklikler, davranış kontrolü ve başa çıkma becerilerinde artış, streste azalma ve anne babalığa ilişkin özgüvende artış bildirilmiştir. Anastopoulos ve arkadaşları tedaviden 2 ay sonra (1993), Pfiffner ve McBurnett 4 ay sonra (1997) Danforth ve arkadaşları 6 ay sonra olumlu değişimlerin devam ettiğini bildirmişlerdir (1998). Ancak daha uzun süreli izleme çalışması yapılmamıştır.

Anne baba eğitimi etkinliği çalışmalarının çoğu ilkökul çağındaki çocuklarla yapılmıştır. Okul öncesi çocuklarıyla yapılmış olan çalışmalarda kısa dönemde olumlu etkiler bildirilmekle birlikte (Erhardt ve Baker 1990, Pisterman ve ark. 1992) uzun süre sonraki izlemlerde bu etkinin

Tablo 3: Anne Baba Eğitimi Etkinliği Çalışmaları

Yazar-Yıl	Örneklem	Yöntem	Sonuç
Erhardt ve Baker (1990)	Okul öncesi	• Anne baba eğitimi	Çocukların problem davranışlarında azalma Anne baba çocuk ilişkisinde olumlu değişiklik Anne babaların başedebilme becerilerinde artış
Jacobson ve Truax (1991)	İlkokul	• Anne baba eğitimi	DEHB belirtilerinde %67 azalma
Pisterman ve ark. (1992)	Okul öncesi	• Anne baba eğitimi	Çocukların uyumunda artış Anne babaların iletişim ve başa çıkma becerilerinde olumlu değişiklikler
Anastopoulos ve ark. (1993)	İlkokul	• Anne baba eğitimi • Bekleme listesi • 2 aylık izleme	Çocuklarda klinik olarak belirgin düzelme Anne babalarda stresde azalma, kendine güvende artış 2 ay sonra düzelme devam ediyor
Pfiffner, McBurnett (1997)	DEHB	• Sosyal Beceri Eğitimi • SBE + Anne baba eğitimi • 4 aylık izleme	Her iki tedavi grubunda da sosyal becerilerde düzelme, yıkıcı davranışlarda azalma 4 ay sonra düzelme devam ediyor
Danforth (1998)	DEHB+karşı gelme boz.	• Anne baba eğitimi • 6 aylık izleme	Karşı gelme davranışlarında azalma Annelerde başa çıkma becerilerinde artış ve stresde azalma 6 ay sonra düzelme devam ediyor
Barkley ve ark. (2000)	DEHB+yıkıcı davranışlar	• Anne baba eğitimi • Kreşte tedavi sınıfı • Kombine T.	Okulda tedavi uygulanan iki grupta yıkıcı davranışlarda azalma var Sadece A/B eğitimi okulda düzelme sağlamıyor
Shelton ve ark. (2000)	Okul öncesi	• Kontrol grubu • 2 yıllık izleme	Tüm tedaviler sonlandırıldıktan sonra 2. yıl izlemede gruplar arasında fark yok.

kalıcı olmadığı bulunmuştur (Shelton ve ark. 2000).

Anne baba eğitimi çalışmalarında örneklem grubundaki çocukların bazılarının psikostimulan ilaç alıyor olmaları tedavinin etkinliği açısından karıştırıcı bir değişken olarak göz önünde bulundurulmalıdır. Eğitim sonrasında çocukların DEHB belirtilerinin şiddetindeki azalmanın hangi tedavi ile ilişkili olduğu belirli değildir. Bu belirtilerin çoğunlukla sadece anne babalar tarafından değerlendirilmiş olması da bir kısıtlılıktır. Konu hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak ve olumsuz davranışlarla daha iyi baş edebilmeyi öğrenmek tedavinin sonunda bu belirtilerin da-

ha hafif algılanmasına neden olmuş olabilir. Tüm bu kısıtlılıklarına rağmen bu çalışmaların önemli bir sonucu anne baba eğitiminin anne baba tutumları ve çocukla ilişkiler üzerine olumlu etkilerinin gösterilmiş olmasıdır.

Birleşik Tedavi Çalışmaları

Kuramsal olarak birleşik tedavilerin etkinliğinin sadece farmakolojik tedaviler ya da sadece davranışçı terapilerden daha üstün olduğu düşünülmektedir. DEHB olgularında bu hipotezin test edildiği pek çok eski ve yeni çalışma olmakla birlikte örneklem grupları, tedavi süreleri, uygulanan psikososyal tedavilerin türü ya da ilaç

Tablo 4: Birleşik Tedavi Çalışmaları

Yazar-Yıl	Örneklem	Yöntem	Sonuç
Firestone ve ark. (1986)	DEHB (73)	<ul style="list-style-type: none"> İlaç(MPH)* Anne baba eğitimi 2 yıllık izleme	Kısa süreli çalışmalarda ilaç, anne baba eğitimine göre daha etkin Uzun süre izlemde 2 tedavi arasında fark yok
Horn ve ark. (1991)	DEHB (96) İlkokul	<ul style="list-style-type: none"> İlaç(MPH yüksek ve düşük doz) İlaç+anne baba eğitimi+ çocuğa bireysel kontrol becerileri Çiftkör-Plasebo	İlaç ile kombine terapiler arasında fark yok Yüksek doz ilaç tedavisi ile düşük doz ilaç+anne baba eğitimi+bireysel terapi benzer sonuçlar Kombine tedavi daha düşük ilaç dozu ile tedaviyi mümkün kılıyor
Ialongo ve ark. (1993)	DEHB (95) İlkokul	<ul style="list-style-type: none"> İlaç(MPH) İlaç+anne baba eğitimi+ çocuğa bireysel kontrol becerileri Çiftkör-plasebo İzleme	Tedaviden 9 ay sonra kombine tedavi grubundakilerde düzelme devam ediyor; ilaç grubunda orta düzeyde geri dönüş var
Klein ve Abikoff (1997)	DEHB (89) İlkokul	<ul style="list-style-type: none"> İlaç(MPH) Anne baba eğitimi+plasebo Anne baba eğitimi+MPH İzleme	Birleşik tedavi ile genel düzelme oranı (%93) sadece ilaç (%70) ve sadece anne baba eğitiminden (%63) daha yüksek Birleşik tedavi grubunda ilaç kesildikten sonra düzelme sürüyor
Schachar ve ark. (1997)	DEHB (91)	<ul style="list-style-type: none"> İlaç (MPH)+A/B eğitimi Plasebo+A/B eğitimi Anne baba destek grubu MPH+ A/B destek grubu 	Anne baba eğitimi hiç bir grupta etkin bulunmamış. Ancak anne babaların eğitim toplantılarına katılma oranı çok düşük olarak belirtilmiş.
Kolko ve ark. (1999)	DEHB+ komorbid DB (22) hastanede	<ul style="list-style-type: none"> İlaç (MPH düşük ve yüksek doz) Davranış modifikasyonu 	Her iki tedavi formunda kendine özgü etkileri var Birleşik tedavileri destekliyor
Klassen ve ark. (1999)	18 yaş altı DEHB (999) Gözden geçirme	26 çalışma <ul style="list-style-type: none"> İlaç (MPH) Davranışçı yaklaşımlar Birleşik tedaviler 	Sadece ilaç ile belirgin düzelme var Sadece davranışçı teknikler etkili değil Kombine tedavilerle ilaç arasında belirgin fark yok
The MTA Coop. Group (2000)	DEHB İlkokul (579)	<ul style="list-style-type: none"> İlaç (MPH) Yoğun davranışçı tedaviler (aile-çocuk-okul) Kombinasyon 2 yıllık izleme	İlaç, DEHB belirtileri için diğer tedavilerden üstün Kombine tedaviler, DEHB'na eşlik eden diğer belirtiler ve işlevsellik açısından ilaçtan daha üstün

* MPH = Metilfenidat

dozları farklı olduğundan genel bir sonuca ulaşmak mümkün olmamaktadır. Bu çalışmaların bazılarında birleşik tedaviler DEHB temel ve eşlik eden belirtileri ve aile işlevleri açısından daha etkin bulunmuştur (Pelham ve ark. 1988, Klein ve Abikoff 1997, Kolko ve ark. 1999). Bazı çalışmalarda ise özellikle DEHB belirtilerindeki düzelme açısından ilaç ve birleşik tedaviler arasında fark bulunmamıştır (Horn ve ark. 1991, Klasen ve ark. 1999, NIH 2000).

Farklı tedavi yöntemlerini karşılaştırmak açısından bugüne kadar yapılan en geniş kapsamlı çalışma Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün (NIMH) çok merkezli olarak yürüttüğü çok boyutlu tedavi çalışmasıdır (MTA Cooperative Group 1999). ABD ve Kanada'da altı farklı merkezden 7-11 yaşlar arasında ve DEHB tanısı almış olan 579 çocuk ile yapılmıştır. Olgular, ilaç tedavisi, yoğun davranış terapisi programı, birleşik tedavi (ilaç ve yoğun davranış terapisi) ve karşılaştırma grubu (o dönemde ABD ve Kanada'da uygulanan standart tedaviler) olmak üzere dört tedavi yönteminden birine alınmış ve 14 ay süreyle izlenmişlerdir. Yoğun davranış terapisi anne baba eğitimi, okul konsültasyonu ve çocukların katıldığı yoğun yaz kampı programından oluşmuştur. Dört farklı tedavinin etkinliğini karşılaştırmak üzere 50'den fazla ölçme aracı kullanılmış ve sonuçlar farklı boyutlarıyla çeşitli yazarlar tarafından yayınlanmıştır. En belirgin düzelme ilaç ve birleşik tedavi gruplarında görülmüş ancak DEHB belirtileri dışındaki yıkıcı davranışlar, kaygı, depresyon, sosyal beceri sorunları, akademik sorunlar, anne babayla ilişki zorlukları gibi parametreler açısından birleşik tedaviler, ilaçtan daha üstün bulunmuştur (Hinshaw ve ark. 2000, Wells ve ark. 2000). Çocukların okuldaki yıkıcı davranış sorunlarının azalması en fazla birleşik tedavi grubunda olmuştur (Hinshaw ve ark. 2000).

DEHB'nda farklı tedavi yöntemlerinin etkinliği açısından oldukça önemli olan bir konu da tedavinin kalıcılığıdır. Ancak ilaç ya da psikososyal tedaviler sonlandırıldıktan sonra tedavi ile sağlanan değişimlerin devam edip etmediği ya da hangilerinin devam edeceği konusunda yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bu konuda az sayıda

uzun süreli izleme çalışmasında ilaç ile birleşik tedaviler arasında fark olmadığı (Firestone ve ark. 1986, MTA Cooperative Group 1999) ya da birleşik tedavi sonrasında olumlu etkilerin devam ettiği (Pelham ve ark. 1988, Jalongo ve ark. 1993, Klein ve Abikoff 1997) şeklinde çelişkili sonuçlar bildirilmektedir.

DEHB'nda tedavinin etkinliği çalışmalarının sonuçlarını belirleyen önemli değişkenlerden birisi de örneklem gruplarıdır. Örneklemi oluşturan olguların yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik özellikleri, tanı ve eşlik eden tanıları ve aileye ait değişkenlerin tedavi sonuçlarını nasıl etkilediği konusunda yeterli bilgi bulunmamaktadır. Yapılan çalışmaların önemli bir bölümünde olgular ilköğretim çağı ve DEHB tanısı almış olan çocuklardır. Okul öncesi ve ergenlik dönemine ilişkin çalışmalar oldukça azdır. Oysa gerek DEHB'nun erken dönemlerde başlayıp olması gerekse bu dönemde ilaç kullanımının daha kısıtlı olarak uygulanabilmesi nedeniyle okul öncesi çocuklarda anne baba eğitiminin önemi artmaktadır. Ergenlik döneminde ise tabloya sıklıkla başka komorbid tanılar eklenmekte tedavi güçleşmektedir (Erman ve ark. 1999). Ülkemizde DEHB olan çocuklarda aile işlevlerinin değerlendirildiği bir çalışmada özellikle 9-14 yaş grubunda aile işlevlerinde sorunların arttığı bulunmuş ve bu dönemde anne baba eğitiminin önemi vurgulanmıştır (Pekcanlar ve ark. 1999).

SONUÇ VE ÖNERİLER

DEHB'nda anne baba eğitimi gerek çocukların karşı gelme, saldırganlık ve diğer davranış bozuklukları gerekse anne baba tutumları ve aile işlevleri açısından etkinliği kanıtlanmış bir tedavi yöntemi olarak bildirilmektedir. Tedavi programının içine okulun da alınması ve öğretmen eğitiminin önemi de pek çok araştırmacı ve klinisyen tarafından vurgulanmaktadır (DuPaul ve Eckert 1997). İlaç ve psikososyal tedavilerin kombinasyonu gerek birbirlerinin etkisini arttırmaları gerekse tamamlamaları nedeniyle en fazla önerilen tedavi biçimidir (Kolko ve ark. 1999, MTA Cooperative Group 2000). Ancak bu tedavilerin uzun süreli etkileri, farklı yaş ve tanı

gruplarında uygulama biçimleri ve sonuçları konusunda daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.

Ülkemizde anne baba eğitimi ABD ve Kanada'da uygulanan programlar temel alınarak uygulanmaktadır. Ancak gerek çocuk yetiştirme tutumları gerekse ailelerin sahip oldukları alt yapı bakımından bazı farklılıklar söz konusudur. Bu nedenle yabancı programlar üzerinde bu kültürel ve sosyoekonomik farklılıklara göre bazı düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Büyük örneklem gruplarıyla çok merkezli çalışmalar yapılması bu konudaki bilgi birikimini arttıracak ve bu programların daha etkin bir biçimde uygulanmasına yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Ed (DSM-IV)* Washington DC, APA 46-53.
- Anastopoulos AD, Dupaul GJ, Barkley RA (1991) Stimulant-medication and parent training therapies for ADHD. *J Learn Dis* 24(4):210-218.
- Anastopoulos AD, Shelton TL, DuPaul GJ, Guevremont DC (1993) Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning. *J Abnorm Child Psychol* 21(5): 581-596.
- Barkley RA (1990) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Guilford Press, New York.
- Barkley RA (1997) *Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training*. Guilford Press, New York.
- Barkley RA (2000) Commentary on the multimodal treatment study of children with ADHD. *J Abnorm Child Psychol* 28(6):595-599.
- Danforth JS (1998) The outcome of parent training using the behavior management flow chart with mothers and their children with oppositional defiant disorder and attention-deficit disorder. *Behav Modif* 22(4):443-473.
- Dangel RF, Polster RA (1984) *Parent Training*. Guilford Press, New York.
- DuPaul GJ, Eckert TL (1997) The effects of school-based intervention for ADHD: a meta analysis. *School Psychol Rev* 26:5-27.
- Ercan ES, Erdoğan İ, Tamar M, Aydın C (2001) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocukların tedavisinde anne-baba eğitiminin uygulanması. *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü içinde Ayla Soykan Aysev (ed) Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.*
- Ercan ES, Aydın C (1999) *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Özellikleri-Tedavisi Çocuklarda ve Erişkinlerde Belirtileri*. Gendaş Yayınları, İstanbul.
- Erhardt D, Baker BL (1990) The effects of behavioral parent training on families with young hyperactive children. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 21(2):121-32.
- Erman Ö, Turgay A, Öncü B, Urdarovic V (1999) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve gençlerde komorbidite: yaş ve cinsiyet farklılıkları. *Çocuk Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 6(1):12-18.
- Erman Ö (2000) *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu- Semptomatoloji ve Aileye Yaklaşım Paneli*. 10. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi Bildiri Kitabı, 10-13 Mayıs 2000, Sarıyerme.
- Firestone P, Crowe D, Goodman JT, McGrath P (1986) Vicissitudes of follow-up studies: differential effects of parent training and stimulant medication with hyperactives. *Am J Orthopsychiatry* 56:184-194.
- Forehand R ve McMahon R (1981) *Helping the Non-compliant Child: A Clinician's Guide to Parent Training*. Guilford Press, New York.
- Horn WF, Ialongo NS, Pascoe JM ve ark. (1991) Additive effects of psychostimulants, parent training, and self-control therapy with ADHD children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30:233-40.
- Hinshaw SP, Owens EB, Wells KC ve ark. (2000) Family processes and treatment outcome in the MTA: negative/ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment. *J Abnorm Child Psychol* 28(6):555-68.
- Ialongo NS, Horn WF, Pascoe JM ve ark. (1993) The effects of a multimodal intervention with attention-deficit hyperactivity disorder children: a 9-month followup. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:182-9.
- Ingram S, Hetchman L, Morgenstern G (1999) Outcome issues in ADHD: Adolescent and adult long-term outcome. *Mental Retard Dev Dis* 5 (3):243-250.
- Jacobson NS ve Truax P (1991) Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychology* 59:12-19.
- Kelly ML ve McCain AP (1995) Promoting academic performance in inattentive children: The relative efficacy of school-home notes with and without response cost. *Behav Modif* 19:357-75.
- Klein RG ve Abikoff H (1997) Behavior therapy and methylphenidate in the treatment of children with ADHD. *J Attn Disord* 2:89-114.
- Klassen A, Miller A, Raina P ve ark. (1999) Attention-deficit hyperactivity disorder in children and youth: a quantitative systematic review of the efficacy of different

management strategies. *Can J Psychiatry* 44(10):1007-16.

Kolko DJ, Bukstein OG, Barron J (1999) Methylphenidate and behavior modification in children with ADHD and comorbid ODD or CD: main and incremental effects across settings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(5):578-86.

MTA Cooperative Group (1999) Moderators and mediators of treatment response for children with ADHD: the Multimodal Treatment Study of children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 56(12):1088-1096.

MTA Cooperative Group (2000) Parenting and family stress treatment outcomes in ADHD: an empirical analysis in the MTA study. *J Abnorm Child Psychol* 28(6):543-53.

National Institute of Health (2000) Consensus development conference statement: diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39(2): 182-193.

Öktém F (1996) Dikkat eksikliği bozukluğu. *Katık Pediatri Dergisi* 5:826-849.

Pelcanlar A, Turgay A, Miral S, Baykara A (1999) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda aile işlevleri. *Çocuk Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 6(2):99-107.

Pelham WE, Schnedler RW, Bender M ve ark. (1988) The combination of behavior therapy and methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder: a therapy outcome study. *Attention Deficit Disorder içinde, L Bloomingdale (ed) Pergamon Press, Oxford.*

Pfiffner LJ, McBurnett K (1997) Social skills training with parent generalization: treatment effects for children with ADD/ADHD. *J Consult Clin Psychol* 65:749-757.

Pisterman S, Firestone P, McGrath P ve ark. (1992) The role of parent training in treatment of preschoolers with ADHD. *Am J Orthopsychiatry* 62(3):397-408.

Schachar RJ, Tannock R, Cunningham C, Corkum PV (1997) Behavioral, situational, and temporal effects of treatment of ADHD with methylphenidate. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:754-763.

Shelton TL, Barkley RA, Crosswait C ve ark. (2000) Multisystem psychoeducational intervention for preschool children with disruptive behavior: two-year follow-up. *J Abnorm Child Psychol* 28(3):253-66.

Turgay A (2001) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme bozukluğunda anne baba ve öğretmenlerle çalışma, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü içinde, Ayla Soykan Aysev (ed) Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.

Wells KC, Pelham WE, Kotkin RA ve ark. (2000) Psychosocial treatment strategies in the MTA study: rationale, methods and critical issues in design and implementation. *J Abnorm Child Psychol* 28(6):483-505.

Wells KC, Epstein JN, Hinshaw SP ve ark. (2000) Parenting and family stress treatment outcomes in ADHD: an empirical analysis in the MTA study. *J Abnorm Child Psychol* 28(6):543-53.

STREPTOKOK ENFEKSİYONLARI İLE İLİŞKİLİ PEDIATRİK OTOİMMÜN NÖROPSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR: BİR GÖZDEN GEÇİRME

Neşe Perdahlı Fiş*

ÖZET

Amaç: Tik ve /veya obsesif kompulsif belirtileri olan çocuk hastaların bir grubunda belirtilerin ortaya çıkışının ya da varolan belirtilerin şiddetlenmesinin streptokok enfeksiyonu ile ilişkili olduğu dikkat çekmektedir. Bu alt grup "PANDAS" şeklinde bir kısaltma ile tanımlanmaktadır. Bu yazının amacı, streptokok enfeksiyonu ile ilişkili olduğu düşünülen bu nöropsikiyatrik belirtileri gösteren olgularla ve altta yatan muhtemel etyopatogenetik mekanizmalarla ilgili makalelerin gözden geçirilmesidir. **Yöntem:** Literatürdeki streptokok enfeksiyonu ile Tik ve Obsesif Kompulsif Bozukluk arasındaki ilişkiyi inceleyen makaleler taranmış ve bunlar arasından 32 makale araştırmaya dahil edilmiştir. **Sonuç:** Çocukluk çağı Tik ve Obsesif Kompulsif Bozukluğu içinde streptokok enfeksiyonu ile ilişkili bulunan bir alt grubun "PANDAS" şeklinde sınıflandırılabilmesi, bu alt grubun ortak, büyük olasılıkla otoimmün, bir etyopatogeneze sahip olduğu fikri yaygın olarak kabul görmektedir. Ancak streptokok enfeksiyonunun tanımlanması ve nöropsikiyatrik belirtilerle arasında zamansal ilişki kurulması konusunda halen bazı güçlükler bulunmaktadır. **Tartışma:** Bir grup hastada ortak nedensel bir süreç bulunması ile birlikte semptomatik tedavinin yanı sıra, nedene yönelik tedavi seçeneklerinin de kullanılabilmesi anlamına gelecektir. Ancak bunun için; streptokok enfeksiyonu, kolonizasyon ve mikroorganizma ile karşılaşma ayırımı ile ilgili ölçütlerin oluşturulması ve altta yatan olası mekanizmayı tedavi etmeye yönelik özgül tedavilerle ilgili geniş hasta sayılı ve kontrollü araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Streptokok Enfeksiyonu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Tik Bozukluğu

SUMMARY: PEDIATRIC AUTOIMMUNE NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS ASSOCIATED WITH STREPTOCOCCAL INFECTIONS (PANDAS): A REVIEW

Object: In a group of children with tic and/or obsessive compulsive disorder, occurrence or exacerbations of symptoms is found to be related to streptococcal infections. This subgroup of patients is classified as "PANDAS". The object of this article is to make a review of articles in literature, which are concerned with the relation of streptococcal infections with such neuropsychiatric disorders and, of those which are concerned with the possible etiopatogenetic mechanisms associated with this subgroup of patients. **Method:** Articles related to this subject are examined and 32 of them are reviewed. **Results:** A subgroup of children with obsessive compulsive or tic disorders can be classified as "PANDAS". This subgroup has its common, possibly autoimmune, etiopatogenic mechanism. But, there are some difficulties in defining the streptococcal infection and the temporal relation between the infection and occurrence or exacerbation of neuropsychiatric symptoms. **Discussion:** It will be useful to classify a subgroup as "PANDAS", because in such a case it may be possible to use specific treatment modalities according to the etiopatogenetic mechanism, in addition to the symptomatic treatment of the disease. However, there is still need for investigations in order to establish the criteria for the differentiation of streptococcal infection from colonization and from exposure to the microorganism and in order to find specific treatments for the underlying pathogenic process.

Key Words: Streptococcal Infections, Obsessive Compulsive Disorder, Tic Disorder

GİRİŞ

Son yıllarda bazı çocukluk çağı Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)'lerinin ve Tourette Sendromu (TS)'nin oluşumunda streptokok enfeksiyonu sonrası gelişen otoimmünitenin önemli rolü

olabileceği fikri ortaya atılmıştır. Yakın zamanda yapılan çalışmalarda A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonları ve nöropsikiyatrik bozukluklar arasında olası bir bağlantı olduğuna dair sonuçlar elde edilmektedir (Swedo ve ark. 1994, Swedo ve ark. 1998, Tucker ve ark. 1996).

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

Tik ve/veya obsesif-kompulsif belirtileri olan bir grup çocuk hastada, belirtilerin bir süreliğine şiddetlenmesi streptokokkal enfeksiyonlarla bağlantılı bulunmuştur (Allen ve ark. 1995, Kiessling ve ark. 1994). Bu alt grup streptokok enfeksiyonlarla ilişkili pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik bozukluk (Pediatric Autoimmune Neuro-psychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections) anlamına gelen PANDAS şeklinde bir kısaltma ile tanımlanmıştır (Swedo ve ark. 1998). Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü (NIMH) tarafından PANDAS olgularına tanı koymak için kullanılan klinik ölçütler (Swedo ve ark. 1998) şu şekilde sıralanabilir:

1. OKB ya da bir tik bozukluğu bulunması (DSM III-R ya da DSM IV ölçütleri)
 2. 3 yaş ile ergenlik başlangıcından önceki dönem arasında başlaması
 3. Belirti şiddetinin ataklar halinde artıp azalması: Belirtiler ani başlar ya da hastalık sırasında ciddi bir şekilde alevlenir; belirtiler genellikle ataklar arasında belirgin derecede azalır ve bazen de ara dönemde tamamen kaybolur.
 4. Belirtilerin başlamasının ya da alevlenmesinin A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu ile zamansal ilgisinin olması: Pozitif boğaz kültürü ve/veya yüksek ASO titreleri saptanır.
 5. Nörolojik anormalliklerle birliktelik olması: Alevlenme sırasında nörolojik muayenede hiperaktivite, koreiform hareketler ve tikler gibi anormallikler saptanır. Korenin tek başına bulunması Sydenham koresi tanısını düşündürmemelidir.
- Sydenham koresi özellikle çocukluk çağında A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrasında yaklaşık 6-9 ay içinde başlayan istemsiz koreiform hareketlerle karakterize bir klinik tablodur. Sydenham koresinde klinik tabloyu oluşturan mekanizma; A grubu beta hemolitik streptokoklara karşı oluşan antikorların otoimmün bir yanıt sonucu bazal ganglia hücreleriyle reaksiyona girmeleri ve istemsiz hareketlerin ortaya çıkmasıdır. Sydenham koresi geliştirilen çocukların kore öncesinde sıklıkla tik ya da obsesif-kompulsif belirtileri olduğu dikkat çekmiştir. Bu klinik gözlemden yola çıkılarak ço-

cukluk çağında görülen tik ve/veya obsesif-kompulsif belirtilerin bazı hastalarda ortaya çıkışının Sydenham koresine benzer şekilde streptokok enfeksiyonu sonrası gelişen otoimmüniteye bağlı olarak ortaya çıkabileceği fikri üzerinde durulmuştur.

Bu yazıda nöropsikiyatrik belirtiler gösteren ve streptokok enfeksiyonu ile bağlantılı olduğu düşünülen bu alt grubun tanımlanması, tanımlanırken karşılaşılan güçlükler ve bahsedilen nöropsikiyatrik belirtilerin oluşum mekanizmaları ile ilgili makaleler gözden geçirilmeye çalışılmıştır.

Hümorale İmmünite'nin Rolü:

Streptokok enfeksiyonları sonrasında nöropsikiyatrik belirtilerin oluşması ya da varolanların şiddetlenmesinin antinöronal antikorlarla oluşturulan tek bir nöroimmünolojik işlev bozukluğundan kaynaklandığı düşünülmektedir (Moore 1996, Swedo 1994). Bir başka deyişle A grubu beta hemolitik streptokoklara karşı oluşturulan antikorların bazal ganglia hücreleriyle reaksiyona girerek inflamatuvar cevap oluşturabilecekleri ve bu inflamatuvar cevabın tik, kore, hiperaktivite, dikkat eksikliği, obsesif kompulsif belirtiler gibi nöropsikiyatrik belirtileri başlatabileceği ya da var olanları alevlendirebileceği fikri ortaya atılmıştır (Swedo 1994, Swedo ve ark. 1994). Bu hipotez iki grup çalışmadan elde edilen verilerle desteklenmektedir. Çocukluk çağı başlangıçlı OKB ve Tourette Sendromu ile ilgili çalışmalar ilk grubu oluştururken, ikinci grubu da Sydenham koresi ile ilgili araştırmalar oluşturmaktadır (Kiessling ve ark. 1993, Leonard ve ark. 1993, Swedo ve ark. 1989, Swedo ve ark. 1993, Swedo 1994, Swedo ve ark. 1994).

Tik Bozukluğu / Tourette Sendromu ve Streptokok Enfeksiyonu İlişkisi ile İlgili Çalışmalar:

Tourette sendromu (TS), çocukluk çağı başlangıçlı, en az bir yıl süren, başlıca klinik tabloyu kronik motor ve vokal tiklerin oluşturduğu kalıtsal bir hastalıktır (APA, DSM-IV). Uzunca bir süre bu durumun psikojenik nedenlerle ortaya çıktığı düşünülmüş, ancak 1970'lerde olguların

bazı ailelerde toplandığı ve ailede vertikal (nesilden nesile) geçiş olduğu saptanmıştır (Pauls ve ark. 1981). Tourette sendromunun patogenezinde kalıtsal faktörlerin güçlü rolleri olduğuna ilişkin kanıtların yanı sıra, çalışma sonuçları çevresel faktörlerin de önemini ortaya çıkarmıştır (Baron ve ark. 1981, Comings ve ark. 1984, Pauls ve ark. 1986).

Rhode Island'da bir streptokok salgını sonrasında bazı hastalarda streptokok enfeksiyonu ve ani başlayan tikler arasında zamansal bir ilişki olduğu bulunmuştur. Yazarlar tikleri olan 30 hastanın ve herhangi bir hareket bozukluğu olmayan kontrol grubunun serumlarında kaudat çekirdeğe karşı yönelmiş olan antikorları araştırmışlar; tikleri olanlarda %45, kontrol grubunda ise %20 oranında pozitiflik saptanmıştır (Kiessling ve ark. 1993). Husby ve arkadaşlarının 1976 yılında yaptığı bir çalışmada da Sydenham koreli olgularda subtalamik çekirdeklere yönelmiş antinöronal antikorlar hastaların %46'sında pozitif bulunmuştur. Bu iki çalışma sonucu karşılaştırıldığında saptanan oranların birbiriyle benzerlik gösterdiği sonucuna varılmıştır. Bu bulgudan yola çıkarak yazarlar, tiklerin en azından bazı olgularda Sydenham koresindekine benzer şekilde streptokok antijenlerine çapraz reaksiyon sonrasında oluşan antinöronal antikorlar nedeniyle gelişmiş olabileceği fikrini ortaya atmışlardır (Kiessling ve ark. 1993).

TS'da bazal gangliyalarda patolojik değişiklikler olduğu bilinmektedir. Ancak bazal gangliaların hangi nedene bağlı olarak etkilendiğine dair farklı görüşler ve yapılan çalışmalarda farklı bulgular yer almaktadır. Yukarıda sözü edilen streptokok enfeksiyonu sonrası gelişen otoimmünite bunlardan sadece biridir, başka bir örnek olarak Palumbo ve arkadaşları (1997) tarafından yayınlanan bir yazıdan söz edilebilir. Burada normal bazal ganglia gelişim sürecini bozan bir dizi genetik ve çevresel durumun "gelişimsel bazal ganglia sendromu" diye tanımlanabilen bir klinik sendroma yol açtığından söz edilmektedir (developmental basal ganglia syndrome). Bu bakış açısıyla TS'nun heterojen bir etyopatogenzinin olduğu; immünitenin olası mekanizmalar-

dan sadece biri olabileceği fikri üzerinde durulmaktadır. Kurlan tarafından 1998'de yayınlanan Tourette Sendromu- PANDAS ilişkisi ile ilgili bir yazıda TS'na PANDAS'ın bir bulgusu gözüyle bakmak yerine enfeksiyon sonrasında immünite ile bağlantılı mekanizmaların TS-benzeri bulguları oluşturabileceği belirtilmektedir (Kurlan 1998).

Karşıt Görüşler:

TS belirtileri gösteren olguların etiyopatogenzinde streptokok enfeksiyonu sonrası gelişen otoimmünitenin ne derece belirleyici olduğu konusunda çelişkiler sürmektedir. Antinöronal antikorlar TS'lu hastaların sadece bir grubunda bulunmaktadır (Allen ve ark. 1995, Kiessling ve ark. 1993, Kiessling ve ark. 1994, Singer ve ark. 1997). Antikorların bazı hastalarda bulunmaması, streptokok enfeksiyonu ile belirtilerin başlangıcı arasında aylara dek varan uzun bir sürenin geçmiş olması ile de açıklanmaya çalışılmıştır. Antinöronal antikorların aynı zamanda sağlıklı kontrollerde bulunabildiği gösterildiğinden bazı yazarlar tarafından TS ya da OKB için özgül bir bulgu olmadığı düşünülmüştür. Ayrıca antikor olsa bile her zaman Anti Streptolizin-O (ASO) ve anti DNA'az B titreleri gibi bazı streptokok enfeksiyonu göstergeleri ile arasında anlamlı bir ilişki bulunamayabileceği de bildirilmiştir (Murphy ve ark. 1997).

OKB ve Sydenham Koresi- Streptokok Enfeksiyonu İlişkisi ile İlgili Çalışmalar:

Çocukluk başlangıçlı OKB, bir dönem sadece nevroz olarak tanımlanmasına rağmen, son zamanlarda çeşitli nedensel faktörlerle ilişkili olan bir nörobiyolojik bozukluk olarak kabul edilmektedir. Bu faktörler arasında; genetik yatkınlık, nörofizyolojik farklılıklar, ve bölgesel beyin işlev bozukluğu da bulunmaktadır (Rapoport 1989). Streptokok enfeksiyonu sonrası gelişen otoimmünitenin de diğer bir nedensel faktör olduğu ileri sürülmüştür (Swedo 1994, Swedo ve ark. 1994).

Sydenham koresi'nin streptokok antijenlerine karşı oluşan otoimmün yanıt sonucu ortaya çıkan bir klinik tablo olduğu bilinmektedir. Bu bulgu ve buna ek olarak Sydenham koreli hastalarda sıklıkla obsesif kompulsif belirtilerin hastalığa eşlik etmesi göz önüne alındığında bu iki bozukluğun ortak bir nedensel temelini olabileceği düşüncesi ortaya çıkmıştır. Söz edilen bu otoimmün yanıtın OKB belirtilerinin oluşumundaki rolü ile ilgili çalışmaların sayısı son 10-15 yılda artmıştır. Asbahr ve arkadaşları (1999) tarafından yayınlanan; iki ayrı Sydenham koresi atağı geçiren 4 hastadan oluşan bir olgu serisi sunumunda ilk atak sırasında iki hastada, ikinci atak sırasında ise hepsinde OKB belirtileri olduğu bulunmuş. Belirtilerin şiddetleri kıyaslandığında 1 hastada belirti şiddeti iki atak arasında değişmezken, diğer 3 hastada ikinci atakta belirtilerin şiddetinde artış olduğu gözlenmiştir. Benzer şekilde Perlmutter ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan bir olgu sunumunda sık A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu geçiren bir kız çocuğundan söz edilmektedir. Bu olgu nöropsikiyatrik belirtilerle giden iki atak geçirmiş, hastanın ikinci atak sırasındaki tik ve OKB belirtilerinin daha şiddetli olduğu saptanmıştır.

Bir başka çalışmada romatizmal ateş geçiren ve Sydenham koresi olan 30 hasta ile romatizmal ateş geçiren fakat Sydenham koresi olmayan 20 hasta altı ay boyunca takip edilmiştir. Koresi olan 21 hastada (%70) OKB belirtileri ortaya çıkmış ve romatizmal ateşten sonraki 2 ay içinde belirtiler en yüksek düzeyde görülmüştür (Asbahr ve ark. 1998). 23 Sydenham koreli ve 14 koresi olmayan Romatizmal ateş tanısı almış çocuk ve ergenle yapılan bir başka çalışmada obsesif kompulsif belirtilerin sıklığı araştırılmıştır. Sonuçta obsesif düşünceler ve kompulsif davranışlar Sydenham koresi olan hastalarda anlamlı derecede fazla bulunmuş ve koreli hastalardan üçü OKB ölçütlerini karşılamıştır. Sydenham koreli hastalarda otoimmüniteye bağlı bazal ganglia hasarı olduğu bilindiğinden bu araştırma sonuçları OKB'un en azından bazı hastalarda otoimmün bir mekanizma sonucu ortaya çıkmış olabileceği fikrini desteklemektedir (Swedo ve ark. 1989).

OKB ve Tourette Sendromu Komorbiditesi:

OKB'da bir otoimmün mekanizma olduğuna dair gözlemler altında TS ile de ilgili görünmektedir, çünkü her iki durum sıklıkla komorbidite gösterir (Frankel ve ark. 1986). Pitman ve arkadaşları (1987) 16 OKB hastası ile yaptıkları bir çalışmada, hastaların 6'sında tik bozukluğu, 1'inde de TS komorbiditesinin bulunduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca hem TS hem de OKB'un bazal ganglia ve frontal bağlantılarla ilgili sorunlardan kaynaklandığı da belirtilmektedir (Singer 1997). Bunun yanı sıra, TS'lu hastalarda vokal ve motor tiklere obsesif kompulsif belirtilerin sıkça eşlik ettiği de bilinmektedir.

Görüntüleme Çalışmaları:

Sydenham koreli (Swedo ve ark. 1993, Swedo ve ark. 1994) ve OKB'lu (Tucker ve ark. 1996) hastalarda yapılan MRI çalışmalarında kaudat çekirdek hacminde artış olduğu gösterilmiştir. 12 yaşında iki yıldır OKB belirtileri olan, A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrasında alevlenme gelişen bir erkek hastanın yer aldığı olgu sunumunda plazmafarez tedavisi ile hastanın belirtilerinde gerileme olduğu saptanmıştır. Bununla paralel olarak da, MRI'de bazal ganglion hacimlerinde, özellikle kaudat çekirdek ve globus pallidusta, belirgin azalma olduğu belirtilmiştir (Giedd ve ark. 1996). Gerek klinik tablonun gerekse görüntüleme yöntemleriyle elde edilen bulguların plazmafarez tedavisi ile yatışmış olması, en azından bu olguda, OKB belirtilerinin şiddetlenmesinin temelinde otoimmün bir mekanizma olduğunu düşündürmektedir. Streptokok enfeksiyonu ile bağlantılı ortaya çıkmış ya da şiddeti artmış olan 82 OKB ya da tik bozukluğu olan hastanın, 34 çocuktan oluşan kontrol grubuyla kıyaslandığı bir başka çalışmada total serebrum ve talamus hacimleri açısından iki grup arasında fark bulunmazken, kaudat çekirdek ve globus pallidus total hacimlerinin OKB ya da tik belirtileri gösteren grupta daha fazla olduğu bulunmuştur (Giedd ve ark. 2000). Bu bulgu da yine diğer çalışmalarda gösterilen bazal ganglia hasarı ile ilgili verilerle paralellik göstermektedir.

Tourette Sendromu –OKB– Sydenham Kore-si'nde Hücresel İmmünite ve Genetik Çalışmalar:

Yapılan diğer bazı çalışmalarda TS, OKB ve Sydenham koresi gibi çocukluk çağı nöropsikiyatrik bozukluklarının patogenezinde humoral immünitinin ötesinde hücresel immünitinin rol oynayabileceği gösterilmiştir. Gerek bazı ailelerde Romatizmal ateş oranlarının yüksek bulunması, gerekse geniş kapsamlı aile çalışmalarında bu hastalığın sınırlı penetrasyonla birlikte otozomal resesif ya da otozomal dominant geçiş gösterebileceğinin öne sürülmesi nedeniyle bazı yazarlar tarafından streptokok enfeksiyonu sonrasında Romatizmal ateş geliştirmeye yönelik yatkınlığın genetik olarak belirlendiği düşünülmüştür (Gibofsky ve ark. 1991, Pauls ve Leckman 1986). Romatizmal ateş hastalarında patojene yönelik anormal immün cevap verilmesi söz konusudur ve bu durum kalıtsal olarak belirlenmektedir. Risk altındaki hastalar DR+ hücre yüzey marker'ı tarafından tanımlanan D8/17 olarak gösterilen monoklonal antikor ile belirlenebilir. Gibofsky ve arkadaşlarının (1991) yaptığı bir çalışmada D8/17 pozitifliği, romatizmal ateşi olan hastalarda %90-100 gibi bir oranda tespit edilirken kontrollerde pozitiflik bulunmamıştır. Swedo ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada 27 PANDAS'lı, 9 Sydenham koreli hasta ve 24 sağlıklı çocuktan alınan kan örnekleri D8/17 pozitifliği açısından incelenmiş ve sonuçta sağlıklı kontrollere (%17) göre her iki hastalık grubunda (PANDAS = %85, Sydenham koresi = %89) anlamlı derecede daha fazla D8/17 pozitifliği saptanmıştır (Swedo ve ark. 1997). PANDAS'ta hücresel immünitinin rolü ile ilgili bir başka çalışma da Mittelman ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada beyin-omurilik sıvısında bu tip immün cevapla ilgili olan sitokinlerin varlığı OKB'lu çocuklarda gösterilirken, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve şizofreniden oluşan kontrol grubunda gösterilememiştir.

Swedo ve arkadaşları (1998) yayınladıkları bir yazıda PANDAS'lı ilk 50 olgunun klinik tanımlamasını yapmaya çalışmışlardır. Çalışmaya

OKB belirtilerinde ya da tiklerinde ani başlangıç ya da alevlenme olan 50 çocuk alınmıştır. Öyküsünde Sydenham koresi, romatizmal ateş, ya da diğer otoimmün hastalığı olanlar, ya da romatizmal karditi olanlar çalışma dışı tutulmuştur. Sonuçta hastaların % 48'i OKB, % 42'si tik bozukluğu birincil tanısını almış; hastaların % 86'sında OKB belirtileri, % 80'inde motor tikler bulunmuştur. Erkeklerde risk yaklaşık 3 / 4 oranında fazla bulunmuştur (E/K 2.6:1; 8 yaş altında 4.7:1). Hastaların % 42'sinde A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu, %2'sinde bu patojene maruz kalma, % 28'inde boğaz kültür sonucu olmayan farenjit tik ya da OKB belirtilerinin başlangıcı ile ilgili bulunmuştur. Toplam 144 hastalık alevlenmesi saptanmış, bu alevlenmelerin %23'ü A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu ile bağlantılı bulunmamıştır. Sonuç olarak; patojen duyarlı bir konakçı ile karşılaştığında immün cevabın oluştuğu; bunu takiben de Sydenham koresi ya da PANDAS bulgularının ortaya çıkabileceği şeklinde bir model oluşturulmuştur. Yine aynı yazıda; PANDAS'lı çocuklarda streptokok dışındaki patojenlerin de hastalığın alevlenmesine neden olabileceği göz önüne alınarak otoimmüniteyi ilk başlatanın A grubu beta hemolitik streptokoklar olduğu ancak takip eden hastalık alevlenmelerinde virus, bakteri ya da enfeksiyon kaynaklı olmayan immünolojik cevapların sorumlu olabileceği fikri üzerinde durulmuştur.

Bu konu ile ilgilenen araştırmacılar için en önemli nokta nöropsikiyatrik belirtiler ve streptokok enfeksiyonu arasında doğrudan etiyolojiye yönelik bir ilişki kurulup kurulamayacağıdır. Ancak bu konu ile ilgili pek çok zorluk vardır. Örneğin; streptokok enfeksiyonunu, bu patojene maruz kalma ya da bu patojen ile kolonizasyon durumlarından kesin ve net bir şekilde ayırabilecek laboratuvar sonuçları hakkında bir fikir birliğine varılamamıştır. Tiklerin alevlenmesi ve streptokok enfeksiyonu arasında zamansal bir ilişki kurulsa bile bu bağın herhangi bir medikal hastalığa ya da strese ikincil gelişen, özgül olmayan bir cevaba ait olmadığı gösterilmesi de önem taşımaktadır.

Konakçıya Ait Faktörler:

Patogenezele ilgili olarak tartışılan diğer bir konu olan konakçıya ait faktörler şöyle sıralanabilir:

1. **Cinsiyet:** Erkeklerde daha fazla oranda görülmektedir.
2. **Yaş:** Ergenlikle birlikte görülme sıklığı azalıyor, bu dönemdeki gelişimsel değişikliklerin otoimmüniteye duyarlılığı azalttığı düşünülmektedir.
3. **Genetik faktörler:** İmmün cevabın genetik kontrolünün söz konusu olduğu düşünülmektedir.
4. **Ailesel faktörler:** D8/17 pozitifliği bazı ailelerde yükünlük gösteriyor, romatizmal ateşe duyarlılığı arttırdığı bilinmektedir.

Konakçıya ait faktörlere Bayraktar ve Kala'nın 2000 yılında yazdıkları bir gözden geçirme yazısında da dikkat çekilmiştir. Antinöronal antikor pozitifliği yüksek oranda saptanmasına rağmen nöropsikiyatrik işlev bozukluğunun neden sadece bazı çocuklarda görüldüğü ve bunun genetik ya da gelişimsel yatkınlıkla açıklanıp açıklanamayacağı sorgulanmıştır.

Tedavi Çalışmaları:

Literatürde PANDAS tedavisi ile ilgili küçük hasta gruplarını içeren ve çoğu kontrolsüz çalışmalar bulunmaktadır. Garvey ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çift kör, dengeli cross over bir çalışmada 37 PANDAS'lı çocuk rasgele iki gruba ayrılmış, birinci gruba 4 ay günde 500mg oral Penisilin V aldıktan sonra 4 ay plasebo verilmiştir. İkinci gruba da 4 ay plasebo ve ardından 4 ay Penisilin V verilmiş; OKB belirtileri ve tiklerin şiddetinde de her iki evrede fark bulunmazken, penisilin ve plasebo verilen her iki safhada da hastaların geçirdikleri enfeksiyon sayıları aynı bulunmuştur. Yazarlar yeterli profilaksi sağlanmadığı için buradan çıkan sonuçların anlamlı olmadığını ve gelecek çalışmaların daha etkin bir profilaktik ajan ve daha geniş bir örneklem ile yapılması gerekliliğini belirtmişlerdir. Giedd ve arkadaşları (1996) tarafından yayınlanan bir olgu sunumunda 12 yaşında streptokok enfeksiyo-

nu sonrasında belirtilerinde alevlenme gözlenen OKB'u olan bir erkek çocukta plazmaferez tedavisi ile belirtilerinde belirgin düzelme olduğu belirtilmiştir.

Pratikte ise hangi etyopatogenez sorumlu olursa olsun tik ya da TS-benzeri belirtileri olan çocuklarda antipsikotik ilaçlar; OKB belirtileri gösterenlerde ise seçici serotonin geri alım inhibitörleri ya da klomipramin tercih edilmektedir. Hastalarda streptokok enfeksiyonu ile ilgili bir bağlantı saptanmış olsa bile literatürde sözü geçen plazmaferez ya da penisilin profilaksisi gibi tedaviler henüz klinik uygulamada yer almamaktadır.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Tüm bu gözlemler ve veriler ışığı altında; klinikte rastlanılan TS-benzeri belirtiler ya da OKB belirtileri gösteren çocuklarda sık boğaz enfeksiyonu öyküsü olup olmadığına, varsa hastalığın ilk başlangıcı ya da belirtilerin şiddetlenmesi ile arasındaki zamansal ilişkiye dikkat edilmelidir. Çocukluk çağı OKB ve tik bozukluklarını ele aldığımızda streptokok enfeksiyonu ile ortaya çıkan ya da varolan belirtilerin streptokok enfeksiyonları ile şiddetlendiği bir alt grup oluşturanın çeşitli yararları olabilir. Bu, klinisyenlere patogenetik olarak aynı özellikleri paylaşan bir alt grubu tanıma ve belki de altta yatan nedene yönelik uygun tedavi seçeneklerini kullanma fırsatı verebilir. Ancak, burada iki önemli sorun dikkati çekmektedir. Birincisi; streptokok enfeksiyonu, kolonizasyonu ve bu mikroorganizma ile karşılaşma durumlarının birbirinden ayrılmasına yardımcı olacak ölçütlerin henüz yeterince oturmuş olmamasıdır, ikincisi ise böyle bir alt grup oluşturduktan sonra sorumlu tutulan ortak patojenik sürece yönelik tedavilerin (plazmaferez ya da penisilin profilaksisi gibi) henüz pratikte kullanılmıyor olmasıdır. Gerek ölçütlerin oluşturulması gerekse altta yatan olası mekanizmalara yönelik özgül tedavilerin ortaya konabilmesi için daha büyük hasta gruplarını içeren kontrollü çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

- Allen AJ, Leonard HL, Svedo SE (1995) Case study: a new infection-triggered, autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 307-311.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Asbahr FR, Negrao AB, Gentil V ve ark. (1998) Obsessive-compulsive and related symptoms in children with rheumatic fever with and without chorea: a prospective 6-month study. *Am J Psychiatry* 155(8): 1122-1124.
- Asbahr FR, Ramos RT, Negrao AB, Gentil V (1999) Case Series: Increased vulnerability to Obsessive-Compulsive Symptoms with repeated episodes of Sydenham Chorea. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(12): 1522-1525.
- Baron M, Shapiro E, Shapiro A, Ranier JD (1981) Genetic analysis of Tourette syndrome suggesting a major gene. *Am J Hum Genet* 33:767-775.
- Bayraktar E, Kala Y (2000) Obsesif Kompulsif Bozukluğun Etyopatogenezinde Yeni Bir Boyut: PANDAS. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 10:144-152.
- Comings DE, Comings BG, Devor EJ, Cloninger CR (1984) Detection of a major gene for Gilles de la Tourette syndrome. *Am J Hum Genet* 36:704-709.
- Frankel M, Cummings JL, Robertson MM ve ark.(1986) Obsessions and compulsions in Gilles de la Tourette's syndrome. *Neurology* 36(3): 378-382.
- Garvey MA, Perlmutter SJ, Allen AJ ve ark. (1999) A pilot study of Penicillin Prophylaxis for Neuropsychiatric Exacerbations Triggered by Streptococcal Infections. *Biol Psychiatry* 45(12): 1564-1571.
- Gibofsky A, Khanna A, Suh E, Zabriskie JB (1991) The genetics of rheumatic fever: relationship to streptococcal infection and autoimmune disease. *J Rheumatol Suppl* 30:1-5.
- Giedd JN, Rapoport JL, Leonard HL ve ark. (1996) Case Study: Acute basal ganglia enlargement and Obsessive-Compulsive symptoms in an adolescent boy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(7):913-915.
- Giedd JN, Rapoport JL, Garvey MA ve ark.(2000) MRI assessment of children with obsessive-compulsive disorder or tics associated with streptococcal infection. *Am J Psychiatry* 157(2):281-283.
- Husby G, van de Rijn I, Zabriskie JB ve ark.(1976) Antibodies reacting with cytoplasm of subthalamic and caudate nuclei neurons in chorea and acute rheumatic fever. *J Exp Med* 144: 1094-1110.
- Kiessling LS, Marcott AC, Culpepper L (1993) Antineuronal antibodies in movement disorders. *Pediatrics* 92: 39-43.
- Kiessling LS, Marcott AC, Culpepper L (1994) Antineuronal antibodies tics and obsessive-compulsive symptoms. *J Dev Behav Pediatr* 15:421-425.
- Kurlan R (1998) Tourette's Syndrome and PANDAS. Will the relation bear out? *Neurology* 50: 1530-1534.
- Leonard HL, Lenane MC, Svedo SE ve ark.(1992) Tics and Tourette's syndrome: a 2- to 7- year follow up of 54 obsessive-compulsive children. *Am J Psychiatry* 149: 1244-1251.
- Mittelman BB, Castellanos FX, Jacobsen LK ve ark.(1997) Cerebrospinal fluid cytokines in pediatric neuropsychiatric disease. *J Immunol* 159(6):2994-2999.
- Moore DP (1996) Neuropsychiatric aspects of Sydenham's chorea: a comprehensive review. *J Clin Psychiatry* 57:407-414.
- Murphy TK, Goodman WK, Fudge MW ve ark. (1997) B lymphocyte antigen DS/17: a peripheral marker for childhood-onset obsessive compulsive disorder and Tourette's syndrome? *Am J Psychiatry* 154(3):402-407.
- Palumbo D, Maughan A, Kurlan R (1997) Hypothesis III. Tourette Syndrome is only one of several causes of a developmental basal ganglia syndrome. *Arch Neurology* 54: 475-483.
- Pauls DL, Cohen DJ, Heimburh R ve ark.(1981) Familial pattern and transmission of Gilles de la Tourette syndrome and multiple tics. *Arch Gen Psychiatry* 38: 1091-1093.
- Pauls DL, Leckman JF (1986) The inheritance of Gilles de la Tourette's syndrome and associated behaviors: evidence for autosomal dominant transmission. *N Engl J Med* 315:993-997.
- Perlmutter SJ, Garvey MA, Castellanos X ve ark. (1998) A case of pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections. *Am J Psychiatry* 155(11): 1560-1566.
- Pitman RK, Green RC, Jenike BA, Mesulam MM (1987) Clinical comparison of Tourette's disorder and obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 144(9): 1166-1171.
- Rapoport JL (1989) The neurobiology of Obsessive-Compulsive Disorder. *JAMA* 261: 2888-2890.
- Singer HS (1997) Neurobiology of Tourette syndrome. *Adv Neurol* 15: 257-379.
- Svedo SE, Rapoport JL, Cheslow DL ve ark. (1989) High prevalence of obsessional-compulsive symptoms in patients with Sydenham's chorea. *Am J Psychiatry* 146(2):246-249.
- Svedo SE, Leonard HL, Schapiro MB ve ark. (1993) Sydenham's chorea: physical and psychological symptoms of St Vitus dance. *Pediatrics* 91:706-713.
- Svedo SE (1994) Sydenham's chorea: a model for childhood autoimmune neuropsychiatric disorders. *JAMA*

272: 1788-1791.

Swedo SE, Leonard HL, Kiessling L (1994) Speculations on antineuronal antibody mediated neuropsychiatric disorders of childhood. *Pediatrics* 93:323-326.

Swedo SE, Leonard HL, Mittelman BB ve ark. (1997) Identification of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections by a marker associated with rheumatic fever. *Am J Psychiatry* 154(1): 110-2.

Swedo SE, Leonard HL, Garvey M ve ark. (1998) Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: Clinical description of first 50 cases. *Am J psychiatry* 155(2):264-271.

Tucker DM, Leckman JF, Scähill L ve ark. (1996) A putative streptococcal case of OCD with chronic tic disorder, not otherwise specified. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(12): 1684-1691.

ISPCAN

ÇOCUK İSTİSMARININ ve İHMALİNİN ÖNLENMESİ VIII. AVRUPA KONGRESİ

24-27 AĞUSTOS, 2001

İstanbul, Türkiye

(Polat Renaissance İstanbul Hotel)

Kongre'nin Ana Teması:

"Çocuk Koruma Politikalarının ve Uygulamalarının Geliştirilmesi"

Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme ve Uluslararası Derneği (ISPCAN)

ve

Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği

Bildiri özeti ile başvurmak için son tarih: 1 Şubat 2001

Daha fazla bilgi için lütfen www.ispcan.2001-istanbul.com adresindeki web sitemize bakınız.

veya

Magister Tours, Halaskargazi Cad. 132/1 Şişli 80260 İstanbul adresine başvurunuz.

e-mail: congress@magister.com.tr

zeytinoglu@superonline.com

Telefon: (212) 230 00 00

Fax: (212) 248 40 30

GÖRÜŞLER

Uzm. Dr. Özlem Erman

Son yıllarda dünyadaki hızlı teknolojik gelişmeye paralel olarak tıp alanında da hızlı bir değişim yaşanmakta, neredeyse her gün yeni tanı, tedavi yöntemleri, yeni ilaçlar piyasaya sürülmektedir. Modern tıptaki bu gelişimlerin yanısıra alternatif tıp adı altında çeşitli uygulamalar kendisini bir seçenek olarak ortaya koymaya ve dünyada ve ülkemizde sağlık alanında giderek daha fazla etkinlik göstermeye başlamıştır. Gelişen dünyada insanlar da kendi yaşamlarıyla ilgili daha fazla bilinçlenmek istemektedirler. Alanın çeşitliliği, sansasyona açık olması ve ilginin fazlalığı medyanın da bu konuya ağırlık vermesini sağlamıştır. Televizyonlarda, radyolarda, gazete ve dergilerde bu tür haberler yoğun olarak yayımlanmaya başlamıştır.

Tıbbın hemen hemen tüm dallarında olduğu gibi çocuk ruh sağlığı alanında da yeni yöntemler ve alternatif tıp uygulamaları ve bunların medyadaki yansımalarıyla sık sık karşı karşıya kalmaktayız. Bazı bitkisel kökenli haplar ya da solüsyonlarla, vitamin, mineral kürleri ile depresyon, anksiyete, otizm, dikkat eksikliği, davranış sorunları hatta şizofreninin tedavi edilebileceği ve bu maddelerin yan etkilerinin olmadığı öne sürülmektedir. Bunların bazıları ilaç olarak kabul edilip, ithali ve satışı Sağlık Bakanlığı'nun iznine bağlı iken, bazıları gıda maddesi olarak nitelendirilip Tarım Bakanlığı'nun iznine bağlanmaktadır. Bazı özel diyetler, gıda kısıtlamaları da benzer iddalarla ortaya atılmakta insanın hissettiklerinin yedikleriyle çok ilgili olduğu ve beslenme rejiminde yapılacak ufak bir değişikliğin kişinin ruhsal durumunu belirgin bir şekilde etkileyebileceği, yanlış beslenmenin de otizm, şizofreni, depresyon, anksiyete ve panik atak gibi

bir dizi ruhsal bozuklukta belirtileri güçlendirip ağırlaştıracağı öne sürülmektedir. Basında da "psikiyatristi bırak kuruyemişçiye bak" başlıklı haberle bu iddalara yer verilmektedir (15.11.2000 Yenibinyıl). Televizyon kanallarında yayınlanan çeşitli hipnoz gösterilerinin ardından Sağlık Bakanlığı bireyin ruh sağlığını korumak amacıyla, hipnoz konusunda etik ve yasal düzenleme çalışmaları tamamlanuncaya kadar Türkiye genelinde gösteri amaçlı hipnoz uygulamalarının durdurulması kararını almıştır. Ama özellikle çocuklar ve gençler arasında hipnozla sorunlarının ortadan kaldırılabileceği inancının yerleşmesine engel olunamamıştır. Ülkemizde 1998 yılında yapılan bir araştırmada psikiyatri hastalarının %60'ının doktorlardan önce üfürükçülere, şifacılar başvurdukları belirlenmiştir. EEG biyoyararlanım (biofeedback) tedavisi de tam olarak alternatif tıp kapsamı içine girmemekle birlikte 25 yıldır bilinen ama henüz etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmamış bir yöntem olmasına karşın günümüzde özellikle dikkat eksikliği ve aşırı hareketliliğin tedavisinde yeni ve çok etkin bir yöntem olarak sunulmaktadır.

Özellikle ABD'de modern tıp karşıtı bazı gruplar ve alternatif tıp uygulamacıları tarafından yoğun olarak psikiyatrik ilaçların zararlarına ilişkin bilimsel dayanağı olmayan yayınlar yapılmakta ve bu yayınlara internet kanalından ulaşan aileleri etkilemektedir. Psikiyatriste gitme, akıl hastası olarak etiketlenme kaygıları da bireylerin bu tür alternatif yollara yönelmesine sağlayan diğer bir nedendir. Sonuç olarak etkinliği ve zararsızlığı kanıtlanmamış olan tüm bu yöntemler özellikle ilaç kullanımından endişe duyan aileler tarafından ilgiyle karşılanmakta ve denenmektedir.

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

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 8(1) 2001

Özellikle psikiyatri alanında önemli sonuçları olabilecek olan yeni, alternatif tanı ve tedavi yöntemleri hakkında toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Medya kuruluşları sağlıkla ilgili haberleri verirken son derece dikkatli olmalıdırlar. Öne sürülen iddanın bilimsel kurumlara da danışılması ya da en azından bu bilginin henüz bilimsel olarak kanıtlanmamış olduğunun vurgulanması önemlidir. Özellikle alternatif tıp uygulamalarının hangi kurum tarafından denetleneceği ya da bu konudaki şikayetlerin hangi kuruma yapılacağı konusunda da belirsizlik vardır. Sağlık alanında tıp dışı dallarda hizmet veren kurum ve kişilerin ve sağlık amaçlı tüm ürünlerin ortak bir birimin denetimine alınması

bu açıdan gereklidir. Bilimsel tıp çalışanları da tıptaki gelişmeleri doğru biçimde yansıtmalıdır. Tıp etiğinin dürüstlük ve özerkliğe saygı ilkelerine göre önerilen tanı ya da tedavi yönteminin etkinliğinin kanıtlanıp kanıtlanmadığı, nasıl bir yarar beklenebileceği konusundaki bilgiler doğru olarak hasta ve yakınlarına sunulduktan sonra onay alınmalıdır. Alternatif tıbbın bilimsel çevrelerce yok sayılması ve bu konuya duyarsız kalınması bu yöntemlerin toplumumuzdaki uygun ortam da sayesinde kontrolsüz bir şekilde yayılarak etkinlik göstermesine neden olacaktır. Bilimsel tıp çalışanları bu konuda da inceleme ve görüşlerini etkin bir biçimde iletişim ortamına sunmalıdırlar.

YENİ YAYINLARDAN ÖZETLER

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun "Sinyali Ortaya Çıkarma" Kuramına Göre Yeniden Formüle Edilmesi

Mota VL, Schachar RJ (2000) Reformulating Attention - Deficit / Hyperactivity Disorder According to Signal Detection Theory. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:9: 1144-1151.

ADHD tanısında bugün kullanılan algoritma, bozukluğunun varlığı veya yokluğu hakkında fazla fikir verici değildir. Bu çalışmanın amacı bozukluğun varlığını doğru bir şekilde tahmin edebilecek semptom kombinasyonlarını belirlemektir. Bir başka deyişle davranışsal olarak bozukluğu olan çocukları davranışsal olarak normal çocuklardan ayırabilmektir.

Toplumsal bazlı çalışmalarda görülmüştür ki tanınasal ölçütleri karşılayan bazı kişiler fonksiyonel olarak normaldir. Epidemiyolojik araştırmalarda "bozukluğun varlığı" tanı ölçütlerine eklenince prevalans ve dolayısıyla yanlış pozitif sonuçlar anlamlı bir şekilde azalmıştır. Bu durumun tersi de doğrudur. Yani DSM IV ölçütlerine uymayan birçok çocukta belirgin bir şekilde bozukluk gözlenmektedir. Bu iki gözlem göstermektedir ki DSM IV ölçütleri hastalıktan etkilenmiş kişileri uygun spesifite ve sensitivite ile belirleyememektedir.

Tanısal olarak güçlü semptomlar sensitivite ve spesifiteyi arttırmaktadır. Bir semptom etkilenmiş vakaları etkilenmemiş vakalardan ayırmada ne kadar iyiye, yanlış pozitif ve yanlış negatif sonuçlar o kadar az gözlenmektedir.

Yaşları 7 ile 12 arasındaki 183 çocuktan elde edilen verilere göre, bağırarak ya da düşünmeden konuşmak evde görülen en anlamlı ve ayırımı yapırabilen semptom iken; oturması gereken sırasında oturmamak okulda en etkili semptom olarak ortaya çıkmıştır. Anababalardan alınan sonuçlara göre yeni algoritma, bozukluğu olan çocukların %65 ile %71'ini yakalayabilmiştir. Bu oran DSM IV'ün başarı oranı olan %73'e yakın bulunmuştur. Ancak spesifite açısından bakılınca yeni algoritmanın, bozukluğu

olmayan çocukları doğru bir şekilde reddederken, DSM IV sadece %33'ünü reddedebildiği anlaşılmıştır.

Int. Dr. Serkan Yakan

Kitlelere Ulaşmak: Çocuk ve Ergen Psikiyatristleri İçin Kitle İletişim Yöntemleri

Kutner L, Beresin EV (2000) Reaching Out: Mass Media Techniques for Child and Adolescent Psychiatrists. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39: 11, 1452-1454

Gün geçtikçe artan kitle iletişim araçları çocuk ve ergen psikiyatristlerine kitlelere ve risk altındaki çocuklar ve ailelerine doğrudan ulaşabilmek için yeni ve güçlü olanaklar yaratmaktadır. Fakat birçok hekimin kitle iletişimi konusunda yeterli eğitim almamış olmaları ve psikiyatrik hastalıklar hakkında halkın ve medya çalışanlarının halen çok fazla yanlış bilgiye sahip olmaları nedeniyle medyanın yarattığı bu olanaklar kötüye kullanım potansiyeli taşımaktadır. Buradan yola çıkarak 9 yıllık bir zaman zarfında psikiyatristler için medya ve iletişim seminerleri verilmiştir ve bu sayede bazı özel iletişim tekniklerinin geliştirilmesi sağlanmıştır.

Asıl önemli olanın verilecek bilginin medyaya uygun bir biçimde sunmak olduğu ve bunun için de bilgi verilecek konu hakkındaki öncelikler sırasının değiştirilmesi ve konu başlıklarının sınırlandırılmasının önemine değinilmiştir. Tıbbi terminolojiden arındırılmış bir sunumun çok daha faydalı olacağı ifade edilmiştir.

Psikiyatristin konuyu nasıl sunması gerektiğine ilişkin bazı öneriler verilmiştir:

- Öncesinde prova yapılmalı
- Programda başka kimlerin bulunacağı önceden öğrenilmeli
- Uzman kişinin psikiyatristin kendisi olduğu unutulmamalı
- Karşıt görüşlere hazırlıklı olunmalı

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 8(1) 2001

- Yanlış bilgi içeren soru cümleleri cevap verilmeden önce düzeltilmeli
- İzleyiciye dikkat etmesi gereken noktalar hakkında ipucu verilmeli
- Rahat olunmalı
- Duygular belli edilmeli

Sonuç olarak pratik ağırlıklı bir medya ve iletişim eğitimi psikiyatri eğitim süreciyle bütünleştirilmelidir. Hem bireysel olarak hekimler hem de psikiyatri dernekleri kitle iletişiminde ne kadar beceri sahibi ve rahat olurlarsa çocukların bundan sağlayacağı kazanç da o kadar fazla olacaktır..

İnt. Dr. Seda TAMSOY

Astımı Olan Çocuk ve Adölesanlarda DSM IV Anksiyete ve Afektif Bozukluk Prevalansı

Vila G, Nollet-Clemencin C, Blic J ve ark. (2000) Prevalance of DSM IV anxiety and affective disorders in a pediatric population of astmatic children and-adolescents. *J Affect Dis* 58: 223-231.

Bu çalışmada Paris'teki bir hastanede ayakta tedavi edilen ve ortalama 8,5 yıldır astımı olan 82 çocuk ile Fransa'da bir okulda sistematik olarak seçilen 82 sağlıklı çocuk karşılaştırılmıştır. Çocuklar ortalama 8-15 yaş arasında ve E/K oranı ortalama 2'dir.

Aileleri çocuğun davranışlarını içeren testler doldururken çocuklara anksiyete ve korku davranışları skalası, depresyon ve kendine güven testleri uygulanmıştır. Ayrıca astımı olan çocuklar afektif bozukluklar ve şizofreni için çocuk programı ile test edilmişlerdir.

Sonuç olarak astımı olan çocuklarda anksiyete düzeyi çok daha yüksek bulunmuştur. Depresyon ve kendine güven testleri sonuçları her iki grupta hemen hemen aynıdır. Astmanın süresi ve cinsiyetin ise anksiyete üzerinde fark yaratıcı etkisi bulunmamıştır. Çocuk ve adölesanlarda ise sonuçlarda anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sosyodemografik faktörler ancak depresyon testinde fark yaratmıştır.

KSADS-R testine göre 33 (%42) astımı olan çocuktan en az bir tanesinde DSM IV psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. 29 (%35) çocukta en az 1

anksiyete bozukluğu, 14 çocukta en az 2 anksiyete bozukluğu saptanmıştır. 4 çocukta afektif bozukluk, 4 çocukta ise yıkıcı davranış bozukluğu (2 hiperaktivite sendromu, 2 davranış boz.) görülmüştür.

Sonuç olarak astımı olan çocuklarda sağlıklı çocuklara göre anksiyete problemi daha fazladır. Solunum sıkıntısı anksiyeteyi provake eder. Santral kemoreseptörlerde PCO₂↑ panik atağı başlatır. Eğer bunlara müdahale edilirse astma tedavisinde daha anlamlı sonuçlar alınacaktır.

İnt. Dr. Sibel Acembekiroğlu

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Kızlarda Aile Çalışması

Faraone SV, Biederman J, Mick E ve ark. (2000) Family Study of Girls With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry* 157: 1077-1083

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) kızlarda daha az görülmektedir. Kızlarda DEHB'nun nedenleri hakkında yeterli bir bilgi yoktur. Bu çalışmada kızlarda DEHB'nun ailesel geçişi incelenmiştir. DEHB tanısı almış olan 140 kız ve birinci derece yakını (n=147) ile DEHB olmayan 122 kız ve birinci derece yakını (n=369) çalışmaya alınmıştır. Olguların tanılarını bilmeyen görüşmeciler tarafından yapılandırılmış psikiyatrik görüşmeler yapılmıştır. DEHB olan kızların yakınlarında DEHB sıklığı DEHB olmayan grubun yakınlarına göre anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur. Bu oran yazarların daha önce erkek DEHB olgularının yakınlarındaki DEHB sıklığı oranlarıyla aynıdır. DEHB tanısı almış olan erkeklerin ailelerinde olduğu gibi kızların ailelerinde de duygudurum, kaygı bozuklukları ve madde kullanımı yüksek orandadır. DEHB'nun alt tipleri ile ailesel geçiş arasında bir bağlantı bulunmamıştır. Bu çalışmanın sonuçları DEHB'nun ailesel geçişinin kızlarda da erkek olgulara benzer özellikler taşıdığını göstermiştir. Olguların cinsiyeti ya da DEHB alt tipi DEHB'nun ailesel geçişini etkilememektedir.

Uzm. Dr. Özlem Erman

Alkol Bağımlılığı Olan ve Olmayan Ailelerden 162 Çocukta Davranış Belirtileri ve Psikiyatrik Tanılar

Schuckit MA, Smith TL, Radziminiski S ve ark. (2000) Behavioral symptoms and psychiatric diagnoses among 162 children in nonalcoholic or alcoholic families. Am J Psychiatry 157:1881-1883.

Çoğu çalışmada alkol bağımlılığı olan hastaların çocuklarının erişkin yaşlara geldiğinde alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı için üç kat daha fazla risk taşıdığı desteklenmektedir. Fakat yaşamın erken yıllarında hangi bozuklukların görüldüğüne ilişkin fikir birliği tam olarak oluşmamıştır. Bir çok çalışmada babalarda alkolizm dışındaki patolojiler ve sosyoekonomik durumla genel işlevsellik düzeyleri kontrol edilmemiştir. Bu çalışmada yazarlar bu faktörlerin kontrol edildiği bir çalışma yapmayı amaçlamıştır. Temel varsayımları bu etkenler kontrol edildiğinde alkol bağımlılığı olan hastaların çocuklarında DEHB, davranım bozukluğu ya da karşı gelme bozukluğunun sık gözlenmeyeceğidir.

Bu amaçla çalışmaya 15 yıldır alkol bağımlılığı nedeni ile takip edilmekte olan ve antisosyal kişilik bozukluğu öyküsü olmayan 453 hastanın oğullarından oluşan ve alkol bağımlılığı olmayan anababaların oğullarından oluşan toplam 162 çocuk alınmıştır. Bu çocukların yaş ortala-

ması 11 yaştır. Çocuklar doğrudan görüşmeye alınmamıştır. Annelerine Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği verilmiş ve Alkolizm Genetiği Değerlendirilmesi amacıyla yarı yapılandırılmış bir görüşme yapılmıştır. Çocuklar aile öyküsüne göre üç gruba ayrılmıştır. Birinci grupta birinci ve ikinci derece akrabalarında alkol bağımlılığı olmayan 57 çocuk, ikinci grupta sadece uzak akrabalarında alkol bağımlılığı olan 68 çocuk ve üçüncü grupta anne veya babada alkol bağımlılığı olan 37 çocuk bulunmaktadır.

Ailede alkolizm bulunması ile çocuklarda DEHB, davranım bozukluğu ya da karşı gelme bozukluğu bulunması ve davranış değerlendirme ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla beraber akrabalarında alkol bağımlılığı olan çocuklarda , akrabalarında alkol bağımlılığı olmayanlara göre madde kullanımı ya da bağımlılığı riskinde hafif bir artış gözlenmiştir.

Yazarlar, sonuçta ailesel antisosyal bozukluklar ve sosyoekonomik durum kontrol edildiğinde, sadece alkolizm öyküsü ile çocuktaki dışavurum bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmektedirler.

Dr. Ebru Çengel Kültür

HABERLER

OKUL ORTAMINDA KARŞILAŞILAN ÖĞRENME SORUNLARI SEMPOZYUMU

24 . 03 . 2001 tarihinde Ankara Özel Tevfik Fikret Okulları tarafından "Okul Ortamında Karşılaşılan Öğrenme Sorunları" konulu bir sempozyum düzenlendi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Bölümü Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Ferhunde Öktem ile İmge Ruh Sağlığı ve Danışma Merkezi uzmanlarından Uzm.Dr. Özlem Erman, Uzm.Dr. Hakan Erman ve Uzm.Psk. Betül Gündoğdu'nun konuşmacı olarak katıldığı sempozyumda "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" ve "Özel Öğrenme Güçlüğü" sorunlarıyla ilgili tanı, tedavi, eğitim olanakları ve çözüm yolları ele alındı. Ankara ilindeki pek çok ilköğretim okulundan öğretmenlerin ve rehberlik servisi uzmanlarının davet edildiği sempozyum oldukça geniş bir katılımla ve ilgiyle izlendi.

Pınar Kaya

"DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE VE ÖZEL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ DERNEĞİ" KURULDU

Ocak 2001 tarihinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özel Öğrenme Güçlüğü tanısı almış olan çocuk ve gençlerin aileleri, konuyla ilgilenen öğretmenler ve alanda çalışmakta olan uzmanların katılımıyla "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite ve Özel Öğrenme Güçlüğü Derneği" kuruldu. Merkezi Ankara'da olan derneğin amacı, bu bozuklukların erken tanınması, uygun tedavi ve eğitim olanaklarının sağlanması ve yaygınlaştırılması, karşılaşılan sorunlara uygun ortak çözümlerin bulunması yönünde çalışmalar yapmak, bu alanda yapılacak olan çalışmalara öncü ve destek olmak üzere aileleri, eğitimcileri ve tedavi ekibini bir araya getirerek bu alanda güç birliği oluşturmaktır. Dernek başkanı Prof.

Dr. Ferhunde Öktem ve kurucu üyeler Ankara'daki okullarla ve rehberlik araştırma merkezleri ile bağlantılar kurmakta ve aileler ve eğitimciler için tanıtım toplantıları düzenlemektedir. Dernekle ilgili duyuruların yanısıra anne baba ve öğretmenlere yönelik çeşitli bilgilerin yer aldığı bir web sayfası açılmıştır (www.hiperaktivite.org.tr). Ayrıca hiperaktivite-w@tr.net e-posta adresi ile ya da 0(312)467 37 67 numaralı telefonda derneğe ulaşılabilmektedir.

Uzm. Dr. Özlem Erman

OTİZM VE DİĞER YAYGIN GELİŞİMSEL BOZUKLUKLAR SEMPOZYUMU

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından Prof. Dr. Mualla Öztürk anısına geleneksel olarak düzenlenen sempozyumların onördüncüsü 19-21 Şubat 2001 tarihinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji binası konferans salonunda gerçekleşmiştir. Bu yıl sempozyumda "Otizm ve Diğer Yaygın Gelişimsel Bozukluklar" konusu çeşitli yönleriyle ele alınmıştır. Sempozyumda ABD Chicago Üniversitesinden Prof. Dr. Catherina Lord "Otizm'de erken tanı ve tedavi" ve "Otistik Spektrum Bozukluklarının Tanımlanması ve Tedavisinde Yeni Yöntemler"; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden Prof. Dr. Melda Akçakın "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniğinde Yaygın Gelişimsel Bozukluk Olarak Değerlendirilen Olguların Demografik Özellikleri ve Belirti Dağılımları"; Birmingham Üniversitesinden Hilary Dinham "Otizmin Kardeşler Üzerine Etkisi" ve "Otistik Çocuklarla İletişim Kurmaya İlişkin Görüşler"; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinden Doç. Dr. Mehmet Ali Kaşifoğlu "Otistik Spektrum Bozukluklarında Genetik Çalışmalar"; Leiden Üniversitesinden Prof. Dr. Ina Van Berckelaer-Onnes "Çok Boyutlu Bir Sorun Olarak

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 8(1) 2001

Otizm ve Zeka Geriliği"; Marmara Üniversitesinden Doç. Dr. Yankı Yazgan "Otizmde Alternatif Tedavilerin Yeri Nedir?" Orta Doğu Teknik Üniversitesinden Yrd. Doç. Dr. Sibel Kazak "İleri Derecede Zihinsel Özürlü Olan Bireylerde Otizmin Ayırdedilebilmesi" konulu konferansları sunmuşlardır. Sempozyumda ayrıca "0-3 Yaş Grubunda Yaygın Gelişimsel Bozukluğun İlk Belirtileri ve Değerlendirme" ve "Deneyimler" konulu iki panel yer almıştır.

Otizm konusunda Prof. Dr. Mualla Öztürk anısına düzenlenen ikinci sempozyum olma niteliğini taşıyan bu sempozyumda yapılan konuşmalarda erken tanı ve sağaltımın yanısıra ayırıcı tanı konularının vurgulandığı dikkati çekmiştir.

Sempozyumda Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı ödül töreni de yer almıştır. Türkiye Sınır ve Ruh Sağlığı Derneği tarafından verilen ödülü bu yıl "Otistik Bozukluğu Olan Çocuklarda Antioksidan Enzimleri ve Bunlarla İlgili Eser Elementleri Araştırılması" (Yorbık Ö., Sayal A., Akay C., Söhmen T.) ve "İlköğretim Okullarına Devam Eden Türk Çocuklarının Sınıf Düzeyine Göre Okuma Hızı ve Yazım Hataları Normlarının Geliştirilmesi" (Erden G., Kurdoğlu F., Uslu R.) konulu araştırmalar almıştır.

Doç. Dr. Runa Uslu