

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

CİLT : 9 SAYI : 1

2002



ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH

Cilt: 9 Sayı: 1, 2002 Mayıs, Eylül ve Aralık aylarında olmak üzere yılda 3 sayı çıkar.

YAYIN KURULU

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Adına

Sahibi ve Sorumlu Müdürü

Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu

Yayın Yönetmeni

Prof. Dr. Bahar Gökler

Yardımcı Yayın Yönetmenleri

Prof. Dr. Füsün Çuhadaroğlu

Doç. Dr. Fatih Ünal

Yrd. Doç. Dr. Berna Pehlivan Türk

Üyeler

Psk. Doç. Dr. Melda Akçakın

Arş. Gör. Dr. Devrim Akdemir

Prof. Dr. Saynur Canat

Uzm. Dr. Hakan Erman

Uzm. Dr. Özlem Erman

Psk. Prof. Dr. Ferhunde Öktem

Arş. Gör. Dr. Pınar Öner

Yrd. Doç. Dr. Birsen Sonuvar

Doç. Dr. Selahattin Şenol

Uzm. Dr. Özgür Yorbık

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. Kayhan Aydoğmuş (İstanbul)

Prof. Dr. Ayla Aysev (Ankara)

Prof. Dr. Ayşen Baykara (İzmir)

Prof. 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)

Prof. Dr. Ümran Tüzün (İstanbul)

Doç. Dr. Runa Uslu (Ankara)

Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın (Ankara)

Prof. Dr. Yankı Yazgan (İstanbul)

KAPAK RESMİ

Irmak İRMAN – 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: crsdergi@hacettepe.edu.tr

www.cgrsder.org.tr

ISSN: 1301-3904

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi Tübitak Tıp Dizinine alınmıştır.

İÇİNDEKİLER

Önyazı	1
B. Gökler	
Otizimde Cinsiyet Farklılıkları	3
M. Akçakın	
Depresyonu Olan ve Olmayan Genç Kızlar ve Annelerindeki Adet Öncesi Yakınmaların Karşılaştırılması	16
F. Akdeniz, S. Korkmaz, M. Tamar, B. Beker	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Sosyodemografik Özellikler, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri	23
F. Toros, C. Tataroğlu	
Ergenlik Döneminde Aşılması Gereken Bir Evre: Biseksüalite	32
C. Odağ, T. Bildik	
Bir Olgu Sunumu: Ailesel Özellik Gösteren Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu	41
R. Karlıdağ, S. Ünal, A. Avcı, B. Sipahi	
Çocuk İstismarı ve İhmali: Erken Dönem Stresin Nörobiyolojik Gelişime Etkisi	47
I. Gökler	
Görüşler	58
A. Aysev	
Yeni Yayınlardan Özetler	60
Tez Tanıtımı	64
Haberler / Toplantı - Kongre	66
İnternet Köşesi	72
Yazım Kuralları	73

TÜRKİYE SİNİR VE RUH SAĞLIĞI DERNEĞİ

Prof. Dr. MUALLA ÖZTÜRK

ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ÖDÜLÜ

2003

1. 1990'dan beri her yıl çocuk ruh sağlığı alanında en başarılı çalışmaya verilmekte olan "Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Ödülü 2003" için aşağıdaki koşullar belirlenmiştir.
2. 2003 ödülü olarak 750.000.000 TL. ve ödül belgesi verilecektir.
3. Çalışma:
 - a. 2001 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 2002 tarihine kadar aşağıda bildirilen adrese postalanmış ya da elden verilmiş olmalıdır.
 - d. Çalışmalar, aşağıda belirlenen seçici kurul tarafından değerlendirilecek ve ödül 2003 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

Bilindiği gibi, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği'nin yayın organıdır. Bu bağlamda, son dönemde kitle iletişim araçlarında çocuk pornografisi ve çocukların cinsel obje olarak seçilmesine ilişkin çıkan yayınlar üzerine derneğin yaptığı basın açıklamasını dergi aracılığı ile bir kez daha duyurmak istedik:

- Pedofili ya da çocukların erişkin tarafından cinsel obje olarak seçilmesi ister fantazi düzeyinde ister eyleme dönük olsun, çocuk hakları açısından zarar getiricidir. Bir erişkinin cinsel fantazi nesnesi olarak çocukları seçmesi, çocuk cinsel istismarına yönelik önemli bir risk etmenidir. Çocukların cinsel-erotik nesnelere olarak seçilmesinin "normal" leştirilmesi ve bunun ileri derecede özünden saptırılmış bir biçimde, bir "düşünce özgürlüğü" konusu imiş gibi ele alınması, açıkça bir çocuk hakları ihlalidir.

Zihinsel, bilişsel ve ruhsal gelişim açısından henüz olgunlaşmamış ve yetkinleşmemiş durumda, dolayısıyla erişkinler tarafından her türlü yönlendirmeye açık ve savunmasız varlıklar olan çocukları cinsel tercih konusunun bir ögesi, bir seçim aracı gibi görmek; ve bunu "cinsel tercih özgürlüğü" ya da "düşünce özgürlüğü" bağlamında tartışmak ciddi bir yanlısamadır; bir yargılama (muhakeme) bozukluğu göstergesidir.

"Düşünce özgürlüğü" gibi insan haklarını temel alan evrensel bir değeri, "çocukların cinsel tercihlerde fantazi nesnesi olarak seçilebilmesi" konusu ile ilişkilendirerek açıklamak, bir saptırmadır. Düşünce özgürlüğü, fantazi kurma, düşümlenme özgürlüğü insanın gelişimi, yaratıcılığının zenginleşmesi, kendini zihinsel ve ruhsal açıdan en etkin bir biçimde gerçekleştirebilmesi bağlamında olumlu bir içerik taşır. İnsanları insan yapan değerler üzerinde tartışırken özenli olunmadığında, bu değerlerin içi boşalabilir ve toplumda bu değerler yitirilebilir. "Pedofili" ile "düşünce ve seçim yapma özgürlüğü" bir arada, benzer konulaşmış gibi ele alındığında, toplumlar çocuklarına yabancılaşırlar, çocuklar "nesne"leşir, daha da ürkütücüsü sanal bir ortamda çocuklar "özgür erişkinlerin" "kurbanları" konumuna gelebilirler.

Sonuç olarak, insan hakları ve özgürlükler konusunda çok duyarlı olması gereken basın-yayın ve iletişim organlarının çocuk hakları açısından gereken sorumluluk çerçevesinde davranmadığına ilişkin örnekler bizlerde bu tür bir uyarıda bulunma gereksinimini doğurmuştur. Bu bağlamda Sabah gazetesi yazarı Gülşay Göktürk'ün 9.01.2002 tarihli "Çocuk Pornosu" başlıklı yazısı nedeniyle bir çocuk hakları ihlaline yol açtığı için, kendisi ve kamuoyu tarafından bilinmesinde yarar görüyor. Ankara barosuna kayıtlı 16 avukatın suç duyurusunda bulunma kararlarını desteklediğimizi bildiriyoruz.

Saygılarımızla

Yayın Yönetmeni

Prof. Dr. Bahar Gökler

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 yüreklendirmek amacıyla, 1995 yılından başlayarak, her yıl o yılı kapsayan yazılar arasından bir yazıya ödül verilmesini kararlaştırmıştır. Ödül için seçilecek yazılar, araştırma yazıları, özgün olgu sunumları ya da kapsamlı ve özgün görüşlere yer veren gözden geçirme yazıları arasından belirlenecektir. Ödül alan yazı, her yıl, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kongresinde duyurulacaktır.

SEÇİCİ KURUL :

Prof. Dr. Cahide Aydın

Prof. Dr. Saynur Canat

Prof. Dr. Füsun Çuhadaroğlu

Prof. Dr. Bahar Gökler

Psk. Prof. Dr. Ferhunde Öktem

Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın

OTİZMDE CİNSİYET FARKLILIKLARI

Melda Akçakın *

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, otistik bozukluk tanısı konmuş kız ve erkek çocukların, demografik ve klinik özellikleri yönünden karşılaştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** DSM III-R ve DSM IV ölçütlerine göre, otistik bozukluk tanısı konmuş, yaşlarına ve geliş tarihlerine göre eşleştirilmiş 60 kız ve 58 erkek çocuk demografik özelliklerine, doğum öncesi, doğum, doğum sonrası ile ilgili değişkenlere, motor-dil becerilerine, tuvalet eğitimi gelişim düzeylerine, anababaların belirtileri farketme yaşlarına, otizm belirtilerine, Ankara Gelişim Tarama Envanteri'ne (AGTE) ve Stanford-Binet L-M (S-B) zeka ölçeği bulgularına göre karşılaştırılmış, cinsiyetler arası fark olup olmadığı incelenmiştir. **Bulgular:** Kızlar ve erkekler arasında demografik özellikler, doğum öncesi, doğum, doğum sonrası değişkenler, motor dil becerileri, tuvalet eğitimi gelişim düzeyleri, anababaların belirtileri farketme yaşları ve otizm belirtileri yönünden fark bulunmamıştır. Ayrıca, AGTE ve S-B ölçeklerine göre cinsiyetler arası fark saptanmamıştır. Ancak erkek çocuklarının doğum kilolarının daha fazla olması, işitmemelerinden daha fazla kuşku duyulması ve aralarında hiç konuşmayanların daha fazla olması yönünden kızlardan farklı bulunmuştur. Buna karşın kız çocukları arasında erkeklere göre konuşmanın durması ya da bir süre gerilemesi daha fazla görülmüştür. **Tartışma:** Ülkemizde ilk kez otizmi olan kız çocukları, ayrı bir grup olarak ele alınmış ve incelenmiştir. Bu çalışmada kız çocuklarında konuşmanın durması ya da bir süre gerilemesine daha sık rastlanması diğer çalışmalarda da bu konunun araştırılması ve bunda rol oynayabilecek etkenlerin organik ve çevresel boyutta incelenmesini gerektirecektir. Elde edilen bulgular, konuyla ilgili yayımlarla birlikte değerlendirilmiştir.

Anahtar sözcükler: Otizm, cinsiyet farklılıkları.

SUMMARY: SEX DIFFERENCES IN AUTISM

Objective: The aim of this study is to compare demographic and clinical characteristics of girls and boys with autistic disorder. **Method:** 60 girls and 58 boys who fulfilled the DSM III-R and DSM IV criteria for autistic disorder are matched according to their ages at referral. These children are compared in relation to their demographic and pre-natal, natal and post-natal characteristics, motor skills, language skills, toilet training, developmental level, age when parents first realized the symptoms, symptoms of autism, scores of Ankara Development Screening Inventory (AGTE) and scores of Stanford Binet (S-B) intelligence scales and the differences between girls and boys are examined. **Results:** There were no significant differences between boys and girls in relation to their demographic and prenatal, natal and post natal characteristics, motor and language skills, toilet training, developmental level, age when parents first realized the symptom, symptoms of autism, scores of AGTE and S-B. There were significant gender differences in the birth weight, doubt in hearing, lack of speech, pause or regression of speech. Boys had more points in birth weight, there were more doubt in their hearing and more number of boys had lack of speech. On the other hand, girls had more pause or regression in their speech. **Discussion:** For the first time in our country girls are examined separately as a group. The findings about the pause or regression of girls' speech may encourage other researchers to study the related factors and their organic and environmental aspects. The results are discussed with reference to related literature.

Key words: Autism, sex differences.

GİRİŞ

Otizmin, erkeklerde görülme oranının kızlara göre daha yüksek olduğu, uzun yıllardan beri bilinmektedir. Epidemiyoloji çalışmalarında, bu oran 2 ya da 3 erkek çocuğuna karşın 1 kız çocuğu olarak gösterilmiştir (Burd ve ark. 1987, Lotter 1966, Wing 1981). Ülkemizde ise, çocuklarda kronik hastalıkların sıklığını tarama çalışmasında 1.17 erkek çocuğuna karşın bir kız çocuğunda otizm saptanmıştır (Ro-Codec 1997). Yurtiçi ve yurtdışı klinik çalışmalarda ise 4 ya da 5 erkek

çocuğuna karşın 1 kız çocuğu olarak bulunmuştur (Akçakın ve ark. 1993, Akçakın ve Kerimoğlu 1993, Baird ve August 1985, Rutter ve Lockyer 1967, Tsai ve Beisler 1983, Volkmar ve ark. 1993).

Yaklaşık 80 li yıllara kadar, yalnızca otizmi olan kızlarla erkeklerden ayrı olarak hemen hemen hiç çalışılmamış, olan çalışmalarda da denek sayısının yeterli olmadığı görülmüştür. Bu çalışmalarda kızların daha az sayıda olmasından dolayı ya erkeklerle birleştirilmiş ya da kızlar araştırma dışında bırakılmıştır (Lord ve ark. 1982). Bazı çalışmalarda da kızların sayısı çok az olduğundan ayrı analiz yapılamamıştır (Lord ve ark

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

1991). Lotter (1966) bir epidemiyoloji çalışmasında, 9 kızın tamamının, 23 erkek çocuğun ise yalnızca 13'ünün zeka bölümünü (ZB) 55'in altında bulmuştur. Tsai ve arkadaşları (1981) da otizmi olan kızlarla erkekler arasında zeka düzeyi farklığına dikkat çekmişler, kızların daha düşük ZB'ne sahip olduklarını bildirmişlerdir. Özellikle ZB 50'nin altında ise bu farklılığın daha belirgin olduğunu belirterek, ZB'ü 70'in üstünde olduğunda kız erkek oranı 2.9:1 iken, ZB 50'nin altına indiğinde bu oranın 4.7:1 bulunduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca bu araştırmacılar, kızlarda daha çok nörolojik bozuklukların olduğunu ve birincil derecede akrabalarında da, konuşma ya da bilişsel bozuklukların daha fazla görüldüğünü bildirmişlerdir. Wing (1981) de benzer biçimde kızların zeka kapasitesinin erkeklerden daha düşük olduğunu belirtmiştir. Lord ve arkadaşları (1982), diğer çalışmalara benzer olarak kızların ZB'nü daha düşük bulmuşlar, erkek çocuk sayısının ZB 40'ın altına düştüğünde azaldığını, ZB 80'nin üzerine çıktığında ise, arttığını bildirmişlerdir. Lord ve Schopler (1985) ve Tsai ve Beisler (1983) de benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Ancak, Tsai ve Beisler (1983) in çalışmasında, otizmi olan kızlar ve erkekler, takvim yaşları ve alıcı dil işlevleri yönünden eşleştirildiğinde, her iki cinsiyetin bilişsel ve algısal-motor becerilerinde eşit bozulma olduğu görülmüştür.

Otizimde cinsiyet farklılığı ile ilgili bir diğer çalışma da Volkmar ve arkadaşları (1993) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, otizmi olan Başka Türü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk (BTA-YGB) gösteren ve Yaygın Gelişimsel Bozukluğu olmayan, gelişimsel bozukluğu olan çocuklar, zeka, uyum davranışı ve otistik belirtilerin ağırlık derecesi açısından karşılaştırılmıştır. Otizm ve BTA-YGB gruplar cinsiyet oranları yönünden (otizmde 3.63:1, BTA -YGB ta 3.62:1) birbirlerinden farklı bulunmamıştır. Ancak iki grubun oranları YGB olmayan, gelişimsel bozukluk grubundan yüksek bulunmuştur (1.59:1). Bu çalışmada, cinsiyet farklılığı ZB ile sınırlı kalmıştır. Kızlarla erkekler arasında otizmin ağırlığı uyum davranışları (Vineland puanları) yönünden fark bulunmamıştır.

Pilowsky ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında, Otizm Tanı Görüşmesi (Autism Diagnostic Interview-Revised ADI-R) ve Çocukluk Otizmini Dereceleme Ölçeği (Childhood Autism Rating Scale-CARS) uygulanarak tanı ve belirtilerin ağırlığını karşılaştırmak amaçlanmıştır. Kızların zeka yaşları erkeklerden daha önceki çalışmalarda olduğu gibi daha düşük bulunmuştur. ADI-R ve CARS da herhangi bir cinsiyet farklılığı bulunmamıştır.

Bir çalışmada da otizmi olan erkek ve kızlar arasında zeka düzeyleri yönünden anlamlı fark bulunmamış, yazarlar bu bulgunun otizmi olan kızların, erkeklerden daha ağır bilişsel gerilikleri olduğu varsayımını desteklemediğini, ancak denek sayısının az olduğunu bildirmişlerdir (Mason-Brothers ve ark. 1987).

80'li yıllarda yapılan çalışmalar, o yıllarda yalnızca kızları etkileyen Rett sendromunun farklı bir grup olarak bilinmediği, bu nedenle ağır zeka özürlü grupta Rett Sendromlu kızların olma olasılığından söz edilerek eleştirilmiştir (Trevanthen ve ark. 1998).

Yukarıda sözü edilen çalışmaların, biri dışında, (Volkmar ve ark. 1993) hiç birinde otizm dışındaki YGB'lardan söz edilmemekte, çalışmaların yine biri dışında (Pilowsky ve ark. 1998) hepsinin DSM IV (APA 1994) den önce yapılmış olması, yalnızca birinde ICD-10 ölçütleri (Volkmar ve ark. 1993) kullanılması dikkati çekmektedir. Bunlar otizm adı altında Rett ve Asperger gibi diğer YGB alt gruplarının bulunma olasılığını akla getirmektedir. Çalışmaların hiç birinde, denek gruplarına Rett, Asperger ve Dezintegratif Bozukluğun alınmadığına ilişkin bilgi yoktur.

Bu çalışmanın amacı kız ve erkek otistik bozukluk tanısı konmuş çocukları demografik özelliklerine, doğum öncesi, doğum, doğum sonrası değişkenlere, motor, tuvalet eğitimi gelişme düzeylerine, anababaların belirtileri fark etme yaşlarına, otizm belirtilerine ve uygulanan Ankara Gelişim Tarama Envanterine (AGTE) ve Stanford-Binet L-M (S-B) ve Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeğine (WISC-R) ve Peabody Resim Keleme Testine göre karşılaştırmaktır.

YÖNTEM

Çalışma, Ankara Üniversitesi Otistik Çocuklar Tanı, Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi-ne, 1978 yılından 2000 yılı sonuna kadar başvuran, DSM III-R (APA 1987) tanı ölçütlerini, ayrıca bazı ek belirtileri kapsayan yarı yapılandırılmış bir görüşme formuyla (Akçakın 1993, Akçakın ve ark. 1993) YGB olarak değerlendirilen 738 olgu içinden otizm tanısı konan kız olgular ele alınarak yapılmıştır. 738 olgu içinden toplam 136 kız olgu belirlenmiştir. Bu olgular arasından DSM III-R'e göre (APA 1987) otistik bozukluk tanısı ölçütlerine uyanlar seçilmiş, bu olgular DSM IV (APA 1994) otistik bozukluk tanısı ölçütlerine göre yeniden incelenmiştir. Bunun sonucunda otistik bozukluk tanısı ölçütlerine uyan 60 kız olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına kız grubu içinde yer alan Dezintegratif Bozukluk (N:6), BTA-YGB (N:33), 3 yaşından küçük olan, DSM III-R (APA 1987) ve DSM IV'e (APA 1994) göre, otistik bozukluk tanısı ölçütlerine uymayan, 0-3 yaş bebek ruh sağlığı sınıflandırılmasına göre, sosyal ilişki sorunu olarak değerlendirilen (N:32) ve çocuk nörolojisi klinikleri tarafından Rett Bozukluğu olarak bildirilen (N:5) olgular alınmamıştır. Grupta Asperger Bozukluğu tanısı konan kız çocuğu yoktur. Kızların seçiminden sonra, DSM III-R (APA 1987) ve DSM IV'e (APA 1994) göre otistik bozukluk tanısı konan erkekler kızların takvim yaşlarıyla eşleştirilerek seçilmiştir. Bu eşleştirme yapılırken otizm tanısı konmuş her bir kızın ilk başvuru tarihine en yakın tarihte gelmiş otizm tanısı konmuş erkek çocuk seçilmiştir.

Özetle erkekler kızlarla, kızların takvim yaşları ve geldikleri tarihe göre bilgisayardaki kayıt listesinden eşleştirilerek seçilmiştir. Böylece örneklem grubu belirtileri yönünden DSM III-R (APA 1987) ve DSM IV (APA 1994) otistik bozukluk tanısı ölçütlerine göre, otistik bozukluk tanısı konan 60 kız ve 58 erkek toplam 118 denekten oluşmuştur.

Verilerin istatistiksel analizinde, sayımla belirtilen verilerin değerlendirilmesinde ki kare testi ya da Fisher'in Kesin Ki Kare Testi; parametrik test varsayımları karşılandığında t-testi, para-

metrik test varsayımları karşılanmadığında Mann-Whitney U testi uygulanmış, işlemler bilgisayarda SPSS paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Otizm Değerlendirme Formu

Bu form DSM III-R otistik bozukluk belirtilerinin yanısıra, otistik çocuklarda sık rastlanan belirtileri kapsayan bir ek belirti listesinden meydana gelmiştir (Akçakın 1993, Akçakın ve ark. 1993). Ayrıca demografik bilgileri çocukların erken gelişim öyküsünü, ilk farkedilen belirtileri, çocukların özellikleriyle ilgili bilgileri de kapsamaktadır. DSM III-R'ye dayalı toplam 16 ve ek belirti listesinde 27 madde vardır. Maddeler var- yok (1-0) olarak puanlanmıştır. Ayrıca toplam puanlamada dikkate alınmayan ancak karar verilemeyen ya da daha önce olup geçmiş, değerlendirme sırasında olmayan belirtiler için de farklı puanlar verilmiştir.

Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)

Savaşır ve arkadaşları (1998) tarafından Türk Çocukları için geliştirilmiştir. Envanter gelişimde gecikme, düzensizlik gösterme açısından risk altında olduğu düşünülen bebek ve çocukların erken dönemde tanınmasına ve gerekli önlemlerin alınabilmesine olanak sağlar. Envanter 0-6 yaş grubunda çocuğu olan annelere sorularak, "Evet-Hayır-Bilmiyorum" şeklinde yanıtlanan 154 maddeden oluşmuştur. Sorular gelişimin farklı ancak birbiriyle ilişkili alanlarını (Dil-Bilişsel, İnce Motor, Kaba Motor, Sosyal Beceri-Öz bakım) temsil edecek biçimde düzenlenmiştir. Envanterin güvenilirliğinin ve geçerliliğinin yeterli olduğu bildirilmiştir.

Stanford-Binet L-M Zeka Ölçeği (S-B)

El Kitabının üçüncü gözden geçirilmiş şekli (Terman ve Merrill, 1973), Türkçeye çevrilmiş formu uygulanmıştır. Bu ölçeğin Türk çocuklarını temsil eden normları yoktur. Çocukların ZB'leri

Amerikan normlarına göre elde edilmiştir.

Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (Wechsler, 1974)(WISC-R)

Türkçe'ye Savaşır ve Şahin (1980) tarafından kazandırılmış, standardizasyonu yapılmış, Türk çocukları için norm toplanmıştır.

Peabody Resim Kelime Testi (PRKT)

Her sayfada 4 resim olan 150 sayfadan meydana gelmiştir. Çocuklardan her sayfa için belli bir resmi göstermesi istenir. Türkçeye çevirisi ve uyarlaması Ankara Rehberlik Merkezi elemanları ve üniversitelerde çalışan psikologların yardımıyla yapılmıştır. Normların şehir, köy ve gecekonduda yaşayan 2-12 yaş çocuklarını kapsadığı bildirilmiştir (Katz ve ark. 1974).

İŞLEM

Çocukların ilk değerlendirmesi yapıldıktan sonra otizm ya da diğer YGB'lardan şüphe edilen çocuklar Otizm Değerlendirme Formuyla çoğunlukla yazar tarafından her çocuğun ailesiyle görüşülerek ayrıca taranmıştır. Yazarın dışında yapılan değerlendirmeler de ise, form ailelerle görüşülerek, çocukların gözlemi yapılarak yeniden gözden geçirilmiştir. Bu yarı yapılandırılmış standart görüşme kliniğimizde 1991 yılından beri uygulanmakta, daha önce gelmiş çocuklara ilişkin form, kontrollere geldiklerinde tamamlanmaktadır.

AGTE geliştirildikten sonra, 1994'den bu yana otizm ya da diğer YGB kuşkusuyla gelen; başka zihinsel gelişmeye yönelik değerlendirme yapılamayan çocukların hepsine ilk geldiklerinde AGTE uygulanmaya çalışılmıştır. Daha önce değerlendirilen başka zihinsel gelişmeye yönelik değerlendirme yapılamayan çocuklar da kontrol değerlendirmelerine geldiklerinde AGTE uygulanmıştır. İşbirliğine yatkın çocuklar ilk geldiklerinde, diğerleri de hazır olduklarında Peabody Resim Kelime Testi daha sonra okula başlama yaşlarında ise, SB ya da WISC -R denenmeye ça-

lıştırılmıştır. Ancak, WISC-R uygulaması genellikle daha ileri yaşlarda, okul yaşantısı devam eden çocuklarda yapılabilmektedir.

Tablo 1: Çocuklar ve Anababalarının Demografik Özellikleri

Yaş	Erkek	Kız	İstatistik
Çocuk	n=58	n=60	
\bar{x}	61±28.9 ay	59±30.4 ay	z: .53
ranj	18-168 ay	10-184 ay	
Anne	n: 57*	n: 59*	
\bar{x}	32.1±5.9 yıl	31.5±4.9 yıl	t: .058
ranj	24-52 yıl	23-43 yıl	
Baba	n: 57*	n: 59*	
\bar{x}	36.4±6.3 yıl	35.2±5.4 yıl	t: .32
ranj	28-57 yıl	26-48 yıl	
Eğitim			
Anne	Eğitimsiz: 2 (%3.5)	-	
	İlkokul: 13(%22.8)	12 (%20)	
	Ortaokul: 4 (%7)	6 (%10)	$\chi^2=.15$
	Lise: 19 (%33.3)	25 (%41.7)	
	Yük.okul:19(%33.3)	17 (%28.3)	
Anne	Eğitimsiz: 1 (%1.8)	-	
	İlkokul: 6(%10.5)	4 (%6.7)	
	Ortaokul: 2 (%3.5)	2 (%3.3)	$\chi^2=.87$
	Lise: 20 (%35.1)	23 (%38.3)	
	Yük.okul:28 (%49.1)	31 (%51.7)	
Çocuk Sa.	\bar{x} : 2±1.5	\bar{x} : 2±0.6	z: .58
Doğum			
Sırası	\bar{x} : 1±1.3	\bar{x} : 1±0.5	z: .41

$p > 0.05$

* Bir erkek çocuk kurumdan getirilmiştir. Bir kız çocuk da evlat edinildiğinden, anababalarıyla ilgili bilgi yoktur.

BULGULAR

Demografik Özellikler

Tablo I de çocukların ve anababalarının demografik özellikleri verilmiştir. Çocukların ve anababalarının yaş ortalamaları yönünden erkek ve kız çocukları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Anne ve babaların eğitim düzeylerine ba-

kıldığında, erkeklerin annelerinin %66.7'sinin, kızların annelerinin %70'inin lise ya da yüksekokul mezunu olduğu; erkeklerin babalarının %84.2'sinin, kızların babalarının ise %90'ının lise ve yüksekokul mezunu olduğu bulunmuştur. Anababalarının eğitimi yönünden cinsler arasında farklılık saptanmamıştır .

Ailelerin çocuk sayısına bakıldığında, hem erkek hem de kız çocukların ortalama 2 çocuklu ailelerden geldikleri ve çoğunlukla ailelerinin ilk çocukları olduğu belirlenmiş, iki grup arasında farklılık bulunmamıştır.

En sık rastlanan meslekler, iki grubun babalarının çoğunun %14.4, serbest iş yaptığı, %13.6'sının mühendis ya da mimar, %9.3'ünün de işçi olduğu, annelerin %57.6'sının ev hanımı, %8.5'inin öğretmen, %6.8'inin memur olduğu görülmüştür.

Ailede Akralalık ve Ruhsal Sorun Öyküsü

Erkek çocukların, %14.8'inin, kız çocukların ise %10.3'ünün anababalarının birbirlerinin teyze, amca, hala, dayı ya da ikinci ve üçüncü derece akrabası olduğu belirlenmiştir. Ancak iki grubun anababalarının akrabaları yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ailedeki ruhsal sorun öyküsü incelendiğinde, erkeklerin %58.9'unda, kızların ise %69.6'sında ruhsal sorun tanımlanmıştır. İki grup arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir (Tablo 2). Ancak puanları incelendiğinde, en çok %15.3 ile baba ailesinde, %10.2 ile hem baba hem de anne ailesinde %7.6 ile anne ailesinde, %3.4 ile hem babada hem

de annede sorun olduğu bildirilmiştir. En sık bildirilen sorun %16.9 ile konuşma alanında (geç konuşma, artikülasyon kusuru, kekemelik) %11'inde ailede ruhsal tanı almış bir kişi (nörotik bozukluk, psikoz, alkolizm) %4.2 zihinsel özürdür. Kardeşlerde otizm görülme oranı %1.7 olarak saptanmıştır, bir kardeşte otizm görülmüştür bu çocuklar tek yumurta ikizi olduğu bildirilen ikiz kız kardeşlerdir.

Doğum Öncesi Doğum ve Doğum Sonrası Etkenler

Doğum öncesi etkenler incelendiğinde, erkeklerin %32.1'inde, kızların ise %17.5'inde bir sorun olduğu bildirilmiş, doğumla ilgili nedenlere bakıldığında erkeklerin %67.9'unda, kızların ise %53.4'ünde bir sorun belirtilmiştir. İki cins arasında anlamlı fark saptanmamıştır. En sık bildirilen sorun %11 ile sezeryanla doğum öyküsüdür. Ayrıca çocukların %11'inde anoksik durum tanımlanmıştır. Erkek ve kız çocukları doğum kiloları yönünden karşılaştırıldıklarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($t = .021, p < 0.05$). Erkek çocukların ortalama kiloları 3465 gr., kızların ise 3052 gr. olarak saptanmıştır. Doğum sonrası sorunlar arasında en sık %12.7 ile nöbet öyküsü tanımlanmıştır. Ancak iki cins arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 3).

İşitmeden Kuşku ve Odyogram

Erkeklerin %61.4'ünde, kızların ise %43.1'inde işitmelerinden kuşku duyulduğu, işitmez gibi davrandıkları belirtilmiştir. Anlamlı olarak er-

Tablo 2: Anababa Akralılığı ve Ailede Ruhsal Sorun

	Akralalık Yok		Akralalık Var		Sorun Yok		Sorun Var	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Erkek	46	85.2	8	14.8	23	41.1	33	58.9
Kız	52	89.7	6	10.3	17	30.4	39	69.6
İstatistik	$\chi^2: .51$				$\chi^2: 1.4$			

$p > 0.05$

Tablo 3: Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonrası Sorun

	Doğum Öncesi				Doğum				Doğum Öncesi			
	Sorun Yok		Sorun Var		Sorun Yok		Sorun Var		Sorun Yok		Sorun Var	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Erkek	38	67.9	18	32.1	18	32.1	38	67.9	30	53.6	26	46.4
Kız	47	82.5	10	17.5	27	46.6	31	53.4	32	56.1	25	43.9
İstatistik	$\chi^2: 3.23$				$\chi^2: 2.48$				$\chi^2: .08$			

$p > 0.05$

Tablo 4: İşitmeden Kuşku Duyulması ve Odyogramla Değerlendirme

	İşitmeden Kuşku				Odyogramda Sorun			
	Yok		Var		Yok		Var	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Erkek	22	38.6	35	61.4	15	88.2	2	11.8
Kız	33	56.9	25	43.1	10	83.3	2	16.7
İstatistik	$\chi^2: 3.86$				$\chi^2: .14$			

$p > 0.05$

kek çocukların işitmesinden daha fazla kuşku duyulmuştur ($\chi = 3.85$, $p < 0.05$). Toplam 29 çocuk odyogramla değerlendirilmiş, 15 erkek çocuktan 2'sinde, 10 kız çocuktan 2'sinde işitmede bir sorun olduğu bildirilmiştir. Ancak gruplar arasında fark bulunmamıştır (Tablo 4).

Motor, Dil Gelişimi ve Tuvalet Eğitimi

Yürüme yaşlarına bakıldığında erkeklerin ortalama 15.9, kızların ise ortalama 15.8 ayda yürüdükleri; 2 grup arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Konuşmaya başlamanın olup olmadığı incelendiğinde erkeklerin %62.1'inde kızların ise %57.6'sında (otistik biçimde, ya da tek tek sözcükler) konuşmanın olduğu, erkeklerin %22.4'ünde kızların ise %6.8'inde konuşmanın hiç olmadığı; erkeklerin %15.5'inde, kızların ise %35.6'sında konuşmanın durduğu, bir süre durduğu, gerilediği ya da bir süre gerilediği bildirilmiştir. Bu farklılık anlamlı

bulunmuştur ($\chi^2 = 9.61$, $p < 0.01$). Konuşmaya başlama yaşlarına bakınca (ilk sözcükleri söyleme), erkeklerin ortalama 24 ayda, kızların da 20 ayda ilk sözcüklerini söylemeye başladıkları görülmüştür. Arada anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Tuvalet eğitimlerine bakıldığında erkeklerin ve kızların benzer olarak ortalama 40 ayda tuvalet eğitimlerini tamamladıkları görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 5: Yürüme, İlk Kelimeleri Söyleme ve Tuvalet Eğitim Ayları

	Yürüme		Kelimeler		Tuvalet	
	n	\bar{x}	n	\bar{x}	n	\bar{x}
Erkek	55	15.9	43	24	35	40.54
Kız	58	15.8	55	20	39	40.03
İstatistik	z:05		z: 1.47		z:26	

$p > 0.05$

Anababaların Çocuklarındaki Sorunu Farketmeleri ve Tanı Konma Yaşı

Anababalar çocuklarındaki farklılığı erkek çocuklarında ortalama 24, kız çocuklarında 28 ayda farketmişlerdir. İki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Tanı konma yaşları incelendiğinde ise, erkek çocuklarına ortalama 48., kız çocuklarına ortalama 42. ayda tanı konduğu belirlenmiş, ancak bu farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6: Annebabaların Çocuklarındaki Sorunu Farketmeleri ve Tanı Konma Yaşı

	Sorunu Farketme		Tanı Koyma	
	n	\bar{x}	n	\bar{x}
Erkek	51	24 ay	51	48 ay
Kız	58	28 ay	58	42 ay
İstatistik	z:38		z:90	

$p > 0.05$

Belirti Puanları

DSM III-R toplam belirti puanları incelendiğinde, erkeklerin ortalama 9.8, kızların ortalama 9.6 puan aldıkları, iki cinsin yaklaşık benzer puan aldıkları görülmüştür. Ek toplam belirtilerine bakılınca, erkeklerin ortalama 10.56, kızların ortalama 9.93 puan aldıkları, iki cinsin yaklaşık benzer ortalamalar elde ettikleri bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7: DSM III-R ve Ek Belirti Ortalamaları

	DSM III-R		Ek Belirti	
	n	\bar{x}	n	\bar{x}
Erkek	58	9.83	58	10.56
Kız	60	9.68	60	9.93
İstatistik	z:47		z:1.26	

$p > 0.05$

Gelişim Envanteri ve Zeka Testi Puanları

Çocukların ilk kez gelişim envanteri ya da zeka testi uygulanma yaşları incelendiğinde erkek çocuklarına ortalama 70, kız çocuklarına ise 69 aylıkken uygulandığı görülmüştür. İki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

26 erkek, 36 kız çocuğuna AGTE uygulanmıştır. Erkek ve kız çocuklarına yaklaşık ortalama 60 aylıkken AGTE uygulaması yapılmıştır. Erkeklerin genel gelişim (GG) toplam puan ortalaması 95.5, kızların ise 99 olarak bulunmuştur, bu puanlar erkek çocuklarında 18-19 aylık, kız çocuklarında yaklaşık 20-21 aylık bir gelişmeyi göstermektedir. Gruplar arasında fark saptanmamıştır. Dil bilişsel (DB) gelişmeye bakıldığında erkeklerin puan ortalaması 28.9, kızların 32.1 olarak belirlenmiştir. Bu puanlar erkek çocuklarında, 16-17. aya, kız çocuklarında 20-21. aya denk gelmektedir. İki grup arasında fark bulunmamıştır. İnce motor (İM) becerileri incelendiğinde, erkeklerin ortalama puanları 16.1, kızların ise 17.1 olarak saptanmış, bu puanlar erkek çocuklarında 18-19 aylık, kız çocuklarında ise, 20-21 aylık

Tablo 8: Ankara Gelişim Tarama Envanteri Bilgileri

	Erkek	Kız	İstatistik
	n: 24	n:36	
Yaş \bar{x} ranj	59.8±33.9 24-138 ay	60.1±37.2 24-184 ay	
Dil-Bilişsel \bar{x}	28.9±5.9	32.1±10.6	z: .83
İnce Motor \bar{x}	16.1±1.9	17.1±	z: .77
Kaba Motor \bar{x}	23.1±1.1	22.4±	t: .10
Sosyal Bec. \bar{x}	27.3±3.5	27.2±	z: .54
Genel Gelişim \bar{x}	95.5±11.3	99.0±21.3	z: .09

$p > 0.05$

bir gelişmeyi göstermiştir. İki grup arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Kaba motor (KM) becerilerde, erkeklerin ortalama puanları 23.1, kızların ise 22.4 olarak belirlenmiş, bu puanlar erkek çocuklarında 2 yaş 9 ay ile 2 yaş 11 aylık arasında, kız çocuklarında ise 22-23 aylık bir gelişmeyi göstermiş, iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sosyal beceri (SB), özbakım alanlarında ise erkekler ortalama 27.3 kızlar 27.2 puan almışlar bu puanlar her iki grup için 18-19 aylık bir gelişmeyi göstermiştir. Özetle, erkeklerle kızlar arasında AGTE'ye göre hiç bir alanda farklılık bulunmamıştır (Tablo 8).

13 erkek 14 kız çocuğuna, S-B zeka ölçeği uygulanmıştır. Erkek çocukların S-B uygulama yaş ranji 60-127 ay arası (ortalaması 84.5 ay), kız çocukların yaş ranji 60-177 ay arası (ortalaması 86.7 ay) olarak bulunmuştur. Erkek çocukların S-B ölçeği, ZB ortalaması 64.1 (ranji 30-114 arasında), kız çocuklarının ise S-B ölçeği, ZB ortalaması 60.9 (ranji 30-105 arasında) saptanmıştır. S-B ölçeğinde de erkeklerle kızlar arasında bir fark saptanmamıştır ($u=.5098$, $p > 0.05$). 14 kız çocuğundan 6'sına daha önce AGTE de uygulanmış, S-B uygulanan erkek çocukları arasında daha önce AGTE uygulanan bulunmamıştır. Erkek çocukların ZB dağılımlarına bakıldığında, 8 çocuğun 50 >, 5 çocuğun da 49 < olduğu, kızların ise 7'sinin ZB 50 >, 7'sinin de 49 < olduğu bu yönden de birbirlerine benzer oldukları görülmüştür (Tablo 9).

Tablo 9: Stanford Binet (L-M) Bilgileri

	Erkek n: 13	Kız n:14
Yaş \bar{x} ranj	84.5±34.4 60-127 ay	86.7±28.9 60-117 ay
ZB \bar{x} ranj	64.1±23.8 30-114	60.9±23.6 30-105
ZB 50 >	8	7
ZB 49 <	5	7

U: 80.5 $p > 0.05$

Araştırmadaki çocuklardan yalnızca 4 erkek 2 kız çocuğuna WISC-R uygulanabilmiştir. Denek sayısı yetersiz olduğundan istatistiksel bir analiz yapılamamıştır. Erkek çocukların Sözel ZB ranji 49-77 arasında (ortalama 60.25), Performans ZB ranji 81-95 arasında (ortalama 86), Total ZB'nün ise ranji 63-78 arasında (ortalama 69.75) olduğu belirlenmiştir. İki kızın WISC-R puan ortalamaları Sözel ZB 69.5, Performans ZB 77, Total ZB 70.5 olarak belirlenmiştir. WISC-R uygulanan çocukların hepsi daha önce S-B uygulanmış çocuklardır.

Erkek çocuklardan 6'sına, kız çocuklardan 1'ine Peabody Resim Kelime Testi uygulanmıştır. Bu test verileri sayıca yetersiz olduğundan istatistiksel bir değerlendirme yapılamamıştır. Peabody uygulanan 4 erkek, 1 kız çocuğuna aynı zamanda AGTE de uygulanmıştır. Böylece toplam 58 erkek çocuğundan 42'sine, 60 kız çocuğundan da 44'üne AGTE, S-B ya da Peabody yoluyla bir değerlendirme yapılmıştır.

Araştırmada S-B ZB'ü 49 un altında olanlar ve AGTE de gelişim eğrilerinde bütün alanlarda gelişimi %30'un altına düşenler, Otistik Bozukluk + Zeka Özürlü olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca gelişimleri değerlendirilemeyen ya da herhangi bir zeka değerlendirilmesi yapılamayan çocuklarda klinik gözlemlere göre değerlendirilerek hiç sözcüğü olmama, ya da sözcük dağarcıkları nadiren kullandıkları 3-5 sözcükle kısıtlı olma ve dikkati çeken bir beceri göstermeme özellikleri taşıyanlar da Otistik Bozukluk + Zeka Özürü grubuna katılmıştır. Böylece erkeklerin %53.44'ü (N: 31), kızların %45'i (N: 27) otistik bozukluk; erkeklerin %46.6'sı (N: 27), kızların %55'i (N: 33) Otizm + Zeka Özürü grubunu meydana getirmiştir. Erkeklerin ve kızların iki gruba dağılımı arasındaki fark da anlamlı bulunmamıştır.

TARTIŞMA

Demografik Özellikler

Araştırmada, erkek ve kız çocukların anababalarının çoğunluğunun (annelerin %66.7, %70, babaların %84, %90) lise ya da yüksek okul mezunu olduğu; grubun, eğitim düzeyi yüksek ana-

baba çocuklarından oluştuğu görülmüştür. Kliniğimize 1976-1990 yılları arasında başvuran otizm tanısı konmuş ve farklı düzeylerde zeka özürü bulunan gruplarla yapılan karşılaştırma da da otizm tanısı konmuş çocukların anababa eğitim düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Akçakın ve ark. 1993). Önceki çalışmada kız çocuk sayısı az olduğundan cinsler arasında bir karşılaştırma yapılamamıştır. Bu araştırma, otizmde anababa eğitim düzeyi yüksekliğinin kliniğe başvuran kız çocukları için de geçerli olduğunu düşündürmüştür.

Ankara'da, çocuk ruh sağlığı kliniklerine yapılan başvuruları değerlendiren çalışmalarda anababa eğitim düzeyinin annelerde lise-yüksek okul %27.8 ile %37.6, babalarda %45.46 ile %52.7 arasında değiştiği bulunmuştur (Avcı 1992, Erol 1988, Sonuvar ve ark. 1982). Otizm grubu anababalarının eğitim düzeyinin, genel başvurulardaki çocukların anababalarının eğitim düzeyine göre daha yüksek olması dikkati çekmiştir. Yurtdışında yapılan araştırmaların bir kısmında otizmi olan çocukların kontrol gruplarına göre üst sosyoekonomik düzeyden geldiği (Rutter ve Lockyer 1967), bir kısmında da fark olmadığı bildirilmiştir (Gillberg ve Schumann 1982, Tsai ve ark. 1982). Schopler ve arkadaşlarının (1979) çalışması, üst sosyoekonomik düzeydeki otizm tanısı konan çocukların ailelerinin, alt sosyoekonomik düzeye göre, çocuklarında farklılığı daha erken farketdiklerini, çocuklarını otizm merkezlerine daha uzak mesafelerden getirdiklerini, otizm için özel servislere daha çok başvurduklarını, çocuklarıyla ilgili daha ayrıntılı bilgi verdiklerini, bu değişkenlerin de klinik grupta üst sosyoekonomik düzey çocuklarının daha fazla görülmesine yol açtığını göstermiştir. Bu sonuçlar, otizmde sosyoekonomik düzey yönünden klinik grupların yanlı bir örneklem olduğunu ve otizmin yaygın biçimde tanınmadığını düşündürmektedir.

Araştırmada, ailelerin çoğunlukla 2 çocuklu ve otizm tanısı konan çocuklarının sıklıkla birinci çocukları olduğu gözlenmiştir. Erkekler ve kızlar bu yönden de birbirlerine benzer bulunmuştur. Bu durum, Ankara'da yapılan çocuk ruh

sağlığı kliniklerine başvuruları inceleyen çalışmalara benzerlik göstermektedir. Çocuk ruh sağlığı kliniklerine yapılan diğer başvurularda da iki çocuklu ailelerin birinci çocukları daha sıklıkla getirilmiştir (Avcı 1992, Kürşad 1979, Sonuvar ve ark. 1982). Bazı çalışmalarda otizmi olan çocukların ailelerinin birinci, üçüncü ve dördüncü çocukları olma eğilimlerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Tsai ve Steward 1983). Araştırma bulguları otizm tanısı konan çocukların ailelerinin daha çok birinci çocuğu olma özelliğinin otizme özgü bir durum olmadığını düşündürmektedir.

Ailede Akrabalık ve Sorun

Bu araştırmanın bulgularına göre, ailedeki ruhsal sorun öyküsü incelendiğinde, iki cins arasında fark bulunmamıştır. Ancak aile ya da akrabaların birinde sıklık sırasına göre, konuşma alanında sorun, ruhsal tanı konma ve zihinsel özür tanımlanmıştır. Otizmi olan çocukların aileleriyle yapılan çalışmalarda, konuşma ve dil sorunlarına daha sık rastlandığını (Piven ve ark 1997), performans zeka bölümlerinde yürütücü işlevlerde daha düşük performans gösterdiklerini (Piven ve Palmer 1997) bildiren yayınlara karşın, sosyal ve bilişsel ya da dil gelişiminde gecikme bulunmadığını bildiren yayınlar da vardır (Szatmari ve ark 1993). Otizmi olan çocukların anne baba ve akrabalarında ruhsal belirtilerin kontrol gruplarına göre daha yüksek oranlarda bulunduğunu (Bolton ve ark. 1998, De Long ve Dwyer 1988, Piven ve Palmer 1999) ve özellikle düşük işlevli otizmi olan çocukların annelerinde çeşitli ruhsal belirtilerin arthığını (Akçakın ve Erden 2001) bildiren yayınların yanısıra, kontrol gruplarıyla fark bulunmadığını bildiren çalışmalar da yayınlanmıştır (Cox ve ark. 1975, Kolvin ve ark. 1971). Bu çalışmaların hiç birinde kızlar erkeklerden ayrı olarak ele alınmamıştır. Kızların ve erkeklerin ayrı ayrı ele alındığı bir çalışmada otizmi olan aileler için çocuğun dil gelişiminin olup olmasının en fazla risk oluşturan değişken olduğu vurgulanmış, baba tarafındaki akrabalarda otizm belirtilerinin daha sık görülme yöneliminin olduğundan, erkeklerin ve kızların ai-

lelerinin farklı etkilenme olasılıklarından söz edilmiştir (Picles ve ark 2000). Bu araştırmada da, çocukların baba ailesinde daha çok sorun olma yönelimi varmış izlenimi edinilmiştir. Ancak bu konuda kızların ve erkeklerin ayrı ayrı ele alındığı anababanın yanısıra akrabaların da katıldığı ayrıntılı değerlendirmelerin yapıldığı araştırmalara gereksinim vardır.

Doğum Öncesi Doğum ve Doğum Sonrası Etkenler

Bu çalışmada doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası etkenler yönünden erkekler ve kızlar arasında fark bulunmadığı görülmüştür. Bizim bulgularımıza benzer olarak Piven ve arkadaşları (1993) farklı zeka düzeylerinde, Lord ve arkadaşları da (1991) yüksek işlevli erkek ve kız otizm tanısı konan çocuklar arasında fark bulunmadığını bildirmişlerdir. Bu sonuç tutarlı gibi görünmektedir. Araştırmada erkek ve kız çocukların doğum kiloları yönünden fark bulunmuştur. Doğum kilolarının sağlıklı Türk erkek ve kız bebeklerin doğum kilolarına benzer olduğu düşünülmüştür (Akıncı ve ark. 2001).

İşitmeden Kuşku ve Odyogram

Bu araştırmadaki anababalar erkek çocuklarının işitmesinden , kızlara göre daha fazla kuşku duymuşlardır. Ancak (az sayıda olmakla birlikte) yapılan odyogramlarda iki grup arasında fark bulunmamıştır. Erkek çocuklar arasında hiç konuşmayanların sayısı kızlardan daha fazladır. Ayrıca, ilk sözcükleri söyleme yaşı yönünden erkek çocukların biraz daha gecikme yöneliminde olduğu görülmüştür. Ailelerin erkek çocuklarının işitmesinden daha fazla kuşku duymalarının, araştırmadaki erkek çocukları arasında konuşmama oranının daha yüksek olmasıyla ilişkili olduğu sanılmaktadır. Bir diğer bulgu da kız çocukları arasında erkeklere göre, konuşmanın durması, gecikmesi ya da bir süre gerilemesine daha sık rastlanmasıdır. Klinik gözlemlere göre ailelerin çocuklarında yaklaşık 18-24 ay arası gerilemeden, duraklamadan söz etmelerine sıklık-

la rastlanmaktadır. Bu dönemin ayrıntılı olarak incelenmesi, kritik bir dönemin olup olmadığının araştırılması gerekmektedir. Rett bozukluğunda olduğu gibi, 'otizme özgü duraklamanın ya da gerilemenin başladığı kritik bir dönem var mıdır' sorusunun incelenmesi yararlı olacaktır.

Motor, Dil Gelişimi ve Tuvalet Eğitimi

Araştırmadaki erkek ve kız çocuklar yürüme (ortalama 15.9, 15.8 ay) ilk sözcükleri söyleme (ortalama 24, 20 ay) ve tuvalet eğitimlerini tamamlama (ortalama 40 ay) yaşları yönünden benzerlik göstermiştir. Bu özellikleriyle gelişimlerinde bir aksama olmadığı düşünülmüştür (DSM IV 1994, Mussen ve ark. 1974).

Anababaların Çocuklarındaki Sorunu Farketmeleri ve Tanı Konma Yaşı

Anababalar erkek ve kız çocukluklarındaki farklılığı, yaklaşık benzer aylarda farketmişlerdir. Ancak ailelerin, çocuk ruh sağlığına ulaşım çocuklarına tanı konması, erkek çocuklarında ortalama 24 ay, kızlarda 14 ay sonra olmuştur. Short ve Schopler (1988) otistik çocukların anababalarının %76'sının çocuklarındaki farklılığı 24 ay içinde, %94'ünün 36 ay için belirlediklerini ve 49 ay civarında yardım aradıklarını bildirmişlerdir. Bu çalışmada da farkına varılma ve yardım arama tanı koyma yaşlarıyla Short ve Schopler (1988) in bulguları birbirine benzerlik gösterdiği görülmüştür. Short ve Schopler (1988) kızların erkeklerden daha erken farkedildiğini bildirmişler, bu çalışmada erkeklerin daha erken farkedilme yönelimi olduğu görülmüştür. Bu durum çalışmada erkek çocuklar arasında hiç konuşmayanların sayısının daha fazla olmasıyla ilişkili olabilir.

Belirti Puanları

DSM IV ve Ek belirti puanları incelendiğinde puan ortalamaları yönünden erkeklerle kızlar arasında fark görülmemiştir. Volkmar ve arka-

daşlarının (1993) ve Pilowsky ve arkadaşlarının (1998) çalışmaları da, bu çalışmadaki sonuçları destekler niteliktedir. Bu iki çalışmada da belirtiler yönünden erkeklerle kızlar birbirine benzer bulunmuştur.

Gelişim Envanteri ve Zeka Testi Puanları

Araştırmalar gözden geçirildiğinde, zeka düzeyi yönünden, kızların zekalarının erkeklerden daha düşük olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir (Tsai ve ark. 1981, Volkmar ve ark. 1993, Wing 1981, Lord ve ark. 1982, Tsai ve Beisler 1983, Lord ve Schopler 1985, Pilovsky ve ark 1998). Yalnızca bir çalışmada kızlarla erkekler arasında fark bulunmadığı bildirilmiş; bu çalışmada da denek sayısının az olduğuna değinilmiştir. Bu çalışmada da, kızlarla erkekler arasında zeka düzeyi benzerliği yönünden ayrıntılı bilgi yoktur (Mason-Brothers ve ark. 1987).

Araştırmamızda çocukların tamamı otistik bozukluk ve otistik bozukluk + zeka özürlü olarak iki gruba ayrıldığında cinsler arasında gene anlamlı bir farklılık olmamakla beraber, otistik bozukluk + zeka özürlü grupta kız çocuk sayısında, buna karşın otistik bozukluk grubunda da erkek çocuk sayısında bir artış olma yönelimi varmış izlenimi edinilmiştir. Bu gruplandırma çocukların bir kısmı klinik gözlemlere göre ayrılmıştır. Daha sonra yapılacak araştırmalarda çocukların tamamının zihinsel gelişmeyi değerlendiren ölçeklerle incelenmesi sonuçları daha güvenilir hale getirecektir.

Bu araştırmanın bulgularına göre yalnızca AGTE ve S-B değerlendirmeleri dikkate alınınca ne AGTE de ne de S-B ölçeğinde erkeklerle kızlar arasında fark bulunmuştur. Bunu, yalnızca otistik bozukluk tanısı konanların araştırma kapsamına alınması, hem kız, hem de erkek grubun tanı yönünden homojen olması ayrıca yaşlarının ve geliş tarihlerinin eşleştirilmiş olması sağlamış olabilir. Tsai ve Beissler (1983) araştırmanın kapsamında, 19 kız ve erkeğin takvim yaşlarını ve alıcı dil işlevlerini eşleştirdiklerinde ZB ortalamaları, fiziksel gelişimleri ve özbakım becerileri yönünden iki cins arasında fark olma-

dığını bildirmişlerdir. Tsai ve Beissler'in (1983) çalışması ve bu araştırma, eşleştirme yapıldığında, iki grup arasındaki farklılığın azaldığını düşündürmüştür.

Araştırmalarda ideal olarak çocukların aynı testle değerlendirilmesi gereği vurgulanmakla birlikte, araştırmaya katılanların hem yaş hem de dil gelişimi yönünden geniş bir ranjı kapsamaları Merill Palmar ölçeğinden WISC-R, WAIS'se kadar çeşitli ölçeklerle değerlendirilmesine yol açmış ve hepsi bir arada analiz edilmiştir. Bunlar da araştırma bulgularını etkileyen karışıcı değişkenler olabilir.

Özetle; araştırmada kız ve erkek otizm tanısı konan çocuklar demografik ve doğumla ilgili değişkenler, akrabalık ilişkileri, ailedeki ruhsal sorun öyküleri, motor dil, tuvalet eğitimleri, farke dilme ve tanı konma yaşları, iştme ve odyolojik değerlendirme, otizm belirtileri, gelişim ve zeka düzeyleri yönünden karşılaştırılmıştır. Erkek çocukları, doğum kilolarının daha fazla olması, iştmelelerinden daha fazla kuşku duyulması ve aralarında hiç konuşmayanların daha fazla olması yönünden kızlardan farklı bulunmuştur. Buna karşın, kız çocukları arasında erkeklere göre, konuşmanın durması ya da bir süre gecikmesi daha fazla görülmüştür.

Bundan sonraki çalışmalarda özellikle zeka yönünden WISC-R bilgileri toplanarak kızların ve erkeklerin bilişsel süreçleri hakkında daha ayrıntılı bilgi edinilecektir. Kesin sonuçlara ulaşmak için çocukların test protokollerinin ayrıntılı incelenmesi yararlı olacaktır.

Ayrıca, ailelerin 18-24 ay arasında söz ettikleri duraklamanın ya da gerilemenin üzerinde durulması, daha sonra yapılacak çalışmalarda böyle bir dönemin olup olmadığının araştırılması gereklidir. Bu çalışmada bulunduğu gibi, kızlar arasında bir duraklama, ya da gerileme diğer çalışmalarda da tutarlı olarak bulunursa, 0-24 ay arasında neler yapılacağı hem çevresel uyarılar boyutunda hem de organik boyutta daha ayrıntılı olarak çalışılması ve anababaların bebeklik dönemiyle ilgili daha çok uyarılmaları, bilgilendirilmeleri gerekecektir.

Ülkemizde otizmi olan kızlar ilk kez bu çalışmada ayrı bir grup olarak ele alınmıştır. Kızlarla ilgili bu ilk bilgilerin sonraki araştırmalar için de yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Daha sonra yapılacak araştırmalarda, otizm dışındaki diğer YGB'larda da kızları da kapsayarak, homojen alt tanı gruplarıyla çalışılması, cinsiyetler arası bilişsel süreçlerde ve belirtilerdeki benzerlikler ve farklılıklar konusunu daha fazla tanımamıza olanak sağlayacak, otizm ve diğer YGB'lar hakkında bilgi birikimimizi arttıracaktır.

Teşekkür

Araştırmanın istatistik analizinde yardımcı olan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Bioistatistik Bölümünden Nazmiye Kurşun'a teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

- Akçakin M (1993). Normal Eğitim gören otistik çocuklarla özel eğitim gören otistik çocukların karşılaştırıldığı bir izleme çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 29: 3-9.
- Akçakin M, Erden G (2001) Otizm tanısı konmuş çocukların anne ve babalarındaki ruhsal belirtiler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 8: 2-10.
- Akçakin M, Kerimoğlu E(1993) Otistik bozuklukta tanı koyma ve belirti dağılımı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 46: 413-428.
- Akçakin M, Polat S, Kerimoğlu E (1993) Otistik ve zeka özürü çocukların demografik ve doğumla ilgili özellikler yönünden karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1: 39-46.
- Akıncı Z, Ertem İÖ, Ulukol B ve ark (2001) Dünya Sağlık Örgütü büyüme eğrileri ve Neyzi büyüme eğrilerinin bir grup sağlıklı Türk bebeğinin büyümelerinde karşılaştırılmaları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 54: 125-134.
- Avcı A (1992) A.Ü.T.F. Çocuk psikiyatrisi kliniğine başvuran hastaların belirti dağılımı ve sosyo demografik özellikleri yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third edition revised (DSM III -R Washington DC, American Psychiatric Association.*
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition) Washington D C, American Psychiatric Association.*
- Baird T D, August G J (1985) *Familial heterogeneity in*

infantile autism. J Autism Dev Disord 15: 315-322

Bolton PF, Pickles A, Murphy M ve ark. (1998) *Autism affective and other psychiatric disorders: Patterns of familial aggregation. Psychol Med* 28: 385-395.

Burd L, Fisher W, Kerbeshian J (1987) *A prevalence study of pervasive developmental disorders in North Dakota. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26: 700-703.

Cox A, Rutter M, Newman S ve ark. (1975) *A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorders: II parental characteristics. Br J Psychiatry* 126: 146-159.

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.

Erol N (1988) *Çocuk psikiyatrisinde demografik özellikler ve belirti dağılımı. Ankara Tıp Bülteni* 10: 13-24.

Gillberg C, Schaumann H (1982) *Social Class and infantile autism. J Autism Dev Disord* 12: 223-228.

Katz J, Önen F, Demir N ve ark. (1974) *A Turkish Peabody Picture Vocabulary. Hacettepe Bulletin of Social Sciences and Human* 6: 129-142.

Kolwin I, Garside RF, Kidd JSH (1971) *IV. Parental personality and attitude and childhood psychoses. Br J Psychiatry* 118: 403-406.

Kürşad N (1979) *Çocuk psikiyatrisinde belirti dağılımı ve toplumsal özellikler yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.*

Lord C, Mulloy C, Wendelboe M ve ark. (1991) *Pre- and perinatal factors in high-functioning females and males with autism. J Autism Dev Disord* 21: 197-209.

Lord C, Schopler E (1985) *Brief Report: Differences in sex ratios in autism as a function of measured intelligence. J Autism Dev Disord* 15: 185-193.

Lord C, Schopler E, Revicki D (1982) *Sex differences in autism. J Autism Dev Disord* 12: 317-330.

Lotter V (1966) *Epidemiology of autistic conditions in young children. I. prevalence. Social Psychiatry* 1: 124-137.

Mason-Brothers A, Ritvo ER, Guze B ve ark (1987) *Pre peri and postnatal factors in 181 autistic patients from single and multiple incidence families. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26: 39-42.

Mussen P H, Conger JJ, Kagan J (1974) *Child Developmental and Personality. Harper and Row Publishers, New York.*

Pickles A, Starr E, Kazak S ve ark (2000) *Variable expression of the autism broader phenotype: Findings from extended pedigrees. J Child Psychol Psychiat* 41: 491-502.

Pilowsky T, Yirmiya N, Shulman C ve ark. (1998) *The Autism Diagnostic Interview-Revised and the Childhood Autism Rating Scale: Differences between diagnostic*

- system and comparison between genders. *J Autism Dev Disord* 28: 143-151.
- 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 (1999) Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: Evidence from a family study of multiple-incidence autism families. *Am J Psychiatry* 156: 557-563.
- 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, Simon J, Chase G ve ark. (1993) The etiology of autism: Pre peri and neonatal factors. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry* 32: 1256-1263.
- Ro-Codec (1997) Çocuklarda Kronik Hastalıkların Sıklığı Tarama Çalışması: 1996-1997. Medico Graphics, Ankara.
- Rutter M, Lockyer L (1967) A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis: I Descriptive of sample. *Br J Psychiatry* 113: 1169-1182.
- Savaşır I, Sezgin N, Erol N (1998) Ankara Gelişim Tarama Envanteri El Kitabı (Genişletilmiş 2. basım). Rekmay Ltd Şti, Ankara.
- Savaşır, I, Şahin N (1980) Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği. Türk Psikologlar Derneği, Ankara.
- Schopler E, Andrews CE, Strupp K (1979) Do autistic children come from upper-middle class parents. *J Autism Dev Disord* 9: 139-152.
- Short AB, Schopler E (1988) Factors relating to age of onset in autism. *J Autism Dev Disord* 18: 207-216.
- Sonuvar B, Yörükoğlu A, Öktem F ve ark. (1982) Hacettepe çocuk ruh sağlığı kliniğinde 2 yıl içinde görülen çocukların demografik özellikleri. *Psikoloji Dergisi* 13: 33-39.
- Szatmari P, Jones MB, Tuff L ve ark. (1993) Lack of Cognitive impairment in first-degree relatives of children with pervasive developmental Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 1264-1273.
- Terman L M, Merrill M A (1973) Stanford-Binet Intelligence Scale. Houghton Mifflin Company, Boston.
- Trevarthen C, Aitken K, Papoudi D ve ark. (1998) Children with Autism Diagnosis and Interventions to Meet Their Needs. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Tsai L, Beisler J M (1983) The development of sex differences in infantile autism. *Br J Psychiatry* 142: 373-378
- Tsai L, Steward M A (1983) Etiological implication of maternal age and birth order in infantile autism. *J Autism Dev Disord* 13: 57-65.
- Tsai L, Stewart M A, August G (1981) Implication of sex differences in the familial transmission of infantile autism. *J Autism Dev Disord* 11: 165-173.
- Tsai L, Stewart MA, Faust M ve ark (1982) Social class distribution of fathers of children enrolled in the Iowa autism program. *J Autism Dev Disord* 12: 211-221.
- Volkmar FR, Szatmari P, Sparrow SS (1993) Sex differences in pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord* 23: 579-591.
- Wechsler D (1974) Wechsler Intelligence Scale for Children Psychological Corporation, New York
- Wing L (1981) Sex ratios in early childhood autism and related conditions. *Psychiatry Res* 5: 129-137

DEPRESYONU OLAN VE OLMAYAN GENÇ KIZLAR VE ANNELERİNDEKİ ADET ÖNCESİ YAKINMALARIN KARŞILAŞTIRILMASI*

Fisun Akdeniz**, Saniye Korkmaz***, Müge Tamar****, Burcu Beker*****

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada depresyonu olan genç kızlarla depresyonu olmayan genç kızlarda adet öncesi yakınmaların şiddetini ve profilini, ve ayrıca annelerdeki ve kızlarındaki adet öncesi duygusal, davranış ve fiziksel yakınma dalgalanmalarının ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır. **Yöntem:** Hasta grubunu majör depresif bozukluk tanısı konmuş ve en az iki yıldır düzenli adet gören 15-18 yaşları arasındaki 20 genç kız ve kontrol grubunu da hiçbir fiziksel ve ruhsal yakınması olmayan 17 genç kız oluşturmuştur. Adet öncesi duygusal, davranış ve fiziksel belirtilerini geriye dönük olarak sorgulayan Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) ve depresyon belirtilerinin şiddetini belirlemek için de Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılmıştır. Genç kızların ve annelerinin adet döngüsü bilgileri ve annelerin tıbbi ve ruhsal hastalık varlığı derlenmiştir. **Bulgular:** Araştırma ve kontrol grubunu oluşturan kızlar arasında sosyodemografik veriler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Hasta grubunda daha fazla kız dismenoreden yakındığı ve daha fazla okula devamsızlık yaptığı halde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Depresyon grubu genç kızlarla kontrol grubu genç kızlar arasında PDF toplam puanlarında ve PDF'nun bazı alt ölçeklerinde (depresyon ile ilişkili) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Depresyon grubu genç kızlarla anneleri arasında PDF toplam puanları ve bazı alt ölçekler arasında istatistiksel anlamlı farklılıklar gözlenirken kontrol grubu genç kızlar ile annelerinin PDF toplam puanları ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. **Tartışma:** Depresyonu olan ergenler premenstrüel dönemde daha fazla yakınmaları olduğunu belirtmişlerdir. Bu sonuç depresif ergenlerin daha fazla premenstrüel yakınma yaşadığı şeklinde yorumlanabilir. Ancak depresif bireylerin olumsuz bilişleri nedeniyle öz bildirim ölçeğini doldururken olumsuz cümlelerden daha fazla etkilendiği bilinmektedir. Bu sonuçlarla depresyon tanılı bireylerde premenstrüel belirtilerin varlığını ve şiddetini belirlemek için geriye dönük ölçekler yerine ileriye dönük formların kullanılmasının uygun olacağı söylenebilir.

Anahtar sözcükler: Depresyon, premenstrüel sendrom, ergenlik

SUMMARY: COMPARISON OF DEPRESSED AND NON-DEPRESSED ADOLESCENT GIRLS' AND THEIR MOTHERS' PREMENSTRUAL SYMPTOMS

Objective: In this study, we aimed to compare the severity and profile of premenstrual complaints between depressed and non-depressed adolescent girls and make a correlation between mother's and daughter's premenstrual emotional, behavioral and physical complaints. **Method:** Twenty girls between age of 15-18 years who had met DSM-IV criteria for major depressive disorder and had regular menstrual cycle for at least two years were recruited. The control group included 17 volunteer high school female students who had no physical and mental illnesses. The Premenstrual Assessment Form (PAF) was used for the evaluation of the premenstrual emotional, behavioral, and physical symptoms. The Beck Depression Inventory (BDI) was used for the evaluation of the severity of depressive symptoms. The history of menstrual cycle and medical and mental disorders from the mothers were gathered. **Result:** There were no significant differences between depressed and non-depressed group on sociodemographic variables. Even though more depressed girls complained about dysmenorrhea than normal controls, there were no statistical significant differences between two groups. There were statistically differences between depressed and non-depressed adolescent girls on variables of total PAF score, and subscales of PAF scores. There were no statistically differences between the control girls and their mothers on variables of the total PAF scores and subscales of PAF scores. **Discussion:** The adolescent girls who experienced emotional distress, such as depression, are likely to report the more change in emotional, behavioral and physical problems due to menstruation. The severity of depression is correlated with the severity of premenstrual problems. The results may suggest that depressed girls experience more premenstrual problems or because of their negative cognitions, they are influenced by the negative words/sentences in a self-report scale. We may suggest that the scales which are used to evaluate the premenstrual complaints of depressed subjects retrospectively do not show the correct severity of the premenstrual complaints.

Key words: Depression, premenstrual syndrome, adolescence

* Adı geçen araştırma Türkiye Psikiyatri Derneği, Bahar Sempozyumları 2001 Poster Bildirisi birinciliği ödülünü almıştır.

** Yrd. Doç. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir.

*** Uzm. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir.

**** Doç. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir.

***** Arş. Gör. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir.

GİRİŞ

Depresyonun kadınlarda erkeklerden daha yaygın ve sık görüldüğü kanıtlanmıştır. Yapılan araştırmalarda majör depresif bozuklukta cinsiyet farklılığının yaşa özgü olduğu, üreme çağına ve özellikle 12-14 yaşlar arasında belirginleşmeye başladığı gösterilmiştir (Angold ve ark. 1998, Steiner ve ark. 2000). Ayrıca üreme çağında birçok kadın adet döngüsü ile ilişkili duygusal ve/veya davranışsal değişiklikler yaşamaktadır. Adet döngüsünün luteal fazında ortaya çıkan ve adet kanaması ile birlikte birkaç gün içinde kaybolan duygusal, davranışsal ve bedensel belirtilere "premenstrüel sendrom" (PMS) denir. Premenstrüel belirtiler menarşdan (ilk adet kanaması) sonra herhangi bir yaşta başlayabilir (Erikson ve ark. 2000). Geriye dönük alınan verilerle yapılan çalışmalarda bildirilen başlangıç yaşı ergenlik döneminin başlangıcından yirmili yaşların sonuna kadardır (Freeman ve Halbreich 1998, Pearlstein ve Stone 1998). Araştırmacılar ergenlik döneminde görülen premenstrüel duygudurum bozukluklarına daha az ilgi göstermişlerdir. Özellikle ileriye dönük desende yapılmış yeterli sayıda araştırma yoktur. İleriye dönük çalışmalarda ovulasyonun gösterilmesi gerekmektedir. Ancak menarş ile birlikte ilk iki yıl içinde anovulatuvar döngülere çok sık rastlanmaktadır. Ayrıca, ergenlerde dismenore (ağrılı adet kanamasının) sık görülebildiği ve ağrının kendisinin duygusal sorunlara yol açtığı iddia edildiği için premenstrüel sendromu değerlendirmenin güç olduğu vurgulanmaktadır. Bir grup araştırmacı ise ergenlik çağında premenstrüel sendromun olmadığını ileri sürmektedir (Freeman ve ark. 1995). Klinisyenler ve araştırmacılar ergenlerde PMS görülme sıklığının ve belirti dağılımının daha ileri yaşlardaki kadınlarla benzer olduğunu (Raja ve ark. 1992), ancak bazı yayınlarda ise ergenlerin yetişkin kadınlardan farklı premenstrüel yakınmalardan söz ettiklerini bildirmişlerdir (Fisher ve ark. 1989, Shye ve Jaffe 1991).

Ergenlerdeki PMS'un etiyolojisini araştıran bir çalışmada anneler ve kızlar arasında benzer adet öncesi yakınmalarının olduğu ileri sürülmüştür (Wilson ve ark. 1989); özellikle yorgunluk, irrita-

bilite, dismenore ve ödem açısından benzerliklerin olduğu görülmüştür. Ayrıca PMS yaşamış annelerin kızlarında PMS yaşamamış annelerin kızlarına göre daha sık PMS'a rastlanmaktadır (Wilson ve ark. 1991).

Bu çalışmada depresyonu olan genç kızlarla depresyonu olmayan genç kızlarda adet öncesi yakınmaların şiddetini ve profilini ve ayrıca annelerdeki ve kızlarındaki adet öncesi duygusal, davranış ve fiziksel yakınma dalgalanmalarının ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Hasta grubunu, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinin ayaktan hasta birimine baş vuran, fiziksel hastalığı olmayan, DSM-IV tanı ölçütlerine göre majör depresif bozukluk tanısı konan, en az iki yıldır düzenli adet gören (son 6 ayda adet döngüsü 24 ile 36 gün arasında olan) ve doğum kontrol ilacı kullanmayan 15-18 yaşları arasındaki 20 genç kız oluşturmuştur.

Kontrol grubunu da en az iki yıldır düzenli adet gören (son 6 ayda adet döngüsü 24 ile 36 gün arasında olan), doğum kontrol ilacı kullanmayan 15-18 yaşları arasındaki 17 ortaöğretim öğrencisi gönüllü genç kız oluşturmuştur. Gönüllü genç kızlarla görüşme yapıp fiziksel ve/veya ruhsal bozukluğu olmayanlar bu gruba seçilmiştir. Görüşme yapılan dört genç kız, (ikisinde majör depresif bozukluk, birinde hipotiroidi ve birinde epilepsi olduğu için) çalışma dışı bırakılmıştır.

Ayrıca çalışmaya hasta ve kontrol grubu deneklerin biyolojik anneleri de katılmıştır. Hasta grubunda bir anne ve kontrol grubunda 3 anne adet düzenleri ile bilgi vermemişlerdir. Olgulara ve annelerine çalışma konusunda bilgi verilmiş ve çocuklarının çalışmaya katılmasına izin verildiklerine dair yazılı onay alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma ve kontrol grubu deneklerde adet öncesi duygusal, davranış ve fiziksel belirtileri ge-

riye dönük olarak sorgulayan "Premenstrüel Değerlendirme Formu" (PDF) ve araştırma ve kontrol grubunu oluşturan genç kızlarda depresyon belirtilerinin şiddetini belirlemek için Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılmıştır.

Premenstrüel Değerlendirme Formu (Premenstrual Assesment Form, PDF)

Kadınların premenstrüel dönemde kendilerinde gözlemledikleri duygusal, davranışsal ve fiziksel değişimleri ölçmeye yönelik 95 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir. Halbreich ve arkadaşları tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dereboy ve arkadaşları tarafından 1994 yılında yapılmıştır (Dereboy ve ark. 1994). Sorular altılı likert skolası üzerinden yanıtlanmaktadır: 1 seçeneği "değişim yok" anlamına gelirken, 6 seçeneği "aşırı değişim"e karşılık gelmektedir. PDF'nun 18 alt ölçeği bulunmaktadır. PDF değerlendirilirken toplam puan, toplam puanın yanıtlanan soru sayısına oranı ve olanaklı maksimum değişimin yüzdesi kullanılmaktadır. Bir alt ölçekten alınan ham skorun o ölçekten alınacak en yüksek skora oranı "olanaklı maksimum değişimin yüzdesi"ni oluşturmaktadır.

Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory, BDE)

Olguların kendilerince doldurulan bu ölçek Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiş olup Türkiye'deki geçerlik çalışması 1989'da Hisli tarafından üniversite öğrencilerinde yapılmış ve 17 puan kesim noktası olarak saptanmıştır (Hisli 1989). Ergenlerde depresyon şiddetini ölçmek için yaygın olarak kullanılan bir envanterdir.

Genç kızlar ve annelerinin sosyodemografik ve

rileri (şimdiki yaşı, eğitim yılı) ve adet döngüsü bilgileri (menarş yaşı, adet döngüsü süresi ve düzeni, adet kanama süresi, kanama şiddeti, dismenore öyküsü ve şiddeti, ağrıya bağlı okul devamsızlığı, ağrı nedeniyle ağrı kesici ilaç kullanımı) ve annelerin tıbbi ve ruhsal hastalık varlığı derlenmiştir. İlk görüşmede genç kızlara PDF ve BDE, ve annelerine PDF verilmiştir.

Dismenore şiddeti kişinin ağrı yakınmasına göre hafif, orta ve ağır olarak kodlanmıştır. Ağrı nedeniyle son 6 aydır her adet kanamsı sırasında en az bir ağrı kesici ilaç kullananlar "ağrı kesici ilaç kullanıyor" olarak kabul edilmiştir. Dismenore nedeniyle son 6 aydır her adet kanaması sırasında en az bir gün okul devamsızlığı yapan genç kız "ağrıya bağlı okul devamsızlığı var" olarak kabul edilmiştir.

İstatistiksel Analizler

İstatistiksel analizler Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi 9.0 ile yapılmıştır (SSPS 9.0). Sayısal ölçümlerin ortalamalarını karşılaştırmak için, eğer dağılım normal ise student-t testi, eğer dağılım normal değilse nonparametrik test (Mann-Whitney U testi) kullanılmıştır. Kategorik değişkenleri karşılaştırmak için ise ki-kare testi ve Fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır. Hasta ve kontrol grubu genç kızlarda depresyon şiddetinin (BDİ toplam puanı kovaryant ve bağımsız değişken olarak alındığı zaman) premenstrüel yakınma şiddeti (lineer regresyon analizinde PDF toplam puanı bağımlı değişken ve lojistik regresyon analizinde premenstrüel yakınma kümeleri bağımlı değişken olarak atandığı zaman) için öngörücü olup olmadığını araştırılmıştır.

BULGULAR

Depresyon tanılı 20 genç kız ve annesi ile 17 sağ-

Tablo 1: Hasta ve kontrol grubu kızların adet döngü düzeni ile ilgili verileri

	Hasta grubu ort±ss	Kontrol Grubu ort ± ss	t değeri	p değeri
Şimdiki yaş (yıl)	16.5 ± 0.9	16.2 ± 0.7	t = 1.035, df = 34.4	0.3 ^{AD}
Menarş yaşı (yıl)	12.6 ± 1.1	12.4 ± 0.9	t = 0,699, df = 33.8	0.4 ^{AD}
Adet döngüsü uz. (gün)	28.5 ± 1.9	29.1 ± 2.1	t = -1.006, df = 30.5	0.3 ^{AD}
Kanama süresi	5.6 ± 1.1	5.4 ± 1.3	t = 0,542, df = 30.0	0.5 ^{AD}

^{AD}Anlamli değil

lıklı genç kız ve annesi adet öncesi belirtiler yönünden değerlendirilmiştir. Hasta ve kontrol grubu deneklerin adet döngüsü ile ilgili bilgileri Tablo 1 ve 2'de özetlenmiştir. Adet döngüsü ile ilgili veriler (dismenore dahil olmak üzere) karşılaştırıldığı zaman gruplar arası istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Depresyon tanılı kızların annelerinin 10'u (%52.6) ve kontrol grubu kızların annelerinin 9'u (%69.3) halen düzenli adet gördüğünü bildirmiştir. Hasta grubu kızların annelerinin 5'inde (%26.3) fiziksel, 4'ünde (%20) ruhsal bozukluk ve kontrol grubu kızların annelerinin 4'ünde (%25) fiziksel, 1'inde (%6.3) ruhsal bir bozukluk belirlenmiştir.

Tablo 3'de grupların PDF toplam puanları, PDF

Tablo 2: Hasta ve kontrol grubu kızların ağırlı adet ile ilgili verilerinin karşılaştırılması

	Hasta grubu (n=20)	Kontrol grubu (n=17)	p değeri
Ağrı şiddeti			
Hafif	2	5	0.3 ¹
Orta	5	4	
Ağır	13	8	
Dismenore nedeniyle devamsızlığı olanlar	8	4	0.2 ²
Dismenore nedeniyle ağrı kesici kullanan.	11	4	0.3 ²

1. kıkare = 2.360, df=2
2. Fisher kesin ki-kare testi

Tablo 3: Gruplar arası premenstrüel yakınmaların dağılımı ve karşılaştırılması

	Hasta grubu ort±ss	Kontrol grubu ort±ss	Hastaların annesi ort±ss	Kontrol anneleri ort±ss	1 ve 2. grup U değeri	1 ve 3. grup U değeri	2 ve 4. grup U değeri	3 ve 4. Grup U değeri
PDF toplam puanı	294±96	229±67	212±87	225±83	99.5*	101.0*	129.5 ^{AD}	155.0 ^{AD}
PDF oranı	3.1±1.0	2.4±0.7	2.2±0.9	2.3±0.8	96.5*	103.0*	127.5 ^{AD}	161.5 ^{AD}
1: Çökkünlük	60±24	46±23	36±20	36±17	11.30 ^{AD}	90.0*	110.0 ^{AD}	161.0 ^{AD}
2: Endojen depresif özellikler	53±20	41±12	35±18	41±20	95.0*	91.0*	134.5 ^{AD}	143.0 ^{AD}
3: Labilite	56±23	42±19	38±21	40±18	107.0 ^{AD}	99.0*	131.0 ^{AD}	148.5 ^{AD}
4: Atipik depresif özellikler	61±19	50±18	37±21	42±22	109.5 ^{AD}	70.0*	99.5 ^{AD}	151.0 ^{AD}
5: histeroid özellikler	49±21	39±16	32±16	35±17	124.0 ^{AD}	106.5*	112.5 ^{AD}	149.0 ^{AD}
6: Düşmanlık/kızgınlık	51±23	40±16	39±23	33±14	125.0 ^{AD}	128.5 ^{AD}	103.0 ^{AD}	156.0 ^{AD}
7: Sosyal geri çekilme	60±25	44±17	40±22	44±22	106.0 ^{AD}	109.0 ^{AD}	138.0 ^{AD}	149.5 ^{AD}
8: Bunaltı	62±22	48±16	46±17	50±19	103.0*	111.0 ^{AD}	138.0 ^{AD}	142.5 ^{AD}
9: Kendini iyi hissetmede artış	37±15	29±12	32±15	36±17	117.0 ^{AD}	154.0 ^{AD}	113.0 ^{AD}	144.0 ^{AD}
10: İmpulsivite	50±24	39±19	34±21	38±15	125.0 ^{AD}	116.0 ^{AD}	140.0 ^{AD}	137.0 ^{AD}
11: Organik mental özellikler	50±21	36±15	33±15	36±17	94.0*	103.5 ^{AD}	139.5 ^{AD}	158.0 ^{AD}
12: Su tutulumu	45±17	43±19	47±21	41±18	157.5 ^{AD}	197.5 ^{AD}	135.5 ^{AD}	140.5 ^{AD}
13: Genel fiziksel rahatsızlık	57±22	49±20	50±22	48±23	142.0 ^{AD}	156.5 ^{AD}	141.0 ^{AD}	167.5 ^{AD}
14: Otonomik fiziksel değişimler	45±16	36±14	38±15	40±21	118.0 ^{AD}	152.0 ^{AD}	137.5 ^{AD}	166.5 ^{AD}
15: Yorgunluk	66±20	55±20	54±23	52±22	111.5 ^{AD}	136.0 ^{AD}	128.5 ^{AD}	164.0 ^{AD}
16: Sosyal işlevsellikte bozulma	50±19	39±13	37±18	37±15	105.0*	115.5 ^{AD}	132.5 ^{AD}	160.0 ^{AD}
17: Çeşitli duygudurum/ davranış değişimleri	46±18	35±11	32±2	35±12	105.0*	105.5 ^{AD}	136.5 ^{AD}	144.0 ^{AD}
18: Çeşitli fiziksel değişimler	49±17	41±11	37±13	40±20	125.0 ^{AD}	129.5 ^{AD}	123.0 ^{AD}	161.5 ^{AD}
Beck Depresyon Envanteri puanı	32±7	14±8			9.0*	-	-	-

Kısaltmalar: ort: ortalama; ss: standart sapma; PDF: Premenstrüel değerlendirme formu; 1 ve 2. grup: Depresif kızlarla kontrol kızların karşılaştırılması; 1 ve 3. grup: Depresif kızlarla annelerinin karşılaştırılması; 2 ve 4. grup: Kontrol grubu kızlarla annelerinin karşılaştırılması; 3 ve 4. grup: depresif kızların anneleri ile kontrol grubu annelerinin karşılaştırılması
* Mann-Whitney U testi, p < 0.05
^{AD}Mann-Whitney U testi, anlamlı değil.

oranı ve alt ölçeklerin olanaklı maksimum değişim oranları verilmiştir. Hasta grubu ile kontrol grubu arasında PDF toplam puanları, PDF oranı, PDF'nun endojen depresif özellikler, bunaltı, organik mental özellikler (dikkat ve konsantrasyonu sorgulayan maddeler), sosyal işlevsellikte bozulma ve çeşitli duygudurum/davranış değişimleri alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu bulunmuştur.

PDF alt gruplarında en çok değişim depresyon tanılı kızlarda yorgunluk (%66), anksiyete (%62) ve atipik depresif özellikler (%61) alt ölçeklerinde ve kontrol grubunda yorgunluk (%55), atipik depresif özellikler (%50), genel fiziksel rahatsızlık (%49) ve anksiyete (%48) alt ölçeklerinde görülmüştür.

Depresyon tanılı kızlar ile annelerinin PDF toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olduğu bulunmuştur. Alt ölçeklere baktığımız zaman, düşmanlık/kızgınlık, kendini iyi hissetmede artış ve fiziksel belirti değişimleri (su tutulumu, genel fiziksel rahatsızlık, otonomik fiziksel değişimler, yorgunluk) dışında tüm alt ölçeklerde farklılıklar gözlenmiştir (Tablo 3). Depresyon tanılı kızların annelerinde ruhsal bozukluk varlığı ile toplam PDF puanları arasında bir ilişki bulunmamıştır ($r=0.369$, $p=0.11$).

Kontrol grubu ile annelerinin PDF toplam puanları ve profili karşılaştırıldığı zaman hiçbir istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır. Benzer şekilde depresif kızların anneleri ile kontrol grubunun annelerinin PDF puanları ve profili karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Premenstrüel yakınma şiddetine göre gruplar kümeler ayrılış ve Tablo 4'te bu kümeler gös-

terilmiştir. Toplam skorun soru sayısına bölünmesiyle elde edilen değerler için Dereboy ve arkadaşlarının önerdikleri kesme noktaları kullanılmıştır (Dereboy ve ark. 1994). Kesme noktaları birinci küme (hafif premenstrüel yakınmalar) için 1.7, ikinci küme (orta şiddette premenstrüel yakınmalar) için 2.8 ve üçüncü küme (ağır premenstrüel yakınmalar) için 3.7'dir. Premenstrüel yakınmaların şiddetini karşılaştırmak için hücre başına düşen olgu sayısı az olduğu için karşılaştırma yapılmamıştır. Ancak depresif genç kızların %70'nin ($n=14$) orta ve/veya ağır premenstrüel yakınma gösterdiği görülmüştür.

Tablo 4: Premenstrüel Değerlendirme Formu oranlarına göre belirlenen kümeler

	PDF oranı 1.7'den düşük olanlar	Küme 1	Küme 2	Küme 2
Hasta grubu (n=20)	1	1	8	6
Kontrol grubu (n=17)	2	2	2	2
Hastaların anneleri (n=20)	6	6	3	2
Kontrollerin anneleri (n=17)	6	6	3	2

- * Toplam PDF puanının yanıtlanan soru sayısına oranına göre:
- Birinci küme (hafif premenstrüel yakınmalar) için 1.7
- İkinci küme (orta şiddette premenstrüel yakınmalar) için 2.8
- Üçüncü küme (ağır premenstrüel yakınmalar) için 3.7

Genç kızlar arasında var olan depresyonun şiddetinin premenstrüel yakınma şiddeti için belirleyici olduğu bulunmuştur (Tablo 5), başka bir deyişle BDE puanları yükseldikçe PDF toplam puanları da yükselmektedir. Premenstrüel yakınma şiddetine göre kümeler ayrıldığı zaman

Tablo 5: Depresif belirti şiddetinin premenstrüel yakınma şiddeti için belirleyiciliği

Bağımlı değişken	Bağımsız değişken	R	ΔR^2	R^2	Standardize β	F	df	t	P
PDF toplam puanı	BDE	0.449	0.202	0.202	0.449	8.841	36	2.973	0.005

Not: Lineer regresyon analizi

(premenstrüel yakınma yok ve hafif bir kümede, orta ve ağır şiddet ise başka kümede toplandığı zaman) ise yine depresyon şiddetinin premenstrüel dönemde daha fazla yakınma ile bağlantılı olduğu görülmüştür (Tablo 6).

deki ve erişkinlerdeki adet öncesi belirti dağılımı hakkında yorum yapmak olası değildir.

Bu çalışmada depresyon şiddetinin artması ile premenstrüel yakınma şiddetinin de arttığı göz-

Tablo 6: Depresyon şiddetinin PMS varlığını öngörücülüğü

Bağımlı değişken	Kovaryant	β	SE	wald	df	Exp (β)	P
PMS şiddeti	BDE	0,095	0,037	6.488	1	1.099	0.011

Not: Lojistik regresyon analizi

TARTIŞMA

Kısıtlı olgu sayısına rağmen depresyonu olan ergenlerin premenstrüel dönemde duygulanım, davranış ve fiziksel belirtiler açısından daha fazla değişim yaşadıkları görülmüştür. İstatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmasa da, depresyonlu kızlar kontrol grubuna göre daha fazla şiddetli dismenoreden yakınmış ve dismenoreye bağlı okul devamsızlığı ve ağrı kesici ilaç kullanımını depresyon olgularında daha sıktr (Tablo 2). Yazında ergenlerin %15-25'inde şiddetli dismenorenin günlük yaşamı etkilediği belirtilmiştir (Wilson ve Keye 1989). Bu çalışmadaki kontrol olgularının %25'de dismenorenin günlük yaşamı etkilediği yazına benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Yazında ergen kızlarda adet öncesi dönemde daha az su tutulumunun olduğu, ancak daha fazla iritabilite, sosyal geri çekilme ve impulsivite gibi yakınmalardan söz ettikleri bildirilmektedir (Fisher ve ark. 1989, Shye ve Jaffe 1991, Dereboy ve ark. 1994, Cleckner-Smith ve ark. 1998). Bu çalışmada depresyonu olan genç kızlarda PDF alt ölçekleri için hesaplanan olanaklı maksimum değişimin yüzdesi 37 (kendini iyi hissetme) ile 65 (yorgunluk) arasında değişirken, kontrol grubu genç kızlarda 29 (kendini iyi hissetme) ile 55 (yorgunluk) arasındadır.

Kontrol grubu ile onların anneleri arasında yakınma dağılımı açısından bir farkın gözlenmesi olgu sayısının az olmasına bağlı olabilir. Bu nedenle bu araştırmanın sonuçları ile ergenler-

lenmiştir. Bu sonuç depresif ergenlerin daha fazla premenstrüel yakınma yaşadığı şeklinde yorumlanabilir ya da olumsuz bilişleri nedeniyle öz bildirim ölçeğini doldururken olumsuz cümlelerden daha fazla etkilendikleri söylenebilir. Depresyonu olan ve olmayan kadınları premenstrüel sendrom açısından karşılaştıran bir araştırmada depresyonluların daha şiddetli premenstrüel sendrom yaşadıkları bildirilmiştir (Siegel ve ark. 1986). Yakın zamanda yapılan bir izleme çalışmasında depresif bozukluğu olan kadınların olmayanlara göre PMS puanlarının daha yüksek olduğu görülmüş ve premenstrüel belirtilerdeki yüksek puanlar yüksek depresif puanlarla ilişkilendirilmiştir (Harlow ve ark. 1999).

Bulgularımızı destekleyen çalışmalarda olumsuz sözcüklerin ve cümlelerin depresyonu olan bireylerin dikkatlerini daha çok çektiği (Yonkers 1997), başka bir deyişle geriye dönük olarak ölçeği doldururlarken içinde buldukları ruhsal durumlarının yargılamalarını etkilediği ileri sürülmektedir (Endicott ve Halbreich 1982). Bir başka çalışmada da PDF'unda daha fazla premenstrüel değişim belirten kişilerin depresyon, kaygı ve aleksitimi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Dereboy ve ark. 1994). Bu sonuçlarla depresyonlu premenstrüel belirtilerin varlığını ve şiddetini belirlemek için geriye dönük ölçeklerin uygun olmadığı düşünülmektedir. Ayrıca geriye dönük olarak inceleme yapan formlarda menstruasyon ile bağlantılı belirtiler daha az ya da daha fazla bildirilebilir (Freeman ve ark. 1993).

Depresyonu olan bireylerde premenstrüel duyguların dalgalanmalarını ve sağlıklı genç kızlarda premenstrüel sendrom klinik özelliklerini belirlemek için adet öncesi değişikliklerin günlük ileriye dönük değerlendirildiği 6 aylık izlem çalışması tarafımızdan yürütülmektedir. Devam eden bu araştırmanın sonuçları ile geriye dönük olarak derlenen bilgilerin karşılaştırılması durumunda depresyon sırasında premenstrüel dönemde belirtilerde alevlenme olup olmadığı ile ilgili daha tutarlı verilere ulaştırılacaktır.

KAYNAKLAR

- Angold A, Costello EJ, Worthman CM (1998) Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med* 28:51-61.
- Cleckner-Smith CS, Doughty AS, Grossman JA (1998) Premenstrual symptoms. Prevalence and severity in an adolescence sample. *J Adolesc Health* 22:403-408.
- Dereboy Ç, Dereboy İF, Yiğitöl F, Coşkun A (1994) Premenstrüel değerlendirme formunun psikometrik verileri: küme analitik bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 5:83-90.
- Endicott J, Halbreich U (1982) Retrospective reports of premenstrual changes: factors affecting confirmation by daily ratings. *Psychopharmacol Bull* 18:109-112.
- Eriksson E, Sundblad C, Yonkers KA, Steiner M (2000) Premenstrual dysphoria and related conditions: symptoms, pathophysiology and treatment. *Mood Disorders in Women içinde*, M Steiner, KA Yonkers ve E Eriksson (eds). Martin Dunitz, London, s.269-293.
- Fisher M, Trieller K, Napolitano B (1989) Premenstrual symptoms in adolescents. *J Adolesc Health* 10: 369-375.
- Freeman EW, Rickels K, Sondheimer SJ (1993) Premenstrual symptoms and dysmenorrhea in relation to emotional distress factors in adolescents. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 14:41-50.
- Freeman EW, Rickels K, Schweitzer E, Ting T (1995) Relationships between age and symptom severity among women seeking medical treatment for premenstrual symptoms. *Psychol Med* 25:309-315.
- Freeman EW, Halbreich U (1998) Premenstrual syndromes. *Psychopharmacol Bull* 34:291-295.
- Harlow BL, Cohen LS, Otto MW (1999) Prevalence and predictors of depressive symptoms in older premenopausal women. *Arch Gen Psychiatry* 56:418-424.
- Hisli N (1989) Beck depresyon envanterinin geçerliliği üzerine çalışma. *Psikoloji Dergisi* 22:118-126.
- Pearlstein T, Stone AB (1998) Premenstrual syndrome. *Psychiatr Clin North Am* 21:577-590.
- Raja SN, Feehan M, Stanton WR, Gee R (1992) Prevalence and correlates of the premenstrual syndrome in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:783-789.
- Shye D, Jaffe B (1991) Prevalence and correlates of premenstrual symptoms: a study of Israeli teenage girls. *J Adolesc Health* 12:217-224.
- Siegel JP, Meyers B, Dineen MK (1986) Comparison of depressed and non depressed women with severe premenstrual tension syndrome. *Psychother Psychosom* 45:113-117.
- Steiner M, Born L, Marton P (2000) Menarche and mood disorders in adolescence. *Mood Disorders in Women içinde*, M Steiner, KA Yonkers ve E Eriksson (eds). Martin Dunitz, London, s.247-268.
- Wilson CA, Keye WR (1989) A survey of adolescent dysmenorrhea and premenstrual symptom frequency. *J Adolesc Health* 10:317-322.
- Wilson CA, Turner CW, Keye WR (1991) Firstborn adolescent daughters and mothers with and without premenstrual syndrome: a comparison. *J Adolesc Health* 12:130-137.
- Yonkers KA (1997) The association between premenstrual dysphoric disorder and other mood disorders. *J Clin Psychiatry* 58(suppl 15):19-25.

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER, ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ

Fevziye Toros*, Cengiz Tataroğlu**

ÖZET

Amaç: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında görülen ruhsal bozukluklardan en yaygın olanıdır. Bu çalışmanın amacı DEHB tanısı konan çocuk ve ergen olguların sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemek; anksiyete ve depresyon düzeylerini saptamaktır. **Yöntem:** Çalışmaya DEHB olan 93 çocuk ve ergen alındı. Sosyodemografik özellikler standart olarak hazırlanmış Sosyodemografik Veri Toplama Formu ile elde edildi. 9 yaş ve üzerindeki çocuklara ve ergenlere Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuk Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) uygulandı. **Bulgular:** Olgularda erkek/kız oranı 3.65/1'di. Olguların depresyon düzeyleri ile yaş, durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri arasında pozitif korelasyonlar vardı. Kızlar arasında en sık görülen tip DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği tipti. Cinsiyetler arasında depresyon ve anksiyete düzeylerinde farklılık bulunmamasına rağmen DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği tipte sürekli anksiyete düzeyi DEHB-impulsivite, hiperaktivitenin önde geldiği tipten daha yüksekti. **Tartışma:** Çalışmanın sonuçları DEHB'nda cinsiyet ve DEHB'nun alt tiplerine göre bazı farklılıkların bulunduğunu göstermektedir. Bununla birlikte bu konu ile ilgili daha detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, cinsiyet, sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon

SUMMARY: ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS, LEVELS OF ANXIETY AND DEPRESSION

Objectives: ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder) is the most common childhood psychiatric disorder. The aims of this study were to evaluate the sociodemographic and clinical features of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and to determine anxiety and depression levels. **Method:** 93 children and adolescents were included in this study. Sociodemographic features of cases were recorded using a standart sociodemographic form. State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C), Children Depression Inventory (CDI) were administered to children who were older than 9 years. **Results:** The ratio of boys/girls was 3.65/1. There were positive correlations between depression level and age, state-trait anxiety level. The most common type of ADHD among girls was inattentive type. Although there were no differences in anxiety and depression levels between gender there were higher state anxiety levels in cases with ADHD-inattentive type than cases with ADHD-impulsivity, hyperactivity type. **Discussion:** The results of the study showed that the clinical features of ADHD may differ with gender and subtypes of ADHD. However, more detailed studies are required.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, gender, sociodemographic characteristics, anxiety, depression.

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocuk ve ergenlerde en sık görülen ruhsal sorunlardandır (Biederman ve ark. 1987, Trott ve ark.1992). DEHB, DSM-II'de çocukluk çağının hiperkinetik reaksiyonu, DSM-III'de dikkat eksikliği bozukluğu, DSM-IV'de ise dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olarak adlandırılmıştır. DSM IV'de DEHB-bileşik tip, DEHB-

dikkatsizliğin önde geldiği tip, DEHB hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip olmak üzere üç alt gruba ayrılmış ve tanı için belirtilerin iki ya da daha fazla ortamda (okul, iş, ev) görülmesi şartı eklenmiştir (Biederman ve ark. 1987, APA 1994, Göksan ve Söhmen 1991).

DEHB'nun yaygınlığının okul öncesi dönemde %3-6, ilkökul ve ortaokul döneminde %3-10 arasında değiştiği, erkek/kız oranının 2-4/1 olduğu bildirilmiştir (Goldman ve ark 1998, Hoffman ve DuPaul 2000, Miller ve Castellanos 1998, Skuse

* Uzm.Dr., Mersin Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri Anabilim Dalı, Mersin.

** Yrd. Doç. Dr., Mersin Üniv. Tıp Fak., Nöroloji Anabilim Dalı, Mersin.

1999, Schweitzer ve ark. 2001, Trott ve ark. 1992, Yüksel ve Köroğlu 1991). Çalışmalarda DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği tipin kızlarda erkeklerle oranla daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Dulcan 1997, Faraone ve ark. 2000).

DEHB etyolojik açıdan çok etkenli bir hastalıktır. Genel olarak %50'sinin genetik, %50'sinin çevre ve yapısal etmenler ile oluştuğu bildirilmiştir (Dulcan 1997, Garfinkel 1990, Hoffman ve DuPaul 2001). Çocukluk çağındaki DEHB belirtilerinin bazıları %30-80 oranlarında ergenlik döneminde, %65-70 oranlarında ise erişkin dönemde görülebilmektedir. Ailede DEHB öyküsü, psiko-sosyal stres etmenleri, DEHB ile birlikte davranım bozukluğu, duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu gibi eşhastalanım var ise DEHB'nun belirtilerinin ileri yaşlarda görülme olasılığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Biederman ve ark. 1998, Dulcan 1997, Miller ve Castellanos 1998).

DEHB'nda genel olarak %50'ye varan oranlarda eştanı bulunabileceği bildirilmiştir. Özellikle anksiyete bozukluğu, tik bozukluğu, duygudurum bozuklukları, davranım ve karşı olma karşı gelme bozukluğunun eştanı olarak bulunduğu belirtilmiştir (Dune 1999, Herreias 2001, Jensen ve ark. 2001, Öktem 1993). Erkeklerde, karşı olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu ve madde bağımlılığı daha sık birlikte görülürken, kızlarda anksiyete bozukluğu, depresyon, düşük akademik başarının daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Dulcan 1997, Greene ve ark. 2001, Miller ve Castellanos 1998, Purvis 2000, Rucklidge ve Tannock 2001). Johnston ve Mash (2001) eştanı olarak davranım bozukluğu bulunan olguların anne-baba-çocuk arasında daha çok çatışmalar yaşandığını, parçalanmış aile ortamında büyümenin daha sık ve annelerde stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmalarda Tourette bozukluğu ile DEHB'nun eşhastalanım oranının %8-80 arasında değişebileceği bulunmuştur (Freeman 1997, Schuerholz ve ark. 1996). Duyma ve/veya görme kusuru, epilepsi, kafa travması öyküsü, akut ya da süregen organik bozukluğu, beslenme bozukluğu, uyku bozukluğu, anksiyete bozukluğu, depresyon, süregen ihmal ve istismar, fenobarbi-

tal ve karbamazepin gibi ilaçların kullanılması çocuk ve ergenlerde dikkat eksikliğine yol açabilir. Teofilin gibi astım ilaçlarının kullanılması, öğrenme bozukluğu, mental retardasyon hiperaktiviteye yol açabilir. Bu nedenle ayırıcı tanının iyi yapılması gerekmektedir (Dulcan 1997).

Bu çalışmada; 1) 2001 Ağustos-2002 Nisan ayları arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine başvuran tüm DEHB tanısı konan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemek, 2) DEHB olan kız ve erkeklerin sosyodemografik, klinik özelliklerini, anksiyete ve depresyon düzeylerini karşılaştırmak, 3) Olguların DEHB tipine göre sosyodemografik, klinik özelliklerini, anksiyete ve depresyon düzeylerini karşılaştırmak amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Bu çalışmaya Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine 2001 Ağustos-2002 Nisan tarihleri arasında ilk kez başvuran, klinik görüşme ve psikometrik incelemeler sonrası DSM IV-TR'a göre DEHB tanısı konulan, daha önce hiç tedavi görmemiş, 6-15 yaşları arasındaki 93 çocuk ve ergen hasta (20 kız, 73 erkek) alınmıştır (APA-TR 1994).

Psikoz, otistik bozukluk, işitme ve görme engeli, zeka geriliği olan olgular çalışma dışı bırakılmıştır. Çocuk ve ergen hastaların hepsi klinik görüşme ve psikometrik testlerle, tıbbi ve laboratuvar incelemeleriyle değerlendirilmiştir. Hastaların çocuk hastalıkları ve nöroloji bölümü konsültasyonları ile birlikte tam bir fizik ve nörolojik muayeneleri yapılmış, hiperaktivite belirtilerine yol açabilen tiroid fonksiyon bozukluklarını dışlayabilmek için T3, T4 ve TSH düzeylerine bakılmıştır. Hava'e ve/veya epilepsi öyküsü olan olgulardan psikostimülan ilaç tedavisine başlamadan önce nöroloji konsültasyonu ile yeniden değerlendirilmeleri istenmiş ve konsültasyon sonucunda önerilen olguların EEG'leri çekilmiştir. İlaç tedavisi başlanacak olan olgularda tedavi öncesi rutin tam idrar incelemesi, tam kan sayı-

mı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, EKG incelemeleri ilaç tedavisinin metabolizma üzerindeki yan etkilerini daha sonraki kontrollerde saptamak için yapılmış, tansiyon, nabız, kilo, boy değerleri kaydedilmiştir. Tüm incelemelerin amaçları ebeveynlere ve olgulara açıklanmış sözel olarak onayları alınmıştır.

İlk başvuruda Sosyodemografik Veri Toplama Formu ile olguların sosyodemografik verileri kaydedilmiştir. Aynı anda 9 yaş ve üzerindeki çocuk ve ergenlere Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) uygulanmıştır. DEHB tanısı için anne-babalarla DSM IV-TR tanı ölçütlerine göre yapılandırılmış görüşmeler yapılmış, Conner's anne-baba ve öğretmen değerlendirme formları uygulanmış ve her olgu uygulanan testler ve/veya oyun sırasında gözlenmiş, bireysel görüşmeler yapılmıştır. DSM IV-TR'a göre anne ve babalardaki ruhsal bozukluk tanıları erişkin psikiyatri uzmanı tarafından yapılan değerlendirilmeler sonucunda konulmuştur.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Toplama Formu

İlk başvuruda görüşmeyi yapan doktor tarafından sosyodemografik verilerin, doğum öncesi, doğum ve premorbid özelliklerin sistemli olarak kaydedilmesi amacıyla Çukurova Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı tarafından geliştirilen bir formdur. Kliniğe başvuran tüm hastalar için doldurulmaktadır.

Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Kovacs (1981) tarafından Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak hazırlanmış olan bir öz-bildirim ölçeğidir. Kesim puanı 19 olarak önerilmektedir. Ölçeğin Türkiye için geçerlik güvenilirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmıştır.

Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE)

Spielberger (1973) tarafından geliştirilen, durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen, yirmişer madelik iki alt ölçekten oluşan bir öz-bildirim ölçe-

ğidir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta (1993) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 9-12 yaş çocuklarında yapılmasına rağmen 12 yaşından büyük çocukların erişkin kaygı ölçeğini anlamakta güçlük çekmeleri nedeniyle 17 yaşa kadar kullanılabilceği bildirilmiştir (Hoehn-Saric ve ark. 1987, Spielberger 1973, Strauss ve ark. 1988, Öy ve ark.1995).

İstatistiksel analizler

Çalışmadaki veriler SPSS for windows 9.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Olgular cinsiyete göre 2 gruba, DEHB tipine göre 3 gruba ayrılmıştır. Gruplar arası sosyodemografik verileri ki-kare testi, Fisher testi; cinsiyete göre olguların anne ve babalarının yaşı, eğitimi ve ölçek puanları arasındaki fark t-testi ile kullanılarak belirlenmiştir. DEHB 3 gruba ayrılarak incelendiğinde; gruplar arası sosyodemografik verilerin incelenmesinde ki-kare testi, diğer verilerin incelenmesinde One-Way ANOVA testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine 2001 Ağustos-2002 Nisan tarihleri arasında başvuran olgulardan görüşme ve değerlendirmeler sonucunda DEHB tanısı konan toplam 93 olgu alınmıştır. Olguların 20'si kız (%21.5), 73'ü (%78.5) erkektir. 93 olgunun yaşlarının ortalaması 10.2±2.3, kızların yaş ortalaması 10.5±2.6, erkeklerin yaş ortalaması 10.2± 2.3'tür. Cinsiyetler arasında en önemli fark DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği tipin kızlarda daha sık olarak görülmesidir (Tablo 1).

Kızlar ve erkeklerin anne ve babalarının sosyodemografik özelliklerine bakıldığında çalışan anne sayısı erkeklerde daha fazla (p=0.04) olması dışında herhangi bir anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 2).

9 yaş ve üzerindeki 80 olguya ÇDÖ, ÇDKE ve ÇSKE uygulanmış, cinsiyete göre ÇDÖ, ÇDKE, ÇSKE puanlarını karşılaştırıldığında; kızlar ve

Tablo 1: Olguların cinsiyete ve DEHB alt tiplerine göre sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Kızlar (n=20)	Erkekler (n=73)	p	Tip1 (n=57)	Tip2 (n=25)	Tip3 (n=11)	p
Ort. Yaş (yıl)	10.5±2.6	10.2±2.3	.6	10.2±2.4	20.8±2.1	9.3±2.4	.7
Eğitim (yıl)	5.3±2.9	4.36±2.1	.9	4.6±2.4	5±2.1	3.3±2.3	.8
Anne sütü (ay)	8.2±4.9	7.1±7.2	.1	7.8±7.5	5.9±4.7	8.6±6.7	.5
Yürüme (ay)	12.4±2.3	12.5±3.9	.9	12.6±3.4	12.6±3.5	12.9±3.6	.8
Konuşma (ay)	18.5±8.0	19.3±6.2	.6	18.4±6.7	20.8±6.5	19.0±5.8	.8
Tuvalet Eğitimi (ay)	23.4±9.7	25.7±10.1	.3	24.8±9.3	27.1±12.1	23.3±8.8	.7
Sorunlu gebelik (n,%)	4 (%20)	13 (%17.8)	.8	11 (%19.2)	3 (%12)	3 (%27.2)	.09
Erken doğum (n,%)	n=0	8 (%11)	.1	6 (%10.5)	1 (%4)	1 (%9)	.6
Doğumda komp.(n,%)	4 (%20)	21 (%28)	.4	15 (%26)	7 (%28)	3 (%27.2)	.8
Organik hastalık (n,%)	8 (%40)	20 (%27.4)	.2	15 (%26.3)	7 (%28)	6 (%54.5)	.08
Havale öyküsü (n, %)	3 (%15)	8 (%11)	.96	8 (%14)	3 (%12)	0	.5
Eştanı varlığı (n, %)	9 (%45)	30 (%41.1)	.7	23 (%40.3)	12 (%48)	4 (%36.3)	.8
DEHB Tipi			.005				
Tip 1 (n, %)	7 (%7.5)	50 (%53.8)					
Tip 2 (n, %)	11 (%11.8)	14 (%15.1)					
Tip 3 (n, %)	2 (%2.2)	9 (%9.7)					

Tip1 : DEHB-bileşik tip,

Tip2: DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği tip

Tip3: DEHB-hiperaktivite, impulsivitenin önde geldiği tip

Tablo 2: Cinsiyete ve DEHB alt tiplerine göre annelerin-babaların ve ailenin sosyodemografik özellikleri

	Kızlar (n=20)	Erkekler (n=73)	p	Tip 1 (n=57)	Tip 2 (n=25)	Tip 3 (n=11)	p
Anneler							
Ort. yaş (yıl)	38.3±5.17	36.96±6.9	.4	37±7.2	38.6±4.9	35.4±6	.3
Eğitim (yıl)	10.6±4	11.4±3.7	.3	11.9±3.3	9.6±4.1	11.9±4.3	.07
Çalışan anne (n, %)	11 (%55)	47 (%64.4)	.04	40 (%70.1)	12 (%48)	6 (%46.1)	.08
Ruhsal h. (n, %)	3 (%15)	24 (%32.9)	.1	18 (%31.5)	6 (%24)	3 (%27.2)	.3
Organik h. (n, %)	3 (%15)	14 (%19.2)	.6	11 (%19.3)	5 (%20)	1 (%9)	.6
Babalar							
Ort. yaş (yıl)	42.4±5.02	41.84±6.6	.5	41.9±8.4	41.2±5.5	40.2±6.0	.7
Eğitim (yıl)	12.9±2.53	12.9±5.22	.9	13.6±5.5	11.5±2.8	12.2±3.1	.6
Çalışan anne (n, %)	5 (%25)	23 (%31.5)	.5	20 (%35)	5 (%20)	3 (%27.2)	.3
Ruhsal h. (n, %)	3 (%15)	10 (%13.7)	.7	6 (910.5)	5 (%20)	2 (%18)	.6
Organik h. (n, %)	3 (%15)	10 (%13.7)	.8	10 (%17.5)	2 (%8)	1 (%9)	.06
Akrabalık (n, %)	1 (%5)	4 (%5.5)	.1	1 (%1.7)	4 (%16)	-	.02
Boşanma (n, %)	6 (%30)	22 (%30.1)	.9	21 (%36.8)	5 (%20)	2 (%18.1)	.07
Göç (n, %)			.6				.08
Sosyoekonomik Düzey							
Düşük	6 (%30)	23 (%31.5)		16 (%28)	9 (%36)	4 (%36.3)	
Orta	4 (%20)	20 (%27.4)		15 (%26.3)	7 (%28)	2 (%18)	
Yüksek	10 (%50)	30 (%41)		26 (%45.6)	9 (%36)	5 (%45)	

erkekler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 3).

Tablo 3: Test uygulanabilen 80 olgunun cinsiyete göre depresyon, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri.

	Kızlar	Erkekler	p
ÇDÖ	12.7±6.7	10.8±5.8	0.2
ÇDKE	33.1±9.7	32.2±8.7	0.6
ÇSKE	36.5±8.4	37.2±8.1	0.7

Her üç ölçek puanları ile olguların cinsiyet, anne-babada ruhsal ve organik hastalık görülme sıklığı, babaların eğitim düzeyi, ailenin sosyoekonomik düzeyi, ailede son bir yıl içinde şehirlerarası göçün yaşanıp yaşanmaması ile herhangi bir korelasyon belirlenmemiştir. Ancak olguların ÇDÖ puanları ile sürekli anksiyete puanları, durumluluk anksiyete puanları ve olguların yaşları arasında pozitif korelasyonlar saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4: Olguların depresyon ölçek puanının durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ve sosyodemografik özellikler ile olan korelasyonları

	ÇDÖ	
ÇSKE	P = .000	r = .535
ÇDKE	P = .000	r = .605
Yaş	P = .000	r = .289

Tablo 5: Cinsiyete göre DEHB alt tiplerine göre DSM-IV-TR'a göre saptanan eştanılar

EŞ TANILAR	Kızlar (n, %)	Erkekler (n, %)	Toplam (n, %)	Tip 1 (n, %)	Tip 2 (n, %)	Tip 3 (n, %)
Trikotilomani	1 (%5)	-	1 (%1.0)	-	1 (%4)	-
Kekemelik	1 (%5)	1 (%1.3)	2 (%2.1)	1 (%1.7)	1 (%4)	1 (%9)
Öğrenme güçlüğü	3 (%15)	-	3 (%3.2)	-	3 (%12)	-
Enürezis nokturna	1 (%5)	4 (%5.4)	5 (%5.3)	4 (%7)	-	1 (%9)
Enkoprezis	-	1 (%1.37)	1 (%1.0)	1 (%1.7)	-	-
Dav. bzk. ve/veya karşı gelme karşı olma boz.	1 (%5)	16 (%22)	17 (%18.2)	13 (%22.8)	2 (%8)	2 (%18)
Depresyon	4 (%20)	-	4 (%4.3)	-	4 (%16)	-
Tourette bzk.	-	3 (%4.1)	3 (%3.2)	3 (%5.2)	-	-
OKB	3 (%15)	4 (%5.4)	7 (%7.5)	2 (%3.4)	5 (%20)	-
K. motor tik bzk.	1 (%5)	7 (%9.5)	8 (%8.6)	4 (%7)	1 (%4)	2 (%18)

OKB : Obsesif kompulsif bozukluk K. motor tik bzk. : Kronik motor tik bozukluğu

Kızların 9'unda, erkeklerin 30'unda en az bir eştanı bulunmaktadır (Tablo 5).

Cinsiyete göre anne ve babadaki ruhsal bozukluklara baktığımızda; kızların annelerinin 3'ünde, erkeklerin annelerinin 24'ünde ruhsal bozukluk, kızların babalarının 5'inde, erkeklerin babalarının 23'ünde ruhsal bozukluk olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 2'de DEHB tiplerine göre anne-babanın ve olguların sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir. Anlamlı farklılık sadece DEHB-Tip 1 ve 2 arasında cinsiyet ve boşanmış anne-baba oranı açısından bulunmuştur (Tablo 2).

Olguların DEHB-tiplerine göre ölçek puanlarına baktığımızda ÇDÖ ve ÇDKE'nde gruplar arası anlamlı farklılık bulunmamasına rağmen ÇSKE puanlarında DEHB-Tip 2 ve 3 arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 7).

DEHB-bileşik tipte 23, DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği tipte 12, DEHB-hiperaktivite, impulsivitenin önde geldiği tipte 4 eştanı bulunmuştur (Tablo 5). Her iki cinsiyet ve DEHB tüm alt tiplerinde en sık görülen organik hastalık alerjik bronşitti.

DEHB tiplerine göre anne-babalardaki ruhsal sorunlara baktığımızda; Tip 1'deki 18 annede, Tip 2'deki 6 annede ve Tip 3'deki 3 annede ruhsal bozukluk vardı. DEHB tiplerine göre babalardaki ruhsal bozukluk baktığımızda; Tip 1'de 20 ba-

bada, Tip 2'deki 5 babada, Tip 3'de 3 babada ruhsal bozukluk vardı (Tablo 6).

DEHB-dikkat eksikliğinin önde geldiği tipte E/K oranı 2/1 olarak belirtilmiştir (Wolraich ve

Tablo 6: Cinsiyet ve DEHB alt tiplerinde anne-babalarda DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre saptanan ruhsal bozukluklar

	Kızlar (n, %)	Erkekler (n, %)	Tip 1 (n, %)	Tip 2 (n, %)	Tip 3 (n, %)
ANNELEK	2 (%10)	13 (%17.8)	9 (%15.7)	4 (%16)	2 (%18)
- Depresyon	1 (%5)	6 (%8.2)	5 (%8.7)	1 (%4)	1 (%9)
- Anksiyete bzk.	-	1 (%1.3)	1 (1.7)	-	-
- Psikotik bzk.	-	3 (%4.1)	-	3 (%5.2)	-
- Bipolar bzk.	-	1 (%1.3)	-	1 (%4)	-
- K. motor tik bzk.	-	-	-	-	-
BABALAR					
- Depresyon	1 (%5)	2 (%2.7)	1 (%1.7)	1 (%4)	1 (%9)
- Anksiyete bozk.	-	8 (%11)	5 (%8.7)	3 (%12)	-
- Alkol bağ.	3 (%15)	8 (%11)	9 (%15.7)	1 (%4)	2 (%18)
- Pat. Kum. oynama	1 (%5)	5 (%6.8)	5 (%8.7)	1 (%4)	-

Pat. Kum. oynama : Patolojik kumar oynama K. motor tik bzk. : Kronik motor tik bozukluğu

Tablo 7: DEHB tiplerine göre depresyon, sürekli ve durumluk kaygı düzeyleri

	Tip 1	Tip 2	Tip 3	P
ÇDÖ	10.9±5.6	13.1±6.6	8±5.0	.3
ÇDKE	34.8±9.0	33.6±9.2	29.7±7.2	.4
ÇSKE	36.1±8.5	39.2±7.6	36.3±6.9	.02

TARTIŞMA

Çalışmamızda olguların cinsiyet ve DEHB tiplerine göre sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılmasında en önemli farklar DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği tipin ve eştanı olarak anksiyete bozukluğu, depresyonun kızlarda daha sık davranım bozukluğu ve/veya karşı olma karşı gelme bozukluğunun erkeklerde daha sık görülmesiydi. Tüm olgular değerlendirildiğinde yaş ile birlikte olguların depresyon, durumluk ve sürekli kaygı envanterlerinin puanları artmaktaydı.

DEHB, ilkökul döneminde E/K 9/1, epidemiyolojik çalışmalarda ise E/K oranı 4/1 olarak bildirilmiştir (APA 1994). DEHB-hiperaktivite/impulsivitenin önde geldiği tipte E/K oranı 4/1,

ark. 1996). Diğer çalışmalar ile uyumlu olarak çalışmamızda DEHB tanısı konulan olguların çoğu erkekti (erkek/kız oranı 3.6/1) ve kızlarda DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği tip daha sık olarak görülmekteydi (Brown ve ark. 1991, Faraone ve ark. 2000).

Gebelikte, doğum sırasında ve doğum sonrasında annelerin ve çocukların bedensel ve/veya ruhsal sorunlar yaşaması, çocukların organik hastalığa sahip olması, bebeklikte sık havale geçirilmesi gibi çeşitli etmenlerin DEHB gelişmesinde risk oluşturabileceği bildirilmiştir (Allen ve ark. 1998, Faraone ve ark. 1998, Johnston ve Mash 2001). Çalışmamızda bu risk etmenleri açısından cinsiyetler ve DEHB alt tipleri arasında önemli farklılıklar bulunmamasına rağmen daha kesin yorum yapabilmek için DEHB olmayan kontrol grupları ile karşılaştırmalı çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Johnston ve Mash'ın (2001) yaptıkları çalışmada anne-baba-çocuk iletişiminde sorunlar yaşanması, annelerde yüksek stres düzeyinin olması, parçalanmış aile ortamında büyüme gibi psikososyal risk etmenlerinin DEHB olan çocuk ve ergende davranım bozukluğu gelişmesinde önemli olabileceği bildirilmiştir. Diğer çalışmalarda

da anne ve özellikle babalarda alkol ve madde bağımlılığı, antisosyal kişilik özelliği var ise çocuklarda davranım bozukluğunun daha sık görülebileceği belirtilmiştir (Dulcan 1997, Johnston ve Mash 2001). Çalışmamızdaki erkek çocuklarının kızlara göre annelerinin daha çok iş ortamında bulunmaları, annelerin stres düzeylerinin daha yüksek oluşuna sebep olmuş, dolayısıyla anne-çocuk iletişimde yetersizlik ve sorunlara yol açmış olabilir. Ayrıca olgularımızın babalarında en sık görülen ruhsal bozukluk alkol bağımlılığı ve/veya patolojik kumar oynama, annelerinde en sık görülen ruhsal bozukluk ise depresyon ya da anksiyete bozukluğu idi. Bu tanımlar da çocuk ile anne-baba arasındaki iletişimde sorunlar ve yetersizlikler yaşanmasına yol açabilir. Dolayısıyla DEHB olan erkek olgularımızda eştanı olarak davranım bozukluğu ve/veya zıtlama bozukluğunun kızlara oranla daha sık görülmesine bu etkenler katkıda bulunmuş olabileceği düşünülmektedir.

DEHB olgularının 2/3'ünde en az bir ruhsal bozukluğun eştanı olarak bulunabileceği, %50'ye kadar değişen oranlarda karşı olma karşı gelme bozukluğu, %30-50 oranında davranım bozukluğu, %15-20 oranında duygudurum bozukluğu, %20-25 oranında anksiyete bozukluğu, %10-25 oranında öğrenme bozukluğu görülebileceği bildirilmiştir (Biederman ve ark. 1991, Newcorn ve Haperin 1994). Anderson ve ark. (1987) tarafından da %18 oranında 2 veya daha fazla eştanının bulunabileceği belirtilmiştir (Anderson ve ark. 1987). Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalar ile uyumlu sonuçlar elde edilmiştir (Tablo 5). Genel olarak değerlendirdiğimizde davranım bozukluğu ve/veya karşı olma karşı gelme bozukluğunun erkeklerde, anksiyete bozukluğu ve depresyonun kızlarda daha sık olduğu bulunmuştur.

DEHB'nda Tourette Bozukluğu görülme oranı %8-%80 olarak bildirilmiştir (Knell ve Comings 1993, Walkup 1994). Çalışmamızdaki olguların polikliniğe başvurduklarında sadece 3'ünde (%3.2) Tourette Bozukluğu, 8 olguda (%8.6) kronik motor tik bozukluğu vardı. Tourette bozukluğunun başlangıçta genellikle basit motor tiklerle başladığı bilindiğinden dolayı poliklinik iz-

lemi sırasında Tourette Bozukluğu tanısı sıklığının artabileceği düşünülmektedir (Knell ve Comings 1993, Walkup 1994).

ÇDÖ, ÇDKE, ÇSKE puanları arasında cinsiyetler arasında anlamlı farklılık olmamasına rağmen ÇDÖ ile sürekli, durumluk anksiyete ölçek puanları ve olguların yaşları arasında pozitif korelasyonlar vardı. Diğer çalışmalarda da büyük çocuk ve ergenlerde küçük çocuklara göre bilişsel gelişimlerine bağlı olarak daha fazla kaygı belirtilisi bulunabileceği bildirilmiştir (Mc Gee ve ark. 1990, Özusia 1993, Strauss ve ark. 1988). Bazı çalışmalarda kaygı belirtilerinin kızlarda erkeklerden sık görüldüğü saptanmış; bunun nedeni kız çocukların duygularını erkeklere göre daha rahat dışa vurabilmesi, erkek çocukların ise duygularını belli etmenlerinin toplumda hoş karşılanmamasına bağlı olabileceği vurgulanmıştır (Auchter 1990, Ollendick ve ark. 1985, Öy ve ark. 1995). Bizim çalışmamızda cinsiyetler arası depresyon, sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinde cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamasının çeşitli sebepleri olabilir. Öncelikle erkek çocukların çoğu Tip 1 ve 3 tanısı almıştı. Bu da DEHB'nun davranışlara daha çok yansımaya, dolayısıyla çevredeki kişiler (çocuklar, öğretmenler, kardeşler, anne-babalar gibi) tarafından daha çok suçlanma ve dışlanma olasılıklarına yol açabilmekte, çocuklar buldukları ortamın günah keçileri durumuna düşebilmekte ve çevreye uyumları gittikçe azalabilmektedir. Bunun yanı sıra cinsiyete göre anne babalarda görülen ruhsal bozukluklara bakıldığında özellikle erkek çocukların babalarının istatistiksel düzeyde anlamlı olmamasına rağmen alkol bağımlılığı ve patolojik kumar oynama tanısı daha sık aldığı görülmektedir. Bu da cinsel kimliğin giderek önem kazandığı ve geliştiği çocukluğun son yıllarda aile içinde artan çatışmalara, baba-çocuk iletişimde daha çok yetersizlikler ve sorunlar yaşanmasına yol açarak erkek çocuklarda depresyon ve kaygı düzeylerinin daha yüksek olmasına neden olabilir (Dulcan 1997, Wolraich ve ark. 1996).

DEHB'nun alt tiplerinde ise istatistiksel olarak tek anlamlı farklılık Tip 2'de ÇSKE düzeyinin Tip 3'e göre daha yüksek olmasıydı. Buna Tip

2'deki olguların çoğunun kız olması yol açmış olabilir. Bununla birlikte tüm olgular değerlendirildiğinde cinsiyetler arasında sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı farklılık olmaması sadece cinsiyet faktörüne bağlı olarak yorum yapmanın yeterli olamayacağını düşündürmektedir. Bu nedenle cinsiyetler arası sürekli kaygı düzeylerindeki farklılıkları belirlemek için daha geniş örneklem grupları ile yapılacak karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Genel olarak eğitim düzeyi yüksek olan annelerin çocukları ile kurabilecekleri iletişimin daha yeterli düzeyde olabileceği, çocuklarındaki olumsuz değişikliklerin daha erken farkına vararak gereğinde yardım alabilecekleri, bildirilmiştir (Johnston ve Mash 2001, Strauss ve ark. 1988). Ayrıca annelerin eğitim düzeyi düştükçe babaların eğitim düzeyi de düşüyor, kardeş sayısı artıyordu.

DEHB tiplerine göre olguların sosyodemografik özelliklerini karşılaştırdığımızda tek farklılık diğer çalışmalar ile uyumlu olarak DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği tipin kızlarda erkeklere oranla belirgin düzeyde daha fazla olmasıdır (Baumgaertel ve ark. 1995, Blondis 1999, Wolraich ve ark. 1996).

SONUÇ VE ÖNERİLER

DEHB olan 93 çocuk ve ergenin çalışma kapsamına alınıp cinsiyete ve DEHB-tiplerine göre ayırarak sosyodemografik özelliklerinin, anksiyete ve depresyon düzeylerinin karşılaştırıldığı bu çalışma sonucunda; cinsiyetler ve tipler arasındaki farklılıkların daha iyi belirlenebilmesi için özellikle DEHB olan kızların fazla sayıda bulunabileceği daha geniş örneklem grubu ile DEHB olmayan çocuk ve ergenlerden oluşacak kontrol grubunu kapsayan karşılaştırmalı çalışmalar ihtiyaç olduğu açıktır. Ayrıca, DEHB'nun alt tiplerinin seçilmesi ve ayrılması sadece bir uzman tarafından yapılabilmektedir. İlerleyen çalışmalarda çocuk psikiyatrisinde çalışabilecek uzman doktor kadrosunun artması ile DEHB'nun alt tiplerinin ayrıncı tanısı için birlikte değerlendirmeler yapılabilecek ve bu da yapılan çalışma-

nın güvenilirliğini arttıracaktır.

KAYNAKLAR

- Allen NB, Lewinsohn PM, Seeley JR (1998) Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescence. *Dev Psychopathol* 10:513-29.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1996.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviri Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
- Anderson JC, Williams S, McGee R ve ark. (1987) DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry* 44:69-76.
- Baumgaertel A, Wolraich M, Dietrich M (1995) Comparison of diagnostic criteria for ADHD in a german elementary school sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:629-38.
- Biederman J, Munir K, Knee D (1987) Conduct and oppositional disorder in clinically referred children with attention deficit disorder: a controlled family study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26:724-7.
- Biederman J, Nick E, Faraone SV (1998) Normalized functioning in youths with persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 133:544-51.
- Blondis TA (1999) Motor disorders and attention deficit/hyperactivity disorder. *Ped Clin N Am* 46:899-14.
- Brown RT, Madan-Swain A, Baldwin K (1991) Gender differences in a clinic-referred sample of attention-deficit-disordered children. *Child Psychiatry Hum Dev* 22:111-28.
- Dulcan M. (1997) Practice parameter for the assessment and treatment of children, adolescent, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:85-121.
- Faraone SV, Biederman J, Friedman D (2000) Validity of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: a family study perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:300-7.
- Faraone S, Biederman J, Webber W ve ark. (1998) Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:185-93.
- Freeman RD (1997) Attention deficit hyperactivity disorder in the presence of tourette syndrome. *Neurol Clin* 15:411.
- Hoehn-Saric E, Maisami M, Wiegard D (1987) Measurement of anxiety in children and adolescents using se-

- mistructured interviews. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26:541-45.
- Garfinkel BD (1990) Attention-deficit hyperactivity disorder in children. *Psychiatric disorder in children and adolescents içinde, M Wonsiewicz (ed). W.B. Saunders Company, Philadelphia, s:149-91.*
- Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, ve ark. (1998) There is no evidence of significant overdiagnosis of attention deficit and hyperactivity disorder. *JAMA* 279:1100-107.
- Göksan K, Söhmen MT (1991) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tedavisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2:205-210.
- Greene RW, Biederman J, Faraone SV ve ark. (2001) Social impairment in girls with ADHD: patterns, gender comparisons, and correlately. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:704-10.
- Herreias CT (2001) The child with ADHD: Using the AAP clinical practice guideline. *Am Fam Phsician*, 63:300.
- Hoffman JB, DuPaul GJ (2000) Psychoeducational interventions for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 9:647-61.
- Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC ve ark. (2001) ADHD comorbidity and treatment outcomes in the MTA. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 40:147-58.
- Johnston C, Mash EJ (2001) Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 4:183-207.
- Knell ER, Comings DE (1993) Tourette's syndrome and attention-deficit hyperactivity disorder: evidence for a genetic relationship. *J Clin Psychiatry* 54:331.
- Kovacs (1981) Rating scale to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiat* 46:305-15.
- Mc Gee R, Fee M, Williams S ve ark. (1990) DSM III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:611-619.
- Miller KJ, Castellanos FX (1998) Attention deficit/hyperactivity disorders. *Ped Rev* 19:373-83.
- Newcorn JH, Haperin JM (1994) Comorbidity among disruptive behavior disorders: impact on severity, impairment, and response to treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 3:227-52.
- Ollendick TH, Matson JL, Helsel WJ (1985) Fears in children and adolescents: normative data. *Behav Res Ther* 27:19-26.
- Öktem F (1993) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Türk Psikiyatri Dergisi* 4:113-120.
- Öy B (1991) Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2:132-36.
- Öy B, İlgen R, Ekmeççi A, Türkmen M ve ark. (1995) Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanterinin ilkökul ve ortaokul öğrencilerine uygulanması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2:76-81.
- Özusta Ş (1993) Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri'nin uyarılama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, H.Ü. Sosyal Bilimler Enst. Ankara*
- Purvis KL. (2000) Tannock R. Phonological processing, not inhibitory control, differentiates ADHD and reading disability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:485-94.
- Rucklidge JJ, Tannock R (2001) Psychiatric, psychosocial, and cognitive functioning of female adolescent with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:530-40.
- Schuerholz LJ, Baumgardner TL, Singer HS ve ark. (1996) Neuropsychological status of children with tourette's syndrome with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Neurology* 46:958-965.
- Schweitzer JB, Cummins TK, Kant CA (2001) Advances in the pathophysiology and treatment of psychiatric disorders: Implications for internal medicine. *Med Clin N Am* 85:200-201.
- Spielberger CD (1973) *Premilary Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Strauss CC, Lease CA, Last CG ve ark (1988) Overanxious disorder. *J Abnorm Child Psychol* 16:433-43.
- Trott GE, Friese HJ, Menzel M ve ark. (1992) Use of moclobemid in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychopharmacology* 106:134-36.
- Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock YT ve ark. (1996) Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a country-wide sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:319-24.
- Yüksel N, Köroğlu E (1991) Çocukluk ve ergenlik çağı psikofarmakolojisi. *Klinik uygulamalı psikofarmakoloji*. Ankara: Hekimler yayın birliği, s:251-278.

ERGENLİK DÖNEMİNDE AŞILMASI GEREKEN BİR EVRE: BİSEKSÜALİTE

Celal Odağ*, Tezan Bildik**

ÖZET

Amaç: Kimliğin gelişmesi; ayrışma, ikili ilişkilerden üçlü olanlarına geçiş, iyi ile kötü tasarımların/sevgi ve agresyonların bütünleşmesi, nesne sürekliliğinin gelişimi, preödüpal ve ödüpal sorunların aşılması gibi bir dizi sürecin etkisindedir. Biseksüel eğilimlerin de kimlik gelişmesinin önemli belirleyicilerinden olduğu bir gerçektir. Ergenlik döneminin başlangıcında etkinleşen, normal bir gelişim evresi olan biseksüalite aşılmadan cinsel kimliğin gelişmesi ve heteroseksüel ilişkilerin geliştirilmesi olanaksızdır. Ergenlerde homoseksüel eğilimlerin, "homoseksüel olabileceği" korkularının ve kaygılarının bilinenden daha yaygın olduğu gözlenmektedir. Ergenlerde bu kaygıların büyük bir bölümü, aşılmamış biseksüel evrenin artıklarından kaynaklanmaktadır. Ayrıca ergenlik döneminde yaşanan kargaşa yani duygu/dürtü/eğilimlerini birbirlerinden ayırılmamış olması da, yakınlık isteklerinin cinsel eğilimler gibi algılanmasına neden olmaktadır.

Anahtar sözcükler: Biseksüalite, ergenlik dönemi, cinsel kimlik.

SUMMARY: BISEXUALITY AS A STAGE TO BE RESOLVED IN ADOLESCENCE

The bisexual tendencies are one of the most important determinants of the development of identity. Regressively exaggerated bisexuality of preadolescence is transitional. The adolescent must resolve the bisexual identity characteristic of preadolescence in order to arrive at a firm heterosexual orientation. The homosexual tendencies are at times appropriate to normal development. Homosexuality in adolescence may be an exaggeration of bisexuality. During the child's development, leanings towards homosexuality compete and alternate regularly with normal heterosexuality.

Keywords: Bisexuality, adolescence, gender identity.

GİRİŞ

Erikson; ergenlik döneminde, çocukluktaki önemli özdeşimleri bütünleştiren, aynılık, süreklilik, benzersizlik özellikleriyle en üst düzeydeki en son ruhsal yapılanmayı, "kimlik" diye tanımlamaktadır. Öztürk (2001) bu evrede kimliğin oluşmasının çocukluk çağında yapılmış olan özdeşimlerin toplamından daha öte birşey olduğu görüşündedir. Aynılık, süreklilik, içtenlik özelliklerine özgüllüğü, yeniliği de katmak ve kimliğin geleceğe dönüklüğünü de eklemek gerekir. Çünkü kimliğin gelişim ve yapılanma süreçleri tümüyle geleceğe dönük ama geçmişin de etkisindedir, geçmişten kopmuş değildir. Geleceğe dönüklük bize yeni bir çağı yakalama olanağı verir. Toplumlar bu yetiler aracılığıyla geleceğe uzanır, genç kuşakların yardımıyla yeniyi ve geleceği yakalarlar.

Bu çalışmada çocukluk çağında yapılmış olan özdeşimlerin toplamından daha öte bu en son

yapılanmanın yani sağlıklı bir kimliğin temel koşulları belirtilmektedir. Çünkü Erikson'ın tanımladığı anlamda kimlik, ruhsal gelişim koşullarına sıkı sıkıya bağımlı bir oluşumdur. Ruhsal gelişim koşulları aynı zamanda bu oluşumun değişmezleri yani kimliğin yapılanmasının belirleyicileridir. Ayrışma, ikili ilişkilerden üçlü olanlarına geçiş, iyi ile kötü tasarımların/sevgi ve agresyonların bütünleşmesi, nesne sürekliliğinin gelişimi, preödüpal ve ödüpal sorunların aşılması, değişmezlerin öncelikli olanlarıdır. Bu belirleyiciler kimliğin, ruhsal gelişimin her aşamasından etkilenmesine neden olmaktadır. O nedenle ki sağlıklı bir kimlik, aynı zamanda olumlu ruhsal bir gelişimin de işaretlerini verir ya da olumsuz ruhsal bir gelişim, sağlıklı bir kimliğin gelişmesine olanak vermez.

Cinsel kimliğin, ruhsal gelişim ve bu en son ruhsal yapılanmada yani kimlik içinde yerini alma süreçleri de kimliğin diğer belirleyicileridir. Cinsel kimlik, ergenlik döneminin başlangıcında

* Doç. Dr., Düsseldorf Psikanaliz Enstitüsü, Almanya.

** Uzm. Dr., Serbest Hekim, İstanbul.

şiddetlenen biseksüel eğilimlerin etkisindedir. Ruhçözümlemesinde yeterli bir şekilde önemsenmeyen bu eğilimlere çalışmada ağırlıklı bir yer verilmektedir. Çünkü biseksüalite ve biseksüaliteyle ilgili sorunların üzerinde durmamak cinsel kimliğimizi anlamamızı güçleştirir, sağaltımda bizim bir çıkmaz sokaktan başka bir çıkmaz sokağa girmemize, gereksiz yanılsamalara neden olur.

Kimlik Gelişiminde Etkin Düzenekler

Özdeşim, içselleştirme ve bireşim (sentez) kimlik yapılanmasında etkili temel düzeneklerdir. Ergenler ısındıkları, benimsedikleri, ülküleştirdikleri değerleri içselleştirir ve onları bir bireşim içinde bütünleştirirler. Bu durum, bir yandan anne ile bağlantılarından göreceli bir ayrışmayı, onun değerlerini sorgulayabilmeyi ama aynı zamanda kaygı duyduğu nesnelere dönüklüğü, onlarla göreceli bir tanışıklığı önkoşmaktadır. Ergenlik döneminde özdeşim, içselleştirme, bireşim aracılığıyla daha gelişmiş ruhsal alayışmaların yapılanması sağlanır. Özdeşleşilen değerler geçmişten gelirler, bugünün özelliklerini de taşırlar. Süreç geleceğe dönüklüğü de dışlamaz. Böylece bize şimdiki yaşayıp geçmişin etkisinde kalırken gelecekle bağlantı kurma olanaklarını da kazandırır. Yani bireşim; geçmişin, anın ve geleceğin bütünleştiği bir alan özelliğini taşır. Bu özellikleriyle özdeşim, içselleştirme ve bireşim geçmişle bağlarımızı sürdürürken yeniyi, daha gelişmiş olanı, ileri bir çağı yakalamamızı da sağlar.

Kimlik Gelişiminin Önemli Değişmezleri/Belirleyicileri

Peter Bloss'a göre ergenlik döneminde preödüpal ve ödüpal sorunlar yeniden alevlenir ve bunlara şiddetlenen özsevisel sorunlarının işlenmesi, meslek seçimi ile karşı cinsle ilişkilerin kurulması işlemleri de katılır. Bloss ayrıca ergenlik döneminde şiddetlenen gerileme yoluyla, birincil nesnelere ilişkilerin yumuşadığı ve böylece ayrışmanın kolaylaştığı kanısındadır. Bu yolla ergen çocukluk özdeşimlerini yeniden araştırır,

onları yeniden irdeler ve işine yaramayanları değiştirme ya da bırakma olanaklarını da kazanmış olur. Böylece çocuklukta kazanılmış özdeşimlerin yeni bir kimlik yapılanmasında bütünleşmeleri sağlanır. Gelişimin en son aşamasında cinsel kimliğin genel kimlik içinde yerini alması böylece sağlanmaktadır. Bu bağlamda en üst kimlik, belirtilen sorunların işlenmesine bağımlı ve onların bir sonucu görünümünde kalır. Bununla demek isteniyor ki, preödüpal ve ödüpal sorunların alevlendiği ergenlik döneminde preödüpal sorunlarını çözmemiş, ayrışmamış, ödüpal bağlarından kopamamış bir ergenin başka nesnelere dönmesi, onlarla ilişki kurması, onları benimsemesi, onları ülküleştirmesi ve içselleştirme yani kimliğini kazanması süreçleri de engellenmektedir. Yakınsevi (insest) sorunlarını aşamamış baba ile ödüpal bağlarını çözmemiş birçok histerik yapıdaki hastanın ileri yaşlarda da babaya benzer erkeklerin ardında olduklarını, aslında ardında oldukları erkeklerde babayı aradıklarını ve bunun onlara bir düş kırıklığının ardından başka bir düş kırıklığını yaşattığını biliyoruz. Ama düş kırıklıklarının asıl nedeni; aşılammış yakınsevi sorunlarının, çözülmemiş ödüpal bağların, anne ya da babaya yakınlık kurulmasını anne babayla çocuklar arasında sevecen bir ortamın gelişmesini engellemesidir. Çözülmemiş bu sorunlar utanma ve suçluluk duygularına, korkulara neden olmaktadır. Birçok ergen bu duyguları yaşayacağına anne babasından uzaklaşmayı yeğler (Origlia ve Ouillon 1972, Crain 1980). Bu nedenle çocuklar kadar anne ve babalar da doyurucu bir yakınlık yerine yalnızlık ve terkedilmişlik, haksızlığa uğramışlık duygularını yaşarlar. Ödüpal bağlar ve ödüpal sorunlar yalnızca çocukları ilgilendirmez. Ödüpal bağlar ve ödüpal sorunlar çocuklardan anne babaya ama aynı zamanda anne babalardan çocuklara yönelikliliği yani iki yönlülüğü içerir.

Parman (1998), Marcelli ve Braconnier'in (1988), ergenlikte cinsel nesne seçiminin başarılı olabilmesi için üç önemli güçlüğün çözülmesi gerektiğini belirtmektedir: Anne babadan uzaklaşmak, oterotizmden heteroseksüaliteye geçiş ve biseksüalitenin çözülmesi. Pubertede cinsel olgunlaşma ile anne babalarından uzaklaşan ergen

cinsel ve narsisistik gereksinimlerini doyurmak için yeni nesne yatırımlarında bulunur. Freud'a göre oterotizm çocuksu bir cinsel eylem biçimidir ve dış bir nesneye gereksinim duyulmaz; bu nedenle Ben'in bütünlüğüne gönderme yapılamaz. Çocuklukta öteki cinse ait olma düşlem olarak çocuk ruhsallığının sık rastlanan öğelerindedir. Oysa ergenlikte bir cinse ait olmanın seçimi yapıldığı için çocuk cinselliğinin uzantısı olan cinsiyet değiştirme düşlemine terk etmek zorundadır. Bu yüzden ergenlikte yası tutulan bir çok şey arasında biseksüalite de vardır (Parman 1998).

Atipik psikoseksüel gelişime ilişkin psikodinamik yaklaşımlar erkek ayrılaşma-bireyleşme sürecinde annenin daha belirleyici bir rol oynadığını ileri sürer. Green (1994)'in aktardığına göre, Stoller (1968) erken dönemden beri süren anne-oğul ilişkisindeki yapışıklığın anneden erkek çocuğun psikolojik ayrılaşmasını engellediğini vurgulamaktadır. Bu duruma örnek bir olgu aşağıda sunulmuştur:

F., Almanya'da yaşayan davranışlarındaki dağınıklık, dikkatini toplayamama, kararsızlık ve öğrenme güçlükleriyle sağaltıma alınmış bir lise öğrencisidir. Annesine bağımlılığı ve Alman yaşlılarından uzakta kalışı dikkati çeken başka özellikleridir. Benlik gücünün çok düşük olması, olayları ve olguları yansız ve yargısız algılamasını engellemekte, genellikle yanlış çıkarsamalarına neden olmaktadır. F. kuşkulu bir kimsedir. Bu kuşkuları, tanımadığı kimselere öncelikle de Alman yaşlılarına yaklaşmasını engellemekte ve zamanının çoğunu kendisinden dört yaş küçük kardeşi ile oynayarak geçirmektedir. Kanısınca tüm Alman'lar "zaten domuz", Alman kızlarının da tümü "zaten ahlaksızdır". Özetle F. gelişiminde geri kalmış, benlik gücü yetersiz, derin ilişkiler geliştirememiş, dağınık, kararsız, akranları ile yarışamayan bir kimsedir. Alman ve Türk değerleri arasında sıkışmıştır, bu değerleri bütünleştirme güçlükleri çekmektedir, yön duygusu eksiktir, geleceğe ve geleceğine ilgisizdir. F. ne karşı cinsle ne de cinsel kimliğiyle ilgilenmektedir. Akranlarıyla rekabet sorunlarının çok uzağında, küçük kardeşiyle oynayan, annesin-

den ayrışmamış bir "anakuzusu"dur. İşlenememiş ayrışma süreçleri ve çözülmemiş ödipal bağları kimliğin gelişimini engelleyen etmenlerin başta gelenleridir.

Sağaltımda F. zamanla Alman terapistinin kendisini onayladığını sezer, kuşkularını şiddetlendirecek hiç bir davranışıyla karşılaşmaz, annesinin yakın, sıcak ama yasaklayıcı tutumu yerine terapistinin hoşgörüsü, yargılamayan yansız tutumu, ona "onun için orda olduğu" duygusunu vermesi hastamızı olumlu etkiler. Terapistin "zaten bir domuz" olmadığını algılar ve yavaş yavaş Alman'lara karşı kaygıları azalır. Bu benlik gücünde olumlu değişmelere neden olur. Artık F. çevresini daha gerçekçi algılamaktadır, Alman'larda olumlu özellikler de saptar ve onların içinde de iyilerin bulunabileceği düşüncesini geliştirir. Yavaş yavaş daha toparlanmış görünür, iyilerle kötülerini bütünleştirebilmektedir. Dikkat dağınıklığı ve öğrenim güçlükleri azalmış; sınıfta kalacağı konusu güncelliğini yitirmiş, çok gerilerde kalmıştır.

F. anneden ayrışamamış, annesiyle ödipal bağlarını çözememiş, babasıyla rekabet sorunlarını işleyememiş bir kimsedir. Suçluluk ve utanma duyguları içinde akranları ile yarışmamakta, onlardan kaçmakta, çevresinden uzaklaşmakta ve kendisini dört yaş küçük kardeşiyle oynadığı bir odaya hapsedmektedir. Bu küçük dünyasına üçüncü bir kişinin (terapistin) girişi onda büyük değişikliklere neden olmuştur. F. terapistini tanıdıkça onu daha fazla tanımayı istemeğe başlamış ve terapistini soru yağmuruna tutmuş onun kişisel özelliklerini öğrenmeğe çalışmıştır. F. artık bütün Alman'ların "domuz" oldukları genellemesinden uzaklaşmış, anne dışında iyi nesnelere ayrımsamağa başlamıştır. Ailede simgelenen değerleri (bütün Alman kızları ahlaksızdır, sen masum bir kızla evlenmek zorundasın) sorgulama yolundadır. Onun için en önemlisi, anne dışında beğendiği ve benimsediği bir Alman'ı yakından tanıması ve onun değerlerini içselleştirmeğe başlamasıdır. Ama bunların içselleştirilmesi varolan önceki değerlerin tümüyle silinmesi anlamına gelmez. Tam tersine onlar da kalır, yeniler de algılanır ve ikisinin, üçünün bi-

reşiminden; ikisini üçünü de aşan, çocukluk çağında yapılmış olan özdeşimlerin toplamından daha öte yeni oluşumlar ve yepyeni değerler yepyeni ruhsal alışımlar gelişir. Bu durum yön duygusunun gelişmesini ve F.'nin gelecekle ve geleceğiyle ilgilenmesini kolaylaştırır.

Özetle kimlik yapılanması, birincil nesnelere ayrılmaya, preödipal/ödipal bağların çözülmesine, cinsel kimliğin yapılanmasına sıkı sıkıya bağlıdır. Aynı koşullar cinsel kimliğin gelişimi için de geçerlidir. Bunlara ergenlerin biseksüel eğilimlerini ve bu eğilimlerin yarattığı sorunları da eklemek gerekir. Freud'a göre biseksüel evreyi aşmadan cinsel kimliğin gelişmesi olanaksızdır.

Soru sormalarını biraz azalttığı bir dönemde F.'nin aklına daha önce de hayranlıkla söz ettiği dayısı gelir. Dayısı ülküsel baba yerine koyduğu bir kimsedir. Anlatışına göre olağanüstü güçlü, anlayışı sınırsızdır. F. ona çok güvenmekte ve onu çok sevmektedir. Ona hayrandır. Bir görüşmede de dayısını heyecanla anlatmış ve dayısının nişanlandığını söylemiştir. Uzun süre nişanı anlatan F. bir ara susmuş, ciddileşmiş, biraz duraklamış ve ağzından beklenmedik bir cümle çıkmıştır: "Homoseksüel olmak kötü birşeydir". Kendisi de homoseksüel olmak istememektedir. Ancak cümlesi homoseksüel olmayı istememekten çok homoseksüel olabileceği kaygılarıyla yüklüdür, homoseksüel olabileceği korkularını açık seçik ele vermektedir.

Ergenlik Döneminde Etkinleşen Homoseksüel Eğilimler

Ergenler arasında "homoseksüel olabileceği korkusu" bilinenden çok daha yaygındır. Bu korkuların derininde bir yandan erişkin olmak, erilleşmekle ilgili kaygılar ve karşı cinsle ilgili korkular yatar ancak bu dönemde etkinleşen homoseksüel eğilimler de bu kaygı ve korkuların önemli nedenlerindedir. Bu homoseksüel kaygılarla biseksüel eğilimler arasında bağlantıların kurulmaması da bilinenden daha çok yanlışlara neden olmaktadır. Ruhçözümlemesinde biraz aceleyle konulduğuna inandığımız "latent homoseksüel"

tanısı bu yanlışların başta gelenlerindedir. Çünkü böylesi acele konulan bir tanı bizleri doğrudan homoseksüalite dinamiğine yaklaştırır. Oysa "Homoseksüel olmak kötü bir şeydir" tümcesinde belirginleşen homoseksüel kaygılar; ergenlik dönemindeki bir aşamanın, biseksüel eğilimlerin baskınlaştığı geçici bir evrenin artıklarıdır (Marans ve Cohen 1996). Buna dikkat edilmemesi tanısız ve sağaltımsal yanlısamlara neden olmaktadır.

Cinsel Gelişimde Aseksüel, Biseksüel, Heteroseksüel Evreler

Freud'a göre biseksüalite, ergenlik döneminin aşılması gerekli bir evresidir. Kanısınca biseksüel sorunlar aşılmadan cinsel sorunların işlenmesi olanaksızdır. Bu olanaksızlığa cinsel kimliğin gelişmemesini de katmak gerekir. Birçok ruhçözümçüsü cinsel gelişimin aseksüel, biseksüel, heteroseksüel bir sıra izlediği inancındadır. Bu ruhçözümçülerine göre cinsel gelişimin tamamlanması yani heteroseksüel ilişkilerin kurulması aseksüel, biseksüel evrelerden geçerek, bu evrelerdeki sorunlar aşılarak sağlanmaktadır. Öte yandan ergenlik döneminin başlangıcında yoğunlaşan biseksüel eğilimlerin gözlenmesi zor değildir. Erişkinlerde ise bir eğilim, birdenbire anımsanan bir anı, unutulmuş bir deneyim biçiminde kendisini ele verir, düşlerde ve daha örtülü bir biçimde gündüz düşlerinde belirginleşirler.

Preadölesanlarda biseksüalite her zaman her yerde literatürde kabul görmektedir. Kay (1972)'ın bildirdiğine göre, Kestenberg (1967) preadölesanların regresif biçimde abartılmış biseksüalitesinin heteroseksüel oryantasyona geçişte ortaya çıkan bir durum olduğunu vurgulamaktadır. Kay (1972)'ın aktardığına göre, Bloss (1962) biseksüalitenin, fallik komponentin korunması (şiddetlenmiş penise imrenme) nedeniyle kızlarda erkeklerden daha çok görüldüğünü belirtmektedir. Blum (1985), Deutch'un, kızların gelişimine ilişkin bir tartışmada nesne seçiminin ergenlik öncesinde homoseksüel özellikten, erinlikte biseksüel, ileri erinlikte heteroseksüel özelliğe doğru değişim gösterdiğini ve ho-

moseksüel ilişkinin bazen sado-mazoşistik bir özellik taşıdığını, daha büyük yaşta bir kıza ya da bir yaşta aşırı bağlılık görülebildiğini vurguladığını belirtmektedir.

Erken ergenlik boyunca bir kızın genellikle annesine olan ilgisi babasına ve diğer erkeklere yönlendirilir. Bu dönem kızın kadınlar ve erkekler için göreceli önemiyle ilişkili biseksüel duraklama ve kararsızlık ile karakterizedir (Chodorow 1978). Kız babasını daha fazla sevdiği için suçluluk duyabilir ki kız ergen böylece aile içindeki çatışmalarını sürdürebilir ya da o ve en iyi kız arkadaşı aile dışındaki bir erkeğe (öğretmen, tanıdık bir erkek vb.) bağlanma geliştirebilirler. Bir çok kız için pubertenin daha geç döneminde ödipal çatışma heteroseksüalite lehinde çözümlenmeye eğilimlidir. Ergen bir kız sadece babasına yönelmek zorunda kalmaz aynı zamanda diğer erkeklere bağlanma lehine babasına olan ödipal bağlanmasından da vazgeçmek zorundadır. Chodorow'un (1978) bildirdiğine göre, Deutsch (1944) bunu "ödipus kompleksinin yeni bir versiyonu" olarak adlandırmaktadır. Ödipal dönemde heteroseksüalite seçimi sadece doğal bir gelişim değildir aynı zamanda ergen kızın ilişkileri bağlamında da oluşmaktadır. Chodorow (1978), ödipal dönemde heteroseksüalite seçiminin özellikle babanın davranışına bağımlı olduğunu ve Biller'in (1971) sosyal psikologların araştırmalarında "babaların kızlarını annelerin yaptığından daha fazla feminize ettikleri" bulgusuna ulaştıklarını bildirmektedir.

Chodorow (1978)'un bildirdiğine göre, Deutsch (1944) ergen bir kızın pubertede görevinin sadece ödipal çatışmayı çözmek değil aynı zamanda prepuberte ve pubertede başlattığı işi devam ettirmek, ergen kızın annesine olan daha primitif ve daha derin bağlarına erişkin bir form kazandırmak ve belirli bir heteroseksüel oryantasyon lehine tüm biseksüel kararsızlığı sona erdirmek olduğunu vurgulamaktadır.

Freud'a göre "penise imrenme", erkeğin biseksüalitesinden kaynaklanan diğer erkeklere olan ilgisi ve kastrasyon anksiyetesinde olduğu gibi, bir kızın/kadının biseksüalitesinden kaynaklanmaktadır. Bu kaçınılması mümkün olmayan te-

mel fizyolojik bir gerçektir. Bu nedenle biseksüaliteden doğan narsisizm, mazohizm ve imrenme gibi karakter özellikleri de kaçınılmazdır. Freud biyolojik bir temelde penise imrenme ve erkeğin feminen özellikleri reddetmesinin, üstesinden gelinmesi oldukça güç bir durum olduğunu ileri sürmüştür.

Ergen ilişkileri F. örneğindeki gibi biseksüalitenin sayısız örnekleri ile doludur. Bunlardan bir tanesini daha anlatmakta yarar görmekteyiz:

Örnek: A. ve T. yakın arkadaştır. T.'nin haftalarca A.'da kaldığı ve onun evinden çıkmadığı olur. Bazen de A., T.'lerde günlerce kalır. Her iki aile bu sıkı fıkılığı hoşgörüyü karşılamakta ve bu sıkı fıkılığa dikkati çeken bir şey görmemektedir. Ama iki gencin bu yakınlığı terapist adayının gözünden kaçmamakta hatta aralarında homoseksüel bir ilişkinin var olduğu kaygılarını

taşımaktadır. Bir gün denetim saatinde terapist adayı A.'nın T.'yi dövdüğünü heyecanla anlatır. Sonraki görüşmelerde A.'nın T.'ye homoseksüel eğilimler duyduğunu ve bunların doğurduğu korkuları arkadaşını döverek ortadan kaldırma-ya çalıştığını ortaya çıkarır. Böylesi eğilimlerin, biseksüaliteye bağlanacağına terapistin yaptığı gibi doğrudan homoseksüaliteye bağlanması, kaygıları örnekteki gibi şiddetlendirmektedir. Annelerden ya da denetimdeki terapistlerden "oğlum ya da hastam homoseksüel midir?" sorularını çok işitmişizdir. Böylesine bir bağlantı sorunun çözümünü de güçleştirir. Ama sağaltımda homoseksüel ve biseksüel eğilimlerin birbirlerinden farklı eğilimler olarak görüldüğü, hatta ergenlik döneminde sevgi ile cinselliğin karıştırıldığının bilinmesi bu kaygıları çok azaltmaktadır.

Terapistlerin, biseksüel eğilimleri, bir bütün olarak ele alacaklarına bunların eril ve dişil karşıt kaynakları üzerinde duracaklarına, doğrudan homoseksüaliteye bağlamaları tanı yanlışlarına neden olmakta, var olan kaygıları şiddetlendirmektedir. Bu yanlış biseksüel sorunlarını çözememiş, içlerinde homoseksüel oldukları kaygısı taşıyan terapist adayları daha çok yapmaktadır. Öte yandan cinsel eğilimlerin sevgi gibi, sı-

caklık gibi, yakınlık kurma gibi başka gereksinimlerin de yerine geçtiğinin yeterince hesaplanmaması yapılan yanlışların başka bir nedenidir. Ergenlik döneminde sıcaklık/sevgi/yakınlık gereksinimleri dönemde şiddetlenen ve döneme damgasını vuran cinsel isteklerle örtüşmüştür. Bu gereksinimler cinsel isteklerle çok karıştırılır. Bu durum kaygıları daha da çok arttırmaktadır.

Biseksüel eğilimlerin homoseksüalite bazen de başka gereksinimlerle karıştırılması ergenlik dönemiyle sınırlı değildir. Erişkinlerin sağaltımında da bu evrenin artıklarına çok rastlanır. Erişkinlerin ruhçözümlemesinde bir kızın bir kızdan, bir erkeğin bir erkekten hoşlandığını gösteren çağrışımlar -ender değildir. Hatta bu çağrışımlar kolayca söylenmez ve korku ya da utanç nedeniyle bastırılmağa çalışılır. Bu çağrışımlara karşı koyan güçler (ki bunlar genellikle etik değerler ve bunların koyduğu yasaklar/suçlanmalardır) başarıyla işlendiği zaman hastalar çağrışımlarıyla birlikte erotik anılarını hatta yaptıkları deneyleri de anlatırlar. Ruhsağaltımında kadın ile kadın arasındaki erotik eğilimlerin hatta deneyimlerin daha çok olduğu, geçici bir süre sonra kendiliğinden bu evrenin gerilerde kaldığı gözlenmektedir. Sanki erkeklerdeki homoseksüel eğilimler daha korkutucu ve daha şiddetli suçluluk duygularıyla bağlantılıdır ve buradaki etik değerler ve yasaklar daha şiddetli ve daha yoğun savunmaları gerektirmektedir. Bu onların homoseksüel eğilimlerini daha çok bastırmaları, bazen de bilek gücü kullanılarak bilinç alanından uzaklaştırma çabalarına neden olur. Bu nedenle eril ergenlerin homoseksüel deneyimleri, dişil olanlarıkinden sanki daha azdır.

Duygu/Dürtü/Gereksinimlerin Kendi Aralarında Ayrışmaları, Örgütlenmeleri

Ayrışma, kendiliğin nesnelere, örneğin anneye bağımlı bir kişinin anneden ayrışması, kendini ve kendiliğini bulması anlamına gelmektedir. Aslında ayrışma, kendiliğin bütünleşmesi ve kimliğin gelişmesinin de öncül koşuludur. Bu düşünce, dürtü/duygu/gereksinimlerin kendi aralarında da ayrışmaları ve yapısal bir düzen

içinde yerlerini almaları gereğini yani örgütlenmelerini içerir. Ergenlerin sık kullandıkları "duygularım karışık, kafam yerinde değil, ne yapacağımı bilemiyorum, ne istediğimi karıştırıyorum" gibi cümleleri gelişmemiş bir kimlik yapılanması kadar, bu ruhsal öğelerin (duygu/dürtü/gereksinimlerin) kendi aralarında ayrışmadıklarının, bir düzen içinde yerlerini almadıklarının de belirtileridir. Dürtü/duygu/gereksinimlerin kendi aralarında ayrışarak yapısal bir düzende yerlerini almaları yani birbirlerinden ayrışarak yeniden örgütlenmeleri bu dönemin aşılması gerekli sorunlarıdır. Öte yandan dürtülerin kısa bir zaman içinde aşırı şiddetlenmesi bu tür bir ayrışmayı ve yeni bir örgütlenmeyi güçleştirir. Böylece dürtüler, duygular ve gereksinimler birbirlerini etkiler birbirleriyle karışır ve birbirlerinin yerlerine geçebilirler (Odağ 1995, 1999, 2001).

Bir öğenin aşırılışması diğerlerini gölgeleyebilir. Bu karmaşa, dürtülerin şiddeti, sorunların çokluğu, benliğin göreceli güçsüzlüğü oranında artar. Bu güçlük, gençlerde cinsel dürtülerin aşırı şiddetlenmesi, baskın konuma gelmeleri ve tüm duygu ve gereksinimleri etkilemesi, onları gölgelemesiyle bir süre çözülemeyecek boyutlar kazanır. Bu dönemde ergenler bunu "duygularım karışık, düşüncelerim karışık, içim karmakarışık" diyerek dile getirirler. Böylece duygular, dürtüler ve istekler daha çok birbirlerine yakınlaşır, sevgi, bakım ve yakınlık istekleriyle cinsel gereksinimler birbirine karışır, hatta birbirlerinin yerine geçebilir. Öte yandan bu öğelerin tümü aşırılışmış cinsel dürtülerin örtüsü altında ve onların etkisindedir. Bu nedenle, ergen yakınlık isterken "cinsellik arıyor" görüntüsü verebilir. Sevgi istekleri cinsel bir davranışla dile gelebilir, ya da cinsel istekleri motor bir etkinlikle dışavurabilirler. Sevgi, cinsel istekler ve eylem birbirlerinin çok yakınında birbirleriyle iç içe, birbirleriyle ayrışmamışlardır. O nedenle, ergenlerin erotik her davranışı, romantik düşünceleri, hatta cinsel içerikli düşlemlerinde yalnızca cinsel isteklerin var olduğunu varsaymak ve bunlarla ilgili sorunları araştırmak bizi kolayca sağaltımsal bir çıkmaza sokar. Cinsel ağırlıklıymış gibi görünen eylemlerin, düşüncelerin, düşlemlerin,

sevgi ya da yakınlık istemlerini de içerdiği, uygulamalarda yeterince değerlendirilmemektedir.

Histerik nevrozlularda bu yanlışlar doruk noktalarına ulaşmaktadır. Histeriklerin erotik gösterilerine kanmak, onların ayartıcı davranışlarına inanmak aldatıcıdır. Histeriklerin açık bluzuna, kısa eteğine bakarak onun cinselliği aradığını düşünmek yanıltıcıdır. Çünkü böylesi çıkarsamalar ayartıcı davranışların derinindeki dramı anlamamızı engeller. Sağaltımda bu abartılı erotik davranışların, bu gösterimciliğin derininde hastaların birşeyler söylemeğe, bu yolla ileti (mesaj) vermeğe çalıştıkları ortaya çıkar: "Benim dramumu anlayın, beni derleyin toplayın, bana yön verin, bana yakınlık ve sıcaklık gösterin" verilen iletilerin başlıcalarıdır (Odağ 2001). Bu duruma örnek olarak aşağıdaki olgu sunulmuştur:

M., erinçsizlik, ne yapacağını bilememe, karar verememe, arkadaş seçememe, işyerinde yetersiz kaldığı duygularıyla sağaltıma alınmıştır. Şiddetli bir çökkünlük ruhçözümlemesine gelmesinin asıl nedenidir. Hasta hemşire okulu öğrenicisidir ve terapistine gelmeden önce aldığı ilaçların kendisine fazla bir yararı olmadığı kanısındadır.

Sağaltımın başlangıcında, hastanın aşırı sorumluluk bilinci, kendisine karşı katı ve acımasız davranışı, davranışlarını hak/haksızlık, doğru/yanlış ilkeleri doğrultusunda düzenlediği ve bu ilkeleri çok benimsediği dikkati çekmektedir. İçinden geçenler, istek ve gereksinimleri katı bir yasak duvarına çarpıyor ve hastada her uyaran bir suçlanma ya da utanma duyguları olarak algılanıyordu. Özdeğerlendirmelerinden çok başkalarının kendisi hakkındaki düşüncelerine önem veriyor ve duygudurumu başkalarının ona yaklaşım biçiminden çok etkileniyordu. Aslında M. öğrenebilen, görevini kusursuz yapan bir kimsedir. Ama bu özellikleri ona yeterli bir özgüven kazandıramamıştır. İyi öğrenebildiği, derslerinde iyi notlar aldığı, görevini eksiksiz yaptığı ve yetileri başkalarınca olumlu değerlendirildiği halde hasta bunları tam algılayamamakta, algılasa bile içselleştirememektedir. Hasta olumlu geribildirimleri içselleştiremiyor, iç-

selleştirip özgüvenini geliştiremiyor, "ben birşey yapabiliyorum, ben de birisiyim" diyemiyor. İlişkilerinde "sen bir şeysin, birşey de yapabiliyorsun" deme görevi başkalarınınındır. M. bunu onlara aralıksız söyletiyor ama söylenenlerin ona ulaşmasını engelleyen bir yapısı da vardır. Kanımca bu engel depresif yapılı kimselerdeki boşluk, yokluk duygularının, erinçsizlik ve doyumsuzluğun, çökkünlüğün en önemli nedenleri arasındadır. Nesne ilişkileri kuramcılarını güçsüz, yetersiz, değersiz kendilik tasarımları ile güçlü, değerli, kusursuz nesne tasarımları arasındaki ilişkileri içeren bir ruhsal yapılanmanın bundan sorumlu olduğu kanısındadır.

M.'nin çözülmemiş ödipal sorunları sağaltımın birinci yılında şu anıları da belirginleşir: Aslında erkeklere bir yakınlık duyumsuyor, onları arıyor da, cinsel istek de duyumsuyor ama onlarla beraberliği, cinsel ilişkilerde bulunması tuhaf duygular, rahatsızlık ve erinçsizlik uyandırmaktadır. Tuhaf duygular dediği genellikle suçlanma, suçlanmanın verdiği erinçsizliktir.

M., sürücü kursuna başvurmuş ve orada genç bir sürücü kursu öğretmeniyle tanışmıştır. On dan hoşlanmış ve bir gece beraber olmuştur. Ertesi gün uyanışını M. anımsamak bile istemektedir. Derin bir isteksizlik, pişmanlık, yaptığı çok kötü birşey olduğu duygularıyla uyanır. Kendisini şiddetle suçlamakta, şiddetli suçluluk duyguları taşımaktadır. Pişmandır ve izni olmayan birşeyi yaptığı duygusundadır. Çağrışimleri terapistinde sanki bir erkekle değil babası ile yattığı ve korkunç suçlandığı düşüncelerini uyandırır. Erkeklerle cinsel isteği bu nedenle suçlanma ile eşanlamlıdır. Bu şiddetli suçlanma ve pişmanlık duyguları incest sorunlarını çözememiş, ödipal konumu aşamamış kişilerin basık özellikleridir.

Erkeklerle yaptığı bu pişmanlık ve suçlulukla yüklü deneyim ya da deneyimlerinden sonra M.'nin hayatına C. girer. M.'nin artık tüm dikkati, cinsel yatırımları, beklentileri, istekleri ve sevgisi kız arkadaşı C.'ye yönelmiştir. C., iyi, anlayışlı, çekicidir, hastamızın ideal nesnelere yerini almıştır. C., çekiciliğiyle cinsel bir nesne ama

aynı zamanda sıcaklığın ve güvenin de kaynağı konumundadır. Hastamız onun yanında dinginleşmekte ve daha rahat uyumaktadır. Bir süre sonra M. tüm dirençlerine karşın kız arkadaşına tam tutulduğunu terapistine söyler. Ama bu ne erkeklerle arkadaşlığının aklına gelmesini ne de arada bir başka bir kız arkadaşını düşünmesini hatta onu çekici bulmasını önlemektedir.

Terapist lezbiyen ilişkilerinin hastamızı utandırdığı anlarda erkeklerin aklına geldiğini, onlara özelemlerinin şiddetlendiğini, onlarla ilgili çağrışımlar getirdiğini saptamış ve bunların yani erkeklerle ilgili anlarının, lezbiyen ilişkilerin doğurduğu utanmaya karşı bir savunma olduğunu düşünmüştür.

M.'nin erkeklere yaklaşması pişmanlık ve suçlanmaya nedeni olmakta ve bunun ardından C.'yi arayışı şiddetlenmektedir. Hastamızın yaşamı bu gidiş gelişlerle doludur. Ama terapist hastanın annesi ve babasına yakınlaşma isteğinin arttığı konumlarda C.'yi daha çok aradığı, onun yakınlığına gereksiniminin arttığını da gözlemlemiştir. Bu gözlemler bizi ödipal sorunlara yaklaştırmaktadır.

İlk bakışta C.'ye yakınlığına, onun için yanıp tutuşmasına, ona tutulmasına hatta onunla cinsel ilişkiler kurmasına bakarak M.'ye lezbiyen tanısını koymak, M. ile C. arasında lezbiyen ilişkilerin olduğunu düşünmek, aklın yolu gibi görünüyor. Deskriptif yani görüngüsel bulgulara dayanan bir yaklaşım, bu tanıyı açık seçik doğrular. Öte yandan ergenlik dönemiyle ilgili bilgilerimiz, geriye dönük yani belli deneyimlerden sonraki bir tanının, daha kalıcı, yanlışları daha az olacağını bizlere öğretmiştir. Eyleme vurumları şiddetli, çökkün, alkol ve madde kullanan, sık sık arkadaş değiştiren ya da yalan söyleyen bir ergene, hemen borderline bozukluk, psikopat, madde bağımlısı tanısı koyan terapistlere, nasıl aldandıklarını kısa bir sürede ergenler öğretiyorlar. İşitilenlere ve saptanan görüngüsel bulgulara dayanarak M.'de de aynı tanısal yanlış yapmak olasıdır. Öte yandan biseksüalitenin ergenlik döneminde bir evre olduğu yönündeki ve lezbiyen hastaların dinamiği hakkındaki bilgilerimiz bizi bu yanlış yapmaktan alıkoyan öğeler

olmuştur.

Biseksüel Eğilimler Lezbiyen İlişkiler

Ruhsal sağaltımın gidişi biseksüalitenin geçici bir evre olduğu gerçeğini bir kez daha doğrulamıştır. Ayrıca M. ile lezbiyen hastaların dinamiği, ilişkileri ve savunmaları arasında farklar bulunmaktadır. Herşeyden önce lezbiyen hastaların dinamiği preödipal dönemin izlerini taşır. Yani bu kişilerde ayrışma ve bütünleşmedeki bozukluklar ağırlıktadır. Preödipal anneden ayrışmamak, iyi ile kötüyü bütünleştirememek bu kişilerin temel sorunları arasındadır. Buna bağlı olarak ilişkileri ikili (diadik) ilişki özelliklerini taşırlar. İkili ilişkilerse, bir yandan arkaik gelişmiş duyguların, bir yandan bölme gibi aşağı düzeydeki savunmaların eşliğindedir. Arkaik duygular ülküleştirilmeyi ya da bunun tersi değersizlendirmeyi daha da şiddetlendirir. Lezbiyen kişilerde bölme, eril tasarımların tümünden kötü, dişil tasarımlarınsa tümünden iyi özelliklerle yüklenmelerini kolaylaştırır. Böylece dişilik yumuşaklığın, sevecenliğin, sevginin, özetle iyinin, erillikse kabalığın, hoyratlığın, düşmanlık davranışların özetle kötünün imgesi haline gelir. İkili ilişkiler, ayrıca kendilik ile nesne arasına üçüncü bir kişinin (babanın) girmesine olanak vermez. Bu bağlamda iki lezbiyen arasına üçüncü bir kişinin girmesi ya da lezbiyen eşlerden birinin dikkatinin eril ya da dişil başka bir nesneye kayması korkunç kıskançlıklara tehlikeli eyleme vurumlarına neden olur. Bu kıskançlıktan çok yıkıcılık özellikleriyle bir "haset"tir. Eşleri, yani dişil arkadaşları kendilerini terk ettikten sonra tehlikeli özkıyım girişimlerinde bulunan iki lezbiyen hasta örnek verilebilir. Bunlardan biri terk edildikten sonra kendisini üçüncü kattan atmış ve ciddi bir biçimde yaralanmıştır.

Bu bilgilerin ışığında sağaltıma yeniden dönersek görürüz ki M.'nin ne dinamiğinin ne ilişkilerinin ne de kullandığı savunmaların lezbiyen kişilerininkilere benzeyen özellikleri vardır. Çünkü M. C.'ye en yakın olduğu, onun için yanıp tutuştuğu dönemlerde bile başkalarını düşünebiliyor, erkekler ya da başka kız arkadaşları aklına geli-

yor, yani ilişkileri üçlülük (triangular) özelliklerini kazanmış, duyguları yoğun ama değerlendirmeye ve değersizleştirme arasında dalgalanmıyor, kötüler ve iyiler keskin çizgilerle birbirlerinden ayrılmamış, dişil tasarımlar yalnızca iyi, eril tasarımlarsa yalnızca kötü özellikler göstermiyor. Bu özellikleriyle M. biseksüel evrenin sorunlarını taşımaktadır. Sağaltımın sonunda geliştirdiği ve uzun zamandır süren bir erkekle ilişkileri, C'yi unutmamış görünmesi (çağrışımlarında hemen hemen hiç yer almaması) bu varsayımımızı desteklemektedir.

SONUÇ

Kimliğin gelişmesi bir dizi sürecin etkisindedir. Prenatal ve genital sorunların aşılması bunların önde gelenleri arasındadır. Bu iç içe, duyarlı, birbirlerini etkileyen sorunları işleyerek ve bir dizi evre aşarak kimlik yapılıdır. Prenatal ve genital sorunlardan birini çözememek ya da bu evrelerden birine takılmak (fiksasyon) kimlik gelişimini de olumsuz etkiler. Biseksüel eğilimler kimlik gelişiminin önemli belirleyicileridir. Freud biseksüelitenin ergenlik döneminin başlangıcında etkinleşen normal bir gelişim evresi olarak anlar. Ona göre bu evre aşılmadan cinsel kimliğin gelişmesi ve heteroseksüel ilişkilerin geliştirilmesi olanaksızdır.

Biz ergenlerde homoseksüel eğilimlerin, homoseksüel olma korkularının ve kaygılarının bilinenden daha da yaygın olduğu inancındayız. Bu kaygıları bazen anne/babalar hatta deneyimleri az terapist adayları da paylaşmaktadır. Kanımızca, ergenlerde, bu kaygıların büyük bir bölümü aşılmamış biseksüel evrenin artıklarıdır. Ayrıca ergenlik döneminde yaşanan kargaşa yani duygu/dürtü/eğilimlerin birbirlerinden ayrışmamış olması da, yakınlık isteklerinin cinsel eğilimler gibi algılanmasına neden olur. Homoseksüel olduğu kaygılarının başka bir kümesi de bu karıştırmadan kaynaklanır. Bunların bilinmesi ergenleri anlamamızı kolaylaştırmaktadır.

KAYNAKLAR

Blum GS (1985) *Duygusal ve dürtüsel gelişim. Ergenlik Psikolojisi içinde*, B Onur (ed.) Hacettepe-Taş Kitapçılık, Ankara, s:171-187.

Chodorow N (1978) *The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. University of California Press, California.

Crain WC (1980) Erikson:Yaşamın sekiz evresi. *Ergenlik Psikolojisi içinde*, B Onur (ed.) Hacettepe-Taş Kitapçılık, Ankara, s:25-49.

Freud S (1908) *Histerische Phantasien und Ihre Beziehung zur Biseksualitaet*. Fischer Verlag. G.W. Band III.

Green R (1994) *Atypical psychosexual development. Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches içinde*, M Rutter, E Taylor ve L Hersov (eds.), Third Edition, Blackwell Science, London, s:753.

Kay P (1972) *Psychoanalytic theory of development in childhood and preadolescence. Handbook of Child Psychoanalysis: Research, Theory, and Practice içinde*, BB Wolman (eds.) Van Nostrand Reinhold Company, New York, s:53-142.

Marans S, Cohen DJ (1996) *Child psychoanalytic theories of development. Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook içinde*, M Lewis (ed.), Second Edition. Williams & Wilkins. Baltimore, s:164.

Odağ C (1995) *İntihar (Özkuyum) :Tanım-Kuram-Sağaltım*. İzmir Psikiyatri Derneği, İzmir, s:102.

Odağ C (1999) *Nevrozlar-1. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları No:1*, İzmir, s:153.

Odağ C (2001) *Nevrozlar-2. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları No:2*, İzmir, s:89-93.

Origlia D, Ouillon H (1972) *Ergenlikte kişilik. Ergenlik Psikolojisi içinde*, B Onur (ed.) Hacettepe-Taş Kitapçılık, Ankara, s:175.

Öztürk MO (2001) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevi, 8.Basım, s:103.

Parman T (1998) *Ergenlik etkinlikleri olarak aşk, cinsellik ve ölüm. Ergenlik Döneminde Cinsellik (Gelişim ve Sorunları) içinde*, S Şenol ve N Rugancı (eds.) Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları:2, Ankara, s:17-18.

BİR OLGU SUNUMU: AİLESEL ÖZELLİK GÖSTEREN AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU

Rifat Karlıdağ*, Süheyla Ünal**, Ayşe Avcı***, Birsen Sipahi****

ÖZET

Bu olgu sunumunda, iki kuşağın benzer görüngüleri dikkate alınarak, ayrılık anksiyetesinin ailesel özelliği tartışılmıştır. Veriler ulaşılabilen aile üyelerinin klinik ve psikometrik değerlendirmeleri ile elde edilmiştir. Okul korkusu yakınması ile başvuran 7 yaşında bir erkek çocuğun babası, iki amcası ve bu amcalardan birisinin iki çocuğunda da benzer öykü bulunmaktaydı. İki halası ayrılık anksiyetesine ilişkin bazı özellikler taşımaktaydı. Ayrılık anksiyetesinin ailesel özelliğini anlamak için olgunun psikopatolojik formülasyonu bağlanma kuramına göre yapıldı.

Anahtar sözcükler: Okul korkusu, ayrılık anksiyetesi, bağlanma kuramı, aile sistemi, biyodavranışsal aile modeli

SUMMARY: A CASE STUDY: FAMILIALITY IN SEPARATION ANXIETY

In this case report, we discussed familial characteristics of separation anxiety regarding two generation that have the same phenomena. Data have been collected via clinical interview and psychometric evaluation of family members. In addition to a 7 year old boy with school phobia, his father, his two uncles and two cousins had also history of school phobia. His two aunts showed also some features of separation anxiety. For understanding the familial characteristics of separation anxiety, we formulated this psychopathologic process in respect to attachment theory.

Key words: School phobia, separation anxiety, attachment theory, family system, biobehavioral family model

GİRİŞ

Yaşamın erken dönemlerinde işlev görmeye başlayan ve bütün yaşam boyunca önemini sürdüren bağlanma süreçleri, psikopatolojik gelişimleri anlamamız için kuramsal bir çerçeve sunmaktadır. Aile sistemi ile ilgili kuramlar da, aile üyeleri arasındaki etkileşimlerin davranışlar üzerindeki önemini vurgulamaktadır. Çocuk gelişimi ile ilgili birçok çalışma, bağlanma ve aile sistemi kuramlarının birleşmesinin gerekli olduğunu göstermektedir (Bretherton 1985, Cole ve ark 1994, Cummings ve Davies 1996, Masten ve ark 1990). Bu bütünleşmeyi sağlayan kuramlardan biri olan biyodavranışsal aile modeli çocuk ve anababası arasındaki etkileşimin davranışsal ve biyolojik sonuçlarını anlamamızı kolaylaştırır-

maktadır (Wood ve ark 2000).

Bowlby'nin (1973, 1979) bağlanma kuramına göre yeni doğduğunda bebeğin bakımveren kişiye olan fiziksel yakınlığı yaşamını sürdürebilmesi için bir zorunlulukken, giderek bu yakınlığı çevresini keşfetmede kullanabileceği 'güvenli bir temel' ve tehlike anında korunabileceği 'sağlam bir sığınak' olarak kullanmayı öğrenir. Çocuklar 'güvenli bağlanma' ilişkisinin olduğu durumda stres yaratan koşullarda da güvenlik duygusunu koruyabilir ve keşfetme davranışlarını etkin olarak gösterebilirler. Güvenli bağlanmanın gelişmesi için çocuğun kesintisiz, tutarlı tepki veren, duyarlı ve her zaman ulaşılabilir bir bakımverene sahip olması gerekir.

Bağlanmaya vurgu yapan biyodavranışsal aile kuramında temel kavram olan biyodavranışsal tepkisellik, otonom sinir sisteminin de aracılığı ile bireyin duygularını düzenleme becerisini tanımlar. Biyodavranışsal tepkisellik, kişilik özellikleri gibi kalıtsal bir alt yapı ile (Kagan ve ark 1988) yaşamın erken dönemlerinden itibaren

* Yrd. Doç. Dr., İnönü Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya.

** Prof. Dr., İnönü Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya.

*** Prof. Dr., Çukurova Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatri-si Anabilim Dalı, Adana.

**** Psk., İnönü Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya.

çevreyle olan etkileşimden (Calkins 1994, Cassidy 1994, Field 1994) oluşur. Çocuk ve bakımvereni arasındaki mesajlar ve anlaşmalar karşılıklı bir düzenleyici sistem oluşturur. Bu sistem çocuğa iç yaşantılarını ve kişilerarası ilişkilerini yorumlama ve düzenleme olanağı sağlar (aktaran Feld 1999). Güvenli bir anne-çocuk ilişkisi yaşam olaylarının yarattığı stresi tamponlayarak sağlıklı bir gelişim oluştururken, güvensiz bir bağlanma ise duyguların düzenlenmesi ile ilgili nörotansmitter sisteminde uzun süreli olumsuz etkiler oluşturarak hastalık süreci başlatabilmektedir (Beeghly ve Cicchetti 1996, Wood 1999).

Bağlanmanın güvenilirliği hakkında duyulan kaygı uyum için gerekli, normal bir gelişimsel olgudur (Bowlby 1973). Birey erken çocuklukta bağlandığı kişiden ayrıldığında 'ayrılma anksiyetesi' adı verilen yoğun bir duygusal tepki verirken, büyüdükçe bu duygunun yoğunluğu azalır. Bu belirtiler aşırı ve gelişimsel olarak uygun olmadığı zaman "ayrılma anksiyetesi bozukluğu" adını alır. Bu bozukluk DSM-IV tanı ölçütlerine göre en az dört hafta süreyle, evden ya da bağlanma figüründen ayrılmaya anksiyete tepkisi verme ile karakterizedir. Anksiyetenin genel belirtilerine bedensel yakınmalar da eşlik eder. Küçük çocuklarda ayrılmaya direnç gösterme çabası ve ağlama, daha büyük çocuklarda korkunun sözelleştirilmesi ve bedensel belirtiler, ergenlerde ise kas gerginliği daha ön plandadır (Ollendick ve Francis 1988).

Okul korkusu ayrılma anksiyetesinin önemli gösterimlerinden biridir. Okul yaşındaki popülasyonda %1 oranında görülür (Last ve Strauss 1990). Çocukların bir kısmı okul ortamına yeni girdiğinde anksiyete belirtileri gösterir, ancak kısa sürede uyum sağlayabilirken, bir kısmı ayrılığa karşı uzun süre anksiyete tepkileri vermeye devam edebilir. Bazı çocuklar ise okula iyi uyum sağladıkları bir dönemden sonra şiddetli anksiyete tepkileri gösterebilir. Bazıları da korku ve anksiyete yüzünden okula devam edemeyebilir (Deltito ve Hahn 1993). Ergenlerde görülen okul korkusunun en yaygın nedeni ayrılık anksiyetesi olarak kabul edilir (Last ve Strauss 1990). Okul korkusu olan çocukların daha sonraki yaşam dönemlerinde de psikososyal güçlükleri olduğu

bildirilmektedir (Manicavasagar ve ark 1997).

Bu yazıda iki kuşakta benzer özellikler gösteren ayrılma anksiyetesi olgusunu ele alacağız.

OLGU:

S.A., 7 yaşında, ilkokul 1. sınıf öğrencisi erkek çocuk, okul korkusu yakınması nedeniyle annesi tarafından Mart 1997'de polikliniğe getirildi.

S.A, bir yıl önce anaokuluna gitmesi için anneannesinin yanına bırakılmış. Hafta sonları ailesinin yanına geliyormuş. Birinci dönem boyunca anneanne tarafından okula bırakılmış ve okul sonrası alınmış. Okulda yalnız kalma ve uyum sorunu olmamış. İstekliymiş ve severek gidiyormuş. İkinci döneme başladıktan sonra bir nedeni olmaksızın okula gitmeyi reddetmeye başlamış. Anneannesini okula bıraktığında kalmak istemiyor, ağlıyor ve anneannesini ayrıldıktan 5-10 dakika sonra okuldan kaçıp eve dönüyormuş. Bu durumu bir hafta sürmüştü. Öğretmeni okuldan kaçması nedeniyle sorumluluk alamayacağını belirtince ailesi okula göndermemiş. İlköğretim birinci sınıfa başladığından beri (3 aydır) okula yalnız gitmiyor, annesi olmadan sınıfa girmiyor, sınıfta annesiyle birlikte oturuyor, öğretmeni tahtaya kaldırdığında annesiyle birlikte kalkıyor, tenefüslerde annesinden ayrılmıyormuş. Annesinden ayrıldığında ağlıyor, okulda kalmak istemiyor ve eve dönüyormuş. Okulda arkadaşı yokmuş. Mahallesindeki arkadaşlarıyla da geçinemiyor, sık sık kavga ediyormuş.

1990 yılında orta sosyoekonomik düzeyde bir ailenin ilk çocuğu olarak hastanede ebe yardımıyla normal yoldan dünyaya gelmiş. Büyüme ve gelişmesi normal olmuş. 3 yaşında erkek bir kardeşi var, onunla iyi anlaşıyormuş.

Babası 33 yaşında, 6 (4 erkek, 2 kız) kardeşten beşincisi. İlk evliliği, 8 yıllık evli, oto tamircisi, sağlıklı. İlkokula başladığında okulu sevmiyor, gitmek istemiyor ve korkuyormuş. İlk iki yıl annesi ile birlikte okula gitmiş. Okula alışmaması, başarısının düşük olması ve tek başına okula gitmemesi gibi nedenlerle ikinci sınıfta bir yıl ara vermiş. Üçüncü yıl okula tekrar başladığında ay-

nı sorunların sürmesi üzerine okulu bırakmış. 18 yaşında ilkokulu dışardan bitirmiş. Ailesine aşırı düşkün, çekingen, kolay öfkelenen ve titiz biriymiş. 25 yaşında evlenip ailesinden ayrılmış. Anne babası ayrı eve yerleşmesine darılmış ve altı ay hiç görüşmemişler. Çocukluğundan beri tüm erkek kardeşlerin ortak olduğu oto tamirhanesinde kardeşleriyle birlikte çalışırken, iki yıl önce kardeşler aralarında konuşarak, kendi tamirhanelerini açma amacıyla ayrılmışlar. Anlaşarak ayrılmalarına karşın, kardeşler arasında dargınlık varmış ve görüşmüyorlarmış. Halen dayısının oğluyla ortak olarak bir oto tamirhanesi işletiyorlar.

Annesi G. 24 yaşında, ilkokul mezunu, ev hanımı, okula gitme sorunu olmamış. Dışa dönük, konuşkan, arkadaş çevresi geniş, çabuk kızan, eşine ve çocuklarına düşkün biriymiş.

Halası bayan F. 48 y, bekar, ilkokul çıkışlı, ailenin en büyüğü, okula gitme sorunu olmamış. İçer kapanık, ailesine çok düşkün biriymiş. Bir çok kez evlenme teklifi almasına karşın evlenmeyi istememiş. Bir yıl önce ölünceye kadar en büyük erkek kardeşinin yanında yaşamını sürdürmüştü.

Amcası M. 46 y. evli, 3 çocuklu, ilkokul çıkışlı, oto tamircisi. Sessiz, sakin, az konuşan, içer kapanık, arkadaş çevresi dar biriymiş. İlkokula başladığında okul korkusu nedeniyle 3 yıl annesi babası eşliğinde okula devam etmiş. Okula alışamaması ve okulda yalnız kalamaması nedeniyle üçüncü yıl okulu bırakmış.

Halası H. 42 yaşında, bekar, lise çıkışlı, işçi, en büyük erkek kardeşi ile birlikte yaşıyor. Sakin, sabırlı, olayları çok yönlü düşünen, dışa dönük, yeni girdiği ortamlara kolay alışamayan, alıngan biriymiş. Okula gitme sorunu olmamış. Bir çok taliplisi olmasına karşın evlenmeyi istememiş. Babası da evlenmemesi için duygusal baskıda bulunmuş.

Amcası E. 40 y, evli, çocuksuz, ilkokul çıkışlı, oto tamircisi. Okula gitme sorunu olmamış. Çabuk kızan, kiskanç, dışadönük biriymiş.

Amcası A. 36 y, evli, çocuksuz, ilkokul çıkışlı, oto tamircisi. Çabuk kızan, alıngan, aklına eseni yapan, yakınlarına düşkün birisi. İlkokulda okul

korkusu nedeniyle üç yıl boyunca anne babası eşliğinde okula devam etmiş. Bir türlü okula alışamaması nedeniyle bırakmış. İlkokulu daha sonra dışardan bitirmiş.

Amcası M'nin eşi N. 36 y., ev kadını, ilkokul çıkışlı. Çabuk kızan, çekingen, alıngan, yakınlarına düşkün biriymiş. Üç çocuğu var. Okul korkularının olması yüzünden ilk iki çocuğunu ilkokulu bitirinceye kadar okula kendisi götürüp, çıkışlarına kadar okulun bahçesinde beklemiş.

Bu amcasının kızı İ, 16 y., bekar, ortaokul üçüncü sınıf öğrencisi, okul başarısı iyi, içer kapanık, çekingen, arkadaş çevresi dar, alıngan, yeni girdiği ortamlara zor alışan, ailesine, özellikle de halasına aşırı düşkün biriymiş. Halen bütün bakımını halası yapıyor ve geceleri onun yanında uyuyormuş. İlkokulu bitirinceye kadar okul korkusu nedeniyle okula annesi eşliğinde devam etmiş. Okul korkusu ve okula alışamaması yüzünden ilkokula başladığı ilk yıl derslerinde başarısız olmuş. Sonraki yıllarda okul başarısı iyiy-miş.

Bu amcanın diğer kızı K. 15 y., bekar, ortaokul 3. sınıf öğrencisi, ablası gibi onun da okul korkusu olmuş. Okul başarısı iyiy-miş. İlkokulu süresinde bitirmiş. Konuşkan, kolay arkadaş edinen, dışa dönük, titiz biriymiş.

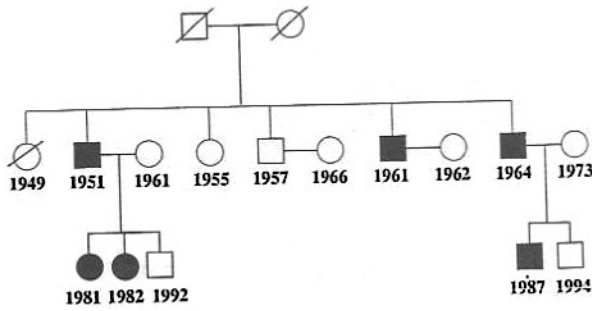
Hastanın öyküsü alınırken ailenin diğer üyelerinin ve yakınlarının da ayrılık anksiyetesi açısından ayrıntılı değerlendirilmesi gereğinin farkına varılarak, görüşme yapmak üzere polikliniğe davet edilmişlerdir. Polikliniğe gelen anne, baba, amcanın eşi ve iki çocuğu ile klinik görüşme yapılmış, psikometrik olarak değerlendirilmiştir. Polikliniğe gelmeyen amcalar ve hala ölçekleri evde uygulamışlardır.

Baba, amca, hala ve kuzenlerin Beck Depresyon Ölçeği, (Hisli 1989), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri (Öner ve Le Compte 1985) ile yapılan psikometrik değerlendirmelerinde orta düzeyde anksiyeteli saptanmaları, depresif belirti göstermemeleri aile bireylerinin kaygıya yakınlığını desteklemektedir. Her iki ailenin annelerinin klinik görüşmelerinde orta düzeyde bir depresyonda oldukları gözlenmiştir. Hacettepe Kişilik En-

vanteri'ne (Özgüven 1992) göre hastanın okul korkusu olan kuzenlerinden birisi ile babasının sosyal ilişkiden kaçınan, yeni durumlara alışmakta ve kendi kararını vermede güçlük çeken, çekingen ve kaygılı bireyler oldukları saptanmıştır.

Aile sisteminin işleyişini görmek için her iki ailenin 15 yaşından büyük üyelerine McMaster Aile Değerlendirme Ölçeği (Bulut 1990) verilmiştir. Her iki ailede de gereken ilgiyi göstermenin aşırı ilgilenme yönünde sapsmış olduğu saptanmıştır.

OLGUNUN AİLE AĞACI



TARTIŞMA

Olgumuzu bağlanma, aile sistemleri ve biyodavranışsal aile kuramları çerçevesinde değerlendirmek, ailenin diğer üyelerinde görülen benzeri bozuklukları açıklamak açısından en uygun yaklaşım olacak gibi görünmektedir. Bowlby'e göre (1979) kalıtsal bir biyodavranış sistemi olan bağlanma, biyodavranışsal aile kuramındaki önemli değişkenlerden biridir. İlk temel ilişki olan anne-çocuk ilişkisi sonraki yaşam dönemlerindeki bağlanmalar için örnek olur ve ilişkilerdeki kontrol edilebilirlik ve öngörülebilirlik duygularının gelişimine zemin hazırlar.

Gerek çocuğun ebeveynlerinden her birine bağlanma tarzı, gerekse ebeveynlerin çocuğa karşı tutumu çocuğun duygusal gelişiminde önemli rol oynar. Annenin bakım tarzı çocuğun bağlanma şeklini belirlerken, çocuğun bazı yapısal özellikleri de annenin bakım tarzını etkilemektedir (Lollis ve Kuczynski 1997). Bebeğin mizacının bakımvereninin üzerindeki etkisi ne kadar önemli olursa olsun, annenin duyarlılığı bu sis-

temde birincil etkiye sahiptir (Cassidy 1994). Örneğin ayrılığa aşırı tepki vermede yapısal bir yatkınlığı olan bir çocuk, annede aşırı koruyucu bir tutumu uyurabilir (Silove ve ark 1996). Çocuğun stresi arttıkça yakınlık gereksinimi artmakta, bu da neden olduğu duygu ve davranış sorunları ile bağlanma sistemini aktive etmektedir (Holmes 1998). Annenin duyarsız, aşırı müdahale edici ve önceden yordanamayan tepkiler vermesi çocukta kaygılı bağlanma davranışlarını uyarır (Hazan ve Shaver 1994, Sümer ve Güngör 1999). Kaygılı bağlanma süreci ise çocuk ve ergende anksiyete bozukluklarına öncül olmaktadır (Warren ve ark 1997).

Bağlanma tarzı ile psikopatoloji arasındaki ilişki tek yönlü bir neden-sonuç ilişkisi olmaktan çok karşılıklı bir ilişki gibi görünmektedir. Bozuk aile içi iletişiminin neden olduğu kaygılı bağlanma stilinin yaşamın her döneminde sorun yarattığı, yetişkinlikteki anksiyete bozukluklarına özellikle agorafobili panik bozukluğuna, depresyona temel olduğu ileri sürülmektedir (Bowlby 1973, Shear 1996). Kişilerarası ilişkilerde aşırı bağımlılığın da, aşırı bağlanma gereksiniminin bir göstergesi olduğu düşünülmektedir (Hirschfeld ve ark 1991).

Bowen'ın aile sistemleri kuramına göre (1978) aile 'duygusal bir birim'dir. Aile sistemi içinde birey bir duygusal ağ içinde işlev görür. Bu duygusal birim içinde bireysel davranış kazanılır ve gelişim gerçekleşir. Anne-çocuk ilişkisinin ötesinde, çocuk için diğer önemli kişilerle ilişki de bu gelişim sürecinde rol oynar. Anksiyete sistem içindeki ilişkileri etkileyen, hem bireyin hem de sistemin varlığını sürdürmesine araç olan temel bir duygudur. Anksiyete, önceki kuşağın yeni kuşak üzerindeki etkisini yöneten kuşaklar arası bir duygu olarak da ele alınabilir (Donley 1993). Önceki kuşağın duygusal yoğunluğu şimdiki ilişkilerde benzeri miktarda bir etki yaratır ve böylece bu kanal aracılığı ile geçmiş kendisini bir versiyonu olarak tekrarlama olanağı bulur (Kerr ve Bowen 1988). Diamond ve Doane (1994) ergen ve genç yetişkin hastalar ve ebeveynlerinde yaptıkları bir çalışmada, ebeveynin kendi anne babasına, özellikle aynı cinsten ebeveynine bağlanma stilineki bozukluğun, çocuğuna

olumsuz duygular yöneltmesinde ve etkileşimlerinin bozulmasında etkili olduğunu göstermişlerdir.

Hersov (1960) okul fobisi olanların yüksek nöroz gösteren ailelerden geldiklerini ileri sürmüştür. Obondo ve Dhadphale (1990) da okul fobisi olan çocukların ailelerinin anlamlı derecede fazla psikopatolojiye sahip olduklarını ve aile ilişkilerinde sorun olduğunu saptamışlardır. Last ve Strauss (1990)'un yaptıkları bir çalışmada, ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinde fobik bozukluğu olan çocukların annelerine ve kontrollere göre daha fazla anksiyete temelli okul reddi bildirmişlerdir. Rosenbaum ve arkadaşları (1991) ise 'yabancılar yanında davranışsal ketlenme' gösteren bebeklerin daha sonraki yaşlarda anksiyete bozuklukları geliştirdiklerini ve bu çocukların yetişkin yakınlarında anksiyete bozukluğu öyküsü olduğunu saptamışlardır. Biederman ve ark (1999) yaptıkları çalışma ile anksiyeteli annelerin çocuklarında anksiyete bozukluğu geliştirme risklerinin yüksek olduğunu belirtirlerken, Warren (1999) panik bozukluğu olan annelerin çocuklarında ayrılık anksiyetesi ve kaçınma bozukluğu bildirmektedir.

Bizim olgumuzda da kliniğe başvuran S.A.'nın babası, üç amcası ve bir amcasının iki kızında okul korkusu öyküsü, iki halada ebeveynlerine aşırı bağımlılık bulunmaktadır. Büyükanne ve büyükbabanın çocuklarına karşı aşırı koruyucu tutumları olduğu bildirilmektedir. Aile üyelerinde ayrılma anksiyetesi öyküsünün yaygınlığı anksiyeteye yapısal bir yatkınlığın varlığını düşündürmektedir.

Bir görüşe göre çocuklardaki ayrılık anksiyetesi ebeveynlerin aşırı koruyucu bir tutum takınmalarına neden olmakta, bu da çocuğun evden ayrılmasını güçleştirmektedir (Silove ve ark 1996). McMaster Aile Değerlendirme Ölçeği (Bulut 1990) ile yapılan değerlendirmede hastamızın ve okul fobisi öyküsü olan iki kuzeninin ailelerinde gereken ilgiyi göstermenin aşırı ilgilenme yönünde sapsmış olması bu varsayımı desteklemektedir. Hock ve arkadaşları (2001) yaptıkları bir ölçek çalışmasında, sağlıklı ve güvenli bağlanma

stiline sahip olan ebeveynlerin, ergenlik çağındaki çocuklarından ayrılma kaygılarının düşük, güvenli rolde rahat etme düzeylerinin daha yüksek olduğunu, ergen çocuklarından ayrılma anksiyetesi yüksek olan ebeveynlerin ise kendi anne-babalarına bağlanma stillerinde sorun olduğunu bildirmişlerdir.

Bu olgu sunumunda da görüldüğü gibi bağlanma ve psikopatoloji arasında yakın bir ilişki vardır.

Bağlanma sürecinin aile sistemindeki rolü ve psikopatoloji gelişiminin kuşaklar arası geçişi oldukça komplike bir durumdur. Bağlanma süreçlerinin kuşaklar arası geçişi ve farklı uyum süreçlerindeki rolleri araştırılmaya değer önemli konulardır (Greenberg 1999).

Literatürde kişilerarası ilişki süreçleri, depresyon ve panik bozukluğunda bazı çalışmalara rastlanmakla birlikte diğer hastalıklara ilişkin fazla çalışma gözlenmemektedir. Özellikle ailesel yatkınlığın sıklıkla gözlemlendiği psikopatolojik durumlarda bu konunun irdelenmesi gerekmektedir. Bu alanda yapılacak çalışmalar biyolojik, psikolojik ve sosyal olguların karşılıklı etkileşimi daha derinden ve kapsamlı olarak kavramamıza yarayacak bilimsel veriler sunacaktır.

TEŞEKKÜR

Yazarlar yardımlarından dolayı Dr. H.Murat Emul ve Dr. A.Bulent Cekem'e teşekkür eder.

KAYNAKLAR

- Beeghly M, Cicchetti D (1996) *Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk* (pp. 127-166). In ME Hertzog ve EA Farber (eds.), *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*. New York: Brunner/ Mazel.
- Biederman J, Hirshfeld-Becker DR, Schwartz CE, Hayward ve ark. (1999) *Family, temperament, and attachment: risk factors for childhood anxiety disorders. Presented at the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 46th Annual Meeting, Chicago, Illinois, October 19-24, Symposium 29.*
- Bowen M (1978) *Family therapy in clinic practice*. New York, Jason Aronson.
- Bowlby J (1973) *Attachment and loss, Vol:II: Separation,*

- anxiety and anger. New York, Basic Books.
- Bowlby J (1979) *The making and breaking of affectional bonds*. London, Tavistock.
- Bretherton, I (1985) *Attachment theory: Retrospect and prospect*. *Monogr Soc Res Child Dev* 50(1-2):167-193.
- Bulut I (1990) *Mc Master Aile Değerlendirme Ölçeği*. Özgüzel Matbaası, Ankara.
- Calkins SD (1994) *Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation*. *Monogr Soc Res Child Dev* 59:53-72.
- Cassidy J (1994) *Emotion regulation: Influences of attachment relationships*. *Monogr Soc Res Child Dev* 59:228-249.
- Cole PM, Michel MK, Teti DLO (1994) *The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective*. *Monogr Soc Res Child Dev* 59:73-100.
- Cummings EM, Davies PT (1996) *Emotional security as a regulatory process in normal development and the development of psychopathology*. *Dev Psychopathol* 8:123-139.
- Deltito JA, Hahn R (1993) *A three-generational presentation of separation anxiety in childhood with agoraphobia in adulthood*. *Psychopharmacol Bull* 29:189-193.
- Diamond D, Doane JA (1994) *Disturbed attachment and negative affective style. An intergenerational spiral*. *Br J Psychiatry* 164:770-781.
- Donley MG (1993) *Attachment and the emotional unit*. *Fam Process* 32:3-20.
- Feld D (1999) *Affect regulation, attachment and psychoanalysis*. *Am J Psychoanalysis* 59:403-404.
- Field T (1994) *The effects of mother's physical and emotional unavailability on emotion regulation*. *Monogr Soc Res Child Dev* 59:208-227.
- Greenberg MT (1999) *Greenberg MT. Attachment and psychopathology in childhood*. In *Handbook of Attachment*, J Cassidy, PR Shaver (Eds): Guilford Publ. New-York, s:469-496.
- Hazan C, Shaver PR (1994) *Attachment as an organizational framework for research on close relationships*. *Psychological Inquiry* 5:1-22.
- Hersov LA (1960) *Persistent non-attendance at school*. *J Child Psychol Psychiatry* 1:130.
- Hirschfeld RMA, Shea MT, Weise R (1991) *Dependent personality disorder: perspectives for DSM-IV*. *J Pers Disord* 5:135-149.
- Hisli N (1989) *Beck Depresyon envanterinin geçerliliği üzerine çalışma*. *Psikoloji Dergisi* 6 (22): 118-126.
- Hock E, Eberly M, Bartle-Haring S ve ark. (2001) *Separation anxiety in parents of adolescents: theoretical significance and scale development*. *Child Dev* 72:284-298.
- Holmes J (1998) *Psychodynamics, narrative and 'intentional' causality*. *Br J Psychiatry* 173:279-280.
- Kagan, J, Reznick JS, Snidman N (1988) *Biological basis of childhood shyness*. *Science* 240:167-171.
- Kerr ME, Bowen M (1988) *Family evaluation*. New York, WW Norton.
- Last CG, Strauss CC (1990) *School refusal in anxiety-disordered children and adolescents*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:31-35.
- Lollis S, Kuczynski L (1997) *Beyond one hand clapping: seeing bidirectionality in parent-child relations*. *J Soc and Personal Relationships* 14:441-461.
- Manicavasagar V, Silova D, Curtis J (1997) *Separation anxiety in adulthood: a phenomenological investigation*. *Compr Psychiatry* 38:274-282.
- Masten AS, Best KM, Garmezy N (1990) *Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity*. *Dev Psychopathol* 2: 425-444.
- Obondo A, Dhadphale M (1990) *Family study of Kenyan children with school refusal*. *East African Med J* 67:100-108.
- Ollendick TH, Francis G (1988) *Behavioral assessment and treatment of school phobias*. *Behav Modification* 12:165-204.
- Öner N, Le Compte A (1985) *Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. Boğaziçi Üniv. Yayınları, İstanbul.
- Özgüven E (1992) *Hacettepe Kişilik Envanteri El Kitabı, 2. Revizyon*, Odak Ofset Matbaacılık, Ankara.
- Rosenbaum JF, Biederman J, Hirshfeld DR ve ark (1991) *Further evidence of an association between behavioral inhibition and anxiety disorders: Results from a family study of children from a non-clinical sample*. *J Psychiatr Res* 25:49-65.
- Shear MK (1996) *Factors in the etiology and pathogenesis of panic disorder: Revisiting the attachment-separation paradigm*. *Am J Psychiatry* 153:125-136.
- Silove D, Manicavasagar V, Curtis J ve ark (1996) *Is early separation anxiety a risk factor for adult panic disorder?: A critical review*. *Compr Psychiatry* 37:167-179.
- Sümer N, Güngör D (1999) *Yetişkin bağlanma stili ölçeklerinin Türk örneklemi üzerinde psikometrik değerlendirme ve kültürlerarası bir karşılaştırma*. *Türk Psikoloji Dergisi* 14:71-106.
- Warren SL, Huston L, Egeland B ve ark. (1997) *Child and adolescent anxiety disorders and early attachment*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:637-644.
- Warren SL (1999) *Attachment and anxiety disorders*. Presented at the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 46th Annual Meeting, Chicago, Illinois, October 19-24, Symposium 29.
- Wood BL (1999) *Editorial: Relationship matters*. *Families, Systems & Health* 17:145-147.
- Wood BL, Klebba KB, Miller BD (2000) *Involving the biobehavioral family model: the fit of attachment*. *Family Process* 39:319-328.

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ: ERKEN DÖNEM STRESİN NÖROBİYOLOJİK GELİŞİME ETKİSİ

İlgın Gökler*

ÖZET

Amaç: Bu yazıda çocuk istismarı ve ihmalinin beyin üzerindeki etkilerine ilişkin çalışmalar gözden geçirilmiş, istismar ve ihmal ile ilişkili bazı psikolojik süreçler ve bunların nörobiyolojik eşdeğerleri üzerinde durulmuştur. **Yöntem:** Son 15 yılda, istismar ve ihmalden kaynaklanan erken dönem stresin beyin gelişimi üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar taranmıştır. **Sonuçlar:** Yaşamın erken dönemlerinde gelişim, çevresel etkilere oldukça açık durumdadır. Kritik bir gelişim döneminde, istismar ve ihmal gibi, genetik olmayan bir risk etmeniyle karşılaşma, nörogelişimsel sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir. **Tartışma:** Erken dönemde yaşanan stresin psikososyal sonuçlarını, nörobiyolojik etkilerle birlikte ele almak, çocuk istismarı ve ihmali sorununun daha bütüncül bir çerçevede içerisinde incelenmesini sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Çocuk istismarı ve ihmali, nörobiyolojik gelişim, erken dönem stres

SUMMARY: CHILD ABUSE AND NEGLECT: EFFECT OF EARLY STRESS ON NEUROBIOLOGICAL DEVELOPMENT

Objective: In the present article, the literature was reviewed with regard to the effects of child abuse and neglect on brain development, with a focus on abuse and neglect related psychological processes and their neurobiological equivalents. **Method:** The studies on the effects of early stress on brain development in the last 15 years have been reviewed. **Results:** In the early stages of life, brain development is very sensitive to environmental influences. During a critical period, a non-genetic risk factor, such as abuse and/or neglect, may cause neurodevelopmental problems. **Discussion:** In order to obtain a more comprehensive framework to examine child abuse and neglect, it is of significant importance to consider the psychosocial consequences of early childhood stress along with its neurobiological aspects.

Key words: Child abuse and neglect, neurobiological development, early childhood stress

GİRİŞ

Çocuk istismarı ve ihmali, yaşamın erken dönemlerinde karşı karşıya kalınan önemli bir stres kaynağıdır ve çocuğun sağlıklı gelişimini engelleyerek bedensel zararlara ve psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Gerek çocuklukta gerekse yetişkinlikte sosyal, duygusal, davranışsal ve bilişsel uyum sorunları ve psikopatolojilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Clausen ve Crittenden 1991).

Erken dönem stresin psikolojik etkilerini inceleyen oldukça fazla sayıda çalışma olmasına karşın beyin üzerindeki etkileri son dönemlerde araştırılmaya başlanmıştır. Yaşanan psikolojik travmanın yalnızca ruh sağlığını değil, beyini de etkilediğine yönelik görüşün yaygınlaşması ve bu görüşü destekleyen araştırma bulgularının elde edilmesi, istismar ve ihmalin nörobiyolojik tablosu ve döngüsü konusundaki araştırmaları hızlandırmıştır. Erken dönem beyin gelişimi sürecinde çevresel etkenlerin önemli rolü vardır.

Çocuk istismarı ve ihmali bu çevresel etkenler arasındadır ve olgunlaşmakta olan çocuk beyninin ileriki gelişim sürecini ve işlevlerini etkileyecek olumsuz yaşantılar içerir (Glaser 2000).

Çocuk istismarı ve ihmalinin yol açtığı söz konusu çevresel etkileri gözden geçirirken, öncelikle bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki nörogelişimsel sürece ilişkin güncel literatüre değinmekte yarar bulunmaktadır.

BEYİN GELİŞİMİ VE KRİTİK DÖNEMLER

Beyin gelişimi, en az erken çocukluğa kadar giden uzun bir süreçtir. Beynin birincil bileşenleri olan nöronlar doğar, göç eder ve diğer nöronlarla bağlantısal ilişkiler kurarlar. Çocuğun beyninin anatomik gelişimi; nöronların çoğalması ve göç etmesini, akson ve dendritlerin büyümesini, sinaps oluşumunu ve kaybını kapsar. Bu süreçler embriyolojik gelişimin erken dönemlerinde başlayıp, geç ergenlik dönemine kadar devam eder (Korkmaz 2000).

*Uzm. Psk., Ankara Üniv. DTCF Psikoloji BL, Ankara.

Doğum öncesi ve doğumdan hemen sonraki dönemlerde beyin gelişimi büyük ölçüde genetik programlarla belirlenmiş olmakla birlikte, post-natal beyin gelişiminde yaşantıların da oldukça kritik rolü bulunmaktadır (Nelson ve Bloom 1997). Uygun düzeydeki yaşantılar yoluyla beyin, esnek ve çok çeşitli kapasitelere sahip olarak sağlıklı biçimde gelişebilir. Ancak, normal gelişimsel yaşantıların zamanlaması, yoğunluğu, niteliği ya da niceliğinde bozulmalar ya da aksamalar olursa nörogelişim, dolayısıyla beyin işlevleri zarar görür. Nöronlar ve nöronal bağlantılar, kullanıma bağlı olarak gelişirler ve bu durum, istismar ve ihmalin çocuk beyni üzerindeki etkisini anlamada önemlidir (Perry ve Marcellus 2001).

Erken beyin gelişiminde, belirli bazı yaşantıların beyin olgunlaşmasını etkilediği, "kritik dönemler" bulunmaktadır. Bazı yaşantılar beyin gelişiminin düzenli ilerlemesi için gerekliken bazı olumsuz yaşantılar gelişen organizmaya zarar verebilmektedir.

Kritik dönemler, yatkınlık/incinebilirliğin, gereksinimlerin ve aynı zamanda gelişim açısından olanakların üst düzeyde olduğu dönemler olarak tanımlanabilir. Kritik dönemlerin evrimsel anlamını açıklamak üzere iki bakış açısı bulunmaktadır. Bunlardan ilki olumlu ve yapıcıdır. Kritik dönemlerin, bu dönemleri uygun koşullar altında, uygun uyaranlarla geçiren çocukların olumlu beyin gelişimi açısından yüksek potansiyele sahip olduğunu öne sürer. Diğer bakış açısı ise, kritik dönemlerin yatkınlık ve incinebilirliğin arttığı dönemler olması üzerine yoğunlaşmıştır. Bu dönemdeki kısa süreli olumsuz yaşantıların bile organizmaya kalıcı zararları olabilir (Bornstein 1989).

Kritik dönemler yaşamın sonraki yıllarında da kendini göstermekle birlikte daha çok erken gelişim basamakları için söz konusudur. Kritik dönemleri incelerken üç nokta üzerinde durulması gerekmektedir: (1) Kritik dönemde yaşantıların hangi yolla değişime yol açtığı; (2) Kritik dönemde yapısı ve işleyişi etkilenen vücut sistemine ilişkin ayrıntılar; (3) Ortaya çıkan değişimin doğası ve özelliklerinin tanımlanması.

Glaser (2000), bu kavramsallaştırmayı çocukluk dönemine uyarlamıştır. Bu uyarlamaya göre; (1) çocukluk döneminde birincil bakım ortamının sağladığı hem olumlu, hem de istenmedik/zararlı sosyal ve kişilerarası etkileşimler kritik dönemde değişime neden olan yolları oluşturmaktadır; (2) ilgilenilen sistem "beyin"dir; (3) tanımlanması gereken gerçek değişim ise sinaptik bağlantıları, nörohormonal salgıları ve bunlara ilişkin alıcıları kapsamaktadır.

Beynin değişik bölgeleri, olgunlaşma süreci içindeki kritik dönemler açısından farklı zamanlara sahiptir. Bu farklı beyin bölgeleri arasındaki karmaşık bağlantılar çeşitli sonuçlara ve erken dönem zarar verici yaşantılara ilişkin gelişimsel sorunlara neden olur.

Greenenough ve arkadaşları (1992), yaşantıya bağlı beyin gelişimini açıklamak üzere beyin-çevre modelini öne sürmektedirler. Bu modelde, yaşantıların iki mekanizma aracılığıyla, nöral bağlantılar (sinapslar) kurulmasına katkıda bulunduğu aktarılmaktadır. Bu mekanizmalardan ilki olan, "yaşantı-bekleyen" sinaptogenez, sinapsların oluşumunda minimal düzeyde yaşantıya gereksinim duyulan süreçleri tanımlar (aktaran Nelson ve Bloom 1997).

Yaşamın erken dönemlerinde gelişim çevresel etkilere oldukça açık durumdadır. Kritik dönemde belli yaşantılar ortaya çıkmazsa gelişim ilerleyemez. Bu erken dönem yaşantılar evrim süreci içinde elenerek seçilmiştir ve belli türlerde, gelişimin belli aşamalarında tutarlı olarak ortaya çıkmaları beklenir. Bu türe özgü gelişim, genetik olarak programlanmıştır ve gelişmekte olan beyni, çeşitli çevresel etkiler karşısında düzenleyici ve sıralı bir gelişim içinde korumak üzere yapılanmıştır. İnsan yavrusu söz konusu olduğunda, sunulan yeni uyaranların "güvenli, yineleyici, aşamalı ve bebeğin/çocuğun gelişimsel basamağına göre ayarlanmış" olması gerekmektedir (Perry 1993).

Bebekleri kucaklamak, onlarla konuşmak, göz teması kurmak gibi etkileşimlerin olmaması gelişim açısından alışılmadık bir durumdur ve kullanılmadıkları için sinaptik bağlantıların ortadan kalkmasına neden olur. Beyin gelişiminin kritik

dönemlerinde ihmal ve ihmale bağlı olarak yeterli çevresel uyarının verilmemesi, bilişsel yetilerde kalıcı hasarlara neden olabilmektedir (Glaser 2000).

Greenenough ve Black'in (1992) beyin-çevre modelinde, beyin olgunlaşmasının diğer bir yönü "yaşantı-bağımlı" olarak tanımlanır. Yaşantı-bağımlı sinaptogenez, çocuğun, çevrenin kendine özgü belli özelliklerine uyum yapmasına yardımcı olur. Burada da, çevresel girdiler beyin yapısının şekillenmesinde etkin katkı sağlar. Ancak, yaşantı-bekleyen sinaptogenezden farklı olarak, söz konusu çevresel yaşantılar önceden belirlenmemiştir. Yaşantı bağımlı süreçler, her birey için farklılık gösterebilecek çevresel yaşantılar karşısında yeni sinapslar oluştururlar. Hipokampusun yaşantı-bağımlı tepkileri, yeni nöronların üretilmesinden çok, üretilmiş olan nöronların hayatta kalmasını destekler. Desteklenmeyen ya da sabitlenmeyen nöral bağlar gerileme gösterir. Esnekliğin yaşantı-bağımlı olduğu dönemde, çocuğun belli duygusal etkileşimlerle karşı karşıya kalması, beyinde, sonraki davranış ve duygular açısından anlamlı sonuçları olacak, yapısal ve uzun süreli değişimlere yol açabilmektedir (aktaran Nelson ve Bloom 1997).

Nöral esneklik (plastisite); gelişim sırasında, yeni yaşantılar sonucunda beynin kendini yeniden düzenleme yeteneğini tanımlar (Korkmaz 2000). Beynin dış uyarıcılara en açık olduğu dönem, yani en esnek olduğu dönem erken çocukluk dönemidir. Nöral esneklik süreci, öğrenme ve yeni deneyimlerin kazanılması ile birlikte tüm çocukluk dönemi boyunca kendini gösterir, çevresel uyarılar ve organizmanın gereksinimleri doğrultusunda beynin yapısı ve işlevlerinde yeni düzenlemelere olanak tanır; ancak, artan yaşla birlikte esneklikten kalıcılığa doğru bir gidiş olur. İnsanlarda, kritik dönemler ve nöral esnekliğin görece daha uzun sürmesi, bir yandan yüksek düzeyde öğrenme kapasitesine olanak tanırken, bir yandan da gelişmekte olan çocuk beyninin yatkınlık/incinebilirlik süresinin uzamasına neden olur (Nelson ve Bloom 1997, Perry ve ark. 1995).

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ İLE İLGİLİ BAZI PSİKOLOJİK SÜREÇLER VE NÖROBİYOLOJİK EŞDEĞERLERİ

Gelişimsel psikoloji davranış, biliş ve duygunun gözlenmesi ve ölçümü ile ilgilenirken nörobiyoloji beyindeki ve otonomik sinir sitemindeki hücresel, nörofizyolojik ve biyokimyasal süreçleri incelemektedir. Son dönemlerde, çeşitli nörofizyolojik ve beyin görüntüleme teknikleri aracılığıyla, gözlenen davranış ve bu davranışın altında yatan nörobiyolojik süreçleri eş zamanlı olarak inceleme olanağı giderek artmaktadır. Gelişimsel psikoloji ve nörobiyoloji çalışmalarının bu şekilde bütünleştirilebilmesi, çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili önemli psikolojik süreçler ve bunların nörobiyolojik eşdeğerlerinin anlaşılmasına da katkı sağlamıştır..

Stres ve Stres Tepkisi

Stres, korku ve kontrolü kaybetme duygusunu da kapsayan olumsuz duygusal tepkilere yol açan uyarıcı ve yaşantıları tanımlar (Glaser 2000). Çocukluk dönemine ilişkin olası stres kaynakları arasında aşırı derecede yoksunluk ve ihmali, ebeveynler arası şiddete tanık olma ve istismar (fiziksel, cinsel, duygusal) yer almaktadır.

Stres, çok temel ve değişmez bir mekanizmaya bağlı biyokimyasal maddeler aracılığıyla, anatomik yapılar üzerinde çalışan fizyolojik bir başa çıkma tepkisidir (Baltaş ve Baltaş, 1990). Stres tepkisi, hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) aksı, sempatik sinir sistemi, nörotransmitter sistemi ve bağışıklık sistemi gibi yapılar ve sistemleri kapsamaktadır.

HPA aksı beyin ile kortizol salgılayan adrenal korteksi birbirine bağlayan fizyolojik yoldur. Kortizol belirli beyin merkezlerine ulaştığında, bu merkezler HPA aksı yoluyla kortizol salgılanma düzeyini azaltmak ya da arttırmak üzere mesaj gönderirler. Akut stres karşısında vücudun gösterdiği başa çıkma tepkilerinden biri kandaki kortizol düzeyinin artmasıdır. Bu, erken bebeklik döneminden başlayarak kendini gösteren bir stres tepkisidir. Kandaki kortizol birkaç farklı şekilde dokular ve organlar üzerinde etkisini gös-

terir. Bağışıklık tepkisini baskılar, dolanan glikoz düzeyini arttırır ve hipokampus üzerinde olumsuz etki eder. Strese bağlı kortizol düzeyindeki artış, vücudu, stres kaynağına karşı korumak yerine, stres karşısında normal ve anında verdiği tepkiye – bu tepkilerin aşırılığını engellemek amacıyla – karşı korur.

Stres karşısında hem sempatik sinir sistemi hem de katekolaminler harekete geçer. Amigdala ve hipokampustan beyin sapına iletilen "korku" mesajları ve stres sonucunda beyinde nöradrenalin salgılanır. Mesajlar, ayrıca sempatik sinirler aracılığıyla beyin sapından adrenalin ve nöradrenalin salgılayan adrenal bezine aktarılır. Bu hormonların etkisiyle kalp atışı hızlanır, kan basıncı artar, terleme olur (Glaser 2000).

Stres karşısında ortaya çıkan periferik sempatik adrenalin ve merkezi nöradrenalin hareketleri arasında pek çok bağlantı bulunmaktadır. Bu da, stresle bağlantılı duygusal ve fiziksel yaşantıları açıklamakta yardımcı olur. Stres, prefrontal kortekste, strese karşı başa çıkma tepkisi üreten dopamin salgılanmasını arttırır (Charney ve ark. 1993). Yüksek düzeylerde nöradrenalin ve dopamin "işleyen bellek" yoluyla hareketlerin planlanması ve organize edilmesini sağlayan ve diğer yönetici işlevleri yürüten prefrontal korteksin işlevlerinde bozulmaya neden olur (Arnstein 1999).

Çok küçük bebeklerin strese verdikleri tepkiler kimi koşullarda uzayabilir, kimi koşullarda ise annenin davranışlarıyla giderilebilir. Çocuk, yineleyen ya da kronik stresle karşı karşıya kaldığında stres tepkisinin baskılanması HPA aksı tepkisinin aşağı çekerek kortizol düzeyinin normal sınırlar içinde yeniden ayarlanmasına neden olur. Ancak, kortizol akut tehlike anında korku yaratan uyarana etkin tepkide bulunmakla görevli amigdala üzerinde de etkilidir. Bu nedenle, kortizol düzeyindeki azalma pasif korku duygusuna ve korku verici yaşantılara işlevsiz ya da yetersiz tepki vermeye yol açacaktır. Bu duruma, uzun dönem ihmal ya da istismar yaşayan ve/veya düzensiz bağlanma ilişkisine sahip bebeklerde sık rastlanır (Glaser 2000).

Bedensel düzeydeki stres tepkisinin özelliği, stres kaynaklarının türünden bağımsız olarak ortaya çıkan sabit bir tepki olmasıdır. Bu tepki, organizmanın, dengesini bozma tehlikesi taşıyan çevresel uyarana otonom sinir sisteminden yöneltilen "kaçma ya da savaşma" tepkisidir. Organizma, karşı karşıya kaldığı tehdit içeren durumlarla savaşmak ya da bu durumlardan uzaklaşmak yoluyla kendisini korumak zorundadır (Baltaş ve Baltaş 1990).

Stres karşısında, bedensel düzeydeki değişikliklerin tüm insanlarda aynı aşamalardan geçmesine karşın, psikolojik düzeydeki değişiklikler, kişilik ve çevre gibi bireysel koşullara bağlı birçok farklı nitelik gösterir. Stres tepkilerinde, mizaca ve önceki yaşantılara bağlı bireysel farklılıklar söz konusudur (Baltaş ve Baltaş 1990). Önceki yaşantılar, duyarlılık yaratarak, çocuğun bağlanma stilini belirleyerek, ve çocuğun herhangi bir yaşantıya verdiği anlamı şekillendirerek strese verilen tepkiyi etkiler. Bazı çocuklar stresin etkilerine karşı daha incinebilir/yatkın olurlar. Bu çocuklar genellikle, bakım veren kişiler tarafından zor mizaca sahip olarak algılanır ve tanımlanırlar (Glaser 2000).

Stres, Yükselmiş Kortizol Düzeyi, Hipokampus ve Bellek

Yüksek düzeydeki kortizol strese karşı oldukça gerekli bir tepki olmakla birlikte, zarar verici de olabilir. Stres, reaktif HPA aksına bağlı olarak yükselen kortizol düzeyi ve hipokampus hasarı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Glaser 2000).

Beynin temporal lobunun bir parçası olan hipokampus hem uzun süreli bellek hem kısa süreli bellek hem de işleyen bellek oluşumunda görev almaktadır. Aylar ve haftalar süresince öğrenilen yeni bilgiyi işler ve uzun süreli saklanması için serebral korteksin ilgili bölümlerine gönderir. Bu bilginin hatırlanıp yeniden kullanılması gerektiğinde işleyen bellek devreye girer. Hipokampusun sağ tarafı görsel-mekansal bellek ile ilgiliyken, sol tarafı sözel bellek ile ilgili işlev görür (Korkmaz 2000). Yüksek düzeyde kortizol

çocuklarda belleği olumsuz yönde etkiler.

Hipokampusta oldukça yoğun miktarda kortizol alıcısı bulunmaktadır. Bu alıcılar tarafından alınan yüksek düzeyde kortizol hipokampal nöronların erken dejenerasyonuna neden olur. Uzun süren yoğun stres sonrasında piramidal nöronlar ölebilirler (McEwen 1999).

Nörogörüntüleme çalışmaları, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı alan hastalarda bellek ile ilişkili beyin bölgelerinde anormallikler olduğunu ortaya koymaktadır. Bremner ve arkadaşları (1999), cinsel istismara uğramış, TSSB tanısı alan ve almayan kadınlarda çocukluk döneminde yaşanan istismar belleğinin nöral bağlantılarını incelemişlerdir. Çocuklukta yaşanan istismara ilişkin anıların, anterior frontal korteks, posterior singulat ve motor kortekste, artan kan dolaşımıyla ilişkili olduğu, bu ilişkinin TSSB tanısı almış kadınlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur. İstismar anıları, aynı zamanda medial prefrontal kortekste kan dolaşımında değişikliklerle bağlantılıdır.

Stresin yol açtığı işleyen bellek hasarları prefrontal kortekste nöronlar üzerindeki katekolamin alıcılarının yüksek düzeyde uyarılmasından kaynaklanmaktadır. Stres sırasında işleyen bellekteki hasarlar katekolamin salgılanmasını engelleyen ya da katekolamin alıcılarını tıkayan ajanlar tarafından giderilebilir (Arnstein 1999).

● Bağlanma ve İlişkili Nörobiyolojik

Değişkenler

Bağlanma, çocuk gelişiminin temelini oluşturur. Çocuk istismarı ve ihmalinin bağlanma süreci üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır.

Bağlanma kuramı, çocuğun kendisi için önemli olan diğerleri ile güçlü duygusal bağlar kurma gereksiniminin nedenlerini açıklarken, bu bağın yenidoğanların yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli ve gelişimsel açıdan işlevsel olduğunu vurgular. Bağlanma, çocukla birincil bakım veren kişi arasındaki fiziksel yakınlığı sağlayarak, çocuğun hem dış tehlikelerden korunmasına yardım eder, hem de onun çevreyi araştırma-

sı ve keşfetmesi için uygun koşulları yaratır. Yakınlık, çocuğun çevresini keşfetmede kullanabileceği güvenli bir temel ve tehlike karşısında korunabileceği 'sağlam bir sığınak' işlevi görür (Sümer ve Güngör 1999).

Çocuk herhangi bir rahatsızlık (acı, korku, açlık, üşüme vb.) hissettiğinde, bağlanma nesnesine yaklaşarak rahatsızlığının giderilmesini ve yatıştırılmayı bekler. Bu biyolojik bir içgüdüdür. Çocuğun bağlanma gereksinimine birincil bakım veren kişinin yanıt verme biçimine bağlı olarak benlik, başkaları ve sosyal ilişkilere yönelik bilgileri bütünleştiren ve işlemleyen içsel çalışan modeller şekillenir (Glaser 2000, Sümer ve Güngör 1999).

Bağlanma stilleri, güvenli, kaygılı/kararsız, kaçınan ve düzensiz olarak sınıflandırılmıştır. İstismar ve ihmal etkisinde kalan çocukların büyük çoğunluğunda düzensiz bağlanma gözlemlenmektedir (Carlson ve ark. 1989).

Güvenli bağlanma ilişkisinin önemli işlevlerinden biri gelişmekte olan beyni, doğum sonrası devam eden beyin gelişimi sırasındaki artan kortizol düzeyinin olası yıkıcı etkilerine karşı korumaktır (Glaser 2000). Bebeklerde, birincil bakım veren kişiyle bağlanma ilişkisi, HPA aksı aktivitesine karşı tampon görevi yapar. Nachmias ve arkadaşlarının (1996) yaptığı bir çalışmada, anneleriyle güvenli bağlanma ilişkisi olan 18 aylık çocukların, annelerinin yanındayken bir yabancıya yaklaşmasına korku tepkisi vermelerine karşın kortizol düzeylerinde artış olmadığı saptanmıştır. Tersine, güvensiz bağlanmış çocukların kortizol düzeyinde anlamlı bir artış görülmüştür. Bu çocuklarda, annenin aşırı müdahaleleri ve çocuğu yabancıya yaklaşmak üzere duyarsızca zorlaması yükselmiş kortizol tepkisine katkıda bulunmaktadır. Yabancı durum testinde, düzensiz bağlanmış çocukların en yüksek kortizol düzeyine sahip oldukları gözlenmiştir. Kreamer (1992), tarafından öne sürülen psikobiyolojik kurama göre biyojenik aminler güvenli ya da güvensiz bağlanmada aracı rol oynamaktadırlar. Ayrıca, bağlanma stili ile bebeğin kardiyak tepkileri arasında karmaşık bir ilişki söz konusudur. Güvensiz bağlanma ilişkisi olan bebek-

lerde/çocuklarda, kalp atışında yüksek düzeyde iniş çıkışlar saptanmıştır. Bağlanma sorunları, sağ beyin erken dönemde gelişen stresle baş etme sistemini olumsuz yönde etkilemektedir (Schore 2001).

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BEYİN ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ VE NÖROBİYOLOJİK STRES TEPKİLERİ

Beyin gelişiminin erken dönemlerinde yaşanan stres beyin üzerinde olumsuz etkiler bırakır. Çocuk istismarı ve ihmali, erken dönemdeki en önemli stres kaynaklarından biridir. Dolayısıyla, ihmal ve istismar ile nörobiyoloji ilişkisini inceleyen araştırmalar, stresin beyin üzerindeki etkisine odaklanmıştır.

İhmal, "yaşantı-bekleyen" olgunlaşma aşamalarında, çocuk beyininin gereksinim duyduğu uyarılardan yoksun kalmasına neden olur. İhmalin yol açtığı yoksunluk, hem stres tepkisine, hem de gelişimsel geriliklere neden olmaktadır. İstismara uğrama ise, beyin gelişimini "yaşantı-bağımlı" basamaklarda etkiler. Bu nedenle, erken bebeklik ve çocukluk dönemlerinde ihmal edilme ve örselenme, sonraki beyin işlevleri üzerinde potansiyel olumsuz etkiye sahiptir. İhmal ve istismar, çoğunlukla bir arada gitmektedir ve bu durum, çocuk için karşılaşılabileceği en olumsuz koşuldur (Glaser 2000).

HPA Aksı Tepkileri

Uzun süre devam eden istismar ve ihmal yaşantıları sırasında HPA aksında bozulmalar meydana gelir. Bu bozulmaların bir kısmı kortizol düzeyinde yükselme olarak, bir kısmı da normal kortizol düzeyinin korunması şeklinde ortaya çıkan koruyucu adaptasyon olarak kendini gösterir (Weiss ve ark. 1999).

Weiss ve arkadaşları (1999), çocukluk döneminde cinsel istismar yaşantısına ilişkin psikososyal ve nörobiyolojik etkenleri ele alan derleme çalışmalarında, erken dönem stresin HPA aksı üzerindeki etkisini özetlemiştir. Stres karşısında ortaya çıkan en belirgin fizyolojik tepki CRH

üretimi ve salgılanmasındaki artıştır. Artan CRH üretimi ve salgılanması, ACTH ve kortizol düzeyinin yükselmesine neden olur. Bu artışlar genelde kısa süreli ve geçici olur. Ancak, yaşamın erken dönemlerinde birey üzerinde etki eden akut stres kaynakları, adrenal ve pitüiter hipertrofinin eşlik ettiği, CRH ve ACTH'nin kronik olarak aşırı salgılanmasına neden olur.

Heim ve arkadaşları (2000), çocukluk döneminde yaşanan istismarın sonucu olarak HPA aksında ve otonomik sinir sisteminde, büyük olasılıkla CRH'nin aşırı salgılanmasına bağlı olarak, aşırı reaktivite oluştuğunu aktarmışlardır.

De Bellis ve arkadaşları (1994a), cinsel istismara uğramış 7-15 yaşları arasındaki kız çocukları üzerinde yaptıkları araştırmada, bu çocukların HPA aksında düzenleme bozukluğu olduğunu saptamışlardır. Bu bozukluk, normal kortizol salgılanması ve ekzojen CRH'ye karşı aşırı pitüiter tepkiyle ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda, yazarlar varsayımsal bir mekanizma öne sürmektedirler. Bu mekanizmaya göre önceki istismar yaşantılarından kaynaklanan stres, CRH'nin aşırı salgılanmasına yol açar ve bu duruma uyum sağlamak amacıyla HPA aksının etkinliği daha alt düzeye çekilecek şekilde yeniden düzenlenir.

De Bellis ve arkadaşlarının (1999), kötü muameleyle karşı karşıya kalan 18 çocuk üzerinde yürüttükleri çalışmadan elde edilen bulgular, örselenme nedeni ile TSSB gösteren çocuklarda, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, idrardaki serbest kortizol düzeyinin yükselmiş olduğuna işaret etmektedir.

Hipokampal Hacim

Travmatik stres, beyindeki kortizolün birincil hedef organı olan hipokampusun yapısını ve işlevlerini etkiler (Stein ve ark. 1997). Stres sırasında salgılanan kortizol hipokampal zedelenmeye neden olmaktadır. Doğrudan kortizol etkisi sonucunda, dendritik dallanmada azalma ve nöron kaybı meydana gelir. Kortizol, hücresel metabolizmayı aksamaya uğratarak etkisini gösterir ve hipokampal nöronların incinebilirliğini

arttırır. Ayrıca, artan miktarda ekstraselular (ör: glutamat) birikimine neden olur.

Erken gelişim dönemlerinde istismara bağlı travmatik stres sonucunda bazı beyin bölgelerinin hacminde normalin altında ya da üstünde sapmalar görülür. Dolayısıyla o beyin bölgesi tarafından yerine getirilen işlevlerde bozulma ve beyin gelişiminin olumsuz yönde etkilenmesi söz konusu olur (Bremner ve ark.1997).

Bremner ve arkadaşları (1997), magnetik rezonans görüntülemesine dayalı ölçümler kullanarak, çocukluk döneminde fiziksel ya da cinsel örselenme sonucunda TSSB gösteren bireylerde hipokampal hacimdeki değişiklikleri incelemiştir. Çalışmanın sonucunda, erken çocukluk döneminde istismara uğramış ve TSSB tanılı yetişkinlerde, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, sol hipokampal hacmin %12 oranında daha küçük olduğu saptanmıştır. Sol hipokampal hacmin küçük olması ile istismara ilişkin TSSB arasında anlamlı bir ilişki söz konusudur. Ayrıca, sol hipokampal hacim ile çocukluk dönemindeki örselenmenin süresi arasında korelasyon bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmakla birlikte, bu bireylerde kontrol grubuna göre, sağ hipokampal hacim de %5 oranında küçüktür. Kontrol grubu ve TSSB tanılı bireyler arasında, hacim büyüklüğü açısından karşılaştırılan diğer beyin bölgelerinde (kaudat, amigdala, sağ temporal lob) fark gözlenmemiştir.

Stein ve arkadaşları (1997), erken dönem travmatik yaşantılara bağlı olarak hipokampal hacmin küçülmesine ilişkin bulguların, çocukluk döneminde cinsel tacize uğramış kadınlar için geçerli olup olmadığını saptamak üzere bir çalışma yürütmüşler ve benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Cinsel istismara uğramış kadınlarda, özellikle sol hipokampal hacmin daha küçük (%5 oranında) olduğu saptanmıştır. Ayrıca, disosiyasyon ve TSSB ile ilişkili diğer belirtilerin şiddeti ile sol hipokampal hacim arasında bulunan ilişki anlamlı düzeydedir.

Bu bulgular, hipokampal hacim ile istismara bağlı travma sonrası psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir.

Katekolamin Tepkisi

Kandaki dopamin-beta-hidroksilaz (DBH) aktivitesi çocuklarda yaşla birlikte, özellikle de 2-3 yaşlarında, artış gösterir; 6 yaşından sonra pek artış görülmemektedir. İhmal ve istismarın zamanlaması (başlangıç dönemi ve süresi) kritik bir etmen olabilmektedir. Yaşamın ikinci ve üçüncü yılları, DBH aktivitesinde gerçekleşen değişiklikler açısından gelişimsel olarak kritik dönemlerdir.

Bu kritik dönemi göz önünde bulundurarak Galvin ve arkadaşları (1991), istismar ve ihmalin biyolojik bir sonucu olarak DBH düzeyindeki azalma varsayımını test etmişlerdir. DBH düzeyinde 6 yaşından sonra çok az değişim kaydedildiği için, örneklem 7-17 yaş aralığındaki erkek çocuklar arasından seçilmiş ve istismara/ihmale maruz kalınan dönem için kesme noktası olarak 36'ncı ay alınmıştır. Otuzaltıncı aydan önce maruz kalınan ihmal ve/veya istismarın, düşük DBH aktivitesi ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkide olduğu bulunmuştur. Otuzaltıncı ayda yaşanan ihmalin, DBH aktivitesi ile korelasyonunun istismara kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Stres, kontrol edilemediğinde, korku ve kaygı yaratır. Stres durumunda tepkilerin, bellek ve duyuların düzenlenmesinde görev yapan belirli beyin bölgelerinde (loqus seruleus, hipotalamus, hipokampus, amigdala, serebral korteks) norepinefrin (NE) miktarı artar. NE miktarındaki artış periferik sempatik sistem aktivitesini artırır. Norepinefrin, epinefrin ve dopamin gibi katekolaminlerin yoğunluğu idrarda ölçülebilmektedir. NE ve metabolitleri hem periferik sempatik sistemin, hem de merkezi aminojik sistemin işlevsel etkinliğini yansıtır. Bu bilgileri temel alarak, cinsel istismara maruz kalmış kız çocuklarında, işlevsel katekolamin aktivitesi ölçümlerini veren ilk araştırma De Bellis ve arkadaşları (1994b), tarafından yapılmıştır. Söz konusu çalışmada, yaşları 8-15 arasında değişen cinsel istismara uğramış kız çocukları (n=12) ve kontrol grubuna (n=9) ilişkin 24 saatlik üriner katekolamin ölçümü alınmıştır. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında cinsel istismara maruz kalan kız-

larda anlamlı olarak daha yüksek toplam katekolamin sentezi (E, NE, DA ve metabolitlerinin toplamı alındığında) olduğu görülmüştür.

Diğer Nörobiyolojik Tepkiler

De Bellis ve arkadaşları (1994a), magnetik rezonans görüntüleme yöntemiyle istismar öyküsü olan TSSB tanısı konmuş çocukların lateral ventriküllerinin ve çeşitli beyin yapılarının büyüklüğünü ölçmüşlerdir. Kontrol grubuna kıyasla, TSSB tanısı konmuş çocuklarda %7 oranında daha küçük serebral hacim olduğu görülmüştür. Korpus kollozumun özellikle posterior ve orta bölgelerinin daha küçük, lateral ventriküllerinin ve kortikal ve prefrontal kortikal serebrospinal sıvı hacminin daha geniş olduğu saptanmıştır. İstismar süresi ile lateral ventrikül hacminin olumlu yönde, toplam korpus kollozum alanının ise olumsuz yönde ilişkili olduğu da belirtilmiştir.

De Bellis ve arkadaşları (2000), istismar sonucunda TSSB tanısı konmuş çocuklar ve karşılaştırma grubu üzerinde anterior singulatta nöral bütünlükteki değişimi magnetik rezonans ölçümlerine dayanarak incelemişlerdir. Magnetik rezonans toplam N-asetilaspargat uyarısı nöral bütünlüğün işareti olarak ele alınır. N-asetilaspargat yoğunluğundaki azalma artan metabolizma ve nöron kaybıyla ilişkilidir. Travma sonrası stres bozukluğu tanısı almış çocuklarda, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, anterior singulat bölgede N-asetilaspargat düzeyinin düşük olduğunu saptamışlardır. Düşük N-asetilaspargat oranları anterior singulatta nöronal kayıp olduğunu düşündürmektedir. Elde edilen bulgular, çocukluk dönemi travma sonrası stres bozukluğunda nöronal kayıp olduğuna ilişkin bilgi vericidir. Ayrıca, istismara uğramış çocuklarda daha küçük serebral hacim bulunduğuna yönelik bulgular desteklenmektedir.

ERKEN DÖNEM STRES VE DEPRESYON İLİŞKİSİ

Erken dönemde maruz kalınan olumsuz yaşantı-

ların, yetişkinlikte ortaya çıkan kaygı ve duygudurum bozukluklarının gelişiminde önemli rol oynadığı ileri sürülmektedir (Heim ve ark. 2000). Yaşamın erken dönemlerinde yaşanan stres, major depresyonun etiolojisinde rol oynayan nörotransmitter sistemler ve beyin yapılarında uzun-dönemli değişimler yaratmaktadır (Kaufman ve ark. 2000). Çocukluk döneminde yaşanan stres ile yetişkinlikte kendini gösteren patolojik durumlar arasındaki ilişkide merkezi sinir sistemi (MSS) CRF sistemlerinin aracı olduğuna yönelik kanıtlar elde edilmiştir. CRF nöronları, yalnızca hipotalamusta değil, aynı zamanda bilişsel ve duygusal süreçlerde de etkisi olan neokorteks ve amigdalada da bulunmaktadır. Erken dönem stres sonucunda aşırı hareketlenen ve duyarlılık kazanan MSS CRF sisteminin, yetişkinlik döneminde oldukça hafif düzeydeki bir stres kaynağına bile yoğun tepki verir duruma gelmesi, kaygı ve duygudurum bozukluklarının ortaya çıkma riskini artırır (Heim ve ark. 2000).

Çocuklukta yaşanan stresin nörobiyolojik etkileri konusundaki çalışmalar, ileriki dönemlerde görülen depresyonun patofizyolojisini anlamak açısından da önem taşımaktadır. Çocukluk döneminde travmaya (fiziksel/cinsel istismar) maruz kalmış yetişkinlerin stres tepkilerinde süre giden kalıcı değişimleri insanlar üzerinde inceleyen ilk araştırma Heim ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır. Araştırmada, yaşları 18-45 arasında değişen 4 grup kadının (kontrol grubu / n1=12; çocukluğunda cinsel/fiziksel istismara uğramış, major depresyon tanısı alan kadınlar/ n2=13; çocukluğunda cinsel/fiziksel istismara uğramış, major depresyon tanısı almayan kadınlar/ n3=14; çocukluğunda istismar öyküsü olmayan, major depresyon tanısı alan kadınlar, n4=10), pitüiter-adrenal ve otonomik tepkileri incelenmiştir. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, çocukluk döneminde travmaya maruz kalan kadınların stres karşısında daha yüksek düzeyde pitüiter ve adrenal tepki gösterdikleri bulunmuştur. Bu etki, özellikle major depresyon tanısı almış olan kadınlar için daha belirgindir. Bu bulgular, çocukluk dönemi travmasına bağlı olarak HPA aksı ve otonomik sinir sisteminin aşırı düzeyde aktive olmasının, yetişkinlikte

kendini gösteren psikopatolojilere yönelik "yatkınlık"ı açıklamadaki önemini göstermektedir.

Gerek klinik, gerekse klinik olmayan örneklemeler üzerinde yapılan araştırmalar, istismar öyküsü bulunan çocukların, diğer çocuklara kıyasla depresif belirtiler gösterme olasılığının daha yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Bu araştırmalara güzel bir örnek, Kaufman'ın (1991), istismar yaşantısı olan 7-12 yaşları arasındaki çocuklarda (n=56), depresif bozuklukların sıklığını incelediği çalışmadır. Depresif bozuklukların, çocuk ve yetişkinlerde bilişsel ve nörofizyolojik anormalliklerle ilişkili olduğu bilindiğinden, örneklemde yer alan çocuklardan kortizol ölçümü alınmıştır. Araştırma sonucunda örneklem %18'inin major depresyon, %25'inin ise distimi tanı ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur. Ayrıca, depresyon tanısı konan çocukların büyük oranının; aynı zamanda distimi tanı ölçütlerini de karşıladığı gözlenmiştir. Major depresyon ve/veya distimi tanısı konan çocukların fiziksel ve duygusal istismar puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Kortizol ölçümünün de, çocuklarda depresyonun değerlendirilmesinde ilişkili bir etmen olduğu bulunmuştur. Beklendiği üzere depresif bozukluk tanısı alan çocuklar kortizol salınımı ve düzenleme bozuklukları göstermektedirler. Depresif bozukluklar için tanı ölçütlerini karşılayan çocukların, kortizol düzeylerinde olması gereken normal günlük düşüş gözlenmemiştir.

İstismar öyküsü olan depresif çocuklarda HPA aksı işleyişinde farklılıklar söz konusudur. Kaufman ve arkadaşları (1997), istismar geçmişi olan depresif çocuklarda HPA aksındaki bozulmaları incelemişlerdir. Bu çocuklarda, istismar öyküsü bulunmayan depresif çocuklar ve kontrol grubundaki akranlarına göre daha fazla ACTH salınımı olduğu bulunmuştur. Elde edilen bulgular doğrultusunda, erken dönem olumsuz yaşantıların major depresyonla ilişkili psikobiyojik bir değişken olarak ele alınabileceği vurgulanmaktadır.

Yaşamın erken dönemlerinde karşı karşıya kalınan örselenmenin sonucu olarak ortaya çıkan

nörobiyolojik değişimler, çocuklukta olduğu kadar yetişkinlik döneminde de depresif bozuklukların görülmesinde rol oynamaktadır. Weiss ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları derleme çalışmasında, erken dönem stresin (cinsel istismar), kadınlarda yetişkinlik döneminde kendini gösteren depresyon için risk oluşturmasında rol oynayan biyolojik ve psikolojik mekanizmalara değinilmektedir. Çalışmada özellikle, erken dönem stresin HPA aksı işlevleri üzerindeki uzun-dönem etkileri ele alınmıştır.

Erken dönem stresin beyindeki etkilerinin çalışılmasında sinir sistemi görüntüleme yöntemlerinin önemi giderek artmaktadır. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalin nörobiyolojik etkilerinin görüntülenmesinden sağlanacak en önemli bilgilenme beyin yapısı ve işlevine ilişkin boyutsal çalışmalarından elde edilecektir (Chen ve ark. 1999, Şenol 1996).

SONUÇ VE TARTIŞMA

Çocuk istismarı ve ihmali sosyal, psikolojik ve nörobiyolojik olmak üzere pek çok boyutu bir arada içeren bir sorundur ve bu nedenle de bu farklı boyutlar açısından araştırılmalı ve değerlendirilmelidir. Gelişimsel nöropsikolojinin temel ilkeleri, çocuklarda, istismar ya da ihmale bağlı olarak yaşanan travmayı anlamak açısından yol gösterici bir işleve sahiptir.

Duyusal ve algısal yaşantıları belirleyen dış uyaranlar, gelişimsel süreç içerisinde beynin yapılanmasında önemli rol oynarlar. Yaşamın erken dönemlerinde, beyin gelişimi, çevresel uyaranların etkisine oldukça açıktır. Dolayısıyla, nörobiyolojik gelişim, olası olumsuz çevresel etkenler nedeniyle tehdit altındadır. Kritik bir gelişim döneminde, istismar ve ihmali gibi, genetik olmayan bir risk etmeniyle karşılaşma, nörogelişimsel sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir. İstismar ve ihmale maruz kalan çocukların duyusal ve algısal deneyimleri, çoğu zaman, korku, tehdit, ketlenme ya da yoksunluk içerdiğinden, beyin yapılanması da bu deneyimlerin bir yansıması olacak ve bu çocuklarda, stres tepkisini ortaya çıkaran uyarılma sistemi aşırı etkin duruma

gelecektir. Travmatik stres nedeniyle, normal dışı düzeyde nörotransmitter ve hormon salınımı beyni kalıcı hasarlara yatkın duruma getirmektedir. Ergenlik ve yetişkinlik dönemlerine doğru da uzayan ve devam eden beyindeki bu değişimin, duygusal, bilişsel ve davranışsal işlevler üzerinde olası olumsuz etkileri söz konusudur. Bu nedenlerle, erken dönemde yaşanan stresin psikososyal sonuçlarını, nörobiyolojik etkilerle birlikte ele almak, çocuk istismarı ve ihmali sorununun daha bütüncül bir çerçeve içerisinde incelenmesini sağlayacaktır.

Ülkemizde, çocuk istismarı ve ihmalinin nörogeşimsel boyutları üzerine yapılmış olan herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Erken çocukluk döneminde karşı karşıya kalınan bu stres etminin biyopsikososyal gelişim üzerindeki etkilerini inceleyen nöropsikolojik çalışmalar, çocuk istismarı ve ihmali sorununa yönelik gerek koruyucu gerekse sağaltıcı yaklaşımların belirlenmesi açısından değer taşıyacaktır.

KAYNAKLAR

- Arnstein AE (1999) Development of the cerebral cortex: XV. Stress impairs prefrontal cortical function. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(2):220-222.
- Baltaş A, Baltaş Z (1990) Stres ve başa çıkma Yolları. Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Bornstein MH (1989) Sensitive periods in development: Structural characteristics and causal interpretations. *Psychol Bull* 105(2):179-197.
- Bremner JD, Narayan M, Staib LH ve ark. (1999) Neural correlates of memories of childhood sexual abuse in women with and without posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 156(11):1787-1795.
- Bremner JD, Randall P, Vermetten E ve ark. (1997) Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse - A preliminary report. *Biol Psychiatry* 41:23-32.
- Carlson V, Cicchetti D, Barnett D ve ark. (1989) Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Devel Psych* 25(4):525-531.
- Charney D, Deutch A, Krystal J ve ark. (1993) Psychobiological mechanisms of post-traumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 50:294-305.
- Chen CY, Zimmerman RA, Rorke LB (1999) Neuroimaging in child abuse: Mechanism-based approach. *Neuroradiology* 41:711-722.
- Clausen AH, Crittenden PM (1991) Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. *Child Abuse Negl* 15:5-18.
- De Bellis MD, Baum AS, Birmaher B ve ark. (1999) Developmental traumatology part I: Biological stress symptoms. *Biol Psychiatry* 45:1259-1270.
- De Bellis MD, Chrousos GP, Dorn LD ve ark. (1994a) Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls. *J Clinical Endocrinology Metabolism* 78: 249-255.
- De Bellis MD, Keshavan MS, Spencer J ve ark. (2000) N-Acetylaspartate concentration in the anterior singulat of maltreated children and adolescent with PTSD. *Am J Psychiatry* 157:1175-1177.
- De Bellis MD, Lefter L, Trickett PK ve ark. (1994b) Urinary catecholamine excretion in sexually abuse girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33(3):320-327.
- Galvin M, Shekhar A, Simon J ve ark. (1991) Low dopamine-beta-hydroxylase: A biological sequela of abuse and neglect. *Psychiatry Research* 39:1-11.
- Glaser D (2000) Child abuse and neglect and the brain-A review. *J Child Psychol Psychiatr* 41(1):97-116.
- Heim C, Newport DJ, Heit S ve ark. (2000) Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA* 284(5):692-697.
- Kaufman J (1991) Depressive disorders in maltreated children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30(2):257-265.
- Kaufman J, Birmaher B, Perel J ve ark. (1997) The corticotropin-releasing hormone challenge in depressed abused, depressed nonabused, and normal control children. *Biol Psychiatry* 42:669-679.
- Kaufman J, Plotsky PM, Nemeroff CB ve ark. (2000) Effects of early adverse experiences on brain structure and function: Clinical implications. *Biol Psychiatry* 48:778-790.
- Korkmaz B (2000) Pediatrik Davranış Nörolojisi. Emek Matbaacılık, İstanbul.
- Kraemer G (1992) A psychobiological theory of attachment. *Behavioral and Brain Sciences* 15:493-541.
- McEwen B (1999) Development of the cerebral cortex: XIII. Stress and brain development:II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(1):101-103.
- Nelson CA, Bloom FE (1997) Child development and neuroscience. *Child Dev* 68(5):970-987.
- Perry BD (1993) Neurodevelopment and neurophysiology of trauma I: Conceptual considerations for clinical work with maltreated children. *APSAC Advisor* 6(1):1-18.
- Perry BD, Pollard RA, Blakley TL ve ark. (1995) Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and use-dependent development of the brain: How states become traits. *Infant Mental Health Journal* 16(4):271-291.

Perry BD, Marcellus J (2001) The impact of abuse and neglect on the developing brain. *Colleagues for Children* 7: 1-4.

Shore AN (2001) The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant J Mental Health* 22:201-269.

Stein MB, Koverola C, Hanna C ve ark.(1997) Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychol Med* 27:951-959.

Sümer N, Güngör D (1999) Çocuk yetiştirme stillerinin bağlanma stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi* 14(44):35-60.

Şenol S (1996) Çocuk ve ergenlerdeki nöropsikiyatrik bozukluklarda sinir sistemi görüntülemesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 3(1):46-51.

Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM (1999) Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry* 156:816-828.

ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİ

7. ERGEN SEMPOZYUMU

“TRAVMA VE GENÇLİK”

TARİH: 17-19 EKİM 2002

YER: İZMİT KOCAELİ

GRAND OTEL MARMARA

DÜZENLEME:

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERNEĞİ ERGEN KOMİSYONU

BİLGİ İÇİN:

Tel: 0262 233 59 80 – 256

Fax: 0262 233 59 61

E-mail: atkarakaya@veezy.com

GÖRÜŞLER

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), hem diğer branşlardaki hekimler hem de toplum tarafından giderek daha fazla tanınmaya başlayan ve son zamanlarda olasılıkla medyanın ilgisini en çok çeken çocuk psikiyatrisi bozukluklarından biridir. Ancak ne yazık ki çeşitli basın yayın organlarında bu konu ile ilgili yer alan haberler ciddi içerik hataları ile dolu olabilmektedir. Hastalarımızdan aldığımız geri bildirimler, medyada yapılan tıbbi tartışmaların ne kadar yanlış çıkarımlara yol açabileceğini bize bir kez daha göstermiştir. Esas üzüntü veren ve kaygılandıran şey ise spekülasyon bir takım haberlerin, bu konunun uzmanı olan bir hekime danışılmadan ve nasıl zararlı sonuçlara yol açabileceği göz önüne alınmadan yayınlanmasıdır.

Hipertansiyon daha iyi bilinen bir hastalıktır ve DEHB'na benzer tarafları vardır, bu nedenle iki bozukluğun arasındaki benzerlikten yola çıkılırsa DEHB ile ilgili iddiaların uygunsuzluğu daha iyi anlaşılacaktır. Hipertansiyonun da etiolojisi tam olarak bilinmemektedir, ancak bu bozukluğun ne kadar sık görülen bir bozukluk olduğunu ve varlığını inkar etmemiz mümkün değildir. Ayrıca hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar tam şifa sağlamazlar fakat yüksek kan basıncının kişiye verdiği subjektif rahatsızlık hissinden (çarpıntı, baş ağrısı...vs) kurtarırlar ve kalp yetmezliği, böbrek hasarı, serebrovasküler olay gibi komplikasyonların gelişmesinden korurlar. Hastaların bunları uzun yıllar boyunca her gün, günde bir ya da iki kez almaları gerekir; yani, alındıkları saatler içerisinde etkilidirler. Ancak kendisine hipertansiyon teşhisi konulan akli başında hiçbir kimse "bu bir bozukluk değil ya da bu ilaçlar gerçekte beni tedavi etmiyor, bunları almayacağım" demez; ya da basında bunu iddia eden haberler çıkmaz.

Basında aldatıcı, yanlış bilgilendirici bir takım haberler çıktığı açıktır. Ancak bundan da önem-

lisi bizlerin ne kadar hassas ve dikkatli davranmamızdır. Çünkü kliniklere başvurduğunda çocuğuna bu tanı konulmuş fakat ne bozukluk ne de tedavisi ile ilgili kendisi ile ayrıntılı görüşülmemiş, bilgilendirilmemiş birçok anne-baba, dışarıdan gelecek yalan-yanlış bilgilere daha açık olacaktır. Yani daima göz önünde bulundurulması gereken en önemli noktalar, "doğru tanı konulması" ve "ailenin ayrıntılı bilgilendirilmesi"dir. Diğer bozukluklarda olduğu gibi doğru tedavi için doğru tanı gereklidir. Ailelerden, medyadan, diğer meslek gruplarından en sık gelen eleştiri, "aşırı tanı" konulduğu yönündedir. Stimülanlar oldukça etkili ve etkisi hemen başlayan ilaçlar oldukları için hekimlerin daha kolay bu tanıya koymaya başlamış olmaları mümkün olabilir ve bu yöndeki eleştirilerde bir miktar haklılık payı olabilir. Bu bağlamda, tanılarımızı koyarken gösterdiğimiz hassasiyet, eleştirilere karşı en etkili cevap olacaktır.

Stimülanların kısa dönemde etkin oldukları birçok çalışmayla gösterilmiştir. Uzun dönemde de etkileri yeni çalışmalarla anlaşılmış ve etkin oldukları bulunmuştur. DEHB'lu çocuklarda stimülanların tedavi amaçlı kullanımının her hangi bir bağımlılık geliştirme riski yoktur! İleriye dönük çalışmalara göre, DEHB olan çocukların yaklaşık %70-85'i ergenlikte belirtilerin tamamını göstermektedir. Tedavi almamış ergenlerde davranım, duygudurum ve anksiyete bozuklukları, antisosyal özellikler ve madde kullanımı, aile çatışmaları, bilişsel ve psikososyal ve akademik işlevlerde bozukluk daha sık görülür. Bu veriler yeterli tedavi almamış çocukların ergenlikte madde bağımlılığı riskinin arttığına işaret etmektedir. Yani, stimülanların tedavide kullanılmaları (iddiaların tam aksine) ile madde bağımlılığı riskinin azalması söz konusudur.

DEHB'nun, en etkin olarak tedavi edilebilen ço-

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 9(1) 2002

cukluk çağı bozukluklarından biri olduğu düşünülmemektedir. Tedavisi kolaydır ve tedavi için en etkili dönem okul çağının ilk yıllarıdır. Ancak DEHB tedavi edilmediği takdirde çocuğun ya da gencin yapısal zorluklarından kaynaklanan davranış sorunları ve okul başarısızlıkları devam edecektir. Çevresinden olumsuz eleştiriler alma riski artacaktır. Bütün bunlar çocuğun ya da gencin ikincil sorunlar geliştirmesine yol açacaktır. Yani okul başarısızlıkları ileride iş yaşamındaki başarısızlıklara; arkadaş ve aile ilişkilerinde yaşadığı sorunlar da ileride sosyal ilişkilerinde hatta evlilik yaşamında sorunlar yaşamasına yol açabilecektir. Yine depresyon, davranım bozukluğu gibi ek başka psikiyatrik bozukluklar gelişmesi söz konusu olacaktır.

Tedavinin başarısında başta öğretmenler olmak üzere diğer meslek dallarından kişilere ve aileye de önemli görevler düşmektedir. Bütün bozuklukların tedavisinde amaç, çocuğun yaşam kalitesini yükseltmektir (görme kusuru varsa gözlük takmak, böbrek yetmezliği varsa diyalize girmek gibi) ve her anne-babanın çocuğundaki rahatsızlıklar ve onların tedavisi ile ilgili doğru bilgi alma hakları vardır. Toplumun yanlış bilgilendirme, ne yazık ki en fazla çocukların, yani geleceğin yetişkin bireylerinin zarar görmesi ile sonuçlanacaktır.

Prof. Dr. Ayla Aysev

YENİ YAYINLARDAN ÖZETLER

Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Geller DA, Biederman J, Faraone SV ve ark. (2002) *Attention-deficit / hyperactivity disorder in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: fact or artifact? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 41(1):52-58.*

Bu çalışmada Obsesif Kompulsif Bozukluğu (OKB) olan çocuk ve ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) varlığının komorbidite ya da OKB'daki obsesyonel düşünceler ya da anksiyete sonucunda olup olmadığı incelenmiştir.

Son çalışmalarda OKB olan çocuk ve ergenlerin %30'unun DEHB belirtileri taşıdığı söylenmektedir. Bilindiği üzere bu iki hastalığın tedavisi birbirinden farklıdır. OKB tedavisinde kullanılan Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri DEHB tedavisinde, DEHB tedavisinde kullanılan stimülanlar da OKB tedavisinde yarar sağlamamaktadır. Bu nedenle iki hastalığın doğru olarak tanımlanması, komorbid tanı alan çocuk ve ergenlerin başarılı bir şekilde tedavi edilmesine de olanak sağlayacaktır.

Bu amaçla daha önceden pediatrik psikofarmakoloji programlarında izlenmiş olan 297 hasta arasından DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konan 121 hasta (67'si yalnız DEHB, 54'ü ise DEHB ile birlikte OKB) seçilmiştir. Çalışma sonucunda DEHB ya da DEHB ile birlikte OKB'ü olan hastalar; ortalama yaş, belirtilerin dağılımı, başlangıç yaşı, psikososyal durum özellikleri bakımından karşılaştırıldıklarında iki grup arasında fark olmadığı bulunmuştur. OKB olanlarda DEHB belirtilerinin henüz OKB belirtileri ortaya çıkmadan önce var olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak; yazarlar OKB ile birlikte DEHB varlığının komorbidite olduğunu ve her iki bozukluğun birlikte bulunduğu çocuk ve ergenlerin tedavilerinin de kombine ilaç tedavisi şeklin-

de olması gerektiğini söylemektedirler.

İnt. Dr. Yüksel Ürün

Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon: Olumlu-Olumsuz Duygulanım Modelinin Testi

Lİ-Ching SM, Wrebok G (2002). *Anxiety and depression in children: a test of the positive-negative affect model. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 41(4): 419-425.*

Bu çalışmanın amacı Watson ve arkadaşlarının duygulanım ile ilgili geliştirmiş oldukları iki faktörlü modelin okul çağı çocuklarına uygulanabilirliğinin araştırılmasıdır.

Depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki birçok araştırmacı tarafından araştırılmıştır. Üniter görüş bu iki ruhsal bozukluğun basit bir birliktelik içinde olduğunu belirtirken, çoğulcu görüş bu iki bozukluğun ayrı değerlendirilmesi gerekliliğini savunmaktadır. Watson ve arkadaşları depresyon ve anksiyete ayırımına yardımcı olan Olumlu Duygulanım (PA) ve Olumsuz Duygulanım (NA) iki-faktör modelini geliştirmişlerdir. NA: üzüntü, kaygı, korku, uyku bozukluğu; PA: kendine güven, neşe, enerjik olma şeklinde tanımlanmıştır. NA'nın depresyon ve anksiyete ile doğru; PA'nın ise ters ilişkili olduğunu savunmuşlardır.

Bu çalışmada okullardan rasgele seçilen 624 öğrenciye 3.sınıfta ve 6.sınıfta iken depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilgili 36 maddelik öz-bildirim ölçeği uygulanmıştır. Watson ve arkadaşları PA ve NA'nın birbirinden bağımsız olduğunu ve yüksek NA ya da düşük PA olan erişkin hastalarda depresyon gelişme oranının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmanın sonuçları ise benzer bulunmamıştır. Üçüncü sınıfta iken yüksek NA gösteren 105 çocuktan 24'ünde 6. Sınıfa geldiklerinde depresyon gelişmiştir. Düşük PA gösteren 31 çocuktan ise 8'inde depresyon gelişirken, hem yüksek NA hem de düşük PA

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 9(1) 2002

gösteren 18 çocuğun 11'inde depresyon gelişmiştir. NA ya da PA göstermeyen 470 çocuğun 64'ünde depresyon gelişmiştir. Başka bir deyişle yüksek NA ve düşük PA'ı birlikte gösteren çocuklarda depresyon gelişme riski bunlardan herhangi birini gösterenlerden yaklaşık 5 kat, herhangi birini göstermeyenlerden ise 10 kat daha fazla olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak Watson tarafından erişkinler için geliştirilmiş olan iki-faktör modelin çocuklarda uygulanabilir olmadığı; aynı zamanda çocuk ve erişkinlerin duygularını ifade etme şeklinin aynı olmayabileceği göz önünde bulundurularak erişkinler için belirlenen duygu semptomatolojisinin çocuklara uygulanmadan önce uyarlanması gerektiğini belirtmektedirler.

İnt. Dr. Süleyman Karateke

Çocukların Mental Sağlığının Gelişimi İçin Postpartum Depresyon Hedeflenmeli midir?

Mc Lennan JD, Offord DR (2002) Should postpartum depression be targeted to improve child mental health? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 41:28-35.

Postpartum depresyonun prevalansı oldukça yüksek olup (%8-15) tespiti kolaydır ve ucuz tarama yöntemleriyle yapılabilmektedir. Bu amaçla en yaygın olarak Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeği kullanılmaktadır. Postpartum depresyonun çocuğun erken dönemlerinde gelişimi üzerinde etkili olma riski vardır. Postpartum depresyonun çocuklar üzerindeki etkisi yapılan tedaviler ile değişebilmektedir. Ancak postpartum depresyon ve etkilenen çocuklar arasındaki ilişki net olarak belirlenmemiştir. Ayrıca uygulanacak girişimin riskleri üzerinde çalışılmamıştır. Postpartum depresyona yönelik koruyucu girişimlerin düzenlenmesi düşünülebilir, ancak koruyucu girişimlere ayrılan bütçeler sınırlı olduğundan, bu girişimler başlamadan önce ayrıntılı değerlendirilmesi gereklidir.

Bu yazıda; postpartum depresyonun çocuğun mental gelişiminde olumsuz bir etken olup-olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Postpartum depresyonu hedeflemenin uygunluğunu araştırmak için ölçütler önerilmiştir. Yazarlara göre, hedef etken yani postpartum depresyon, 1) olumsuz sonuca yol açan bir etken olmalıdır, 2) olumsuz sonuç için yüksek risk taşımalıdır, 3) değiştirilebilir olmalıdır ve 4) tarama yöntemleriyle kolayca belirlenebilmelidir. Yapılacak olan girişimler ise 5) yaygın olarak kullanılabilir, 6) yan etki riski düşük olmalıdır, 7) konunun uzmanları tarafından kabul edilebilir olmalıdır. Çocukların zihinsel ve ruhsal gelişimi için gereken koruyucu girişimler için belli bir hedef etkeni değerlendirirken bu 7 ölçütün göz önüne alınması gerektiği öne sürülmüştür.

Araştırmanın sonucunda, postpartum depresyonun, yukarıda belirtilen ölçütlerin bir çoğunu karşılayan bir durum olduğu belirtilmiştir. Birinci ölçüt için, postpartum depresyonun çocukların ilerideki işlevleri açısından risk oluşturduğunu gösteren bir çok kanıt ortaya konmuştur. İkinci ölçüt için, postpartum depresyonun oldukça sık olduğu belirtilebilir. Üçüncü ölçüt karşılanmaktadır, çünkü depresyonun tedaviye iyi yanıt verdiği bilinmektedir. Dördüncü ölçüt açısından, depresyonun kendini değerlendirme ölçekleri ile kolayca taranabildiği belirtilmiştir. Yedinci ölçüt açısından böyle bir koruyucu girişime toplum desteği olacağı beklenebilir. Ancak bu ilişkiler tam değildir. Postpartum depresyonun çocukları ne derecede etkilediği tam olarak ortaya konamamıştır. Depresyon tedavisinden sonra tedaviye dirençli ve tam düzelmeyen bir hasta kesimi vardır. Genel depresyonun taranması kolay olsa da, kronik olguların tanınması zor olabilir. Ayrıca koruyucu girişimlerin olası olumsuz sonuçları ile ilgili yeterli bilgi bulunmamaktadır.

Tüm bu durumlar göz önünde tutularak, yazarlar postpartum depresyonun koruyucu girişimler açısından uygun bir hedef olup olmadığının daha ayrıntılı araştırılması gerektiğini belirtmişlerdir.

İnt. Dr. Nurhan Erdoğan

Psikiyatrik Bozukluk ve Agresyonu Olan Ergenlerde Yordayıcı Risk ve Koruyucu Etkenler

Vance JE, Bowen NK, Fernandez G ve ark. (2002). *Risk and protective factors as predictors of outcome in adolescents with psychiatric disorder and aggression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 41(1):36-43.*

Psikiyatrinin temel amacı tanısal sendromları belirlemek ve belirtileri azaltmak olsa da, agresif gençlerde belirtileri tedavi etmenin davranışsal sonuçları düzeltmede yeterli olup olmadığı tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Agresif gençlerde tedavi etkinliği gözden geçirildiğinde, çoklu risk etkenlerini hedef alan çok yönlü yaklaşımlara oranla dar açılı tedavi yaklaşımlarında olumlu değişikliklerin daha kısa sürdüğü gözlenmektedir. Bu ve benzeri yaklaşımlar daha popüler olmaya devam ederken, başka etkenlerin de çocukluk çağı agresyonunun devam etmesini ya da düzelmesini etkileyebileceği düşünülmektedir. Gelişimsel sonuçların birçok bireysel ve çevresel etkenlere bağlı olduğu gösterilmiştir. Bu tür araştırmalar genel olarak çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarının ortaya çıkışında risk etkenlerinin önemli rolü olduğunu savunur. Diğer taraftan bazı çocuklar birçok risk etkeni varlığında bile olumlu davranışsal sonuçlara ulaşmıştır. Bu tür çalışmalar psikososyal koruyucu etkenlerinde var olabileceğini düşündürmektedir. Agresyon ve psikiyatrik bozukluk oluşumunda risk etkenlerinin kötü prognoz işareti olduğu bilinmesine karşın koruyucu faktörlerin risk faktörleri varlığında nasıl bir sonuca işaret edeceği gösterilememiştir. Bu çalışma, koruyucu etkenlerin risk etkenlerine göre, risk ve koruyucu etkenlerinde psikiyatrik belirtilere göre sonuç açısından daha yordayıcı olup olmadığını araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Kuzey Carolina'da belirgin agresyonu ve eşlik eden nörolojik ya da psikiyatrik bozukluğu olan 18 yaş altı gençleri rehabilite etmek amacıyla oluşturulmuş olan Willie M. Programı'na 15 Temmuz 1999 tarihinden önce alınan gençlerden 337 tanesi tam bir sene arayla psikiyatrik belirtiler, risk ve koruyucu etkenler ve davranışsal iş-

lev açısından değerlendirilmiştir. Sonuçta psikiyatrik belirtilerin, davranışsal işlev ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Bunun yanında davranışsal işlevi anlamlı olarak etkileyen geçmişe ait 3 risk etkeni (olumsuz annebaba-çocuk ilişkisi; okul öncesi agresyonun varlığı ve erken okul çağında agresyonun varlığı), şu anki 1 risk etkeni (düşük IQ), geçmişe ait 2 koruyucu etken (olumlu annebaba-çocuk ilişkisi ve okul çağı sırasında çalışan bir annebaba varlığı), şu anki 5 koruyucu etken (akademik ve non-akademik problem çözme yeteneği; yüksek okuma derecesi; beğenilirlilik, empati, eğlence anlayışı gibi kişilik özellikleri; aile desteği, tehlikeden uzak duran arkadaş varlığı) bulunmuştur. Risk ve koruyucu etkenler kendi aralarında karşılaştırıldığında bu çalışma önceki çalışmaların aksine koruyucu etkenlerin davranışsal sonuçları etkilemede daha yordayıcı olduğunu ortaya koymuştur.

Sonuç olarak yazarlar, bu gençlere yaklaşımda risk etkenlerinin ortadan kaldırılmaya çalışılması yanında koruyucu etkenlerin de tasarlanması önemini vurgulamaktadırlar.

İnt. Dr. Barış Durukan

Obstetrik Komplikasyonlar ve Şizofreni Riski

Thomas V H, Dalman C, Gentz J ve ark. (2001) *Obstetric Complications and Risk Of Schizophrenia. Br J Psychiatry, 179:409-414.*

Şizofrenide risk etkeni olarak rol oynadığı düşünülen obstetrik komplikasyonlar sıkça çalışılmış çevresel etkenlerdendir. Ancak obstetrik komplikasyonu olan birçok bebekte şizofreni gelişmemekte ya da şizofreni hastalarının çoğunda da bu tür komplikasyon öyküsüne rastlanmamaktadır. Bu nedenle obstetrik sorunlarla ilişkili riskin belli bir grup şizofreni hastası üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı bireysel obstetrik komplikasyonların çoğunlukla erkek cinsiyetinde, tanı yaşı erken olanlarda ve annede psikoz öyküsü bulunan kişilerde şizofreni riskini arttırdığı varsayımını araştırmaktır.

Çalışma grubu Stockholm'daki hasta kayıtların-

dan elde edilmiştir. Ocak 1971-Haziran 1994 tarihleri arasında şizofreni tanısı konan hastalar çalışmaya alınmış ve yaş, cinsiyet, doğduğu hastane ve doğduğu bölge açısından eşleştirilmiş bir kontrol grubu oluşturulmuştur. Toplam 524 şizofrenik hasta ve 1043 kontrol grubu üzerinde çalışılmıştır.

Doğum kayıtları arşivden kopyalanmış ve kod numaraları verilerek randomize bir şekilde ebelerle verilmiştir. Doğum komplikasyonu olarak belirlenen bilgiler şöyle gruplanmıştır: doğumun 12 saatten uzun ya da kısa sürmesi, prezentasyonun normal ya da anormal olması, kordon dolanması olup olmaması, fetal kalp hızının normal ya da anormal olması, doğumda asfiksi olup olmaması, preeklampsi olup olmaması, doğum kilosunun 2500'ün altında ya da üstünde olması, doğumdaki baş çevresinin 32 cm'in altında ya da üstünde olması, bebeğin SGA olup olmaması. Annedeki psikotik hastalık bilgisi de 1971-1996 arası ulusal hasta kayıtlarından elde edilmiştir.

Çalışmaya katılanların % 67'si erkek olup ortalama tanı yaşı 24,7 (9-34) olarak bulunmuştur. Annede psikotik hastalık öyküsü kontrol grubuna göre hasta grubunda daha fazla bulunmuştur. Doğumda asfiksi, preeklampsi, baş çevresinin 32 cm'den küçük olması, SGA'lı olma, 37 haftadan önce doğum, artmış şizofreni riskiyle ilişkili bulunmuş olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Tanı alma yaşıyla doğum süresinin 12 saatten uzun olması arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç olarak bu çalışmada cinsiyet, tanı yaşı ya da annede psikoz öyküsünün doğum komplikasyonlarıyla ilişkili olarak şizofreni riskinde tutarlı bir ilişki bulunamamıştır. Daha geniş hasta ve kontrol grupları üzerinde ileri çalışmalar yapılmasına gereksinim vardır.

Int. Dr. Ali Kavas

TEZ TANITIMI

Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Çocuklarda Beyin Kan Akımının İncelenmesi ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklar ile Karşılaştırılması: SPECT Kullanılarak Yapılan Karşılaştırmalı Bir Çalışma

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı. 100 sayfa, 135 kaynak, Ankara, 2001.

Bu çalışmanın amacı, çocukluk başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk (OKB) olan hastalarda beyin kanlanmasını ve dolayısıyla beyin işlevlerini araştırmaktır. Erişkin olgularla yapılan çalışmalar sonucunda OKB'un nöropsikiyatrik modelleri gelişmeye başlamış ve oldukça önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Diğer bir çok nörogeşimsel bozukluk gibi (örneğin Tourette bozukluğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu) Obsesif Kompulsif bozukluğun da, prefrontal'den başlayan fronto-striatal devreler (circuits) ile ilişkili olduğuna dair çok sayıda veri vardır. Görüntüleme çalışmaları (SPECT, PET, fMRI) tutarlı olarak üç bölgede kan akımı, metabolizma ya da aktivasyon değişikliği olduğunu göstermektedir: Prefrontal korteks (özellikle orbitofrontal bölge), Striatum (özellikle kaudat nükleus başı) ve Anterior singulat. Bir çok araştırmacı bu üç bölgenin OKB'da hiperaktif bir devre oluşturduğunu iddia etmiştir.

Erişkin olguların yarıya yakınının çocuk-ergen döneminde başlaması, fizyopatolojik mekanizmayı aydınlatmaya yönelik çalışmaların bu dönemde yapılmasının önemli olduğunu düşündürmektedir. Ulaşılabilen yazında çocuk yaş grubunda OKB hastaları ile yapılmış bir işlevsel görüntüleme çalışmasına rastlanmamıştır.

Çocuk hastalar üzerinde yapılan bu araştırmanın, hastalığın nörobiyolojik mekanizmasının ve fizyopatolojisinin anlaşılmasına katkıda bulunacağı ve gelecekte yapılacak daha kapsamlı çalış-

malar için yol gösterici olabileceği düşünülmektedir. Çünkü, erişkin olgulardan farklı olarak, veriler hastalığın yaşla birlikte değişen seyrinden ve alınan tedavilerden etkilenmemiş olacaktır.

Çalışma, son 1 sene içinde AÜTF Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalar arasından seçilen, 6-14 yaş aralığında olan 15 OKB ve 15 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olgusu üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu yaş grubunda sağlıklı çocuklara Single Photon Emission Tomography (SPECT) uygulamak etik olarak sakıncalı olabileceği için normal kontrol grubu kullanılamamıştır. Bu nedenle kontrol grubu olarak DEHB olan çocuklar seçilmiştir. Kontrol grubu olarak DEHB seçilmesinin bir diğer nedeni, her iki bozukluktaki patolojinin de fronto-striatal devrelerle ilişkili olduğunun düşünülmesidir.

Bütün olgulara yazılı aydınlatılmış onam verilmiş ve yalnızca gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir; ayrıca, çalışma için Etik Kurul onayı alınmıştır. Çalışmaya alınma ölçütleri, mental retardasyon bulunmaması, nörolojik bir hastalığının olmaması, yaygın gelişimsel bozukluk tanısı almamış olması, psikoz belirtileri göstermemesi, duygudurum bozukluğu tanısı almamış olması, madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı öyküsü olmaması, yeme bozukluğu tanısı almamış olması ve hiç psikotrop ilaç kullanmamış olması ya da en az 4 haftadır herhangi bir psikotrop ilaç kullanmıyor olmasıdır.

Her iki tanı da DSM-IV tanı ölçütlerine göre iki ayrı klinisyen tarafından konulmuştur. Tüm olgulara nörolojik muayene ve nörolojik silik bulguların muayenesi (Neurological Examination for Subtle Signs - NESS) yapılmış, belirti ağırlığını saptamak amacıyla OKB grubundaki çocuklara Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Children Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, CY-BOCS) verilmiştir. Beyindeki kanlanma farklılıkları, SPECT yöntemiyle değerlendiril-

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 9(1) 2002

rilmiştir.

İstatistiksel hesaplamalar esnasında $p < 0.05$ olan değerler anlamlı olarak kabul edilmiştir. Her iki grubun SPECT filmlerinden elde edilen bulgular karşılaştırılırken "cinsiyet" ve NESS muayenesinden elde edilen "taraf seçimi" de kovaryant alınarak kovaryans analizi kullanılmıştır. İlgili beyin bölgesinin kanlanması tüm kortekse oranlanarak normalleştirme yapılmış ve karşılaştırmalar yapılırken bu oranlar kullanılmıştır.

Sağ prefrontal bölgede iki grup arasında anlamlı fark tespit edilmiş ve bu bölgede ölçülen beyin kan akımının DEHB olgularında OKB olgularına oranla daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0.02$). Ayrıca, sağ temporal korteks kanlanmasının da DEHB olgularında OKB olgularına göre anlamlı olarak daha düşük olduğu gözlenmiştir ($p=0.05$). Seçilen beyin bölgesi aynı taraf kortekse oranlandığı zaman da yine sağ prefrontal bölgede anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.05$).

Beyin asimetrisinin azalmasının, DEHB grubunda NESS puanlarının yükselmesiyle; OKB grubunda ise CY-BOCS obsesyon puanlarının yükselmesiyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Beyin asimetrisindeki farklılıkların, şizofreni, disleksi, Tourette bozukluğu, Otizm gibi başka psikiyatrik bozuklukların etiyojisinde de yer alabileceğini düşündürülen veriler vardır. Normalde var olması gereken beyin asimetrisinin azalması ya da kaybolmasının "nörogelişimsel" fronto-striatal bozukluklara yatkınlık yaratıyor olabileceği öne sürülmektedir. Farklı psikiyatrik bozukluklardaki beyin asimetri değerlerinin incelenmesinin, araştırılmayı hak eden bir konu olduğunu düşünmekteyiz.

Araştırmanın en önemli bulgularından birisi, OKB grubu ile DEHB grubu arasında "sağ prefrontal" bölgede anlamlı düzeyde bölgesel kan akımı farklılığının bulunmuş olmasıdır. DEHB grubunda OKB grubuna göre anlamlı düzeyde azalmıştır. Bu durumda 3 olasılık vardır: OKB grubunda sağ prefrontal bölgede kanlanma artışı vardır, DEHB grubunda aynı bölgede kanlanmada azalma mevcuttur ya da her ikisi de söz konusudur. Her 3 olasılık da önceki yazınla uyumludur. DEHB olgularında prefrontal bölge-

de kanlanma azalması olduğunu, buna karşın bu bölgenin kanlanmasının OKB olgularında artmış olabileceğini belirten birçok çalışma bulunmaktadır. Çalışmamızda, OKB olgularında prefrontal bölgede göreceli kanlanma artışı bulunması, erişkin OKB hastalardan elde edilen verileri destekler niteliktedir. Ayrıca, tüm olarak ele alındığında beyin görüntüleme çalışmaları DEHB'da sağ taraf prefrontal-bazal ganglion devrelerinde anormallik olduğuna işaret etmektedir. Sonuç olarak, hem farklılığın "prefrontal bölge"de bulunması hem de kanlanmanın OKB olgularında "artmış" DEHB olgularında azalmış bulunması önceki araştırmalar ile uyumludur.

İki grup arasında anlamlı fark gösteren bir diğer bölge temporal bölgedir. Ancak her iki bozuklukta da bu bölge ile ilgili diğer beyin bölgelerine göre daha az bilgiye rastlanmıştır.

Çalışmaya kontrol grubunun dahil edilememiş olması ve SPECT yönteminin çözünürlüğü düşük bir beyin görüntüleme yöntemi olması çalışmanın başlıca kısıtlılıklarını oluşturmaktadır. Ancak bizim bilgilerimize göre bu çalışma pediatrik yaş grubunda OKB'ü inceleyen ilk işlevsel görüntüleme çalışmasıdır ve çocukluk döneminde bu bozukluğa özgü kan akımı değişikliklerinin incelenmesi, bozukluğun yaşla birlikte değişen seyrinden ve alınan tedavilerden etkilenmemiş olacağı için özellikle önem taşımaktadır. Daha geniş örneklemeler üzerinde ve daha sofistike görüntüleme yöntemleriyle gerçekleştirilen, normal karşılaştırma gruplarının kullanıldığı çalışmaların gelecekte sayısının artması, bir çok psikiyatrik bozukluğu daha iyi anlayabilmemizi sağlayacaktır.

Uzm. Dr. Pınar Öner

HABERLER

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA ANNE BABA VE ÖĞRETMEN EĞİTİMİ SEMİNERLERİ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite ve Özel Öğrenme Güçlüğü Derneği tarafından Ankara'da düzenlenen anne baba ve öğretmen eğitimi seminerleri 22 Ocak-30 Nisan 2002 tarihleri arasında Vakıfbank Genel Müdürlüğü konferans salonunda halka açık ve ücretsiz olarak yapılmıştır. Onbeş günde bir salı günleri saat 12:00-14:00 arasında ve toplam 8 hafta olmak üzere yapılan seminerlerde Uzm.Dr.Özlem Erman tarafından aile ve öğretmenlere DEHB'nun tanıtımı (tanım, belirtilerin tanıtımı, farklı yaşlardaki görünümü, sıklığı, nedenleri, tanı süreçleri), DEHB'da tedavi yöntemleri (ilaçlar, bireysel terapiler ve diğer yaklaşımlar), çocuğa özel tedavi planı, okulda ve evde uygun ortam oluşturulması, olumlu davranışları destekleme, özel zaman uygulaması, okulda ve evde davranış sorunlarıyla başetmede temel prensipler, kural koymak, etkili yönerge vermek, ödül ceza ve puan sistemi, DEHB belirtileri ile okulda başetme yöntemleri, davranış bildirim formları ve diğer teknikler, ev ödevleri, ders çalışma yöntemleri, motivasyon teknikleri, dikkati arttırmaya yönelik çalışmalar, evde ve okulda uygulanabilecek oyunlar, aktiviteler, kardeş ve arkadaşlarla ilişkiler, sosyal becerilerin geliştirilmesi, benlik saygısının artırılması konularında bilgiler verilmiştir. Seminerler süresince 1000'den fazla kişiye ulaşılmış ve yoğun istek üzerine eğitim seminerleri 7 Mayıs-11 Haziran 2002 tarihleri arasında tekrarlanmıştır. Toplam 6 haftalık bu ikinci programa konuşmacı olarak Prof. Dr. Ferhunde Öktem, Uzm. Dr. Hakan Erman, Uzm. Psk. Betül Gündoğdu ve Uzm. Dr. Özlem Erman katılmışlardır. Dernek yönetim kurulu tarafından bu toplantıların her yıl 2 kez tekrarlanmasına karar verilmiştir.

Uzm. Dr. Özlem Erman

HALİME ODAĞ PSİKANALİZ VE PSİKOTERAPİ VAKFI RUH SAĞLIĞI EĞİTİMİ, HAFTA SONU SEMİNERLERİ

Dinamik psikiyatrik yaklaşım yönünde temel kuramsal bilgilerin aktarılması ve olguların tartışılması üzerine temellendirilmiş olan bu seminerlerin ilk ikisi "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi" ve "Gelişim ve Psikopatolojiler" alanlarını içermekteydi. 16-17 Şubat 2002 tarihleri arasında olan ilk seminerde Prof. Dr. Bahar Gökler, "Kendilik: Gelişim-Psikopatoloji", Doç. Dr. Celal Odağ, "Bazı Kimlik Sorunları", Doç. Dr. Füsün Çuhadaroğlu "Psikososyal Gelişim Dönemleri" ve Prof. Dr. Ayşen Baykara "Çocuk ve Ergenlere Özgü Bazı Seminerler" başlıklı konuları işlediler. Katılımcılar tarafından hazırlanıp getirilen olgular yine aynı eğiticiler eşliğinde 4 ayrı kümede tartışıldı. İkinci seminer 4-5 Mayıs 2002 tarihinde gerçekleştirildi. Kuramsal bölümünde Doç. Dr. Celal Odağ tarafından "Psikoseksüel Gelişim Evreleri", Prof. Dr. Ayşen Baykara tarafından "Çocuk ve Ergenlerin Değerlendirilmesi", Prof. Dr. Bahar Gökler tarafından "Anoreksiya Nervosa", Prof. Dr. Cahide Aydın tarafından "Pika, Ruminasyon ve Diğer Yeme Bozuklukları" başlıklı konular ele alındı. Yine 4 ayrı kümede, her bir eğitici ile bir kez olgu tartışabilecek biçimde, olgu sunumları düzenlendi. Ülkemiz psikiyatri ve çocuk ve ergen psikiyatrisi alanlarına yeni bir soluk, yeni bir devinim getiren bu bilimsel etkinliklerin sürekliliğinin sağlanması ilke olarak benimsendi.

Dr. Bahar Gökler

XII. ULUSAL ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KONGRESİ

XII. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından 15-17 Mart 2002 ta-

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 9(1) 2002

rihleri arasında İstanbul'da düzenlendi.

İlk gün açılış konuşmasının ardından düzenlenen "Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Etik" başlıklı panelde etik kavramı, çocuk ve ergen psikiyatrisinde karşılaşılan etik zorluklar ve çözüm yolları gözden geçirildi. Aynı gün "Ergenlik Çağı Sorunları ve Tedavileri" konulu panelde ergenlerde psikiyatrik değerlendirme süreci, değerlendirme ve tedavide anne babanın rolü tartışıldı. "Yaygın Gelişimsel Bozukluklar ve Tedavideki Son Yaklaşımlar" panelinde; yaygın gelişimsel bozukluklarda ayırıcı tanı zorlukları, yaygın gelişimsel bozuklukları değerlendirme yöntemleri, nörobiyolojik gelişmeler ve tedavideki psikofarmakolojik yenilikler aktarıldı. Ayrıca kongrenin diğer günlerinde Dr. Lawrence Scatchill ve Dr. Muhammed Ghaziuddin tarafından yaygın gelişimsel bozuklukların tanısı, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve farmakolojik tedavide son gelişmelerin anlatıldığı konferanslar verildi. Dr. Ahmet Göğüş'ün sunduğu "İlaç Etkileşimleri" konferansında psikiyatride kullanılan ilaçların diğer ilaçlarla olan etkileşim mekanizmaları, etkileşimler sonucunda karşılaşılabilecek sorunlar ve bu sorunları önleme yolları aktarıldı.

"Çocuk ve Ergenlerde Psikodinamik Terapiler ve Uygulama Alanları" adlı panelde klasik psikanalitik kuram, nesne ilişkileri kuramı ve kendilik psikolojisi kuramının temel kavramları, bu kuramlara ilişkin psikodinamik terapiler ve bu terapilerin uygulama alanları klinik örnekler üzerinden tartışıldı. Kongrede ayrıca özel öğrenme güçlüklerinin ve davranım bozukluklarının tanısı ve tedavisi, obsesif kompulsif bozukluk ve Tourette Sendromunun tedavisi, çocuk ve ergenlerde SSRI, antipsikotik ilaçlar, bilişsel terapiler ve aile terapilerinin kullanım alanlarına ilişkin paneller ve konferanslar düzenlendi.

Çok sayıda serbest bildirinin sunulduğu kongrede bu yıl Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi Ödülünü "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin Bir Test Bataryası Geliştirme Çalışması" adlı yazısıyla Dr. Eyyüb Sabri Ercan ve arkadaşları kazandılar.

Dr. Devrim Akdemir

7.GAZİ PSİKİYATRİ GÜNLERİ "İN-TERAKTİF SEMPOZYUMU"

Her yıl olduğu gibi, bu yıl da nisan ayının ilk haftasında (4-7 Nisan 2002) düzenlenen interaktif sempozyum, kongre düzenleme kurulu başkanı Prof. Dr. Erdal Işık'ın açılış konuşmasını izleyen onur konuklarına plaket verilmesi ve ardından Ankara Devlet Operası sanatçılarının verdiği açılış resitali ile başladı. "Şiddet, terör ve psikiyatri" konulu açılış panelinde terörün, teröristin tanımları yapıp terörün psikolojik etkileri üzerinde duruldu. Cinsel uyarılma ve istek bozukluklarıyla cinsel ağrılar ve tedavilerini içeren "cinsel işlev bozuklukları" panelini yeni kuşak antipsikotik ilaçların etkilerini, endikasyon alanlarını ve ilk seçim alanlarını konu alan "şizofreni tedavisinde antipsikotikler: mit ve gerçekler" konulu panel ve de "depresyon tedavisinde antidepressifler: mit ve gerçekler" başlıklı panel izledi.

Daha sonra geçen yıl da olduğu gibi çocuk ve erişkin psikiyatristlerinin ortaklaşa katıldıkları, "çocukluktan erişkinliğe yeme bozuklukları" ve "seperasyon anksiyetesinden erişkin anksiyete bozukluklarına" konulu panellerle otizm, asperger bozukluğu, dezintegratif bozukluk, çoklu karmaşık gelişimsel bozukluk ve tüm bunların erişkin psikozundan farklarını ele alan "yaygın gelişimsel bozukluk ve erişkin dönemdeki görünümleri" konulu panellerle sempozyum devam etti. Türkiyedeki bağımlılıkla ilgili çalışan hekimlerin katıldığı bağımlılık grubu toplantısı ile PAUD tarafından düzenlenen ve "Asistan gözüyle asistan-öğretim üyesi ilişkileri" konulu toplantının yanı sıra ilaç firması destekli uydu toplantılar da sempozyumda yer aldı.

Her üç akşam da katılımcıların biraraya geldiği yemeklerde ünlü sanatçıların konserleri yanında, meslektaşlarımızın bizzat katıldığı ödüllü yarışmalar oldukça ilgi çekici oldu.

Dr. Yasemen Taner

BAHAR SEMPOZYUMLARI VI

Psikiyatri derneğinin yıllık toplantısı olan Bahar Sempozyumlarının altıncısı 24-28 Nisan 2002 tarihlerinde Antalya'da yapıldı. Florence Quartier Frings, Jean Mathieu Lacroix, Soli Sorias gibi yabancı konuşmacıların katıldığı sempozyumda bilimsel konuların yanı sıra psikiyatri topluluğun gündeminde olan bazı güncel konularda da tartışma ve bilgi alışverişinde bulunuldu. Toplantı süresince altı ayrı çalışma grubu yer aldı: "Klinik disiplinler içinde genetiğin önemi ve kullanımı" çalışma grubu Nurten Akarsu yönetiminde, "Klinik görüşme" çalışma grubu Florence Quartier Frings ve Jean Mathieu Lacroix yönetiminde, "Psikiyatri için beyin bilimlerine giriş" Dr. Murat Rezaki yönetiminde, "Bilimsel makale yazma ve yayımlatma" Hasan Herken ve Berna Uluğ yönetiminde, "Temel nöropsikolojik işlevler ve değerlendirme yöntemleri" Başaran Demir, "Evlilik terapisi" Mehmet Sungur yönetiminde gerçekleşti. Ayrıca Nasuh Mahruki, Murathan Mungan gibi oldukça farklı mesleklerden konuşmacıların konferansları da etkinliğe farklı bir renk kattı. "Asistan karneleri" ile ilgili bilgi alışverişinde bulunuldu ve bu durumun getireceği olumlu gelişmeler üzerinde duruldu. Sempozyum, Araştırma Projesi Teşvik ödülü, Araştırma Ödülü ve Duygudurum Bozuklukları Araştırma Ödülünün dağıtılması ile sona erdi.

Dr. Pınar Öner

ÖĞRENCİ KONGRESİ (21.YÜZYILDA ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN BEKLENTİ VE SORUNLARI)

Hacettepe Üniversitesi Gençlik Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin (HÜGAM) ve Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin düzenlediği "21.Yüzyılda Üniversite Öğrencilerinin Beklenti ve Sorunları" başlığını taşıyan "Öğrenci Kongresi" 13-14 Mayıs 2002 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Kültür Merkezinde yapıldı. HÜGAM gençlik dönemine özgü sorunları araştırmaya, belirlemeye ve çözüm üretmeye yönelik çalışmalarda bulunmak üzere Hacettepe Üniversitesinin

çeşitli bölümlerinin katılımı ile kurulmuş bir merkezdir. Bünyesinde bilimsel etkinlikler, araştırma-planlama, danışmanlık hizmetleri ve toplumsal-kültürel hizmetler olmak üzere 4 çalışma grubu bulunmaktadır.

Gençlik sorunlarının ele alınmasını sağlamak, gençler arasındaki etkileşimi artırmak amacı ile Hacettepe Üniversitesinde ilk kez düzenlenen kongre, öğrencilerin çabası ve katılımı ile gerçekleşti. Eğitim, sosyal-kültürel olanaklar ve yaşam koşulları, sağlık alanlarındaki öğrenci bildirimleri iki gün boyunca iki ayrı salonda sunuldu. Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu başkanlığında yapılan "Genç olmak sorun mu, umut mu?" başlıklı panelde öğrenciler hem umutsuzluklarını hem de umutlarını dile getirdiler. Kongrenin ikinci paneli olan "Değişen Dünyada Türk Gençliği" Milliyet gazetesi yazarı Abbas Güçlü, TRT Program yapımcısı ve sunucusu Seynan Levent ve Dr.Ersan Çetiner'in katılımı ile yapıldı. Öğrenci bildirimleri ve panellerin yanı sıra Güzel Sanatlar Fakültesi Seçmeli Dersler bölümünün halk oyunları gösterisi, Türk Halk Müziği, Türk Sanat Müziği dinletileri, Konservatuvar bölümünün klasik müzik dinletisi ve klasik müzik korosu, farklı öğrenci klüplerinin sunum ve gösterileri kongrenin coşkusunu pekiştirdi. Bu sene birincisi yalnız Hacettepe Üniversitesi bünyesinde yapılan öğrenci kongresinin daha sonraki senelerde diğer üniversitelerin katılımıyla zenginleşeceği inancını taşımaktayız.

Dr. Berna Pehlivan Türk

ERGENLİK DÖNEMİ VE ERİŞKİNLİKTE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU SEMİNERİ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite ve Özel Öğrenme Güçlüğü Derneği tarafından "Ergenler ve Erişkinlerde DEHB" konusunda, 2 Haziran 2002 tarihinde, Ankara'da Başkent Öğretmenevi'nde tam günlük, halka açık ve ücretsiz bir seminer düzenlenmiştir. Oturum başkanlığını Prof. Dr. Ferhunde Öktem'in yaptığı ve yaklaşık 400 kişinin izlediği toplantının sabah bölümünde Yrd.

Doç. Dr. Eyyüb Sabri Ercan ve Uzm. Dr. Özlem Erman ergenlik döneminde DEHB belirtileri, tanı ve tedavisi konusunda ; öğleden sonra bölümünde ise Uzm. Dr. Bedriye Öncü ve Psk. Şenay Önmez erişkinlerde DEHB belirtileri, tanı, ayırıcı tanı, tanıya yardımcı olan testler ve tedavi yöntemleri konularında bilgi aktarmışlardır.

Dr. Özlem Erman

DONALD COHEN'İ HATIRLARKEN

Onunla ilgili bir yazıyı dergi için hazırlamam istendiğinde bunun ne denli zor olduğunu düşündüm, ne yapacağımı, nasıl yazacağımı bilemedim. Doç. Dr. Melda Akçakın IACAPAP Bulletin'in ona ayrılmış olan sayısını bana kaynak olarak verdi. Bunu elimde tutmak, resmini görmek bile, aslında kabul etmediğim bir yas süreci ile yüzleşmemi başlattı. Uzakta olunca insanların hala yaşadığını, bir gün gene onları görebileceğini hayal etmek çok kolay. Dostları, iş arkadaşları, öğrencileri onunla nasıl tanıştıklarını ve çalıştıklarını yazmışlar. Ben de buradan başlamayı düşündüm.

Onunla 1983 yazında tanıştım. Tıp fakültesi 4. sınıfı bitirmiştim ve Yale Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Bölümünde 2 aylık bir yaz stajı yapmaktaydım. Yale'de olmam bir tesadüftü, Yale Child Study Center'dan da hiç haberim yoktu. Tıbbiyenin ilk üç yılını mutsuz ve umutsuz geçirmiştim. Hala tıbbi hiç sevmediğimi düşünüyordum. Pediatri, çocuklarla çalışmak için tek coşkulu yönüydü benim için. Çocuk hekimi olmak istediğimi düşünüyorum, başka hiçbir şeye ilgi duymuyordum. Psikiyatry olmayı hiç düşünmüyordum ancak pediatri içinde de çocukların gelişimleri, için psikososyal boyutu beni çekiyordu.

Beni ona kim gönderdi hatırlamıyorum. Hastanede birisi bana onun adını vermiş olmalı. Daha Yale Child Study Center'ın bölüm başkanlığına geldiği ilk yılmiş. Bana hemen randevu verdi. Kim olduğunu ve bundan sonraki yaşamımda ne denli önemli olacağını hiç bilmiyordum. Elbette ki şimdikinden çok gençti. Bir Woody Allen filminden çıkmış olabileceğini düşündüm. Beni merakla karşıladı. Amerikalılar genelde

Türkiye ile ilgili sorular sormuyorlardı. Oysa o, hem Türkiye'nin nerede olduğunu, Atatürk'ü, Kurtuluş savaşını, Kıbrıs meselesini biliyor ve soruyordu. Türkiye'deki çocuk psikiyatrisinin durumu onu çok ilgilendiriyordu. Ne aradığımı sordu. Çocuk hekimliği içinde kendi meraklarına, gelişime, çocukların psikososyal boyutuna ait bir alan olup olmadığını aradığımı söyledim. Bana konuşmam, tanışmam, izlemem gereken bir kaç isim verdi. Sonra da bunun zor bir yol ancak bir hayal olmadığını, çok istersem her yolun açılacağı söyledi. Burada benim gibi bir yabancıya eğitim olanağı olabilir mi diye sordum. Yanıtını tam olarak anımsamıyorum. Bundan yıllarca sonra aklımda kalan ve beni yüreklendiren "hoşgeldin" diyen gülümsemesi olmuş. Sonradan öğrendim, Tevrat'ta şöyle bir bölüm var: "Yabancıya dost olmalısın. Çünkü sen kendin de Mısır ülkesinde bir zamanlar yabancıydın."

Onunla ikinci karşılaşmam 1991 yılında oldu. Tıbbiyeyi, mecburi hizmeti, çocuk sağlığı ve hastalıkları ihtisasımı bitirmiş, Yale Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Bölümü Gelişimsel ve Psikososyal Pediatri alanında üst ihtisas yapmak üzere oradaydım. Programımın Child Study Center ile ortak bir program olduğu ve Dr. Cohen ile görüşüp bilgi almam gerektiği söylendi. Gene hemen randevu verdi. Artık çok daha büyük bir departmanı, çok daha büyük bir odası vardı. Onun artık dünyanın en ünlü çocuk psikiyatristleri arasında olduğunu biliyordum, o belki de en önemli liderlerdendi. Beni hatırlamıştı. "Geri geldin" dedi. "Üstelik buraya geldin. Eminim bu senin için hiç kolay olmadı. Sana buranın en iyisini sunmalıyız." Ve bilgisayarının başına geçti. Yaklaşık 10 dakikada benim öykümü, kim olduğumu özetleyen, beni tanıtan bir mektup yazdı. Sonra altına bu mektubun dağılması gereken isimler. Buna inanmadım. "Bu isimlerden randevu al" dedi. "Seni sen gidene kadar tanımış olacaklar. Mektubu ben göndereceğim." Daha sonra bana bir plan yaptı. Psikanalize girmelisin, bunu Anna Freud'un en yakın arkadaşı yapmalı, kendisi burada onu seveceksin, Alice Colona. Klinik süpervizyonunu ise Phyllis Cohen yapmalı, eşim." Psikanalize girmedim ama Phyllis Cohen hocam oldu, her hafta gidip hastalarımı

anlattığım, bana bitmek bilmeyen ilgisi ve derin bilgeliği ile yol gösteren, kendimi ve onları anlayabilmem için bana destek olan hocam.

Olanaklar gerçekten baş döndürücü idi. Bana hep şunu söylüyordu, buraya gelmen kolay olmadı, dönüşün de zor olacak, sana en iyisini vermeliyiz. Orada verilen ve bana uygun olan tüm dersleri programda işaretledi. Hepsini almalıydım. Bir tanesi kendi dersiydi.

Dersin adı "The Life Cycle," yaşam döngüsü. Dr. Cohen bunu o zamanlar Dr. Fred Volkmar ile birlikte veriyordu. Yaklaşık 30 kişilik bir dersane, çoğu psikiyatri ve kimisi pediatri öğrenciler var. Biz sandalyelerde oturuyoruz ancak görüşmenin yapılacağı kişiler ile aynı düzlemde bu sandalyeler, yani bir podyum, sahne yok. En başından başlanıyor. Gebelikten. Bir gebe ve Dr. Cohen'i hatırlıyorum, haftalar sonra bir bebek ve babası, sonra iki yaşlarında bir çocuk ve ailesi, aylar geçiyor, farklı farklı insanlar geliyor karşımıza ve yaşam döngüsü şekilleniyor kafamızda. Ders başladığında hep aynı büyü sarıyor odayı. Sadece o insanlar ve Dr. Cohen var odada sanki, biz yok oluyoruz, sadece o kişiler, çocuk ve ailesi canlanıyor ve işte o anda neden bir deha dediklerini anladığım kişiye anlatıyorlar, tüm öykülerini. Ve sonra o deha kalkıyor bize anlatıyor, o dönemin özelliklerini. O zaman düşünmüştüm, insanları o ortamda bile böyle dinleyebilen, onları o ortamda bile güvende tutan ve kendilerini ifade edebilmelerini sağlayan bir deha olması.

Onunla çok yakın çalışan arkadaşım Ami Klin, Asperger sendromu olduğunu düşündükleri bir çocuğu değerlendiriyordu. Bizler ise aynanın arkasından izliyorduk. Çocuk odada birşey arıyordu. Dr. Cohen şöyle dedi, "çocuğun neyi aradığı belli, ya o (Ami'yi göstererek), ya o neyi arıyor?" Bu anı bana onun hocalık dehasını anlatıyor. Hepimizi ne denli aklında tutabildiğini, hepimizi ne denli merak ettiğini.

Hepimizin pek çok hocası olmuştur. Ancak gerçek hocalık, gerçek dostluk sanırım "akılda tutmak" ile olmakta. Eğer hocanın aklındaysan, o ve öğretisi de senin aklına girer. Eğer onun aklında olmadığını hissedersen o ve öğretisi senin

içinde değil, boşlukta bir yerdedir, ulaşamadığını, ulaşamayacağını hissettiğin bir yerde. IACAPAP Bulletin'da Dr. Linda Mayes şöyle yazmakta, "hepimizi aynı anda aklında tutma kapasitesi vardı ve bunun yanında hepimizle bize özgü ilişkiler sürdürme kapasitesi. Bizimle ilişkisi bilimsel biyografilerimizi şekillendirdi ve hepimiz başlangıcımızda ve gelişmemizde onun insancıl ve yardımsever eli olduğu için daha iyi klinisyen ve daha iyi bilim adamıyız."

Onu en son 2001 Mayıs ayında gördüm. Çok hastaydı ancak tedavi aralarında mutlaka çalışıyordu. Karşımda 1983'te oturduğu gibi oturup tekrar Türkiye'ye, bu sefer Ankara'ya ne kadar gelmek istediğini, bunun hayal olmadığını, İsrail'den dönerken uğrayabileceklerini, Telaviv'den doğrudan uçuş olduğunu anlattı. Tüm yaptıklarımı sordu. Dünya çocukları için neler yapmak istediğini, Child Study Center'ın nasıl hep uluslararası bir merkez olması için çalıştığını, nasıl böyle kalmasını istediğini anlattı. Hastalığı o odanın büyüğü ile yok oldu. Son anına kadar çalıştığı ve insanlara yardım ettiği yazıyor IACAPAP Bulletin'da.

Ölümünü hemen haber verdiler. Hemen bu yasa kendimce katıldım, pek çok telefon ettim, pek çok mektup yazdım. Ancak uzakta olunca ölümü kabul etmek gereksiz geliyor. Nasılsa artık bu kişi benim günlük yaşamımda yer almıyor, onun öldüğünü unutabilirim demişim herhalde. IACAPAP Bulletin'ı elime aldığımda bunca acıyı hissettiğime göre. Bu dergiden onun özgeçmişini, çocukluğundaki merakları, gittiği okulları, yazarı olduğu ve basılmış 493 makalesi olduğunu ve bir şey daha öğrendim. Dr. Cohen artık yaşamıyor ve öğrencileri ve dostları onun adını, hayallerini yaşatmak için seferberlik içindeler.

Damadı Dr. Andres Martin, William Faulkner'in şu sözleri ile başlamış yazısına:

*Yas ve hiç arasında
Yası seçerim.*

Donald Cohen'i hatırlarken çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları dünyasının bu büyük yasını paylaşmaktayım.

Dr. İlgı Öztürk Ertem