

İÇİNDEKİLER

Önyazı

Bize Emanet Çocuklar	87
T.Türkbay	

ARAŞTIRMA YAZILARI

İlköğretime Başlama Yaşı ile Ruh Sağlığı Sorunlarının İlişkisinin Araştırılması	91
Uğur Ç, Sertçelik M, Gül H, Saday Duman N, Kına S, Erdoğan G, Gürkan CK, Günay Kılıç B	

Mersin’de Suça İtilen Çocuklarda Psikiyatrik Değerlendirme; Ön Çalışma	101
V. Yıldırım, S. Güneş, M.A. Sungur, F. Toros	

Bir Eğitim Araştırma Hastanesine Başvuran Obsesif-Kompulsif Bozukluk Tanılı

Çocuk ve Ergenlerin Klinik ve Demografik Özellikleri	111
S.D. Tunas, Z. Göker, G. Dinç, Ö. Hekim Bozkurt, E. Güney, Ö.Ş. Üneri	

OLGU SUNUMLARI

İkili Antipsikotik Kullanımına Bağlı Gelişen Priapizm: Bir Olgu Sunumu	125
N. Ak, H. Akköprü, I. Görker	

Çocukluk Çağında Epilepsi ile İlişkili Psikiyatrik Bozukluklar: Bir Olgu Sunumu	129
F.B. Ayvaz, P. Yurtbaşı	

Kleine-Levin Sendromu Tedavisinde Metilfenidatla Başarılı Yanıt: Bir Olgu Sunumu	134
Ü. Akyol Ardic, E.S. Ercan	

Ketiapin Tedavisinden Fayda Gören Tardif Diskinezili Bir Ergen Olgu	137
Ö.F. Akça, S. Yılmaz	

Ergenlik Döneminde Katatoni İle Giden Psikotik Bulgulu Depresyon Olgusu	141
B. Atar, Ö. Kardeş, N.B. Özbaran, S. Köse, T. Bildik	

GÖZDEN GEÇİRME

Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Olgularda

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Varlığında Metilfenidat Kullanımı	147
Ü. Akyol Ardic, E.S. Ercan	

Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Uyku Problemleri	155
S. Türkoğlu	

TERAPİ KÖŞESİ

Bilişsel Davranışçı Terapide Temel Kavramlar:

Bir Teknisyen Olarak Terapistin Malzeme Çantasına Genel Bakış	169
V. Görmez	

ARAŞTIRMA PLANLAMA

Klinik Önemlilik Göstergesi Bir Ölçüt: NNT	177
S. Kılıç	

Görüşler

İngiltere Deneyimi	179
V. Görmez	

Anne-Babalar Neden Çocuklarının Dışadönük Olmasını İsterler ?!

Bir Kitabın Çağrıştırdıkları.....	183
T. Türkbay	

Haberler	189
-----------------------	------------

Gelecekteki Kongre ve Toplantılar	191
--	------------

ÖNYAZI

BİZE EMANET ÇOCUKLAR

Ülkemizde yaşanan terör olayları veya görev sırasında yaşanan elim kazalar sonrası Türk Silahlı Kuvvetleri ve Emniyet Teşkilatından güvenlik görevlileri şehit olmaktadır. Ülke bütünlüğü ve bizlerin güven içinde yaşamamız için mücadele göstermiş ve canını feda etmiş bu insanların evlatları bizlere emanettir. Devletimizin şehit emaneti olan bu çocuklar için yasal düzenlemeleriyle ve güvenlik birimlerinin teşkilatları çerçevesinde oluşturduğu dayanışma vakıflarıyla yaraları saran ve destekleyici girişimleri yanında, çocuk ve ergen psikiyatri birimlerinin bu çocuklara yardım konusunda öncelik tanınması ve destek olması önemlidir. Bu çocuklar travmanın olumsuz etkileri, uzamış yas tepkileri, yaşam şekillerinde farklı bir örüntü ve çevre tutumlarındaki tutarsızlıklarla karşımıza gelebilmektedir.

Topraklarımızda tarih boyunca yetimlere yönelik neler yapıldığına göz atmakta fayda var. Osmanlı İmparatorluğunun 19. yüzyılın sonlarından itibaren girmiş olduğu savaşlardan yenilgiyle çıkması, 1877-1878 Osmanlı-Rus Savaşı ve Balkan Savaşı sırasında ve sonrasında Türk unsurların önemli bir kısmının Anadolu'ya göçtüğü bilinmektedir. Bu savaşlar neticesinde yetim sayısında önemli bir artış olmuş ve şehit olanların çocuklarının barındırılması devlet için büyük problem oluşturmuştur. İlk önlem olarak yetimler Darülacezeye ve leyli sultanilere (yatılı lise) yerleştirilmiş, fakat devletin iradesi dışında gerçekleşen göçler ve şehit yetimlerinin artması, devleti yeni arayışlara sevk etmiştir. İşte bu nedenlerle sadece şehit çocuklarını barındırmak için "Darüleytamlar" oluşturmuştur. Arapça ev, yer anlamına gelen "dâr" ve yetimler anlamındaki "eytam" kelimesinin birleşmesinden oluşan darüleytam; yetim evi veya yetimhane anlamında kullanılmıştır. Darüleytamlar yalnızca yetimleri barındırıp, korumak gibi bir amaçla sınırlı kalmamış, bunun yanında onları eğiterek, birer zanaat öğretmek meslek sahibi yapıp onların istikballerini güven altına alma gayesini de gütmüştür. Darüleytamlar genellikle Birinci Dünya Savaşı'nda ülkeyi terk etmek zorunda kalan İngiltere, Fransa ve İtalya'nın boşalttığı binalarda kurulmuştur. Ancak 1918 Mondros Mütarekesi'nden sonra İtilaf devletlerinin İstanbul'u işgali üzerine Darüleytamlara tahsis edilmiş olan binalar eski sahipleri tarafından geri alınca ilaveten imkânsızlıklar nedeniyle İstanbul'dakilerin çoğu kapanmıştır. Anadolu'daki Darüleytamların ise TBMM Hükümeti'nin himayesinde varlıklarını devam ettirdiğini biliyoruz. 1924 yılında Tevhid-i Tedrisat Kanunu ile Maarif Vekâletine bağlanmıştır (Özkan 2006). Darüleytamlar 1926 yılında Mecliste kabul edilen 931 sayılı altı maddelik bir kanunla tamamen kapatılmıştır.

Ayrıntı olacağını bilmeme rağmen, Darüleytamların eğitim sisteminden biraz da olsa bahsetmemenin haksızlık olacağı kanaatindeyim. Darüleytamların kendine özgü bir eğitim sistemi vardı: 4-6 yaş arası anasınıfında, 7-12 yaş arası iptidai (ilkokul) sınıflarda, 13-17 yaş arası ise sanayi sınıflarında eğitim görüyordu. Sanayi mekteplerinde çocukların başarılı olması için, hocaları onları ödül ve ceza sistemiyle teşvik ediyordu. Örneğin derslerinde iyi olanlara 'yeşil tahsin (aferin) bileti', sanatında iyi işler çıkaran öğrencilere de ustaları 'kırmızı tahsin bileti' veriyordu. Bu biletler, talebelere yılsonundaki sınavlarda ahlak ve bilgi notu olarak ekleniyordu. Darüleytamlardaki eğitim sistemi bunlarla sınırlı

değildi. O dönemde birçok şehit çocuğu, Maarif Nezareti (Eğitim Bakanlığı) adına Avrupa'ya tahsile gönderilmiştir. Genelde Almanya'ya gidip sanayi, madencilik ve ziraat gibi alanlarda uzmanlaşmaları planlanmıştır (Çetinkaya 2013).

Şimdiki adıyla Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü olan (2011'deki yasal değişiklikle) bir önceki adıyla Çocuk Esirgeme Kurumu olan kuruluşun tohumları Himaye-i Etfal Cemiyetidir. 1917'de İstanbul'da kurulan "Himaye-i Etfal" adlı ulusal dernek ile aynı nitelikte bir dernek olarak 30 Haziran 1921'de Ankara'da kurulan Himaye-i Etfal Cemiyeti, 1981 yılında dernek statüsünden çıkarak "devlet kurumu" haline gelmiştir (Wikipedia 2016). Modern bir sosyal hizmet fikriyle 30 Haziran 1921 yılında hizmete başlayan Türkiye Himaye-i Etfal Cemiyeti, yurt içinde ve yurt dışında hızla teşkilatlanmak üzere şubeler açmıştır. 30 Haziran 1921 tarihli Karar Defteri'nin ilk sayfasında Cemiyetin amacı; *"Birinci Dünya Savaşı ve onu izleyen bir sürü çetin ve acılarla dolu savaşların, ülkemizde doğurduğu yıkımlardan olmak üzere, şehit çocukları ile bakım ve korunması millete kalan diğer sıkıntılara ve felakete uğramış çocukların, milletçe korunması ve yedirilip içirilmesi ve öteki felaket görmüş çocuklar ve bütün memleket çocuklarının hayatlarının korunması, maneviyatlarının güçlendirilmesi, her birinin hayatla savaşmaya yatkın ve ülkeye faydası olabilecek düzeyde eğitilmesinin sağlanması, araştırılması ve hazırlanması ve geleceğimizin temeli olan, bu günkü ülke çocuklarının bütün şefkatli bir gözle gözetilmesi ve bunun gerçekleştirilmesi..."* şeklinde belirtilmişti. Cemiyet, Cumhuriyet'in ilk yıllarında şehit çocuklarının (evlad-ı şüheda) sayısının on dört binden fazla olduğu bir ortamda, cepheden ve cephe gerilerinden toplanıp kabile kabile Ankara'ya gönderilen kimsesiz çocukların himayesiyle işe başladı. Cemiyet, bu çocukların birçoğunu askeri okullara yerleştirerek şehit yetimlerini babaları gibi asker olarak yetiştirmesini başarmıştır (Sarıkaya 2007).

Himaye-i Etfal Cemiyetinin 23 Nisan Hâkimiyeti Milliye (Ulusal Egemenlik) Bayramı'nı ayrıca çocuk bayramı yapma çabaları ilginçtir. Kurum, 23 Nisan 1923'te millî bayram için pullar bastırması ve satmıştır. 23 Nisan 1924'te Hâkimiyet-i Milliye gazetesinde "Bu gün Yavruların Rozet Bayramıdır" ibaresi yer almış, 23 Nisan 1926'da da yine aynı gazetede "23 Nisan Türklerin Çocuk Günüdür" başlıklı bir yazı kaleme alınmış ve bu yazıda cemiyetin bu günü "çocuk günü" yapmaya çalışarak doğru yolda olduğu ve para kazanan herkesin bugün cemiyete çocuklar için bağışta bulunması gerektiği vurgulanmıştır. 23 Nisan 1927'deki ilk bayram Mustafa Kemal Paşa himayesinde gerçekleştirilmiş, etkinlikler için Atatürk arabalarından birini çocuklara tahsis etmiş ve Cumhurbaşkanlığı Bاندosu'nun konser vermesini sağlamıştır. Sonraları 23 Nisanlar, Himaye-i Etfal ile özdeşleşmiştir (Wikipedia 2016).

Kazım Karabekir Paşa'nın şehit ve yetim çocuklar için yaptığı olağanüstü çabaların ilginizi çekeceği kanaatindeyim. Emre Yayınları tarafından basılan iki ciltlik "Çocuk Davamız" adlı kitabından ayrıntılara ulaşmanız mümkün. Kazım Karabekir çocuklarla aşırı ilgiliydi. "Çocuklara Öğütler" adlı eserini okursanız bunu sezinleyebilirsiniz. Çocuklara hizmetlerinin çok fazla bilinmediğini ifade eden kızı Timsal Karabekir yaptığı açıklamada şunları söylemiştir: "Kurtuluş Savaşı yıllarında, Erzurum ve çevresinden toplanan yetim çocuklarla Gürbüz Çocuklar Ordusu'nun kurulması ve Sarıkamış'ta bir çocuk kasabası oluşturulması, babamın en önemli hizmetlerindendi. Zaten kendisi de -hayatımda bana zevk veren hayli başarılarım vardır. En zevklisi, binlerce yetim çocuğun hayat ve geleceğini kurtarmak olmuştur- sözüyle, bu konuya yaklaşımını ortaya koymuştur". Timsal Karabekir; zorlu savaş yıllarında, Gürbüz Çocuklar Ordusu'na alınan çocuklara, yeme, içme, barınma gibi temel

ihtiyaçlarının karşılanması yanı sıra, mesleki, kültürel, sportif eğitimler de verildiğini, her birinin yeteneğine göre yönlendirilerek meslek sahibi yapıldığını ifade etmiştir. Ayrıca, Çanakkale Savaşı'nda son sınıf öğrencilerinin tamamı şehit düştüğü için bir dönem kapatılan Işıklar Askeri Lisesi'nin, Gürbüz Çocuklar Ordusu'ndan seçilerek gönderilen öğrencilerle yeniden açıldığını, sonraki yıllarda da aralarından önemli isimlerin çıktığını belirtmiştir (Hürriyet Gazetesi 2010).

Günümüzde şehit ailelere yasal destekler yanında vakıf ve dernekler aracılığıyla sosyal destekler verilmektedir. Takdir edersiniz ki bunların artırılması sağlanmalıdır. Taşra ve kırsalda sosyal desteklerin oluşturulması geleneklerle devam ettirilmesine rağmen, büyük şehirlerde yaşayan şehit aileler ve çocukları yalnız kalabilme riski taşımaktadır. Bu ailelerin özellikle babasının silah arkadaşları ve aileleri ile bağlarını devam ettirilmesi, sosyal hizmet kurumlarının destek sistemlerini genişletilmesi önemlidir. Ayrıca şehit çocuklarına yönelik uygun ve tutarlı tutumların toplumda geliştirilmesi uygun olacaktır. Acıma veya eski yaşanmışlıkları aşırı vurgulayıcı yaklaşımların çocuğun sağlıklı ruhsal gelişimine yararları olmadığı göz önünde tutulmalıdır.

Şehit çocuklarına dair beni etkileyen bir gazete köşe yazısı Babaoğlu'nun "Nar Taneleri, Kız Çocukları" makalesidir. Burada yazar, arkadaşı Erdoğan Aktaş'ın yazdıklarını aktarmaktadır. Aktaş, bu yazıyı 2012 yılında Afganistan'da düşen Türk helikopteri kazası sonrasında 12 şehidi uğurlama töreni sırasında bir kız çocuğunun babasının tabutuna koşarak gidişini gösteren fotoğraftan esinlenerek kaleme almıştı. Beni etkileyen bir kısmını sizinle paylaşmak istiyorum: "Hiç tartışmam, dünyanın en güzel görüntüsüdür, bir kız çocuğunun babasına doğru koşması. Her adımda saçları bir o yana, bir bu yana salınır. Yüzünde bir mutluluk! Kız çocukları böyle koşar babalarına. Dünyanın en güvenilir insanının kollarıdır koştukları. Kız çocukları böyle koşar babalarına. Gülerler. Kendilerinden emin. Kız çocukları böyle koşar babalarına. Sarılırlar. Sonra, baba mı o sevginin içinde kaybolur, yoksa kız çocuğu mu babasının kollarında, bilemem. Benim hissettiğim, tam bir kayboluş ve sonra yeniden varoluş duygusudur.

Kız çocuğu, nar tanesi. Onlar da öyle koşular babalarına. Ama son kez Tabutlara doğru son hızla koşular. Bırakmak istemiyorlardı. Son kez sarılmak, son kez koklamak, son kez öpmek, son kez dokunmak istediler. Tabutlara sarıldılar, ölümün soğukluğuna, kâinatın en sıcak busesini kondu- lar " (Babaoğlu 2012).

Prof.Dr. Tümer TÜRK BAY

Not: Sessiz harflerden çıkarak Arapça kelimelerin Türkçe anlamlarını tahmin edebiliriz.

Örneğin, eytam: y-t-m- yetim gibi.

Darüleytam: "Dâr", ev, yurt; anlamına gelir eytam: yetimler; babaları ölmüş çocuklar

Tahsin: 1. Güzel bulma, beğenme. 2. Aferin deme.

Etfal: Çocuklar, tıfillar. Tıfil: ufak tefek anlamında kullanıyoruz.

KAYNAKLAR

Babaoğlu H (2012) *Nar Taneleri, Kız Çocukları*. <http://www.sabah.com.tr/yazarlar/babaoğlu/2012/03/22/nar-taneleri-kiz-cocuklari#>.

Çetinkaya HÇ (2013) *Şehit yetimlerinin yurdu: Darüleytamlar*. *Yeni Bahar* 117.

Hürriyet Gazetesi (2010) *Gürbüz Çocuklar Ordusu Aranıyor*. <http://www.hurriyet.com.tr/gurbuz-cocuklar-ordusu-araniyor-15990854>, 08 Ekim 2010 tarihli baskısı.

Özkan S (2006) *Türkiye’de Darüleytamların gelişimi ve Niğde Darüleytamu*. *Türkiyat Araştırmaları Dergisi* 19: 211-229.

Sarıkaya M (2007) *Cumhuriyet’in İlk Yıllarında Bir Sosyal Hizmet Kurumu: Türkiye Himaye-İ Etfal Cemiyeti*.

A.Ü. Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi Sayı 34 Erzurum 2007; 34:321-337.

Wikipedia (2016) *23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramı*. https://tr.wikipedia.org/wiki/23_Nisan_Ulusal_Egemenlik_ve_Cocuk_Bayrami.

Wikipedia (2016) *Çocuk Esirgeme Kurumu*. https://tr.wikipedia.org/wiki/Çocuk_Esirgeme_Kurumu.

İLKÖĞRETİME BAŞLAMA YAŞI İLE RUH SAĞLIĞI SORUNLARININ İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Uğur ÇAĞATAY*, Sertçelik MEHMET**, Gül HESNA**
Saday Duman NAGİHAN**, Kına SÜMEYRA**, Erdoğan GÖNÜL**
Gürkan C. KAĞAN***, Günay Kılıç BİRİM***

ÖZET

Amaç: 2012-2013 eğitim-öğretim yılında başlatılan uygulama nedeniyle ilköğretime bir yıl erken başlamak zorunda kalan çocuklar ile mazeret raporu alınarak ilköğretime başlamaları ertelenen çocuklar karşılaştırılarak, ilköğretime erken başlamanın ruhsal sorunlar ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisi araştırılmıştır. **Yöntem:** Araştırmaya polikliniğimize ilköğretime bir yıl erken başlamanın durdurulması için rapor isteği ile başvuran (n=34), ilköğretime erken başlatılan ancak sonrasında sorun yaşadığı için kliniğimize getirilen (n=33) ve ilköğretime erken başlatılan ancak klinik başvurusu olmayan (n=33) 60-72 ay yaş aralığında çocuklar ve ebeveynleri alınmıştır. Anne-babalar sosyodemografik bilgi formu, Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) ve Küçük Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Anketi-Anne Baba Formu'nu (KÇYKA-AB) doldurmuşlardır. Çocuklarla klinik görüşme yapılmış ve Küçük Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Anketi-Çocuk Formu (KÇYKA-Ç) klinisyen tarafından uygulanmıştır. **Bulgular:** Üç grubun yaş ortalamaları, anne ve baba yaşı, anne eğitim süreleri ve aylık gelirleri arasında fark bulunmamıştır (p>0.05). GGA ile ölçülen ruhsal sorun şiddet puanları açısından gruplar arası anlamlı fark saptanmamakla birlikte, KÇYKA-Ç puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. İkili karşılaştırmalar sonucunda çocuk yaşam kalitesi puanlarının ilköğretime başlatılmaları mazeret raporu ile ertelenmiş çocuklarda diğer iki gruba göre anlamlı olarak yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p=0.017). **Tartışma:** Bu çalışmada ilköğretime erken başlatılan çocuklarda yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilenebileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar sözcükler: İlköğretime başlama yaşı, yaşam kalitesi, davranış sorunu

SUMMARY: INVESTIGATION OF RELATIONSHIP BETWEEN AGE OF ONSET TO PRIMARY SCHOOL AND MENTAL HEALTH PROBLEMS

Objective: Due to a new regulation within the educatory system that had started within the 2012-2013 school year, children that were to start school a year earlier due to the new regulation were compared to those who did not, by maintaining an excuse report with respect to the effects of starting school early on psychiatric problems and quality of life. **Method:** This study included three groups of children that admitted to our clinic linked to the new regulation that stated children to start a year early to school; children who were referred to obtain an excuse report to postpone the child's early start to school (n=34), children who had started primary school but experienced some troubles (n=33) and children who began the school but did not experience any negative experience (n=33) who did not clinically apply to the unit. The study included children of 60-72 months old and their parents. Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) and Pediatric Quality of Life Inventory - Parent Proxy Report Ages 5-7 (PedsQL) were applied to the parents of children. Clinical interview and evaluation of the children were carried out and PedsQL-Child Self-Report form was applied to the children by clinicians. **Results:** Mean age of all three groups were similar, there were no difference regarding ages of mothers and fathers, mothers' education levels, and income levels (p>0.05). Although there was no difference among groups in terms of SDQ scores of mental health problem severity scores, PedsQL-Child report scores were found statistically different. As a result of dual analysis of each group, quality of life in children whose onset to primary school being postponed by the excuse report, were higher than that of the other two groups of children (p=0.017). **Discussion:** These results have shown that quality of life in children who were started to primary school earlier was negatively affected.

Key words: Age of onset to primary school, quality of life, behavioral problems

GİRİŞ

Okul öncesi yaşlar çocuğun göreceli olarak gelişim ve gelişime daha açık olduğu, sonraki ya-

şam dönemlerine de önemli etkileri olan bir dönemdir. İnsan hayatını belli yaş dönemlerine ayırarak inceleyen araştırmalar, okul öncesi yıllarda, tüm gelişim alanlarında gelecek için temel oluşturacak niteliklerin kazanıldığını ve okul olgunluğuna ulaşıldığını göstermektedir. Okul olgunluğu aslında çocuğun zihinsel, bedensel,

* Uzm. Dr., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji-Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümü, Ankara

** Arş. Gör., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

*** Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

duygusal, sosyal ve dil gelişimi gibi çeşitli yönlerden ilköğretime hazır olup olmadığını belirleyen bir kavramdır (Oktay 2000).

Yüzyıllardır okula başlamak için en uygun yaşın ne zaman olduğu yasa koyucuların, eğitimcilerin, ebeveynlerin ve araştırmacıların gündemlerini meşgul etmektedir (Crosser 1991, Grau 1993, Gray 1985, Stipek ve Byler 2001, Lascari-des ve Hinitz 2000). Çocukların zeka kapasiteleri, kişilik yapıları, ailenin sosyoekonomik ve sosyokültürel durumu, okulun niteliksel ve niceliksel özellikleri, öğretmenlerin tutumu, okuldaki arkadaşlarının özellikleri vb. etkenler çocuğun okula başlaması ile ilgili durumunu etkiler. Okula başlama gibi bir stres etkeni okul olgunluğuna ulaşmamış çocukların psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyerek, bazı stres belirtilerine (enürezis, enkoprezis, tırnak yeme, parmak emme, kekeleme, tikler, uyku sorunları, iştah sorunları vb.) yol açabilir (Fantuzzo ve ark. 2007). Aynı zamanda depresyon, uyum güçlükleri, sosyal fobi, kaygı bozuklukları gibi psikiyatrik problemlere de neden olabilir (Oktay 1982).

Türkiye'de zorunlu eğitime başlama yaşı ile ilgili sık sık düzenlemeler yapılmış olmasına karşın okula başlama yaşının çocukların başarısı ile ilişkisini araştıran sınırlı sayıda araştırma yapılmıştır. Bu çalışmalar okula başlama yaşı küçük olan çocukların problem davranışlarının daha fazla bulunduğu yönündedir (Doğan 2008, Küçük 2009). Okula başlama yaşının çocukların gelişimleri üzerindeki etkilerinin incelenmesi açısından sadece sayıca değil araştırma deseni farklılığı açısından da çok sayıda uluslararası araştırma yapılmıştır. Bu çalışmaların bulguları ülkelere göre okula başlama yaşı ile çocukların gelişimleri arasındaki ilişkinin değiştiğini göstermiştir. Bazı ülkelerde yapılan araştırmalarda yaşı küçük olan çocukların büyüklere göre daha başarılı olduğu (Kern ve Friedman 2009), bazı ülkelerdeki araştırmalarda bunun tam tersi bir sonuç gözlemlendiği (Grissom 2004), bazılarında ise büyükler ve küçükler arasında fark olsa bile bu farkın zamanla azaldığı veya kayboldu-

ğu bulunmuştur (Grau ve DiPerna 2000, Langer ve ark. 1984, Stipek ve Byler 2001).

Okul öncesi eğitim genellikle olumlu sonuçları nedeniyle desteklenmekle birlikte (Özbek 2003) ilkokula başlamanın erken yaşa çekilmesinin sonuçları üzerinde ülkemizde az sayıda çalışma bulunmaktadır. Araştırmamızda "zorunlu eğitiminin ilk yılı olarak kabul edilen ilkokul birinci sınıfa başlama yaşının çocuk ruh sağlığı ile ilişkisi nedir?" sorusuna cevap aranmıştır. İlkokula erken başlamanın çocukların ruh sağlığı üzerine etkisinin nasıl olduğunu ve ilkokula başlama yaşının ne olması gerektiği ile ilgili geniş bir toplumsal kitleyi ilgilendiren sorulara önemli cevaplar sunacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada çocuklarını ilköğretime erken başlatmayı reddeden 60-72 ay yaş aralığındaki ailelerin çocukları ile aynı yaş grubunda ilkokula başlamış olan çocukların, birinci öğretim yılı içinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamızın temel hipotezleri şunlardır. 1- İlköğretime erken başlatılan çocuklar, ilkokula başlatılmaları mazeret raporu ile ertelenmiş ve ana sınıfına giden çocuklara göre daha fazla davranış sorunları ve psikiyatrik belirtiler gösterecektir. 2- İlköğretime erken başlatılan çocuklarda yaşam kalitesi daha düşüktür.

YÖNTEM

Araştırmanın örneklemi 2012-2013 yılında 60-72 ay yaş aralığındaki üç farklı gruptan oluşmaktadır. İlk grup Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine okula erken başlamanın durdurulması isteği ile başvuran 34 çocuk, ikinci grup ilköğretime erken başlatılan ve herhangi bir ruh sağlığı sorunu ile hastaneye başvurmamış 33 çocuk ve üçüncü grup ise ilköğretime erken başlatılan ancak okulda sorun yaşadığı için öğretim yılı içerisinde psikiyatrik başvuru yapan 33 çocuktan oluşturmuştur. Psikiyatrik başvurusu olmayan ikinci grup herhangi bir nedenle A.Ü.T.F hastaneleri Pediatri, Göz,

KBB, polikliniklerine başvurmuş tıbbi bir hastalık tanısı konulmamış ve tedavi önerilmemiş 1.sınıf öğrencilerinden seçilmiştir.

Tüm katılımcılar ardışık ve seçkisiz olarak gönüllülük esasını gözetilerek çalışmaya alındı. Araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Veri Toplama Araçları:

Sosyodemografik bilgi formu: Anabilim dalımızca rutin olarak kullanılan ve tarafımızca hazırlanan bu formda çocuk ve ebeveynlerine ait sosyodemografik özellikler sorgulanmaktadır.

Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

4-16 yaşlar için anne-baba ve okul formu kişinin kendisinin doldurduğu, duygusal ve davranışsal sorunları taramada kullanılan kısa bir ölçektir. Bu ölçek davranış sorunları, dikkat ve hiperaktivite, duygulanım sorunları, akran ilişkileri, sosyal davranışlar ve toplam güçlük puanı olmak üzere 6 alt kategoriden oluşmaktadır. Her alt kategori için kesme puanları bulunmaktadır. Değerlendirmeler ölçek puanlarına ve eşik üstü puan alan çocuk sayılarına göre yapılmıştır. 2008 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Güvenir ve ark. 2008).

Küçük Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Anketi (KÇYKA)

Araştırmalarda yaygın olarak kullanılan, 2-18 yaşları arasındaki çocukların fiziksel ve psikososyal yaşantılarını hastalıktan bağımsız olarak değerlendiren ebeveyn ve çocuk formları olan genel bir yaşam kalitesi ölçeğidir (Üneri ve ark. 2007). Çocuk formu için 12, aile formu için 52 maddesi bulunmaktadır. Küçük Çocuklar için yaşam kalitesi anketi çocuk formunda bir, ebeveyn formunda ise 8 alt kategori bulunmaktadır. Her kategori oran olarak 0-100 arasında puan almaktadır.

Uygulama

Gruplardaki katılımcılara çalışmanın amacı ve gönüllü niteliği anlatılarak ebeveynlerden yazılı onam alınmıştır. Araştırmamızda klinik ve psikometrik değerlendirmeler 2012-2013 eğitim-öğretim yılı Kasım sonu Aralık başı tarihlerinde yapılmıştır. Sosyodemografik bilgilerinin sorgulanmasından sonra, araştırmacılar tarafından klinik psikiyatrik görüşmeler yapılarak DSM-IV tanı ölçütlerine göre psikiyatrik tanıları belirlenmiştir. Her üç gruptaki çocukların anne ve babalarına Güçler ve Güçlükler Anketi ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği verildi. Çocuklarla da klinik psikiyatrik görüşme yapıldı ve bu görüşme sırasında Küçük Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Anketi-Çocuk Formu (KÇYKA-Ç) klinisyen tarafından uygulanmıştır.

İstatistik Analiz

Verilerin istatistiksel açıdan değerlendirilmesinde SPSS 16 paket programı kullanılmıştır. Gruplar arası sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında ANOVA Varyans Analizi ve Mann Whitney-U testi, gruplar arası sosyodemografik verilerin karşılaştırılması için ise Ki kare ve Fisher's exact testleri uygulanmıştır.

BULGULAR

Her üç grupta yer alan çocukların yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları, çocukların ebeveynlerinin yaş ve eğitim ortalamaları ayrıca tüm çocukların okul öncesi eğitim alma oranlarına yönelik tanımlayıcı bulgular Tablo 1'de belirtilmiştir.

Çalışmaya alınan çocukların ana babaları tarafından doldurulan GGA alt ölçek ve total puanları Tablo 2'de sunulmuştur. Gruplar arasında çocukların GGA dikkat puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve ikili karşılaştırmalarla bu ilişki incelenmiştir. Rapor olarak ilkokula gitmesi ertelenen grup (RAİGEG) çocukların GGA dikkat puanları ilkokula giden

Tablo 1: Gruplardaki çocukların yaş ortalamaları, cinsiyet oranları ve okul öncesi eğitim alma durumları ile anne-babalarının yaş ve eğitim ortalamaları dağılımları

	RAİGEG (n=34)	İGPBOG (n=33)	İGPBG (n=33)		P
Çocuk					
Yaş (Ort±SS) [min-max] ay	67,82±3,69 (60-72)	66,90± ... (63-71)	66,51±3,09 (60-72)	F=1,268	0,287
Cinsiyet	n (%)	n (%)	n (%)	X ² =0,06 1	1,000
Kız	18 (52,94)	18 (54,54)	17 (51,51)		
Erkek	16 (47,05)	15 (45,45)	16 (48,48)		
Okul öncesi eğitim				X ² =3,35 9	0,186
Var	21 (%61,76)	13 (%39,39)	17 (%51,52)		
Yok	13 (%38,24)	20 (%61,61)	16 (%48,48)		
Anne-Baba					
Anne yaş (Ort±SS) [min-max]	33,14±4,95 (26-40)	33,96±4,7 (23-44)	36,18±6,54 (25-50)	F=2,792	0,066
Baba yaş (Ort±SS) [min-max]	35,76±5,48 (30-46)	37,90±5,05 (30-49)	38,75±5,64 (30-53)	F=2,742	0,069
Anne Eğitim (Ort±SS) yıl [min-max]	11,95±2,39 (8-17)	10,00±4,05 (5-15)	8,67±4,20 (5-15)	F=2,831	0,061
Baba Eğitim (Ort±SS) yıl [min-max]	11,91±2,89 ^a (5-18)	9,72±3,37 (5-15)	10,81±3,41 ^b (5-18)	z=-2,257	0,027*

*: Mann Whitney U, a-b grupları arasında karşılaştırmada anlamlılık, **RAİGEG:** Rapor Alıp İlkokula Gitmesi Ertelenen Grup; **İGPBOG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvurusu Olmayan Grup; **İGPBG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvuran Grup

ve psikiyatriye başvuran grup (İGPBG) çocuklarının GGA dikkat puanlarından istatistiksel olarak anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (t testi, p=0.009; Bonferroni düzeltmesi).

Çalışmaya alınan çocukların KÇYKA-AB puanları Tablo 3'te sunulmuştur. Gruplar arasında KÇYKA-AB okul alt ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve ikili karşılaştırmalarla bu ilişki incelenmiştir. İkili karşılaştırmalar sonucunda ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmaya alınan çocukların KYÇKA-Ç puanları Tablo 4'de sunulmuştur. Gruplar arasında çocukların KYÇKA-Ç puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve ikili karşılaştırmalarda bu ilişki incelenmiştir. İkili karşılaştırmalar sonucunda RAİGEG çocukla-

rın KYÇKA-Ç puanları İGPBG çocuklarının KYÇKA-Ç puanlarından (t testi, p<0.001; Bonferroni düzeltmesi) ve ilkokula giden psikiyatri başvurusu olmayan (İGPBOG) çocuklarının KYÇKA-Ç puanlarından istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (t testi, p<0.001; Bonferroni düzeltmesi).

Her üç grupta yer alan çocukların eşik üstü GGA Davranış, Dikkat, Duygulanım, Sosyal, Akran ve Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

TARTIŞMA

Genel olarak dünyadaki çocukların %95'i 6 yaş ve üzerinde ilkokula başlamaktadır (Yıldırım 2012). 2012-2013 eğitim-öğretim yılında uygulamaya giren 6287 sayılı ilköğretim ve eğitim kanunu ile ülkemizde ilkokula başlama yaşı 60 aya kadar in-

Tablo 2: Gruplardaki Çocukların GGA alt grup ve total puanları

	RAİGEG Ort±SS [min-max] (n=34)	İGPBOG Ort±SS [min-max] (n=33)	İGPBG Ort±SS min-max] (n=33)	F	p
Davranış	2,74±1,19 (0-5)	2,27±1,68 (0-7)	2,91±2,14 (0-10)	1,221	0,282
Dikkat	3,65±2,03 ^a (0-9)	4,18±1,79 (0-8)	5,03±2,19 ^b (0-9)	z=-2.485	0,013*
Duygulanım	2,62±2,24 (0-9)	2,36±1,76 (0-6)	2,88±2,12 (0-8)	0,519	0,588
Akran	3,15±1,88 (0-6)	2,76±1,79 (0-6)	2,82±1,57 (0-6)	0,482	0,766
Sosyal	7,70±1,73 (2-10)	7,33±1,96 (4-10)	7,73±1,53 (5-10)	0,531	0,590
Total GGA	12,35±4,27 (3-22)	11,52±5,23 (1-25)	13,64±5,58 (3-29)	1,476	0,363

*: Mann Whitney U, a-b grupları arasında karşılaştırmada anlamlılık, **RAİGEG:** Rapor Alıp İlkokula Gitmesi Ertelenen Grup; **İGPBOG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvurusu Olmayan Grup; **İGPBG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvuran Grup

Tablo 3: Gruplardaki Çocukların KÇYKA-AB Puanlarının Karşılaştırılması

KÇYKA-AB	RAİGEG Ort±SS [min-max] (n=34)	İGPBOG Ort±SS [min-max] (n=33)	İGPBG Ort±SS min-max] (n=33)	F	p
Bedensel İyilik	78,33±19,26 (12,50-100)	74,96±20,18 (0-100)	79,00±15,56 (37,50-100)	0,450	0,552
Duyusal İyilik	78,60±16,23 (6,50-93,75)	79,77±12,42 (50-100)	73,94±18,22 (18,75-100)	1,239	0,606
Özsaygı	64,30±23,79 (17,50-90,00)	68,22±17,03 (25-100)	58,13±19,41 (18,00-93,75)	2,032	0,093
Aile	73,56±16,33 (37,00-100)	68,97±17,90 (18,75-100)	70,44±18,40 (12,50-100)	0,599	0,620
Sosyal	73,20±14,90 (37,50-100)	68,94±15,71 (18,75-100)	72,57±14,61 (25,00-100)	0,771	0,486
Okul	79,60±19,11 ^a (43,00-100)	68,09±22,31 (0-100)	68,32±19,37 ^b (25,00-100)	z=-2,378	0,017*
Diğer	70,91±15,12 (37,40-100)	71,65±10,80 (42,50-90,90)	67,82±12,64 (18,18-87,50)	0,791	0,438

*: Mann Whitney U, a-b grupları arasında karşılaştırmada anlamlılık, **RAİGEG:** Rapor Alıp İlkokula Gitmesi Ertelenen Grup; **İGPBOG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvurusu Olmayan Grup; **İGPBG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvuran Grup

dirilmiştir. Bununla birlikte ilgili kanunda okul öncesi eğitime yönelik herhangi bir zorunluluk ya da düzenleme getirilmemiştir.

Gruplardaki çocuklar ve anne babalarının yaş ortalamaları, çocukların cinsiyet dağılımları ve

çocukların annelerin eğitim ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Ancak rapor olarak ilkökula başlamları ertelenen gruptaki çocukların babalarının eğitim süreleri istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu eğitim süresi ile rapor başvurusu arasında

Tablo 4: Gruplardaki Çocukların KÇYKA-Ç Puanlarının Karşılaştırılması

KÇYKA-Ç	RAİGEG Ort±SS [min-max] (n=34)	İGPBOG Ort±SS [min-max] (n=33)	İGPBG Ort±SS min-max] (n=33)	z	p
Toplam Ort±SS [min-max]	82,82±12,52 ^a (50,00-100)	68,37±17,24 (33,33-100)	65,53±15,73 ^b (29,16-91,60)	-4,151	<0,001

*: Mann Whitney U, a-b grupları arasında karşılaştırmada anlamlılık, **RAİGEG:** Rapor Alıp İlkokula Gitmesi Ertelenen Grup; **İGPBOG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvurusu Olmayan Grup; **İGPBG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvuran Grup

Tablo 5: Gruplardaki Çocukların Eşik Üstü GGA Davranış Puanı Sayıları

	RAİGEG (n, %) (n=34)	İGPBOG (n, %) (n=33)	İGPBG (n, %) (n=33)	X ²	p
Eşik Üstü Davranış Puanı	8 (23,5)	9 (27,2)	11 (33,3)	0,811	0,667
Eşik Altı Davranış Puanı	26 (76,4)	24 (72,7)	22 (66,6)		

RAİGEG: Rapor Alıp İlkokula Gitmesi Ertelenen Grup; **İGPBOG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvurusu Olmayan Grup; **İGPBG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvuran Grup

Tablo 6: Gruplardaki Çocukların Eşik Üstü GGA Dikkat Puanı Dağılımları

	RAİGEG (n, %) (n=34)	İGPBOG (n, %) (n=33)	İGPBG (n, %) (n=33)	X ²	p
Eşik Üstü Davranış Puanı	5 (14,7)	7 (21,2)	11 (33,33)	3,370	0,185
Eşik Altı Davranış Puanı	29 (85,3)	26 (78,7)	22 (66,6)		

RAİGEG: Rapor Alıp İlkokula Gitmesi Ertelenen Grup; **İGPBOG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvurusu Olmayan Grup; **İGPBG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvuran Grup

doğru bir orantının bulunduğu ve farkındalığın daha iyi olduğu izlenimini düşündürmektedir.

Rapor olarak ilkokula başlamaları ertelenen gruptaki çocukların okul öncesi eğitim alma oranları daha yüksek olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar rapor olarak ilkokula başlamaları erte-

lenen çocukların okul öncesi eğitime yönlendirildiği düşüncesini doğrulamaktadır.

Ülkemizde yapılan bir araştırmada okula uyum sorununun yaşı küçük olan çocuklarda yaşı büyük olan çocuklara göre daha yaygın olduğu saptanmıştır (Doğan ve ark. 2008). Küçük ve

Tablo 7: Gruplardaki Çocukların Eşik Üstü GGA Akran Puanı Dağılımları

	RAİGEG (n, %) (n=34)	İGPBOG (n, %) (n=33)	İGPBG (n, %) (n=33)	X ²	p
Eşik Üstü Davranış Puanı	12 (35,2)	11 (33,3)	9 (27,2)	0,535	0,765
Eşik Altı Davranış Puanı	22 (64,7)	22 (66,6)	24 (72,7)		

RAİGEG: Rapor Alıp İlkokula Gitmesi Ertelenen Grup; **İGPBOG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvurusu Olmayan Grup; **İGPBG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvuran Grup

Tablo 8: Gruplardaki Çocukların Eşik Üstü GGA Toplam Puan Dağılımları

	RAİGEG (n, %) (n=34)	İGPBOG (n, %) (n=33)	İGPBG (n, %) (n=33)	X ²	p
Eşik Üstü Davranış Puanı	4 (11,7)	8 (24,2)	11 (33,3)	4,442	0,109*
Eşik Altı Davranış Puanı	30 (88,2)	25 (75,7)	22 (66,6)		

*Fisher's exact test, **RAİGEG:** Rapor Alıp İlkokula Gitmesi Ertelenen Grup; **İGPBOG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvurusu Olmayan Grup; **İGPBG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvuran Grup

Tablo 9: Gruplardaki Çocukların Eşik Üstü GGA Duygulanım Puanı Dağılımları

	RAİGEG (n, %) (n=34)	İGPBOG (n, %) (n=33)	İGPBG (n, %) (n=33)	X ²	p
Eşik Üstü Davranış Puanı	3 (15,7)	1 (7,6)	1 (6,6)	0,742	0,638*
Eşik Altı Davranış Puanı	16 (84,2)	12 (62,3)	14 (93,3)		

*Fisher's exact test, **RAİGEG:** Rapor Alıp İlkokula Gitmesi Ertelenen Grup; **İGPBOG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvurusu Olmayan Grup; **İGPBG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvuran Grup

Tablo 10: Gruplardaki Çocukların Eşik Üstü GGA Sosyal Puanı Dağılımları

	RAİGEG (n, %) (n=34)	İGPBOG (n, %) (n=33)	İGPBG (n, %) (n=33)	X ²	p
Eşik Üstü Davranış Puanı	2 (22,2)	6 (66,7)	1 (11,1)	5,236	0,091*
Eşik Altı Davranış Puanı	32 (35,2)	27 (29,7)	32 (35,2)		

*Fisher's exact test, **RAİGEG:** Rapor Alıp İlkokula Gitmesi Ertelenen Grup; **İGPBOG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvurusu Olmayan Grup; **İGPBG:** İlkokula Giden ve Psikiyatriye Başvuran Grup

arkadaşları (2009) yaptığı başka bir araştırmada ise çocuklardaki dikkat düzeyinin yaş ile orantılı olarak arttığı, bu artışın kız çocuklarda erkek çocuklara göre daha hızlı olduğu gözlenmiştir. Çalışmamızda da benzer şekilde ilkokula erken başlamanın yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerinin olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca bulgularımızdan yola çıkarak ilkokula geç başlaması için rapor verilen çocuklarda dikkat sorunlarının fazla bulunduğu, yaş ile dikkat süresinin doğru orantılı olduğu gösterilmiştir.

Yurt dışında okula erken başlamanın başarı üzerine etkilerinin araştırıldığı çalışmalar bulunmaktadır. Amerika'da yapılan çalışmalarda ilkokula yasal sınırlar içerisinde daha geç yaşta başlayan çocukların (Kern ve Friedman 2009, Stipek ve Byler 2001) ve okula başlama yaşı geçtiği halde okula geç başlayan çocukların (Datar ve ark. 2006, Zill ve West 2001) ilkokula erken yaşta başlayan çocuklara göre akademik olarak daha başarılı olduğu saptanmıştır. Akademik başarının araştırıldığı bazı çalışmalarda ise en geç üçüncü sınıfta bu farkın kaybolduğu, sadece çocukların öğretmenlerine karşı daha pozitif hisler besledikleri bulunmuştur (Grau ve DiPerna 2000, Langer ve ark. 1984, Stipek ve Byler 2001).

Okula başlama yaşının uzun dönem etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada okula erken başlamanın daha az eğitim almak, orta yaşta uyum zorluğu yaşamak ve ölüm oranının artması ile ilişkili olduğunu saptamıştır (Kern ve Friedman 2009). Okula erken başlamanın akademik başarıdaki uzun dönem etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada altı yaşına basar basmaz ilkokula başlayan çocukların, aynı yaşta olup fakat kendisinden ay olarak daha büyük olan çocuklardan sınavlarda daha düşük puan aldıkları bulunmuş ayrıca yaşça büyük olan bu çocukların avantajlı durumunun daha sonraki yıllarda devam ettiği, daha yüksek derecelerde öğrenimlerini tamamladığı ve yıllık gelirlerinin daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (Kawaguchi 2011). Bununla beraber başka bir çalışmada ilkokula yaşça büyük olarak başlayan çocukların hazırlık testlerinde daha iyi performans gösterdi-

ği, fakat uzun vadede okul başarılarındaki farkın kaybolduğu bulunmuştur (Perera 2005).

Okula erken yaşta başlayan çocukların okuma öğrenebilmeleri için ek yardım aldıkları (Tunmer ve ark. 2004), okuma güçlüğü yaşadıkları ve okumaya karşı olumsuz his ve tavırlar geliştirdikleri saptanmıştır (Lever-Chain 2001). Ayrıca uzulamasına kohort desenli bir araştırmada okula erken başlamanın çocukların zihinsel gelişimleri üzerinde fark yaratmadığı, ancak ilerleyen yaşlarda bu çocukların öğrenmede ısrarcı olmadıkları, daha hırçın ve değişikliklere daha zor adapte oldukları saptanmıştır (Mühlenweg ve ark. 2012). Araştırmamızda ilkokula erken yaşta başlayan çocukların yurtdışında yapılan araştırmalara benzer bir şekilde yaşam kalitesini bozan uyum sorunları yaşadığı saptanmıştır. Ancak çalışmamızın sonuçlarına göre ilkokula erken yaşta başlamanın okul başarısı ve uzun dönem sonuçları üzerine yorum yapılamaz.

Öte yandan, çalışmamızın sonuçlarını ile çelişen yurt dışı araştırmalara da rastlanmıştır. Yapılan araştırmalarda ilkokul birinci sınıf yaşından büyük olan, muhtemelen okula kanunların izin verdiği çerçevede geç başlatılan çocukların başarıları ilkokul birinci sınıf yaşı sınırlarında olan çocuklardan daha düşük bulunduğu (Grogan 2008), bu durumun ilerleyen sınıflarda da devam ettiği (Grissom 2004) ortaya konmuştur. Ayrıca başka bir çalışmada okula geç yaşta başlayan çocukların okulu bitirmeden okuldan ayrılma veya atılma ihtimallerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Grogan 2008). Bununla beraber bu çalışmalarda okula geç yaşta başlayan çocukların zekâ düzeylerinin araştırılmadığı, ailelerinin sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeylerinin çok düşük olduğu, okul öncesi eğitim almadıkları göz önünde bulundurulmalıdır.

Evrensel düzeyde kabul edilmiş görüşler çocukların fiziksel, bilişsel ve ruhsal gelişimlerini birkaç evrede tamamladığını bildirmektedir. Piaget'in bilişsel gelişim kuramına göre 2-7 yaş arası çocukların işlem öncesi dönemde oldukları henüz

somut işlem dönemine ulaşmadıkları belirtilir. İşlem öncesi dönemde genel olarak nedensellik bağı kurabilme, olayları başkasının görüş açısından değerlendirebilme ve benmerkezci yerine işlevsel düşünebilme gelişmemiştir. Ayrıca tersine çevrilebilirlik, dönüşümsellik, korunum kavramları oluşmamıştır. Çocuk ilkokul eğitimine katılabilmek için gerekli duygusal, bilişsel, dil ve motor becerileri gelişim anlamında henüz olgunluğa ulaşmamıştır.

Ülkemizde zorunlu olarak ilkokula erken yaşta başlama uygulaması nedeniyle ailelerin önemli bir bölümü rapor olarak çocuklarını ilkokula başlatmamışlardır. Bu ailelerin çocuklarını içinde buldukları yaşın özellikleri nedeniyle bedensel, bilişsel, duygusal ve sosyal gelişim açısından hazır bulmayışları kayda değer bir konudur.

Ana-babanın onamıyla ilkokula başlama yaşının 60 aya düşürülmesinin olası sakıncaları konusunda çeşitli sivil toplum örgütleri ve üniversiteler olumsuz görüşlerini bildirmişlerdir. Ülkemizde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında uzmanların katılımıyla gerçekleştirilen 2013 yılı Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Politikaları 8. Çalıştay raporunda temel eğitime başlama yaşının çocuğun bedensel, ruhsal, toplumsal ve zihinsel gelişimini tamamlaması amacıyla "72 ay" olması gerektiği, küçük yaşta ilkokul eğitimine başlayan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların daha çok ilaç aldıkları, akademik düzeylerinin geride kaldığı, daha çok psikiyatrik tanı aldıkları vurgulanmıştır.

Araştırmamızda üç farklı grubun çalışmaya dahil edilmesi, gruplardaki çocukların yaş, cinsiyet ve sayısal anlamda eşleme yapılarak alınması, klinik görüşmenin ve psikometrik değerlendirmenin birlikte yapılması çalışmanın güçlü yönleri arasındadır. Bu araştırmanın en önemli kısıtlılığı örneklem büyüklüğünün sınırlı olması, araştırmanın yalnızca kliniğimize başvuran çocuklardan seçilerek gerçekleştirilmesi ve izleme çalışmasının yapılmamış olmasıdır.

Araştırmamız ülkemizde politika değişikliği nedeniyle ilkokula başlama yaşının 60 ay düzeyine çekilmesinden sonra yapılan ilk bilimsel çalışmalardan birisidir. Toplumun büyük bir bölümünü etkileyen bu yasa değişikliğinin sonuçlarını ortaya koyması ve buna yönelik çıkarsamalarda bulunması bakımından önemli bir çalışmadır. Araştırmamızın bu alanda yapılacak sonraki çalışmalara katkıda bulunması beklenmektedir.

Uygulama başladıktan bir yıl sonra 15.08.2013 tarihli yasa değişikliği ile ilkokula başlama yaşının 69-72 ay olarak düzeltilmesi çalışma sonuçlarımız ve öngörülerimiz ile uyum göstermektedir.

Bu çalışmada ilkokula erken yaşta başlayan çocuklarda dikkat sorunlarının yaşanabileceği ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenebileceği sonucuna varılmıştır. Okula erken başlatılan çocuklar rapor olarak ana sınıfına giden çocuklara göre daha fazla uyum zorlukları ve psikiyatrik belirtiler göstermiştir. Çalışma bulgularımız 60-72 ay aralığındaki çocukların okul öncesi eğitime devam etmelerinin daha uygun olduğunu göstermektedir. İleride yapılacak çalışmalar için yeni uygulama sonrası ilkokula başlaması zorunlu hale getirilen 69-72 aylık çocukların ilkokula başlamasının uygun olup olmadığının araştırılması önerilmektedir. Uzunlamasına ve daha büyük örnekleme yapılacak gelecek çalışmaların ilkokula erken yaşta başlamanın uzun dönem etkilerini de ortaya koyabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Crosser SL (1991) Summer birth date children: kindergarten entrance age and academic achievement. *The Journal of Educational Research* 84:140-146.

Datar A (2006) Does delaying kindergarten entrance give children a head start? *Economics of Education Review* 25:43-62.

Doğan S, Kelleci M, Sabancıoğulları S ve ark. (2008) Bir ilköğretim okulunda öğrenim gören çocuklarda ruhsal uyum sorunları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 7(1):47-52.

Fantuzzo J, Bulotsky-Shearer R, McDermott P ve ark. (2007)

ÇAĞATAY VE ARK.

- Investigation of dimensions of social-emotional classroom behavior and school readiness for low-income urban preschool children. School Psychology Review* 36:44-62.
- Grau ME (1993) *Ready for What? Constructing Meanings of Readiness for Kindergarten*. Albany. State University of New York Press.
- Grau ME, Diperna J (2000) *Redshirting and early retention: Who gets the "gift of time" and what are its outcomes? American Educational Research Journal* 37(2):509-534.
- Gray R (1985) *Criteria to determine entry into school. A Review of the Research* (Eric Reproduction Service No: ED260826).
- Grissom JB (2004) *Age and Achievement. Education Policy Analysis Archives*, 12(49). 20.05.2014 tarihinde <http://epaa.asu.edu/epaa/v12n49/> adresinden alınmıştır.
- Grogan L (2008) *Universal primary education and school entry in Uganda. Journal of African Economies* 18(2):183-211.
- Güvenir T, Özbek A, Baykara B ve ark. (2008) *Psychometric properties of the Turkish Version of The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-TUR)*. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 15(1):32-40.
- Kawaguchi D (2011) *Actual age at school entry, educational outcomes, and earnings. Journal of The Japanese and International Economies* 25:64-80.
- Kern ML, Friedman HS (2009) *Early educational milestones as predictors of lifelong academic achievement, midlife adjustment, and longevity. Journal of Applied Developmental Psychology* 30:419-430.
- Küçük A, Dolu N, Erdoğan H (2009) *İlköğretim öğrencilerinde yaş, cinsiyet ve sosyo-ekonomik seviye farklılıklarının dikkat düzeyine etkileri. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 18(1):18-24.
- Langer P, Kalk JM, Serls DT (1984) *Age of admission and trends in achievement: A comparison of Blacks and Caucasians. American Educational Research Journal*, 21(1): 61-78.
- Lascarides VC, Hinitz BF (2000) *History of Early Childhood Education*. New York: Falmer Press.
- Lever-Chain J (2001) *Exploring the effect of age of entry to school on boys' attitude towards reading. Educate* 1(1):66-84.
- Uneri OS, Agaoglu B, Coskun A ve ark (2007) *Validity and reliability of Pediatric Quality of Life Inventory for 2- to 4-year-old and 5- to 7-year-old Turkish children. Qual Life Res* 2008 17:307-315.
- Muhlenweg A, Blomeyer D, Stichmoth H ve ark. (2012) *Effects of Age at School Entry (ASE) on the development of non-cognitive skills: Evidence from psychometric data. Economics of Education Review* 31: 68-76.
- Oktay A (1982) *Okulöncesi dönemde öğrenme ve okumaya hazırlıklı olmak. Eğitim ve Bilim Dergisi* 39: 11-18.
- Oktay A (2000) *Yaşamın Sihirli Yılları: Okul Öncesi Dönem*. İstanbul: Epsilon Yayınları, 2. Baskı.
- Özbek A (2003) *Okulöncesi Eğitim Kurumlarına Devam Eden ve Etmeyen Çocukların İlköğretim Birinci Sınıfta Sosyal Gelişim Açısından Öğretmen Görüşüne Dayalı Olarak Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı, Okulöncesi Öğretmenliği Programı, Eskişehir*.
- Perera H (2005) *Readiness for school entry: A community survey. Public Health* 119:283-289.
- Stipek D, Byler P (2001) *Academic achievement and social behaviors associated with age of entry into kindergarten. Journal of Applied Developmental Psychology* 22(2):175-189.
- Tunmer WE, Chapman JW, Prochnow JE (2004) *Why the reading achievement gap in New Zealand won't go away: evidence from the PIRLS 2001 International Study of Reading Achievement. New Zealand Journal of Educational Studies* 39:127-145.
- West J, Denton K, Germino-Hausken E (2000) *America's Kindergarteners: Findings from the Early Childhood Longitudinal Study, Kindergarten Class of 1998-1999, Fall 1998*. (NCES 2000-070). Washington DC: US Department of Education, Office of Educational Research and Improvement.
- Yıldıran G (2012) *4+4+4 Eğitim Sisteminin Değerlendirilmesi. Panel Konuşmaları. 7. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi, Ekim Ankara*.
- Zill N, West J (2001) *Entering Kindergarten: A portrait of American Children When They Begin School. Findings from the Condition of Education*. (ERIC Reproduction Service No: ED448899).

MERSİN'DE SUÇA İTİLEN ÇOCUKLARDA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME; ÖN ÇALIŞMA

Veli YILDIRIM*, Serkan GÜNEŞ, Mehmet Ali SUNGUR***, Fevziye TOROS****

ÖZET

Amaç: İddia edilen suçlar nedeniyle çocuk ve ergen psikiyatrisine başvuru yapan olguların psikiyatrik tanılarını ve sosyodemografik özelliklerini belirlemektir. **Yöntem:** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na 2013 Ocak ve Aralık ayları arasında suç işledikleri iddiasıyla başvuran 72 çocuk ve ergenin dosya verileri geriye dönük olarak incelenmiştir. **Bulgular:** Tüm olgular içinden %22.2'si (n=16) "suçun hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği gelişmiştir" şeklinde rapor edilmiştir. DSM-IV ölçütlerine göre, olguların %63.8'inde (n=46) psikiyatrik görüşme esnasında bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. En çok koyulan tanı (%54.2, n=39) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğudur. **Tartışma:** Bu çalışmada, çocuk ve ergenin "suçun hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişip gelişmediğine" davranım bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve zihinsel yetersizliğin etki edebileceği ortaya konmuştur. Bu nedenle adli süreç sadece "suçun hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği" üzerine odaklanmamalıdır. Buna ek olarak eşlik eden bir psikiyatrik bozukluk olup olmadığı tespit edilmeye çalışılabilir ve çocuğun yüksek yararı düşünülerek tekrarlayan suçları önlemek için sağlık tedbiri alınması düşünülebilir.

Anahtar sözcükler: Çocuk, suç, psikiyatrik bozukluk

SUMMARY: PSYCHIATRIC ASSESSMENT OF CHILD OFFENDERS IN MERSİN: A PRELIMINARY STUDY

Objective: To determine psychiatric diagnoses and socio-demographic features of children and adolescents referred to a child and adolescent psychiatry outpatient unit due to their alleged offences. **Method:** Data from chart records of 72 children and adolescents referred to Mersin University, Department of Child and Adolescent Psychiatry between 2013 January and December due to their alleged offences were retrospectively examined. **Results:** Within all cases, 22.2% (n=16) were reported to have had full ability to perceive the legal meaning and consequences of their alleged offence and to direct his/her behaviors related to the offence. According to DSM-IV criteria, 46 of the cases (63.8%) were diagnosed with a psychiatric disorder at the time of their psychiatric assessment. Most common diagnosis was attention deficit and hyperactivity disorder (54.2%, n=39). **Discussion:** The results of this study reveal that conditions such as conduct disorder, anxiety disorder and intellectual disability might affect the child's ability to perceive legal meaning and consequences of his actions and to direct his/her behaviors related with these actions. Thus, forensic process should not focus solely on the question of whether the child's ability to perceive the legal meaning and consequences of his/her actions and to direct his/her behaviors related to these actions has been developed or not. In addition to that, for the highest benefit of the child, converting the process into a type of health precaution practice might be considered for prevention of repetitive delinquency as well as conducting an assessment if the child meets any criteria for a psychiatric disorder or not.

Key words: Child, delinquency, psychiatric disorder

GİRİŞ

Çocuk suçluluğu, bir çocuktaki antisosyal eğilimlerin yasa müdahalesi gerektirecek bir duruma dönüşmesidir (Gönültaş ve Hilal 2012). Bu tanım hem çocukluk hem de ergenlik döneminin

büyük bir bölümü olan 11-18 yaşlarını kapsamaktadır. Çocuk suçluluğu ile ilgili araştırmacılar, suçluluk davranışı içinde olan çocuğu suça itilmiş çocuk olarak kabul etmektedirler (Yörükoğlu 2000). Suça itilen çocuklar yalnızca hukusal bir sorun değildir, tüm toplumu ilgilendiren sosyal bir sorundur. Çocuğun suça itilmesi birden fazla nedenle açıklanmaya çalışılmıştır. Bunlar sosyal, psikolojik, fizyolojik, kültürel, ekonomik ve zihinsel boyutlardan oluşmaktadır (Sen ve ark. 2012).

* Yard. Doç.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.

** Arş. Gör., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.

*** Yard. Doç.Dr., Düzce Üniversitesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim AD.

**** Prof.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.

Suçta eğilim gösteren çocuklarda aşırı bir özerklik vardır. Otoriteye karşı çıkmaya ve tepki gösterme davranışları görülür. Alkol ve uyuşturucu madde kullanmaya eğilim gösterirler. Aileye ve çevreye karşı kin, nefret, kıskançlık ve saldırganlık duyguları beslerler. Amaçsız, güvensiz ve başıboş bir yaşam sürerler (Köknel 2001). Uygunsuz anne-baba disiplini, aşırı aile baskısı, anne-babanın aşırı ilgisi ya da ilgisizliği, baba ya da annenin olmaması, ayrılmış anne-baba, ailede alkol kullanımı, suçta eğilimli arkadaş çevresi, işsizlik, ekonomik sorunlar, sık çevre değiştirme çocuk ya da genci suçta yönlendirmektedir (Göker ve ark. 2006).

Suçta eğilim gösteren çocuklarda bazı psikiyatrik bozukluklar daha sık görülmektedir. Bunlar arasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), davranım bozukluğu (DB), karşıt olma-karşı gelme bozukluğu (KO-KGB), zihinsel yetersizlikler (ZY), major depresif bozukluk (MDB), bipolar bozukluk (BPB), anksiyete bozuklukları (AB), psikotik bozukluklar (PB) ve madde kullanım bozuklukları (MKB) sayılabilir (Abram ve ark. 2003).

Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) çocukluk dönemi için özel hükümler bulunmaktadır. 5237 sayılı TCK'nın 31. Maddesi gereği 12 yaşını doldurmuş olan çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Suç sayılan fiili işlediği sırada 12 yaşını doldurmuş olup da 15 yaşını doldurmuş olanların işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama (fariklik) veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin (mümeyyizlik) yeterince gelişmemiş olması halinde ceza sorumluluğu yoktur. 12-15 yaş grubunda adli süreçler içine girmiş bir çocuğun muayenesi çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından yapılır ve işlenmiş olduğu suçtan dolayı ceza sorumluluğunun bulunup bulunmadığına dair rapor düzenlenir (Hesapcioglu ve Yesilova 2012). Hekim tarafından fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişmiş olduğuna karar verilen çocuklar cezalandırılabilirler. Hekim ruhsal de-

ğerlendirmeyi yaparken çocuğun sosyal çevresini, aile ortamını ve eğitim durumunu da göz önünde bulundurmalıdır (Göker ve ark. 2006).

Bu çalışmada, suçta itilen çocukların sosyodemografik özelliklerinin belirlenmesi ve suç teşkil eden davranışlarda eşlik edebilecek psikiyatrik bozuklukların etkisinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Suçta sürüklenen tüm çocuklar Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde, bir çocuk ve ergen ruh sağlığı hekimi tarafından değerlendirilmekte ve bu konuda 10 yıldan fazla deneyimi olan başka bir hekimle ikinci kez muayenesi yapılmaktadır. Olguların psikometrik testleri, adli tahkikat dosyaları incelenmekte ve adli tıp uzmanı ile görüş alışverişinde bulunarak nihai karar verilmektedir.

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın poliklinik kayıtları incelenmiştir. 2013 ocak ve 2013 aralık ayları arasında polikliniğimize başvuran 72 suçta itilen olgunun dosyaları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Olgular sosyodemografik özellikler (cinsiyet, yaş, eğitim, aile yapısı, anne-baba işi, kronik hastalık, eğitim durumu, göç), psikiyatrik bozukluklar ve suç türleri yönünden değerlendirilmiştir.

Çalışma verileri SPSS 16 istatistik paketi sürümü kullanılarak incelenmiş, önce yüzdeler belirlenmiş, ardından da değişkenlerin dağılımları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için Pearson Ki-Kare analiz yöntemi kullanılmıştır. Yapılan karşılaştırmalarda p değeri 0.05 altında olanlar anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Bu çalışmada, belirtilen süre içerisinde polikliniğimize başvuran toplam 72 suçta itilen olgu in-

celenmiştir. Olguların 65'i (%90.3) erkek ve 7'si (%9.7) kızlardan oluşmaktadır. Olguların yaş aralığı 12-23 olup ortalama yaş 14.75±2.1 olarak saptanmıştır. En sık rastlanan yaş grubu ise 14'tür (%38.9).

Eğitim düzeyleri incelendiğinde, olguların 38'inin (%52.8) ortaokul seviyesinde eğitim aldığı, 1 (%1.4) olgunun hiç okula gitmediği ve 1 (%1.4) olgunun yüksekokula devam ettiği saptanmıştır. 8 (%11.1) olgunun ise okula devam etmediği belirlenmiştir. Olgularımızın anne ve babalarının ise en sık ilkokul mezunu oldukları, 18 (%25) olgunun annesinin ve 7 (%9.7) olgunun babasının okuma yazma bilmediği öğrenilmiştir. Olgular 2-11 arasında değişen çocuk sahibi ailelerden gelmektedir. Kardeş sayısı 4 ve üzeri olanlar toplam olguların 31'ini (%43.1) oluşturmaktadır. Olguların 57'sinin (%79.2) anne ve babasının birlikte olduğu, 5'inin (%6.9) anne ve babasının boşanmış olduğu, 10'unun (%13.9) ailesinin parçalanmış olduğu belirlenmiştir. Olguların 3'ünün (%4.2) ailesi ile birlikte yaşamadığı, bunlardan 1'inin (%1.4) çocuk esirgeme kurumunda, 2'sinin (%2.8) cezaevinde kaldığı anlaşılmıştır. Olguların 10'unun (%13.9) babasının işsiz olduğu ve 14'ünün (%19.4) babasının bir kronik hastalık bulunduğu görülmüştür. Dokuz (%12.5) olgunun annesinin bir işte çalıştığı ve 20 (%27.8) olgunun annesinde bir kronik hastalık olduğu saptanmıştır. Olgulardan 11'inin (%15.3) ise başka şehirlerden göç ettikleri belirlenmiştir.

Madde kullanım açısından bakıldığında 50 (%69.4) olgunun herhangi bir madde kullanmadığı, 7 (%9.7) olgunun sadece sigara, 7 (%9.7) olgunun sigara ve alkol, 4 (%5.6) olgunun sigara, alkol ve esrar kullandığı görülmüştür. Bir olgu yalnız alkol, 1 olgu yalnız esrar ve 2 olgu ise yalnız diğer maddelerden kullanmaktaydı. İşlediği iddia edilen suçlara göre olguların en sık hırsızlık suçu ile itham edildiği saptanmıştır. Suç türlerine bakıldığında; hırsızlık (n=24, %33.3), cinsel suçlar (n=20, %27.8), kasten yaralama (n=10, %13.9), mala zarar verme (hırsızlık dışında)

(n=8, %11.1), terör suçları (n=5, %6.9), kaçakçılık (n=2, %2.8), tehdit (n=2, %2.8) ve ehliyetsiz araç kullanma (n=1, %1.4) olarak belirlenmiştir.

Olguların 16'sında (%22.2) fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin geliştiği, 39'unda (%54.2) gelişmediği, 17'sinde (%23.6) ise işlediği iddia edilen olayın üzerinden 1 yıldan uzun süre geçtiği için fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişip gelişmediğine karar verilemeyeceği belirlenmiştir. Olguların 46'sında (%63.8) en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği tespit edilmiştir. En sık eşlik eden psikiyatrik bozukluğun DEHB (n=39, %54.2) olduğu saptanmıştır. Bunu sırasıyla DB (n=15, %20.8), ZY (n=11, %15.3), KO-KGB (n=5, %6.9), AB (n=5, %6.9), MKB (n=5, %6.9), MDB (n=4, %5.6) ve enürezis nokturna (n=1, %1.4) takip etmektedir.

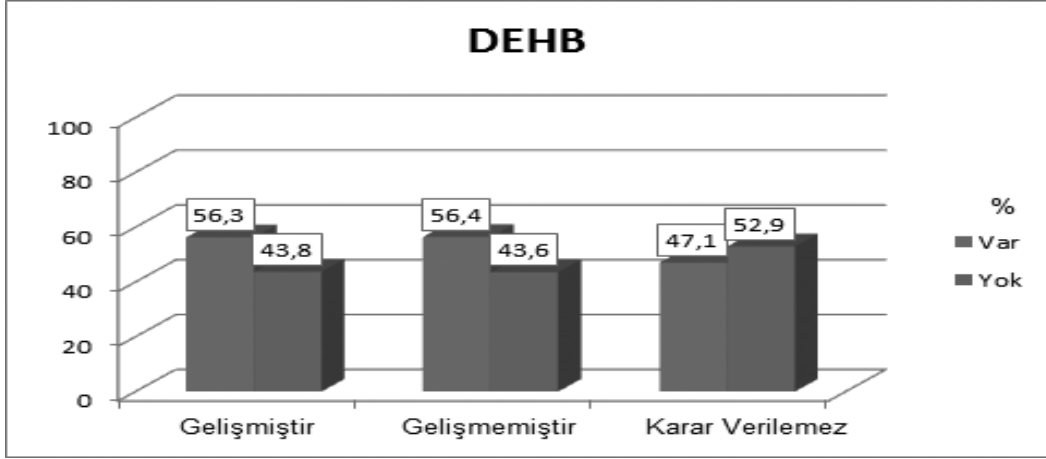
"Fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği gelişmiştir" şeklinde rapor edilen toplam 16 (%22.2) olgunun 9'unda (%56.3) DEHB (Şekil 1), 7'sinde (%43.8) DB (Şekil 2), 2'sinde (%12.5) KO-KGB ve 2'sinde (%12.5) MKB olduğu gözlenmiştir. "Fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği gelişmemiştir" şeklinde rapor edilen toplam 39 (%54.2) olgunun 22'sinde (%56.4) DEHB, 10'unda (%25.6) ZY (Şekil 3), 5'inde (%12.8) AB (Şekil 4), 2'sinde (%5.1) DB, 2'sinde (%5.1) KO-KGB, 2'sinde (%5.1) MDB, 1'inde (%2.6) MKB ve 1'inde (%2.6) enürezis nokturna olduğu belirlenmiştir. "Fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişip gelişmediğine karar verilemez" şeklinde rapor edilen toplam 17 (%23.6) olgunun 8'inde (%47.1) DEHB, 6'sında (%35.3) DB, 2'sinde (%11.8) MKB, 2'sinde (%11.8) MDB, 1'inde (%5.9) KO-KGB, 1'inde (%5.9) ZY olduğu saptanmıştır. Tablo 1'de ayrıntılı olarak aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 1. Fiilin Hukuki Anlam ve Sonuçlarını Algılama ve Bu Fiille İlgili Olarak Davranışlarını Yönlendirme Yeteneğinin Geliştiği, Gelişmediği ve Karar Verilemediği Suça İtilen Çocuklardaki Psikiyatrik Tanılar ve Değerlendirmeleri

		Gelişmiştir		Gelişmemiştir		Karar Verilemez	p
		n	(%)	n	(%)	n (%)	
Eş Tanı	var	9	(56.3)	28	(71.8)	9 (52.9)	0.310
	yok	7	(43.8)	11	(28.2)	8 (47.1)	
DEHB ^a	var	9	(56.3)	22	(56.4)	8 (47.1)	0.797
	yok	7	(43.8)	17	(43.6)	9 (52.9)	
DB ^b	var	7	(43.8)	2	(5.1)	6 (35.3)	0.001
	yok	9	(56.3)	37	(94.9)	11 (64.7)	
ZY ^c	var	0	(0.0)	10	(25.6)	1 (5.9)	0.008
	yok	16	(100)	29	(74.4)	16 (94.1)	
AB ^d	var	0	(0.0)	5	(12.8)	0 (0.0)	0.040
	yok	16	(100)	34	(87.2)	17 (100)	
MDB ^e	var	0	(0.0)	2	(5.1)	2 (11.8)	0.246
	yok	16	(100)	37	(94.9)	15 (88.2)	
KO-KGB ^f	var	2	(12.5)	2	(5.1)	1 (5.9)	0.645
	yok	14	(87.5)	37	(94.9)	16 (94.1)	
MKB ^g	var	2	(12.5)	1	(2.6)	2 (11.8)	0.267
	yok	14	(87.5)	38	(97.4)	15 (88.2)	
Enürezis	var	0	(0.0)	1	(2.6)	0 (0)	0.538
	yok	16	(100)	38	(97.4)	17 (100)	
Toplam		16		39		17	

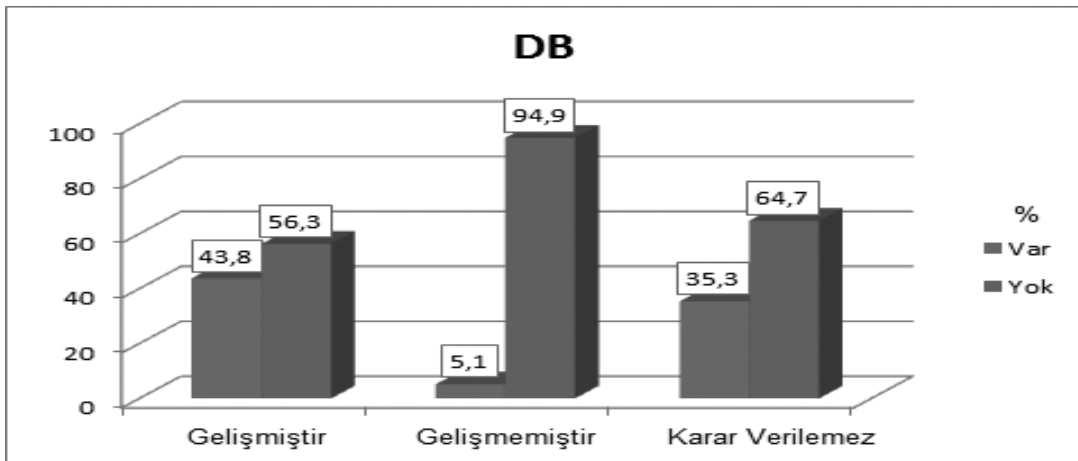
a: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, b: Davranım Bozukluğu, c: Zihinsel Yetersizlik, d: Anksiyete Bozukluğu,

e: Major Depresif Bozukluk, f: Karşı Olma Karşıt Gelme Bozukluğu, g: Madde Kullanım Bozukluğu



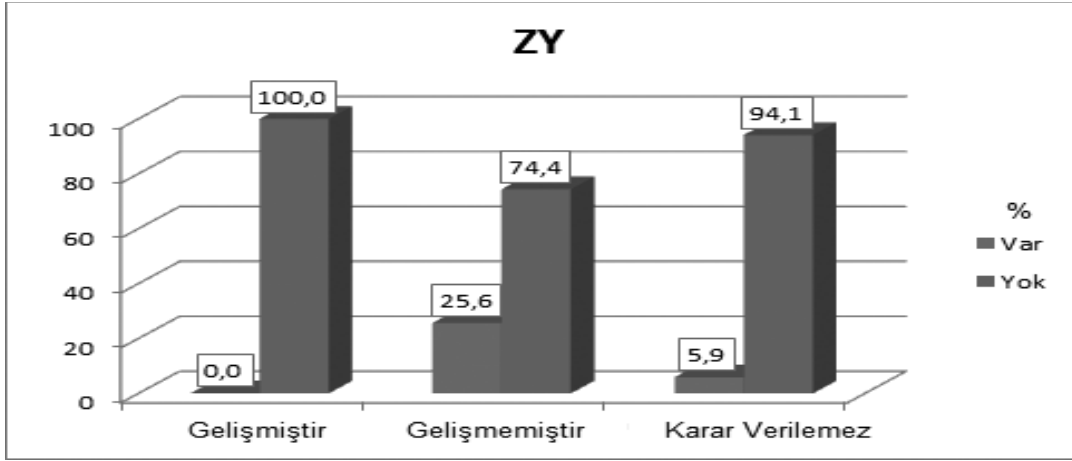
DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Şekil 1. Suça itilen çocuklarda DEHB görülme oranları



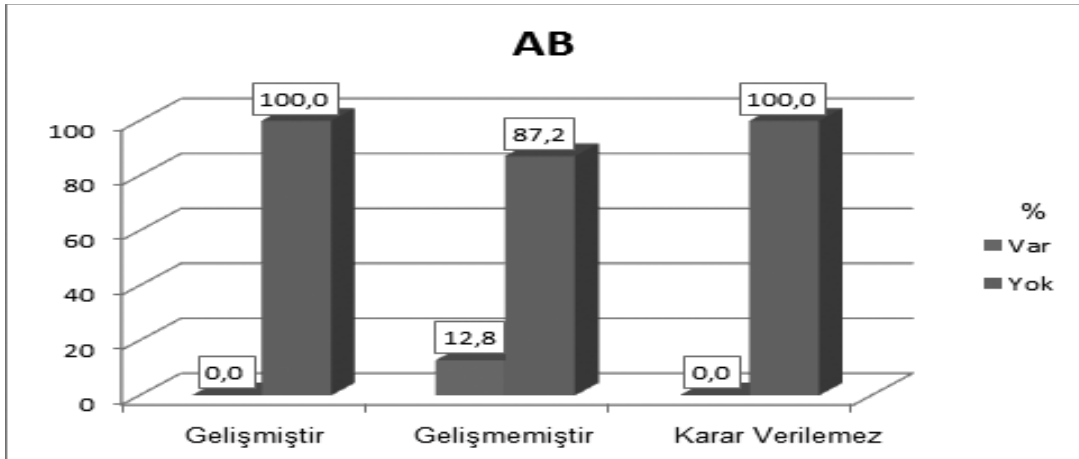
DB: Davranım Bozukluğu

Şekil 2. Suça itilen çocuklarda DB görülme oranları



ZY: Zihinsel Yetersizlik

Şekil 3. Suça itilen çocuklarda ZY görülme oranları



AB: Anksiyete Bozukluğu

Şekil 4. Suça itilen çocuklarda AB görülme oranları

TARTIŞMA

Konuyla ilgili yapılan çalışmalar erkek cinsiyetinin çocuk suçluluğunda baskın olduğunu göstermektedir (Cantürk 2005, Maschi 2006, Tanrıöver ve ark. 2002, Van Lier ve ark. 2006). Akduman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada olguların %81.6'sının, Akyüz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada olguların %93.4'ünün, Abram ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise olguların %61.4'ünün erkek olduğu bildirilmiştir (Abram ve ark. 2003, Akduman ve ark. 2007, Akyüz ve ark. 2000). Bu çalışmada da suça sürüklenen olgularda erkek cinsiyetin büyük çoğunlukta olduğu gözlenmiştir ve yapılan araştırmalarla uyumlu bulunmuştur. Erkek çocuklarda suç işleme oranının fazla olması, erkek çocukların toplumda daha serbest ve rahat bırakılmaları, aile denetiminin azlığı ve akran etkisinin fazlalığı ile açıklanmaya çalışılmıştır (Hesapcioglu ve Yesilova 2012).

Suç eğilimin düşük eğitim seviyesindeki bireylerde daha fazla gözlendiği bildirilmiştir. Okul eğitime devam etmeyen çocukların suç işlemeye ve suça maruz kalmaya daha yatkın oldukları belirlenmiştir (Wang ve ark. 2005). Olgularımızın %12.5'inin okul eğitime devam etmediği tespit edilmiştir. Eğitimden uzak kalan çocukların ruhsal gelişiminin yetersiz kalacağı ve suçla karşılaşmaya daha açık hale geleceği düşünülebilir.

Kalabalık aile ortamının ve çocuk sayısının fazla olmasının ailenin sosyoekonomik düzeyini düşürebileceği, ebeveynlerin çocukların eğitimi ve ruhsal gelişimi ile ilgilenmelerini kısıtlayabileceği vurgulanmıştır (Sen ve ark. 2012). Ailenin sosyoekonomik ve gelir düzeyinin düşük olması, konut uygunsuzluğu, işsizlik gibi faktörlerin çocuk suçluluğuna risk oluşturduğu bildirilmiştir (Göker ve ark. 2006). Bu bağlamda olguların yaklaşık yarısının 4 ve daha fazla çocuklu ailelerde yetiştiği ve %13.9'unun babasının herhangi bir işte çalışmadığı tespit edilmiştir.

Erkan ve Erdoğan'ın çocuk suçluluğu ve göç üzerine yaptığı çalışmada, çocuk suçluluğu ve göç arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Erkan ve Erdoğan 2006). İstanbul'da suçlu çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada, suçlu çocukların %86'sının İstanbul'a göçle geldikleri belirtilmiştir (Elibol 1998). Adana'da çocuk suçluluğunda göç faktörünü inceleyen başka bir çalışmada, suçlu çocukların %55.8'inin Adana'ya göçle geldikleri saptanmıştır (Gönültaş ve Hilal 2012). Yapılan bu çalışmalara göre çocuk suçluluğu ile göç hareketlerinin paralel olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada ise olguların %15.3'ünün göçle geldikleri tespit edilmiştir. Mersin ilinin sık göç alan bir il olduğu da düşünüldüğünde göç oranının az olması, ilçelerden suça sürüklenen çocukların üniversiteye yönlendirilmesi ve il merkezindeki olguların daha yüksek oranlarda adliyede adli tıp hekimi tarafından değerlendirilmesi nedeniyle olabilir. Bu nedenle ildeki tüm merkezlerle yapılan bir çalışmanın göçün etkisini daha doğru yansıtacağını düşünmekteyiz.

Madde kullanımı ile ilgili yapılan bir çalışmada, suç işleyen çocukların %36.4 ile en çok sigara kullandıkları bildirilmektedir (Ozen ve ark. 2005). Başka bir çalışmada ise suç işleme iddiası ile gelen çocukların %53.4 ile en sık sigara kullandıkları, bunu %8.1 ile hem madde hem sigara kullanımının izlediği görülmektedir (Gönültaş ve Hilal 2012). Benzer şekilde bu çalışmada olguların en çok sigara kullandıkları belirlenmiştir. Madde kullanımı ile mala zarar verme suçları arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan bir çalışmada, madde kullanımının suç işleme eğilimini arttırdığı saptanmıştır (Mocan ve Tekin 2002). Madde kullanan çocukların suçlu olma ihtimallerinin, kullanmayanlara göre daha fazla olduğunu bildiren bir çalışma da bulunmaktadır (Tumban ve ark. 2004). Bu veriler çocukların suç işlemesinde madde kullanımının da etkili olabileceğini göstermektedir.

Türkiye'de çocukluk çağı suç araştırmalarında, suç türü olarak ilk sırada hırsızlık yer almaktadır (Akduman ve ark. 2007, Akyüz ve ark. 2000,

Cantürk 2005, Sen ve ark. 2012). Eskişehir’de yapılan bir çalışmada olguların %53.9’unun hırsızlıkla suçlandığı belirlenmiştir (Sen ve ark. 2012). Elazığ’da yapılan başka bir çalışmada ise olguların %44.7’sinin hırsızlık iddiasıyla gönderildiği tespit edilmiştir (Dülger 1992). Literatüre paralel olarak, bu çalışmada da en çok işlendiği iddia edilen suçun hırsızlık olduğu saptanmıştır.

Suçta itilen çocuklarla ilgili yapılan çalışmalarda, Eskişehir’de %73.8 (Sen ve ark. 2012), Elazığ’da %97.6 (Dülger 1992) ve Sivas’ta %97 (Akyüz ve ark. 2000) oranında fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişmiş olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise olguların %22.2’sinde fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişmiş olduğu tespit edilmiştir. Diğer araştırmalar ile kıyaslandığında oranın nispeten düşük olduğu görülmüştür. Bakış açısı farklılığı, yoruma dayalı bir konu olması ve muayene eden hekime göre değişmesi önemli bir sorundur. Bu nedenle son yıllarda ülkemizde tek kişiye bırakılmadan kurullarca karar verilmesi olumlu bir adım olmuştur. Adli tıp uzmanları, çocuk ruh sağlığı uzmanları, savcı, hakim, sosyal hizmet uzmanları, sosyolog ve psikolog gibi alanla ilgili, tecrübeli ve bilimsel yeterliliği olan kişilerce oluşturulmuş bir kurulca, bilimsel kanıtlara dayalı somut kriterler oluşturulması çok yararlı olacaktır. Ülkemizin sosyal ve kültürel özelliklerine özgü, ortak dil geliştirme adına benzer çalışmaların değişik illerde yapılarak sunulması ve bu alanla ilgili kendi kriterlerinin olması oldukça önemlidir.

Suçta eğilim gösteren çocuklara birtakım psikiyatrik bozukluklarda eşlik edebilmektedir. Abram ve arkadaşlarının gözetimine alınan çocuk ve ergenlerle ilgili yaptığı bir çalışmada, kızların %56.5’inin, erkeklerin ise %45.9’unun 2 veya daha fazla psikiyatrik bozukluğunun tanı kriterlerinin karşılandığı tespit edilmiştir. Bu bozukluklar arasında DEHB, DB, KO-KGB, MDB, BPB, AB, PB ve MKB sayılabilmektedir (Abram ve

ark. 2003). Bu çalışmada ise olguların %63.8’inde en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği saptanmıştır. En sık eşlik eden psikiyatrik bozukluğun ise DEHB olduğu bulunmuştur. Bunu sırasıyla DB, ZY, KO-KGB, AB, MKB, MDB takip etmektedir.

Kore’de yapılan bir çalışmada, suçlu olan ve olmayan çocuklar DEHB açısından karşılaştırılmıştır. Suçlu olan grupta DEHB görülme oranı %42.4 iken, suçlu olmayan grupta DEHB görülme oranı %11.9 olarak bulunmuştur (Chae ve ark. 2001). Başka bir çalışmada ise DEHB tanısı alan çocuklardaki suç oranlarının normal çocuklara göre daha fazla olduğu, DEHB ve DB’nin yasa dışı davranışlara eğilimi arttırdığı anlaşılmıştır (Foley ve ark. 1996). Olgulardan fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişmiş olanlarında, en sık görülen iki bozukluğun DEHB ve DB olması, bu bozuklukların çocuklarda suçta eğilimli davranışları arttırdığı görüşünü desteklemektedir. Ancak, bu çalışmada fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişmiş olanlarında ve olmayanlarında DEHB açısından fark bulunmamıştır. DB’nin eşlik ettiği durumlar ise özellikle farklılık göstermektedir. Bu gruptaki çocuklar tekrarlayan suçları önlemek amacıyla eğitim, danışmanlık, sağlık, bakım ve barınma tedbir kararları açısından değerlendirilebilir. Ailedeki kaotik duruma, sosyal hizmet uzmanının değerlendirmelerine, önceki psikiyatrik tedavilerine göre, koruyucu ruh sağlığı hizmetleri açısından sağlık ve danışmanlık tedbir kararları önerilebilir. Hangi olgulara hangi tedbir kararının önerildiğine yönelik çalışmaların yapılarak sunulması da ortak dil geliştirme açısından önemlidir.

Bu çalışmada DB, AB ve ZY’nin istatistiki olarak fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişip gelişmediğini etkileyen bozukluklar olduğunu tespit ettik (Tablo1, Şekil 2-4). AB olan çocuklarda, fiilin hukuki anlam ve

sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişmemiş olduğu şeklinde rapor verilmiştir. Buradan yola çıkarak, anksiyete bulgularının çocuğun tekrarlayıcı suçlarını azaltacağı öngörülebilir. Ancak, bu konu başka çalışmalarla desteklenmeli ve diğer etki eden faktörlerle birlikte değerlendirilmelidir. ZY hakkında simülasyon ya da yapay bozukluk gibi olguların olabileceği de düşünülerek mümkünse zeka testinin istenmesi, adli tahkikat dosyasının ayrıntılı incelenmesi ve tekrarlayan muayeneler ile karar verilmesi gerekmektedir. Elbette ki sadece psikiyatrik tanıya göre bu karar verilmeyip suçun türü, niteliği ve sosyal çevrenin de ayrıntılı değerlendirilmesi gerekmektedir.

Bu çalışma, bir ön çalışma olarak sunulmuş olup örneklem sayısının yetersiz olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, örneklemin önemli bir bölümünü suçun hukukî anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişip gelişmediği değerlendirilmek üzere kliniğe gönderilmiş çocuklar oluşturmaktadır. Daha sağlıklı sonuçlar elde edebilmek için geniş örneklem sayısı ve farklı yaş gruplarını kapsayan çalışmalara gereksinim vardır. Çocuk suçluluğuna göç faktörünün etkisi irdelenirken çocuğun göç etmesi yanında, anne ve babanın çocuğun doğumundan önce göçle gelmesi de değerlendirilirse bu faktörün daha ayrıntılı incelenmiş olacağını öngörmekteyiz. Ayrıca DB, AB ve ZY'nin fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişip gelişmediğine etkisi kesin bir veri olmamakla birlikte bu konuda ileri destekleyici çalışmalara gerek duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

Abram KM, Teplin LA, McClelland GM ve ark. (2003) Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Arch Gen Psychiatry* 60(11):1097-1108.

Akduman GG, Akduman B, Cantürk B (2007) Ergen suç-

luluğunda bazı kişisel ve ailesel özelliklerin incelenmesi. *Türk Ped Arş* 42:156-161.

Akyüz G, Beyaztaş FY, Kuğu N ve ark. (2000) Suç işledikleri iddiasıyla muayeneye gönderilen çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni* 5(2):70-75.

Cantürk G (2005) Çocuk suçluluğunda adli psikiyatrik değerlendirme. *STED* 14(2):31-34.

Chae PK, Jung HO, Noh KS (2001) Attention deficit hyperactivity disorder in Korean juvenile delinquents. *Adolescence* 36(144):707-725.

Dizman H, Gültekin G, Cantürk G (2005) Aile ilişkilerinin çocuk suçluluğuna etkisi. *Adli Psikiyatri Dergisi* 2:9-15.

Dülger E, Hancı İ, Ertürk S ve ark. (1992) 1988-1991 yılları arasında Elazığ'da farik- mümeyyizlik muayenesi için gönderilen çocukların demografik özellikleri. *Adli Tıp Dergisi* 8(1-4):131-136.

Elibol S (1998) The Sociodemographical Features of Guilty Children, Age of 11-15, Committing Property Crimes: İstanbul Üniversitesi, *Adli Tıp Enstitüsü*; p.7.

Erkan R, Erdoğan Y (2006) Immigration and juvenile delinquency. *Aile ve Toplum - Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi* 3(9):79-91.

Foley HA, Carlton CO, Howell RJ (1996) The relationship of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder to juvenile delinquency: Legal implications. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 24(3):333-345.

Göker Z, Hesapcioglu ST, Sarp KS ve ark. (2006) KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine son iki yılda başvuran adli olguların değerlendirilmesi. *Adli Tıp Dergisi* 20(3):1.

Gönültaş BM, Hilal A (2012) Role of the immigration on juvenile delinquency: Adana example. *J For Med* 26(3):156-164.

Hesapcioglu ST, Yesilova H (2012) Forensic psychiatric evaluation of children and adolescents in Muş: a view for prevention of delinquency. *J For Med* 26(3):171-179.

YILDIRIM VE ARK.

Köknel Ö (2001) *Kimliğini Arayan Gençliğimiz*. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul. 1. Baskı, s.356.

Maschi T (2006) *Unraveling the link between trauma and male delinquency: The cumulative versus differential risk perspectives*. Soc Work 51(1):59-70.

Mocan N, Tekin E (2002) *Drugs and juvenile crime: evidence from a panel of siblings and twins*. Adv Health Econ Health Serv Res 16:91-120.

Ozen S, et al. (2005) *Juvenile delinquency in a developing country: a province example in Turkey*. Int J Law Psychiatry 28(4):430-441.

Stasevic I, Ropac D, Lucev O (2005) *Association of stress and delinquency in children and adolescents*. Coll Antropol 29(1):27-32.

Sen S, Karbeyaz K, Toygar M ve ark. (2012) *Sociodemographic evaluation of children pushed into crime in Eskisehir*. J For Med 26(3):146-155

Tanrıöver SK, Hocaoğlu Ç, Bağdatlı H ve ark. (2002) *Son 4 yılda KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisine başvuran adli olguların değerlendirilmesi*. Klinik Adli Tıp 2(2):1-6.

Tumban JG, Gil AG, Wagner EF (2004) *Co-occurring substance use and delinquent behavior during early adolescence: emerging relations and implications for intervention strategy*. Crim Justice Behav 31:463-488.

Van Lier PA et al. (2006) *Gender differences in developmental links among antisocial behavior, friends'antisocial behavior, and peer rejection in childhood: results from two cultures*. Child Dev 77(1):244.

Wang X, Blomberg TG, Li SD (2005) *Comparison of the Educational deficiencies of delinquent and nondelinquent students*. Eval Rev 29(4):291-312.

Yörükoğlu A (2000) *Gençlik Çağı/Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar*. Özgür Yayınları, İstanbul, 11. Baskı. Sayfa: 301-332.

BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNE BAŞVURAN OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI ÇOCUK VE ERGENLERİN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Sabide Duygu TUNAS*, Zeynep GÖKER**, Gülser DİNÇ**
Özlem HEKİM BOZKURT**, Esra GÜNEY***, Özden Şükran ÜNERİ****

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanılı çocuk ve ergenlerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Mayıs 2013-Aralık 2013 tarihleri arasında Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran olguların kayıtları geriye dönük incelenmiş, OKB tanılı toplam 93 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Olguların sosyodemografik özellikleri, obsesyon ve kompulsiyon içerikleri, eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar ve bunların sosyodemografik özellikler ile arasındaki ilişki analiz edilmiş, $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Örneklem yaş ortalaması 12.0 ± 2.9 (4-17 yaş) olarak bulunmuştur. Olguların 49'unu (%52.7) kız çocukları oluşturmaktadır. Obsesyon ve kompulsiyonlar değerlendirildiğinde, 66 (%71) olguda obsesyon ve kompulsiyonların birlikte görüldüğü saptanmıştır. En sık gözlenen obsesyonların fiziksel zarar verme, zarar görme ya da saldırganlık ($n=30$, %39.8) ve bulaş, kirlenme, hastalık kapma ya da hastalanma ile uğraş ($n=30$, %39.8) olarak bulunmuştur. En sık görülen kompulsiyonların ise "yıkama, temizleme, belli bir düzen ile temizleme ya da kaçınma" ($n=37$, %39.8) kompulsiyonları olduğu saptanmıştır. Olguların %34.4'ünde OKB'ye eşlik eden dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik bozuklukların olduğu gözlenmiştir. Tedavinin %64.6'sını ($n=60$) serotonin geri alım inhibitörü (SSGİ= grubu ilaçlarla monoterapi ve %25.5 ($n=22$))'ini kombine farmakoterapilerin oluşturduğu saptanmıştır. Farmakoterapi uygulamasını yordayan etkenler; ergen yaş grubunda olmak ve bulaş, kirlenme, hastalık kapma ya da hastalanma ile uğraş obsesyonlarının varlığı olarak belirlenmiştir. **Tartışma:** Çalışma sonuçlarına göre OKB, çocuk ve ergen yaş grubunda kız ve erkek çocuklarını eşit şekilde etkileyen, ergen yaş grubunda anlamlı olarak daha fazla görülen bir bozukluk olup tedavisinde SSGİ monoterapisi çoğu kez ilk seçenek olarak kullanılmaktadır. Çalışma bulgularının genellenebilmesi için elde edilen niteliksel ve niceliksel veriler ıleriye dönük, toplum örneklemini de içeren araştırma desenleri ile ele alan yeni çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar sözcükler: Obsesif kompulsif bozukluk, çocuk, ergen, klinik özellikler

SUMMARY: CLINICAL AND DEMOGRAPHIC FEATURES OF CHILDREN AND ADOLESCENTS DIAGNOSED WITH OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER APPLIED TO A TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL

Objective: This study aimed to evaluate sociodemographic and clinical features of children and adolescents who were diagnosed with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). **Method:** Data of children and adolescents that have applied to Ankara Pediatric Hematology Oncology Training and Research Hospital were retrospectively evaluated between the dates May 2013 and December 2013, and a total of 93 cases diagnosed with OCD were included in the study. Sociodemographic features, context of obsessions and compulsions, presence of accompanying any comorbid psychiatric disorders and their probable effects on sociodemographic features were analyzed and $p < 0.05$ was accepted as statistical significance level. **Results:** Mean age of the sample was 12.0 ± 2.9 (4-17 years). Forty-nine of the cases (52.7%) were girls. Sixty-six (71%) had both obsessions and compulsions, whilst 27 of all (29%) had only obsession. There was not found purely compulsion in any case. Most commonly seen obsessions were as follows; giving physical harm, being harmed, aggression ($n=30$, 39.8%) and contamination, contracting a disease or getting ill ($n=30$, 39.8%). One obsession dominance was found in 73.1% of all cases ($n=68$) whereas in 26.9% of them ($n=25$) had one more than obsessions. Most frequently seen compulsions were "cleaning, washing, cleaning within a certain order and avoidance" ($n=37$, 39.8%). One compulsion dominance had 51.5% of all cases ($n=48$), whilst 19.4% of cases ($n=18$) had one more compulsions. Comorbid psychiatric disorders such as ADHD and anxiety disorders have been found in 34.4% of all cases with OCD. SSRI monotherapy was used in 64.4% ($n=60$) of the cases whereas 25.5% ($n=22$) were treated with combined pharmacotherapeutic agents. Predictors of pharmacotherapeutic agent use were found as being in the adolescence period, having obsessions about contamination, contracting a disease or becoming ill or injured. **Discussion:** In the light of our results, OCD might be conceptualized as a disorder affecting both girls and boys evenly within childhood and adolescence, seen statistically higher in adolescence, and SSRIs mainly being used as the first-line treatment. There is a need for further novel studies in the future with community-based designs including collected quantitative and qualitative data for generalization of these results.

Key words: Obsessive compulsive disorder, child, adolescent, clinical features

* Arş. Gör., Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümü, Ankara.

** Uzm. Dr., Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümü, Ankara.

*** Yard.Doç.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD., Ankara.

**** Doç.Dr., Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümü, Ankara.

GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) DSM-IV tanı ölçütlerine göre; tekrarlayıcı, intrüzyif, istenmeyen düşünceler, imgeler ve dürtüler ile bunların neden olduğu sıkıntıyı azaltan tekrarlayıcı davranışlar, zihinsel eylemlerle karakterize nö-

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 23 (2) 2016

ropsikiyatrik bir bozukluktur (Grant 2014). Çocuk ve ergenlerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, OKB sıklığının ülkelere göre değişiklik gösterse de genellikle %1-4 oranında saptandığı belirtilmektedir (Douglass ve ark. 1995, Valleni-Basile ve ark. 1995, Shaffer ve ark. 1996, Zohar 1999, Canals ve ark. 2012). Ülkemizde Diler ve arkadaşlarının (1999) klinik örnekleminde 9-15 yaş arası çocuk ve ergenlerde sıklık %2.7 olarak saptanmıştır.

OKB tanılı erişkinlerin yarısına yakınında belirtilerin çocukluk veya ergenlik döneminde başladığı bilinmektedir (Stewart ve Geller 2004). Başlangıç yaşı küçüklüğü ile erkek cinsiyette olma arasında bir ilişki olduğunu belirten çalışmalar olduğu gibi (Albert ve ark. 2002, Fontenelle ve ark. 2003, Masi ve ark. 2004, Valleni-Basile ve ark. 1994), bu bulgunun saptanmadığı çalışmalar da bulunmaktadır (Chabane ve ark. 2005, Pinto ve ark. 2006, Heyman ve ark. 2001).

Çocuk ve ergenlerde OKB'nin tanım ve sınıflaması erişkinlere benzer olup, aynı tanı ölçütleri kullanılmaktadır (Öner ve ark. 2001, Stewart ve ark. 2008). Çalışmalarda bu bozukluktaki klinik belirtilerin erişkinler ile benzer olduğu ancak klinik görünümde bazı farklılıkların da gözlenebildiği belirtilmektedir (Mancebo ve ark. 2008, Geller ve ark. 2001a, Penn ve ark. 1997). OKB'si olan 44 ergen, 43 geç başlangıçlı erişkin ve 45 erken başlangıçlı erişkin hastanın değerlendirildiği bir çalışmada, dinsel ve cinsel obsesyonların geç başlangıçlı erişkin hastalara göre ergenlerde daha sık görüldüğü, bulaş obsesyonlarının ergenlerde nadir bulunduğu, temizleme kompulsiyonlarının ergenlere göre erken başlangıçlı erişkinlerde daha sık olduğu saptanmıştır (Butwicka ve ark. 2010). Bazı çalışmalarda çocukların erişkinlerden farklı olarak, ritüellerine anne-babalarını katabildikleri ve belirtileri tetikleyici faktörleri, stresörleri anlamlı düzeyde daha az tanımlayabildikleri belirtilmektedir (Geller 2006).

Yaşam boyu OKB eş tanılarının dağılımı ile ilgili yapılan çalışmalarda elde edilen farklı sonuç-

lar da dikkat çekicidir. Ülkemizde Türkbay ve arkadaşlarının (2000) çocuk ve ergenlerde OKB belirtilerinin dağılımı ve eş tanuları erişkinler ile karşılaştırdığı çalışmalarında, çocuk ve ergenlerin belirti sayısının erişkinlere oranla daha az, belirti dağılımının ise benzer olduğu bulunmuştur. Geller ve arkadaşlarının (2001a) OKB'li çocuk-ergen ve erişkin hastaları karşılaştırdıkları bir çalışmalarında, çocuk yaş grubunda ergen ve erişkinlerden daha sık Tourette sendromu ve ayrılık anksiyetesi bozukluğu varlığı, buna karşılık madde kötüye kullanımı ve yeme bozukluklarının erişkinlerde daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Oysa Mancebo ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, OKB belirtileri olan çocuk, ergen ve erişkin hastalarda tik bozukluğu ve anksiyete bozuklukları sıklığı açısından anlamlı farklılık saptanmamış, çocuk ve ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun, benzer şekilde erişkinlerde duygudurum, madde kötüye kullanım ve yeme bozukluklarının daha sık görüldüğü bulunmuştur.

Çocukluk çağı OKB ile ilgili literatürde yer alan bir diğer tartışmalı konu yaş gruplarına göre obsesyon ve/veya kompulsiyonların varlığıdır. Genel kanı erişkinlere göre çocuklarda, obsesif düşüncelerin daha az olduğu, sadece kompulsif davranışlar daha sık görüldüğü, sadece obsesyonların bulunduğu olgulara ise daha nadir rastlanıldığı şeklindedir (de Alvarenga PG ve ark. 2012). Ülkemizde yapılan ve OKB belirtileri ile başvuran 125 çocuk ve ergen olgunun geriye dönük değerlendirildiği bir çalışmada olguların %48'inde obsesyonların, %91.2'sinde kompulsiyonların olduğu, hastaların yaklaşık yarısında sadece kompulsiyonların ve çok az bir bölümünde sadece obsesyonların olduğu, olguların %39.2'sinde ise obsesyon ve kompulsiyonların birlikte görüldüğü saptanmıştır (Demirok ve ark 2001). Ancak literatürde kompulsiyonları olan çocukların hepsinde obsesyonların tabloya eşlik ettiğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Hanna 1995).

OKB tedavisi ile ilgili yapılan değerlendirmelerde çocukluk çağında OKB'li olan 18 çocuktan

yalnızca 4'ünün profesyonel yardım aldığına dikkat çekilmektedir (Storch ve ark. 2010). Ülkemizde lise öğrencileriyle yapılan bir epidemiyoloji çalışmasında da OKB tanısı alan olguların %80'inin tedavi görmediği saptanmıştır (Abay ve ark. 2010).

OKB'nin erken tanı ve tedavisi ile ilgili önemli unsurlardan bir tanesi de hastalığın çocukluk ve ergenlik dönemindeki klinik ve sosyodemografik özelliklerinin iyi bilinmesidir. Literatür incelendiğinde ülkemizde çocukluk çağı OKB olguları ile yapılan az sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Çocukluk çağında ülke nüfusumuz ve çocukluk çağında OKB görülme sıklığı dikkate alındığında bu alanda yapılacak yeni çalışmalara gereksinim olduğu aşikardır. Son yıllarda ülkemizde yapılmış, kliniğe başvuran çocuk yaş grubu olgularda OKB sıklığını ve klinik özelliklerini gösteren yeni bir çalışma saptanamamıştır. Bu çalışmada OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve klinik özelliklerin tanımlanması, obsesyon ve kompulsiyon içerikleri, obsesyon ve kompulsyonların birlikte görülme oranları, eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar ve bunların sosyodemografik özellikler ile arasındaki ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Bu çalışmada Mayıs 2013-Aralık 2013 tarihleri arasındaki toplam 6 aylık sürede, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi bölümüne başvuran toplam 6010 olgunun kayıtları geriye dönük taranarak OKB tanılı 93 olgu, ayrıntılı değerlendirmek üzere seçilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak, çocuk ve ergenlerin sosyodemografik bilgileri, ailenin ve hastanın yakınmaları, sorunun başlama yaşı, hastaneye başvuru süresi, sorunun başlamasından hemen önce gelişen medikal ve psikososyal değişiklikler, hastalığa eşlik eden belirtilerin

varlığı, hastaların psikiyatrik ve tıbbi özgeçmişleri, gelişim öyküsü, akran ilişkileri, eğitim öyküsü ve okul işlevselliği, ailenin kronik fiziksel ve psikiyatrik hastalık öyküsü, sosyal öyküsü ve aile işlevselliği gibi klinik değişkenleri içeren Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi bilgisayar kayıtları kullanılmıştır.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel açıdan verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 17,0 (Statistical Package for Social Sciences, Version 17.0, Chicago: SPSS Inc., 2008) istatistik paket programı kullanılmıştır. Parametrik değerlerin karşılaştırmasında Student's t testi uygulanmıştır. Grupların dağılım özelliklerinin karşılaştırmasında ki-kare testi ya da Fisher'in kesin Ki-kare testi kullanılmıştır. Tüm sonuçların değerlendirilmesinde ise $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Mayıs 2013-Aralık 2013 tarihleri arasındaki toplam 6 aylık sürede Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi bölümünde OKB tanısı alan 93 olgu saptanmış olup olguların başvuru tarihindeki yaş ortalaması 12.0 ± 2.9 (4-17 yaş) olarak bulunmuştur. Ankara dışındaki illerden gelen olguların tüm örneklemin %3.2'sini ($n=4$) oluşturduğu saptanmıştır. Örneklemin tamamı değerlendirildiğinde olguların 44'ünün (%47.3) erkek cinsiyette olduğu bulunmuştur. Örneklem 11 yaş ve altı çocuk, 12 yaş ve üstü ergen yaş grubu olarak tanımlanarak 2 gruba ayrıldığında, çocuk yaş grubunun örneklemin %41.9'unu ($n=39$) oluşturduğu, ergen ve çocuk yaş gruplarında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Eş tanı açısından yapılan değerlendirmede 93 olgunun %34.4'ünde ($n=32$) OKB'ye eşlik eden en az bir psikiyatrik bozukluk olduğu, en sık olarak da dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB;

n=11, %11.8), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB; n=7, %7.5) ve sosyal anksiyete bozukluğu (SAB; n=3, %3.2) varlığı belirlenmiştir.

Obsesyon ve kompulsyonların birlikte veya tek tek varlığı değerlendirildiğinde örneklemin tamamında (n=93) obsesyonların var olduğu, 66'sında (%71) kompulsyonların da tabloya eklendiği, olguların %29'unda (n=27) yalnızca obsesyonların görüldüğü, obsesyonu olmadan yalnızca kompulsyonu olan olgunun örnekleminde bulunmadığı saptanmıştır.

Örnekleme tek bir obsesyonun kliniğe hakim olduğu olgular %73.1 (n=68) oranında iken, olguların %26.9'unda (n=25) klinik tabloya birden fazla obsesyonun eşlik ettiği gözlenmiştir. En sık görülen obsesyonlar "fiziksel zarar verme, zarar görme ya da saldırganlık" ve "bulaş, kirlenme, hastalık kapma ya da hastalanma ile uğraş" obsesyonları olup her iki obsesyon türü için de oran %39.8 (n=37) bulunmuştur. Bunu "simetri, uyum ya da düzen için uğraş" obsesyonunun (%29.1, n=27) takip ettiği saptanmıştır.

Bir kompulsyonun kliniğe hakim olduğu olgular %51.6 (n=48) iken, örneklemin %19.4'unda (n=18) klinik tabloya birden fazla kompulsyonun eşlik ettiği gözlenmiştir. Kompulsyon sıklığını %39.8 (n=37) ile "yıkama, temizleme, belli bir düzen ile temizleme ya da kaçınma"; %21.5 (n=20) ile "tekrarlama, sıralama, düzenleme, sayma, dokunma" ve %19.4 (n=18) ile "kontrol etme" kompulsyonlarının oluşturduğu belirlenmiştir.

Obsesyonların ve kompulsyonların birlikte görülmesi açısından yapılan değerlendirmede, "Fiziksel zarar verme, zarar görme ya da saldırganlık" obsesyonları bulunan çocuk ve ergenlerin (n=35) %45.7'sinde (n=16) "kontrol etme" kompulsyonunun bu obsesyonlara eşlik ettiği gözlenmiştir. Kötü bir şey olacağı obsesyonu olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha sık kontrol etme ile ilgili kompulsyonların olduğu anlaşılmıştır ($X^2=28.43$, $p=0.0001$). Ben-

zer şekilde "Bulaş, kirlenme, hastalık kapma ya da hastalanma ile uğraş" obsesyonları bulunan çocuk ve ergenlerin (n=25) %68'inde (n=17) "yıkama, temizleme, belli bir düzen ile temizleme ya da kaçınma" kompulsyonlarının varlığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($X^2=26.71$, $p=0.0001$). Temizlik ile ilgili obsesyonlar, temizlik ile ilgili kompulsyonlarla anlamlı düzeyde sık birlikte görülmüştür.

"Simetri, uyum ya da düzen için uğraş" obsesyonları bulunan çocuk ve ergenlerin (n=21) %61.3'ünde (n=13) "tekrarlama, sıralama, düzenleme, sayma, dokunma" kompulsyonları varlığı istatistiksel açıdan anlamlı oranda yüksek bulunmuştur ($X^2=51.81$, $p=0.0001$). Düzen obsesyonu olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha sık düzenleme ile ilgili kompulsyonlar olduğu anlaşılmıştır. "Cinsel ya da dini içerikli" obsesyonları bulunan çocuk ve ergenlerin (n=12) %41.7'sinde (n=5) "onaylatma, belli kelimeleri içinden tekrarlama, sessizce dua etme" kompulsyonları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($X^2=16.18$, $p=0.001$). Cinsel ya da dinsel obsesyonlar, onaylatma ile ilgili kompulsyonlarla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde sık birlikte bulunmuştur. Diğer kombinasyonların birlikteliği ise istatistiksel açıdan anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Bahsedilen bulgular Tablo 1'de yer almaktadır.

Obsesyon ve kompulsyonların diğer sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi değerlendirildiğinde, "Simetri, uyum ya da düzen için uğraş" obsesyonlarının kız cinsiyetindeki varlığının sınırdaki düzeyde anlamlılığa sahip olduğu bulunmuştur (kızların %30.6'sında, erkeklerin %13.6'sında; $X^2=3.82$, $p=0.05$). Benzer şekilde "tekrarlama, sıralama, düzenleme, sayma, dokunma" kompulsyonları kız çocuklarında anlamlı düzeyde yüksek (kızların %22.4'ünde, erkeklerin %4.5'inde; $X^2=6.18$, $p=0.013$) bulunmuştur. Bunların dışındaki diğer obsesyon ya da kompulsyonların dağılımında ne cinsiyetler (bakınız Tablo 2), ne de yaş grupları arasındaki dağılımları açısından istatistiksel bir anlamlılık saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 1. OKB Tanılı Çocuk ve Ergenlerin (n=93) Klinik ve Demografik Karakteristikleri

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kız	49	52.7
Erkek	44	47.3
Yaş grubu		
Ergen (12 yaş ve üzeri)	54	58.1
Çocuk (4-11 yaş)	39	41.9
Obsesyon ve kompulsiyon dağılımı		
Obsesyon ve kompulsiyon birlikte varlığı	66	71.0
Sadece obsesyon varlığı	27	29.0
Sadece kompulsiyon varlığı	0	0.0
Obsesyonların dağılımı		
Sayı		
Kliniğe hakim olan bir obsesyon varlığı	68	73.1
Kliniğe hakim olan iki ya da daha fazla obsesyon varlığı	25	26.9
İçerik		
Fiziksel zarar verme, zarar görme ya da saldırganlık	37	39.8
Bulaş, kirlenme, hastalık kapma ya da hastalanma ile uğraş	37	39.8
Simetri, uyum ya da düzen için uğraş	27	29.1
Cinsel ya da dini içerikli obsesyonlar	17	18.3
Kompulsiyonların dağılımı		
Sayı		
Kliniğe hakim olan bir kompulsiyon varlığı	48	51.6
Kliniğe hakim olan iki ya da daha fazla kompulsiyon varlığı	18	19.4
İçerik		
Yıkama, temizleme, belli bir düzen ile temizleme ya da kaçınma	37	39.8
Tekrarlama, sıralama, düzenleme, sayma, dokunma	20	21.5
Kontrol etme	18	19.4
Onaylatma, belli kelimeleri içinden tekrarlama, sessizce dua etme	9	9.7

Tablo 2. Cinsiyete Göre Obsesyon ve Kompulsiyon Varlığı Dağılımı

Belirtiler	Kız (n=49)	Erkek (n=44)	X ²	p
Obsesyonlar (%)				
Fiziksel zarar verme, zarar görme, saldırıganlık	30.6	46.7	2.559	0.140
Bulaş, kirlenme, hastalık kapma, hastalanma	28.6	24.4	0.205	0.698
Simetri, uyum ya da düzen	30.6	13.6	3.822	0.051
Cinsel ya da dini içerikli obsesyon	10.2	15.6	0.603	0.413
Kompulsiyonlar (%)				
Yıkama, temizleme, ya da kaçınma	24.5	34.1	1.037	0.506
Tekrarlama, düzenleme, sayma, dokunma	22.4	4.5	6.180	0.013*
Kontrol etme kompulsiyonları	16.3	20.5	0.264	0.844
Onaylatma, tekrarlama, sessizce dua	8.2	11.4	0.272	0.853

X²= Ki Kare, *: p<0.05

Tablo 3. Yaş Gruplarına Göre Obsesyon ve Kompulsiyon Varlığı Dağılımı

Belirtiler	Çocuk (n=39)	Ergen (n=54)	X ²	p*
Obsesyonlar (%)				
Fiziksel zarar verme, zarar görme, saldırıganlık	41.0	35.2	0.210	0.566
Bulaş, kirlenme, hastalık kapma, hastalanma	20.5	31.5	1,263	0.239
Simetri, uyum ya da düzen	30.8	16.7	2.729	0.108
Cinsel ya da dini içerikli obsesyon	7.7	16.7	1.541	0.203
Kompulsiyonlar (%)				
Yıkama, temizleme, ya da kaçınma	23.1	33.3	1.156	0.455
Tekrarlama, düzenleme, sayma, dokunma	17.9	11.1	0.880	0.641
Kontrol etme kompulsiyonları	23.1	14.8	1.035	0.588
Onaylatma, tekrarlama, sessizce dua	7.7	11.1	0.303	0.829

X²= Ki Kare, *: tüm p değerleri için: p>0.05

Tedavi uygulamaları değerlendirildiğinde örneklemimizin %89.2'sinde (n=84) psikoaktif ilaç kullanımı saptanırken, olguların %10.8'inin (n=10) yalnızca bilişsel davranışçı terapi ile tedavi edildiği bulunmuştur. Farmakoterapi uygulanan olguların %64.6'sının (n=60) yalnızca seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) ile tedavi edildiği, olguların %25.5'nin (n=22) ise çoklu ilaç kullanımı olduğu saptanmıştır (bakınız Tablo 4).

Farmakoterapi uygulamasını yordayan etkenler; ergen yaş grubunda olma ($X^2=6.68$, $p=0.01$), bulaş, kirlenme, hastalık kapma ya da hastalanma ile uğraş obsesyonlarının ($X^2=4.119$, $p=0.042$) varlığı olarak belirlenmiştir. İlaç tedavisi önerilmeyen hastalar ile kıyaslandığında, farmakoterapi verilen olguların yaşlarının, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha büyük ($p<0.05$) olduğu, ayrıca bulaş, kirlenme, hastalık kap-

Tablo 4. Seçilen Tedavi Yöntemleri ve Farmakoterapi Uygulamaları

Tedavi şekli ve farmakoterapi dağılımı	n	%
Yalnızca davranışçı öneriler	10	10.8
SSGİ grubu ile monoterapi	60	64.6
Trisiklik antidepresan grubu ile monoterapi	1	1.1
Kombine farmakoterapiler	22	25.5
SSGİ ve antipsikotik kombinasyonu	7	7.6
SSGİ ve psikostimulan kombinasyonu	6	6.5
SSGİ ve antihistaminik kombinasyonu	4	4.4
SSGİ ve SNGİ kombinasyonu	3	3.2
Antipsikotik ve psikostimulan kombinasyonu	1	1.1
Trisiklik ve antipsikotik ilaç kombinasyonu	1	1.1

SSGİ: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri, SNGİ: Seçici Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri

Tablo 5. Farmakoterapi Uygulamasını Yordayan Etkenler

İlaç tedavisi alanlar (n=83)	n (%)	X ²	p
Kız cinsiyet (n=49)	44 (53.0)	14.877	0.857
Erkek cinsiyet (n=44)	39 (47.0)		
Çocuk yaş grubu (n=39)	31 (37.3)	6.677	0.010
Ergen yaş grubu (n=54)	52 (62.7)		
Kirlenme, hastalanma ile uğraş varlığı (n=25)	25 (100.0)	4.119	0.042

X²= Ki Kare

ma ya da hastalanma ile uğraş obsesyonlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

TARTIŞMA

Bu çalışmada OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik veriler, OKB'ye ilişkin klinik veriler ve eşlik eden diğer ruhsal belirtiler geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Çocuk ve ergenlerde yapılan birçok çalışmada, OKB için bildirilen ortalama başlangıç yaşı 7.5 ile 12.5 (ortalama 10.3 yıl) arasında değişmektedir (Geller 2006). Çalışmamızda da benzer şekilde hastaların kliniğimize başvuru tarihlerindeki yaş ortalaması 12.0 ± 2.9 (4-17 yaş) olarak saptanmıştır.

OKB 1980'lere kadar nadir bir bozukluk olarak düşünülse de topluma dayalı sıklık çalışmaları ile anlamlı olarak yüksek oranlar saptanmıştır (Canals ve ark. 2012, Alvarenga ve ark. 2012, Micali ve ark. 2010, Geller 2006). Bunun nedenleri arasında toplumda OKB'nin yeteri kadar bilinmemesi, tanınmaması da yer almaktadır. Çocuk ve ergenler çoğu zaman, alaya alınma veya gülünç olma kaygısı ile OKB belirtilerini yıllarca saklamakta, başvurduklarında ise belirtilerinden söz etmemeleri nedeniyle depresyon ya da kaygı bozukluğu gibi yanlış tanıları almaktadırlar (Swedo ve ark. 1992). Obsesif kompulsif bozukluğu olan 6-17 yaş arası 93 olgunun katıldığı çalışmada, ailelerinden alınan bilgilerle karşılaştırıldığında çocukların belirtilerini daha hafif derecede bildirdiği bulunmuştur (Canavera ve ark. 2009). Son çalışmalarda, yaşam boyu görülme sıklığının %1 ile %4 arasında değiştiği ve ortalama %2 olduğu belirtilmektedir (Geller 2006, Alvarenga ve ark. 2012, Goodman ve ark. 2014, McGuire ve ark. 2014). Bu oran çalışma bulgumuz olan %1.5 ile uyumludur.

Epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda genel görüş, OKB'de ergenlik öncesinde ve çocukluk döneminde erkek baskınlığı olduğu (Fontenelle & Hasler 2008, Masi ve ark. 2004, Valleni-Basile ve ark. 1994), yaş büyüdükçe benzer oranlara ula-

şıldığı (Craske 2003, Ruscio ve ark. 2010), ergenlikte ve ergenlik sonrasında eşitlendiği şeklindedir (Demirok ve ark. 2001, Geller ve ark. 2001a, Masi ve ark. 2005, Geller 2006, Alvarenga ve ark. 2012, Goodman ve ark. 2014). Ancak çalışmamızda hem çocuk hem ergen yaş grubunda kız/erkek oranları yaklaşık eşit olarak bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde çocuk yaş grubunda kız/erkek oranını eşit bulan çalışmalar olduğu gibi (Canals ve ark. 2012, Heyman ve ark. 2001), kız çocuklarda OKB sıklığını yüksek bulan çalışmalar da bulunmaktadır (Brynska ve Wolanczyk 2005, Craske 2003, Maggini ve ark. 2001, Abay ve ark. 2010). Bu çelişkili sonuçların varlığı çocukluk çağında cinsiyet değişkeni açısından OKB görülme sıklığı ile ilgili geniş örneklemli yeni çalışmalara gereksinim olduğunu düşündürmüştür.

OKB'de sıklıkla obsesyonlar ve kompulsiyonlar birlikte görüldüğü bildirilmektedir (Mancebo ve ark. 2008). Çalışmamızda da olguların %71'inde bu birliktelik gözlenmiştir. Kompulsiyonların obsesyonları geçici bir süre azalttığı ve/veya aşırı kaygıyı azalttığı düşüncesi göz önünde bulundurulduğunda bu bulgu çok şaşırtıcı değildir. Çocuk ve ergen yaş grubunda kompulsiyonların obsesyonlar olmadan da görülebildiği bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Riddle 1998, 1990). Ülkemizde yapılan ve obsesif kompulsif belirtilerle başvuran 44 çocuk ve ergen olgunun değerlendirildiği bir çalışmada sadece 4 çocukta (%9.1) obsesyonsuz kompulsiyonların varlığı saptanmıştır (Türkbay ve ark. 2000). Ancak çalışmamızda yalnızca kompulsiyonları olan olguya rastlanılmamıştır. Bu durum çalışma desenimizin kesitsel özelliğinden kaynaklanıyor olabileceği gibi, OKB olgularında daha önce yapılan çalışmalarda bahsedilen yakınmaların saklanma eğiliminden de kaynaklanıyor olabilir (Swedo ve ark. 1992). Çalışmamızda yalnızca obsesyonları olan hastaların oranı %29 olarak saptanmıştır. Bazı çalışmalarda sadece obsesyonların olduğu olguların özellikle çocuklarda nadir olduğu belirtirken (Demirok ve ark. 2001), bazı çalışmalarda çocuk, ergen yaş grubunda obsesyonların

hemen tüm olgularda görüldüğünü bildirmektedir (Mancebo ve ark 2008). Çalışmamızda tüm olgularda obsesif yakınmaların olması çocuk, ergen yaş grubunda obsesyonların sıkça görülebileceğini bildiren çalışmaların bulgularını desteklemektedir.

Literatürde çocuk ve ergenlerde sık gözlenen obsesyonlar sırasıyla "bulaş, kirlenme, hastalık kapma", "saldırıcılık, zarar verme-zarar görme" ve "simetri, düzenleme ve sıralama" obsesyonları iken; en sık görülen kompulsiyonlar "temizleme", "tekrarlama ve kontrol etme" kompulsiyonlarıdır (Valleni-Basile ve ark. 1994, Demirok ve ark. 2001, Öner ve ark. 2001, Boileau 2011). Obsesif-kompulsif içerik açısından çalışma bulgularımızın diğer klinik ve epidemiyolojik çalışmalar ile benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Çalışmamızda, kötü bir şey olacağı, zarar göreceği obsesyonu olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha sık kontrol etme ile ilgili kompulsiyonlar olduğu, temizlik ile ilgili obsesyonların temizlik ile ilgili kompulsiyonlarla anlamlı düzeyde sık birlikte görüldüğü anlaşılmıştır. Semptom profili ile ilgili bulgularımız literatüre benzerdir.

Çocukluk çağı OKB olgularında %68-100 oranlarında en az bir psikiyatrik eş tanı olduğu belirtilmektedir (Canals ve ark. 2012, Walitza ve ark. 2011, Lewin ve ark. 2010, Storch ve ark. 2008, Fontenelle ve Hasler 2008, Heyman ve ark. 2001, Masi ve ark. 2010, Kessler ve ark. 2005, Geller ve ark. 1996, Rasmussen ve Eisen 1990, Swedo ve ark. 1989). Ancak ülkemizde yapılan çalışmalarda farklı eş tanı oranlarının verildiği görülmektedir. 3107 lise öğrencisinin değerlendirildiği bir epidemiyoloji çalışmasında OKB'li olguların %52.5'inde eş tanı olduğu saptanmıştır (Abay ve ark. 2010). Türkbay ve arkadaşları (2000) ise daha küçük bir örnekleme (n=44) OKB'li çocuk ve ergenlerin %44.5'inde eş tanı olduğunu belirtmişlerdir. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada literatüre benzer şekilde OKB'li çocuklarda eş tanı oranı %71,2 olarak bulunmuştur (Demirok

ve ark. 2001). Çalışmamızda eş tanı oranı literatürde beklenenden düşük bulunmuştur. Bu durum çalışmamızın kesitsel ve kliniğe başvuran olgulardan oluşacak şekilde planlanmış olmasından kaynaklanıyor olabileceği gibi, kültüre bağlı bir değişiklik olup olmadığının çalışma kısıtlılıklarını taşımayan yeni çalışmalarla incelenmesi gerektiği düşünülmüştür.

Çocukluk çağı başlangıçlı OKB'nin, DEHB ve tik bozuklukları ile daha çok birliktelik gösterdiği, ergenlik sürecinde ya da ergenlik sonrası başlayan OKB'de depresyon ve anksiyete bozuklukları birlikteliğinin daha sık görüldüğü ifade edilmektedir (Boileau 2011, Ruscio ve ark. 2010, Geller 2006, Geller ve ark. 1996). Farklı araştırmalarda OKB'ye en sık eşlik eden tanuların; DEHB (%10-51), yıkıcı davranım bozuklukları (%10-57), major depresyon (%10-73), tik bozukluğu ve Tourette sendromu (%17-59), özgül gelişimsel güçlükler (%24), karşı gelme bozukluğu (%17-51) ve diğer anksiyete bozuklukları (%26-70) olduğu bildirilmiştir (Canals ve ark. 2012, Karaman ve ark. 2011, Ivarsson ve ark. 2008, Geller 2006, Geller ve ark. 2001a, 2001b, 1996, Thomson 1994, Flament ve ark. 1990). Örneğimizde benzer şekilde eş tanılar arasında DEHB önde gelen hastalıklardandır, bu bozukluğu sırasıyla YAB ve SAB izlemektedir.

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve seçici serotonin gerialım inhibitörleri (SSGİ) kullanımı çocuklarda OKB bozukluğu tedavisinde ilk ve etkin seçenekler olarak ön plandadır (Alvarenga ve ark. 2012, Lack 2012, Mancuso ve ark. 2010, Geller ve ark. 2003, Action 1998). Çalışma bulgularımız kliniğimizde de benzer tedavi seçeneklerine öncelik verildiğini göstermektedir. SSGİ'lerini güçlendirme stratejileri arasında, tedaviye BDT, risperidon, klonazepam, klomipramin eklenmesi; ergenlerde ayrıca aripiprazol ve memantin eklenmesi seçenekleri yer almaktadır (Masi ve ark. 2010, Hezel ve ark. 2009). Çalışmamızda çoklu ilaç kullanımı olan olgularda en sık tercih edilen farmakoterapötik ajanların atipik antipsikotikler ve psikostimülanlar olması eşlik

TUNAS VE ARK.

eden DEHB, davranım bozukluğu, tik bozukluğu gibi psikopatolojilere bağılı olabilir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde çocuk OKB olgularının tedavisinde BDT ilaçla birlikte ya da tek başına ilk seçenek olarak bildirilmiştir (Watson ve ark. 2008). BDT uygulamaları yetişmiş insan gücü ile yakından ilgilidir. Örneklemin seçildiği tarihlerde polikliniğimizde BDT uygulaması yapan tek uzman olmasının tedavi uygulama seçeneklerini etkilediği düşünülmüştür.

Çalışmamızda kliniğimize tedavi için başvuran hastalar incelenmiş olup, toplumda tanı konmamış, tedavi görmemiş kişilerdeki bozukluğun başlangıcı, belirtileri, doğal gidişi hakkında bilgi edinilememiştir. Çalışmamızın, kesitsel olması, yalnızca klinik örnekleme içermesi ve geriye dönük bir desende olması nedeniyle bazı değişkenlerin yeterince ayrıntılı ele alınamaması kısıtlılıkları arasında yer almaktadır.

Çalışma bulgularımıza göre OKB, çocuk ve ergen yaş grubunda kız ve erkek çocuklarını eşit şekilde etkileyen, ergen yaş grubunda anlamlı olarak daha fazla görülen bir bozukluk olup tedavisinde SSGİ monoterapisi çoğu kez ilk seçenek olarak kullanılmaktadır. Çalışma bulgularının genellenebilmesi için elde edilen niteliksel ve niceliksel veriler ileriye dönük, toplum örneklemini de içeren araştırma desenleri ile ele alan yeni çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

Abay E, Pulular A, Memiş ÇÖ, Süt N (2010) Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde obsesif kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 23:230-237.

Action AO (1998) Practice parameters for the assessment of treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(10 Suppl):27-45.

de Alvarenga PG, Mastrorosa RS, do Rosário MC (2012) Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Anxiety disorders. IACAPAP e-Textbook of Child*

and Adolescent Mental Health içinde. Rey JM (ed) *International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions Geneva*, p:1-17.

Albert U, Picco C, Maina G, Forner F, Aguglia E, Bogetto F (2002) Phenomenology of patients with early and adult onset obsessive-compulsive disorder. *Epidemiol Psychiatr Soc* 11(2):116-126.

American Psychiatric Association (2013) *DSM-5 Task Force. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th edition. American Psychiatric Association. Washington, DC.*

Baysal ZB, Ünal F (1996) Fluoxetine treatment of children and adolescents with obsessive - compulsive disorders: an open-label trial. *Eur Neuropsychopharmacol* 6:142-143.

Brynska A, Wolanczyk T (2005) Epidemiology and phenomenology of obsessive-compulsive disorder in non-referred young adolescents. A Polish perspective. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 14:319-327.

Butwicka A, Gmitrowicz A (2010) Symptoms clusters in obsessive-compulsive disorder: influence of age and age of onset. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 19:365-370.

Burke KC, Burke JD Jr, Regier DA ve ark. (1990) Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry* 47:511-518.

Boileau B (2011) A review of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci* 13:401.

Chabane N, Delorme R, Millet B, Mouren MC, Leboyer M, Pauls D (2005) Early-onset obsessive compulsive disorder: a subgroup with a specific clinical and familial pattern? *J Child Psychol Psychiatry* 46:881-887.

Canals J, Hernández-Martínez C, Cosi S, Voltas N (2012) The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Spanish school children. *J Anxiety Disord* 26:746-752.

Canavera KE, Wilkins KC, Pincus DB, Ehrenreich-May JT (2009) Parent-child agreement in the assessment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 38:909-915.

- Craske MG (2003) *Origins of phobias and anxiety disorders: why more women than men?* Elsevier. 7 Ocak 2015'de http://www.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=RBnBE1v51FEC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Origins+of+phobias+and+anxiety+disorders:+why+more+women+than+men%3F&ots=AwD86H19t8&sig=3dkiY5z00_AWjvJEXYxFzBu7cRE&redir_esc=y#v=onepage&q=Origins%20of%20phobias%20and%20anxiety%20disorders%3A%20why%20more%20women%20than%20men%3F&f=false adresinden indirildi.
- Douglass HM, Moffitt TE, Dar R, McGee R, Silva P (1995) *Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18 year olds: prevalence and predictors.* *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:1424-1431.
- Demirok D, Ünal F, Pehlivanlı B (2001) *Çocuk ve ergenlerde obsesif-kompulsif bozukluk: sosyodemografik ve klinik özellikler.* *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 8:11-18.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV.* American Psychiatric Press. Washington, DC.
- Farrell L, Waters A, Milliner E, Ollendick T (2012) *Comorbidity and treatment response in pediatric obsessive-compulsive disorder: A pilot study of group cognitive-behavioral treatment.* *Psychiatry Research* 199:115-123.
- Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL ve ark. (1988) *Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study.* *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27:764-771.
- Flament MF, Koby E, Rapport JL, Berg J, Zahn T, Cox C, Denckla M, Lenane M. (1990) *Obsessive-compulsive disorder: a prospective follow-up study.* *J Child Psychol Psychiatry* 31:363-380.
- Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M (2003) *Early-and late-onset obsessive compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study.* *J Psychiatr Res* 37:127-133.
- Fontenelle LF, Hasler G (2008) *The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: risk factors and correlates.* *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 32:1-15.
- Geller DA, Biederman J, Griffin S, Jones J, Lefkowitz TR (1996) *Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorders.* *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1637-1646.
- Geller D, Biederman J, Faraone S, Agranat A, Cradlock K, Hagermoser L, Kim G, Frazier J, Coffey B (2001a) *Developmental aspects of obsessive-compulsive disorder: findings in children, adolescents and adults.* *J Nerv Ment Dis* 189:471-477.
- Geller D, Biederman J, Faraone S, Bellordre CA, Kim GS, Hagermoser L, Cradlock K, Frazier J, Coffey B (2001b) *Disentangling chronological age from age of onset in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder.* *Int J Neuropsychopharmacol* 4:169-178.
- Geller DA, Biederman J, Stewart SE, Mullin B, Martin A, Spencer T, Faraone SV (2003) *Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder.* *Am J Psychiatry* 160:1919-1928
- Geller DA (2006) *Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents.* *Psychiatr Clin North Am* 29:353-370
- Grant JE (2014) *Obsessive-compulsive disorder.* *N Engl J Med* 371:646-653.
- Goodman WK, Grice D, Lapidus Lapidus, Coffey B (2014) *Obsessive-compulsive disorder.* *Psychiatr Clin N Am* 37:257-267.
- Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R (2001) *Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health.* *Br J Psychiatry* 179:324-329.
- Hezel DM, Beattie K, Stewart SE (2009) *Memantine as an augmenting agent for severe pediatric OCD.* *Am J Psychiatry* 166:237.
- Hanna GL (1995) *Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents.* *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:19-27.

TUNAS VE ARK.

- Ivarsson T, Melin K, Wallin L (2008) *Categorical and dimensional aspects of co-morbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD)*. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17:20-31.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1997) *Synopsis of Psychiatry. Eighth Edition*. Williams and Wilkins. Baltimore- Maryland.
- Karaman D, Durukan İ, Erdem M (2011) *Çocukluk çağı başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk*. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 3:278-295.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005) *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. *Arch Gen Psychiatry* 62:593-602
- Krebs G, Heyman I.(2010) *Treatment-resistant obsessive-compulsive disorder in young people: assessment and treatment strategies*. *J Child Adolesc Ment Health* 15:2-11.
- Lack CW, Storch EA, Keeley ML, Geffken GR, Ricketts ED, Murphy TK, Goodman WK (2009) *Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: base rates, parent-child agreement, and clinical correlates*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44:935-942
- Lack CW (2012) *Obsessive-compulsive disorder: Evidence-based treatments and future directions for research*. *World J Psychiatr* 22:86-90
- Lewin AB, Chang S, McCracken J, McQueen M, Piacentini J (2010) *Comparison of clinical features among youth with tic disorders, obsessive-compulsive disorder (OCD), and both conditions*. *Psychiatry Research* 178:317-322.
- Maggini C, Ampollini P, Gariboldi S, Cella PL, Peqlizza L, Marchesi C (2001) *The Parma High School Epidemiological Survey: obsessive-compulsive symptoms*. *Acta Psychiatr Scand* 103:441-446.
- Mancebo MC, Garcia AM, Pinto A, Freeman JB, Przeworski A, Stout R, Kane JS, Eisen JL, Rasmussen SA (2008) *Juvenile-Onset OCD: Clinical Features in Children, Adolescents and Adults*. *Acta Psychiatr Scand* 118:149-159.
- Mancuso E, Faro A, Joshi G, Geller DA (2010) *Treatment of pediatric obsessivecompulsive disorder: a review*. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 20:299-308.
- March J, Foa E, Gammon P ve ark (2004) *Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessivecompulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial*. *JAMA* 292:1969-1976.
- Masi G, Pfanner C, Millepiedi S, Berloff S (2010) *Aripiprazole augmentation in 39 adolescents with medication-resistant obsessive-compulsive disorder*. *J Clin Psychopharmacol* 30:688-693.
- Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Pfanner C, Arcangeli F (2006) *Comorbidity of obsessive compulsive disorder and attention deficit hyper-activity disorder in referred children and adolescents*. *Compr Psychiatry* 46:42-47.
- Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Milantoni L, Arcangeli F (2005) *A naturalistic study of referred children and adolescents with obsessive-compulsive disorder*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44:673-681.
- Masi G, Perugi G, Toni C, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Akiskal HS (2004) *Obsessive-compulsive bipolar comorbidity: focus on children and adolescents*. *J Affect Disord*. 78:175-183.
- Micali N, Heyman I, Perez M ve ark. (2010) *Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents*. *Br J Psychiatry* 197:128-134.
- Penn JV, March J, Leonard HL (1997) *Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescents. Review of Psychiatry* 16:1-23.
- Pinto A, Mancebo MC, Eisen JL, Pagano ME, Rasmussen SA (2006) *The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake*. *J Clin Psychiatry* 67:703-711.
- Rasmussen SA, Eisen JL (1990) *Epidemiology of obsessive compulsive disorder*. *J Clin Psychiatry* 51:10-13.
- Rasmussen SA (2008). *Juvenile-onset OCD: clinical features in children, adolescents and adults*. *Acta Psychiatr Scand* 118:149-159.

- Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC (2010) *The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication*. *Mol Psychiatry* 15:53-63.
- McGuire JF, Crawford EA, Park JM, Storch EA, Murphy TK, Larson MJ, Lewin AB (2014) *Neuropsychological performance across symptom dimensions in pediatric obsessive compulsive disorder*. *Depression and Anxiety* 31:988-996.
- Öner P, Aysev A (2001) *Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk*. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)* 10:409-411.
- Rapoport JL, Swedo S, Leonard H (1994) *Obsessive-compulsive disorder*. In: *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches içinde*. M Rutter (ed). Third Edition. Blackwell Science, London.
- Riddle MA (1998) *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. *Br J Psychiatry* 35:91-96.
- Riddle MA, Scahill L, King R ve ark. (1990) *Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:766-772.
- Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M (1996) *Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide*. *Arch Gen Psychiatry* 53:339-348.
- Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D (1989) *Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. clinical phenomenology of 70 consecutive cases*. *Arch Gen Psychiatry* 46:335-341.
- Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL (1992) *Childhood-onset obsessive compulsive disorder*. *Psychiatr Clin North Am* 15:767-775.
- Shams G, Foroughi E, Esmaili Y, Amini H, Ebrahimkhani N (2011) *Prevalence rates of obsessive-compulsive symptoms and psychiatric comorbidity among adolescents in Iran*. *Acta Medica Iranica* 49:680-687.
- Stewart SE, Geller DA, Jenike M, ve ark (2004) *Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature*. *Acta Psychiatr Scand* 110:4-13.
- Stewart SE, Rosario MC, Baer L ve ark (2008) *Four-factor structure of obsessive-compulsive disorder symptoms in children, adolescents, and adults*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47:763-772.
- Storch EA, Murphy TK, Lack CW ve ark. (2008) *Sleep-related problems in pediatric obsessive-compulsive disorder*. *J Anxiety Disord* 22:877-885.
- Storch EA, Lewin AB, De Nadai AS ve ark. (2010) *Defining treatment response and remission in obsessive-compulsive disorder: a signal detection analysis of the Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49:708-717.
- Sukhodolsky DG, do Rosario-Campos MC, Scahill L ve ark. (2005) *Adaptive emotional and family functioning of children with obsessive compulsive disorder and comorbid attention deficit hyperactivity disorder*. *Am J Psychiatry* 162:1125-1132.
- Termine C, Balottin U, Rossi G ve ark. (2006) *Psychopathology in children and adolescents with Tourette's syndrome: a controlled study*. *Brain Development* 28:69-75.
- Thomsen PH (1994) *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescence: a study of phenomenology and family functioning in 20 consecutive Danish cases*. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 3:29-36.
- Türkbay T, Doruk A, Erman H ve ark. (2000) *Obsesif kompulsif bozukluğun belirti dağılımının ve komorbiditesinin çocuk ve ergenler ile erişkinler arasında karşılaştırılması*. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 3:86-91.
- Watson HJ, Rees CS (2008) *Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder*. *J Child Psychol Psychiatry* 49:489-498.
- Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL ve ark. (1994) *Frequency of obsessive compulsive disorder in a community sample of young adolescents*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:782-791.

TUNAS VE ARK.

Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL ve ark. (1995) Family and psychosocial predictors of obsessive compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J Child Fam Stud* 4:193-206.

Valderhaug R, Ivarsson T (2005) Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 14:164-173.

Walitza S, Melfsen S, Jans T, Zellmann H (2011) Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Dtsch Arztebl Int* 108:173-179.

Zohar AH (1999) The epidemiology of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolesc Psychiatr Clin of N Am* 8:445-460.

İKİLİ ANTİPSİKOTİK KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN PRIAPİSM: BİR OLGU SUNUMU

Nazike AK*, Hilal AKKÖPRÜ*, Işık GÖRKER**

ÖZET

Priapism cinsel uyarı olmaksızın uzun süreli ve ağrılı penil ereksiyon olarak tanımlanmaktadır. Etiyolojisine göre non iskemik (yüksek akımlı) ve iskemik (düşük akımlı) olmak üzere iki tiptir. Prognozu oldukça kötü olan iskemik priapism nedenleri orak hücreli anemi, lösemi, spinal kord lezyonları ve ilaçlardır. Priapisme neden olan ilaçlar arasında antihipertansifler, antikoagülanlar, antidepresanlar ve antipsikotikler yer almaktadır. Antipsikotikler düşük akımlı venöz oklüzyonla oluşan iskemik priapism sebeplerindedir. Bu yazıda aripiprazol ve risperidonun birlikte kullanımına bağlı oluşan bir priapism olgusu sunulacaktır.

Anahtar sözcükler: Ergen, antipsikotik, priapism

SUMMARY: PRIAPISM DUE TO DUAL ATYPICAL ANTIPSYCHOTIC USE: A CASE REPORT

Priapism is defined as prolonged and painful penil erection without the presence of sexual stimulation. According to the aetiology, it might be classified as nonischaemic (high flow) and ischaemic (low flow) priapism. The reasons of ischaemic priapism that has poor prognosis includes sickle cell anemia, leukemia, spinal cord lesions and drugs. Among drugs that might cause priapism are antihypertensive agents, anticoagulants, antidepressants and antipsychotic drugs. Antipsychotic drugs are among the causes of ischaemic priapism due to low-flow venous occlusion. In this article, a case of priapism that emerges upon the dual use of aripiprazole and risperidone was presented.

Key words: Adolescent, antipsychotic, priapism

GİRİŞ

Priapism cinsel uyarı olmaksızın uzun süreli ve ağrılı penil ereksiyon olarak tanımlanmaktadır. Etiyolojisine göre non iskemik (yüksek akımlı) ve iskemik (düşük akımlı) olmak üzere 2 tiptir (Sinceviciute ve ark). Non iskemik priapism perineal travma sonrası arteriovenöz fistül oluşumu sonucunda arteriyel kan akımının artmasıyla oluşurken, iskemik priapism veno oklüzyon sonucu oluşur. Venöz akımın engellenmesi iskemiyeye ve tedavi edilmezse kavernoöz boşlukta fibrozise neden olur. Uzamış iskemide oluşan fibrozisin, en önemli erektil disfonksiyon nedeni olduğu bildirilmiştir. Priapism %95'inin iskemik tipte olduğu belirtilmiştir (Pradhan ve Hardan 2013). Prognozu oldukça kötü olan is-

kemik priapism nedenleri orak hücreli anemi, lösemi, spinal kord lezyonları ve ilaçlardır (Wang ve ark. 2006). İlaçlar priapism nedenlerinin %30'unu oluşturmakta olup (Torun ve ark 2011) bu ilaçlar antihipertansifler, antikoagülanlar, antidepresanlar ve antipsikotiklerdir. En sık trazodonun bir yan etkisi olarak görülmekle birlikte, çeşitli antipsikotiklerin kullanımı sırasında da sıklıkla görülebilmektedir (Kartalci ve ark 2010). Hatta ilaca bağlı priapism olgularının %50'den fazlasına antipsikotikler neden olmaktadır (Torun ve ark. 2011). Literatürde risperidon, ketiapin, olanzapin, aripiprazol kullanımı sonrası bildirilen priapism olguları mevcuttur. Antipsikotiklerin alfa reseptörlere yüksek afinitesinden dolayı corpora cavernosada alfa reseptör blokajı sonucu priapisme neden olduğu

* Arş. Gör., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Edirne.

** Doç.Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Edirne.

düşünülmektedir (Paklet ve ark. 2013). Antipsikotikler venöz oklüzyonla oluşan düşük akımlı iskemik priapizm sebeplerindedir. Bu yazıda aripiprazol ve risperidon birlikte kullanımına bağlı olarak oluşan bir priapizm olgusu sunulmaktadır.

OLGU

Davranım bozukluğu, mental retardasyon, serebral palsi tanuları ile 5 yıldan beri polikliniğimizde takip edilmekte olan 16 yaşındaki erkek olgu; ilk olarak 11 yaşında sinirlilik, kendisine ve çevresine zarar verme, bebek gibi sesler çıkarma şikayetleriyle polikliniğimize getirilmişti. Yapılan ruhsal bakıda hastanın bilinci açıktı, konuşma gelişmemişti, anlamsız sesler çıkarıyordu. Duygu durumu ve duygulanımı iritabl idi. Yönelim, dikkat, bellek muayenesi yapılamadı. Uykusu ve iştahı normal olarak tanımlanıyor; özbakımını ailesinin desteği ile yaptığı ifade ediliyordu. Özgeçmişinde hastanın zamanında normal yolla 2700 gr doğduğu, kordon dolanması nedeniyle siyanozu ve asfiksisi olduğu, 1 haftalıkken konjenital glokom ve iris klobomu nedeniyle opere olduğu öğrenildi. Nöromotor gelişim geriliği olan olgunun 1 yaşında oturabildiği, 2.5 yaşında yürüyebildiği, 7 yaşında ilk hecesini çıkarabildiği de öğrenilen bilgiler arasındaydı. Serebral palsi, mental retardasyon tanularıyla 5 yaşından bu yana özel eğitim alan olgunun ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu. Olguya belirtileri nedeniyle 1 mg/gün risperidon başlandı. Bu tedaviyle 2 yıl takip edilen hastanın aşırı kilo artışı nedeni ile risperidon kademeli bir şekilde azaltılıp kesilerek, aripiprazol 10 mg/gün başlandı. Aripiprazol ile davranım bozukluğu belirtilerinin devam etmesi üzerine risperidon 0.5 mg/gün eklendi. Bu tedavinin üçüncü ayında olgu, cinsel organında sertleşme, ağrı, kızarıklık ve idrar yapmada güçlük yakınmalarıyla acil servise getirildi. Acil serviste idrar yolu enfeksiyonu ön tanısı ile sefaksim 400 mg/gün olarak antibiyotik tedavisi başlandığı ifade edildi. Beş gün sonunda kızarıklık dışındaki yakınmalarının devam etmesi üzerine üroloji po-

likliniğine başvuran olgunun yataklı servise yatırılıp yapıldığı öğrenildi. Üroloji servisi tarafından priapizm etiyoloji ve tedavisinin düzenlenmesi amacıyla polikliniğimizden istenen konsültasyon değerlendirilmesinde, olgunun kullandığı antipsikotiklerin kademeli doz azaltılmasına gerek duyulmadan birden kesilmesine karar verildi. Antipsikotiklerin bırakılmasından üç gün sonra olgunun priapizm belirtileri ortadan kayboldu.

TARTIŞMA

Antipsikotiklere bağlı gelişen priapizmin mekanizması tam olarak bilinmese de kavernoöz korpusdaki alfa-1 ve alfa-2 adrenerjik blokaja bağlı olduğu düşünülmektedir. Alfa-1 adrenerjik blokaj sempatik sistemin inhibisyonu ve parasempatik sistemin aktive olmasına sebep olmakta ve arter dilatasyonu ile sonuçlanmaktadır (Sood ve ark. 2008). Alfa-2 reseptörler üzerindeki blokaj ise kavernoöz dokuda ve arteriollerde gevşemeye neden olan nitrik oksit salınımını arttırmaktadır (Ankem ve ark. 2002). Priapizm oluşumunda alfa-1 blokajın daha önemli olduğu ileri sürülmüştür. Bu reseptörlerin blokajı kavernoöz dokuda kan stazına ve uzamış ereksiyona neden olmaktadır.

Erişkinlerde psikotrop ajanlara bağlı priapizm görülmesine rağmen çocuklarda bu durumla nadiren karşılaşılır (Goetz ve Surman 2014). Çocuklarda ilaca bağlı priapizm olgularında genellikle birden fazla ilaç kullanımı ya da orak hücreli anemi gibi ek tıbbi hastalık öyküsü mevcuttur. Konuyla ilgili yazında orak hücreli anemi öyküsü olup psikotik bozukluk tanısıyla takip edilen hastada risperidon başlanması sonrası priapizm geliştiği ifade edilmiştir (Koirala ve ark. 2009). Çocuk ve ergenlerde bildirilen antipsikotik ilaca bağlı priapizm olgu sayısı oldukça az olmakla birlikte risperidon ve paroksetin (Yang ve Tsai 2004), risperidon ve atomoksetin kombine kullanımları (Wadoo ve Chalhoub 2009) sonucu gelişen priapizm olguları bildirilmiştir. Orak hücreli anemi gibi ek tıbbi hastalık

öyküsü olmayan olgumuzda birden fazla ilaç kullanımına bağlı priapizm geliştiği düşünülmüştür. Anderson ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada; atipik antipsikotiklerin alfa adrenerjik reseptör afinitesinin farklı olduğu bildirilmiştir. Atipik antipsikotiklerden ziprosidon, risperidonun yüksek afiniteye sahip iken; klozapin, ketiapinin orta derece afiniteye; paliperidon, olanzapin ve aripiprazolün ise düşük afiniteye sahip olduğu gösterilmiştir (Anderson ve ark. 2010). Atipik antipsikotiklere bağlı priapizm nedenlerinin % 27'sini oluşturan risperidon; yüksek afiniteye sahiptir.(Goetz ve Surman 2014). Aripiprazol ise düşük afiniteye sahip olduğu için priapizm gelişme ihtimali de düşüktür. Bununla birlikte literatürde okskarbazepine lityum ve aripiprazol eklenmesiyle oluşan priapizm olgusu bildirilmiştir (Negin ve Murphy 2005). Bizim olgumuzda priapizm, düşük alfa adrenerjik reseptör afinitesine sahip aripiprazol ile yüksek alfa adrenerjik reseptör afinitesine sahip risperidonun kombinasyon tedavisi sonrası ortaya çıkmıştır. Antipsikotiklere bağlı priapizmin dozdan ve süreden bağımsız idiosenkratik bir reaksiyon olduğu bilinmektedir. Ancak bazı faktörler antipsikotik kullanımına bağlı priapizmi kolaylaştırabilir. Bu faktörler: doz artışı, uzun etkili parenteral ilaç formları ve oral formların üst üste kullanılması, tedaviye verilen uzun bir aradan sonra tekrar antipsikotik başlanması, birden fazla antipsikotik kullanımı, kokain kullanımı olarak sıralanabilir (Koirala ve ark. 2009). Olgumuzda aripiprazol ve risperidon kullanımı sonrası priapizm oluşması, bu durumun birden fazla antipsikotik kullanımına bağlı olduğunu düşündürmektedir. Antipsikotiklerin kesilmesi sonrasında bulguların ortadan kalkması da bu düşüncüyü desteklemektedir. Priapizm eğer uygun zamanda fark edilmezse empotans, üriner retansiyon ve gangren ile sonuçlanmaktadır. Erken dönemde fark edilse bile hipoksi sonucu hastaların % 50'sinde empotans gelişebilmektedir (Paklet ve ark. 2013). Bu nedenle antipsikotik kullanımında nadir gözlenen olası yan etkiler hakkında hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi önemlidir.

Sonuç olarak çocuk ve ergen psikiyatristlerinin ikili antipsikotik kullanan hastalarda nadiren de olsa gelişebilecek priapizm riskini göz ardı etmemeleri, priapizmi ilaç yan etkilerine yönelik fiziksel bakının bir parçası olarak görmeleri gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Andersohn F, Schmedt N, Weinmann S ve ark. (2010) Priapism associated with antipsychotics: role of alpha1 adrenoceptor affinity. *J Clin Psychopharmacol* 30: 68-71.
- Ankem MK, Ferlise VJ, Han KR ve ark. (2002) Risperidone-induced priapism. *Scand J Urol Nephrol* 36:91-92.
- Goetz M, Surman HBC (2014) Prolonged penil erections associated with the use of atomoksetin and aripiprazol in 11 year-old boy. *J Clin Psychopharmacol* 34(2) :275-276.
- Kartalci Ş, Gül I, Karlıdağ R ve ark. (2010) Ketiapin tedavisi sırasında tekrarlayan priapizm. *Klin. Psikofarmakol Bul* 20(4):327-328.
- Koirala S, Penagoluri P, Smith C ve ark. (2009) Priapism and risperidone. *Southern Medical Journal* 102:266-268.
- Negin B, Murphy TK (2005) Priapism associated with oxcarbazepine, aripiprazole and lithium. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44:223-224.
- Paklet L, Abe A, Olajide D (2013) Priapism associated with risperidon: a case report, literatüre review and review of the South London and Maudsley hospital patients' database. *Ther Adv In Psychopharmacol* 3:3-13.
- Pradhan T, Hardan A (2013) Priapism associated with risperidon in a 21-year-old male with autism *J Child Adolesc Psychopharmacol* 23(5):367-369.
- Sinkevicute I, Kroken R, Johnsen E (2012) Priapism in antipsychotic drug use: a rare but important side effect. *Case reports in Psychiatry* 1-4.
- Sood S, James W, Bailon MJ (2008) Priapism associated with atypical antipsychotic medications: a review. *Int Clin Psychopharmacol* 23(1): 9-17.

AK VE ARK.

Torun T, Yılmaz E, Gümüş E (2011) Priapism due to a single dose of qetiapine: a case report. *Turk Psikiyatri Derg* 22(3):195-199.

Wado O, Chalhoub N (2009) Risperidone-induced sexual dysfunction in a prepubertal child- a case report. *J Psychopharmacol* 23(6):727-728.

Wang C, Kao W, Chen C ve ark. (2006) Priapism associated with typical and atypical antipsychotic medications. *Int Clin Psychopharmacol* 21:245-248.

Yang P, Tsai JH (2004) Occurrence of priapism with risperidone-paroxetine combination in an autistic child. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 14:342-343.

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA EPİLEPSİ İLE İLİŞKİLİ PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR: BİR OLGU SUNUMU

Fatma Betül AYVAZ*, Pınar YURTBAŞI**

ÖZET

Epilepsi ve psikiyatrik bozuklukların arasında bilhassa çocukluk döneminde güçlü bir ilişki vardır. Bu yazıda, uzun dönemdir epilepsisi olan ve aşırı duygudurum dalgalanmaları, öfke patlamaları, uykusuzluk ile başvuran 11 yaşındaki bir erkek çocuğun tanısı ve tedavisindeki zorluklar tartışılacaktır. Daha karmaşık hale dönüşmeden psikiyatrik sorunları doğru tanımlama ve en etkili ilaç bileşiminin erkenden belirlenmesi için pediatrik epilepsi olgularında nöroloji ve psikiyatrinin işbirliği içerisinde olması gerekmektedir. Ayrıca bu olgu bildirimini, epilepsiyle beraber görülen ciddi duygudurum ve davranış düzensizliklerinin tedavisinde depo antipsikotik kullanımının akla getirilmesi gerektiğini de vurgulamaktadır.

Anahtar sözcükler: Epilepsi, duygudurum düzensizliği, depo antipsikotik

SUMMARY: PSYCHIATRIC DISORDERS RELATED WITH CHILDHOOD EPILEPSY: A CASE REPORT

There is a strong association between epilepsy and psychiatric disorders, especially in childhood. We describe an 11-year-old boy who presented with extreme mood swings, anger outbursts, insomnia in addition to his long-term epilepsy, and discuss the diagnostic and treatment challenges of this case. A collaborative approach of neurology and psychiatry is necessary in pediatric epileptic cases, both to avoid misdiagnosis the psychiatric problems before they get more complicated and to identify most effective drug combinations earlier. This report also emphasizes the need for considering depot antipsychotics in the treatment of severe mood and behavior dysregulation related with epilepsy.

Key words: Epilepsy, mood dysregulation, depot antipsychotic

GİRİŞ

Epilepsisi olan çocuklarda psikiyatrik sorunların görülme olasılığı genel toplumdan beş kat daha fazladır (McDermott ve ark. 1995). Depresyon ve anksiyete hem çocukluk hem yetişkinlik döneminde epilepsiye en sık eşlik eden durumlardır (Lambert ve Robertson 1999). Nöbetlerin sık

(Austin 1992, Hoare 1984, McDermott ve ark. 1995) ve tedaviye dirençli olması (Devinsky ve Vazquez 1993, Grabowska-Grzyb ve ark. 2006) psikiyatrik bozukluk görülme olasılığını arttırmaktadır. Farmakolojik tedavide, çeşitli faktörlerin etkisiyle ciddi güçlükler yaşanabilmektedir. Bu yazıda epileptik bozukluğu olup bilişsel işlevleri giderek kötüleşen ve duygudurum dü

zensizliği gelişen bir olgunun değerlendirme, takip ve tedavi süreci ele alınacaktır.

* Arş. Gör., Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD., Ankara.

**Prof.Dr., Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD., Ankara.

OLGU

11 yaş 8 aylık erkek olgu polikliniğimize ailesi tarafından ataklar şeklinde, korku, heyecan ardından saldırgan ve kontrolsüz davranışlarda bulunma yakınmalarıyla getirildi. Bu durum dolayısıyla ilkokul ikinci sınıftan sonra öğrenim hayatına devam edemeyecek düzeyde sıkıntı yaşamaktaydı. Bahsedilen atakların süresi ve sıklığı oldukça değişkenlik gösteriyor, ataklar esnasında aynı cümleleri tekrar ediyor, ısrarcı oluyor, etrafa saldırabiliyor, ardından pişman oluyor, ağlıyor, anne-babasına bir şey olacak korkusu yaşıyordu. Bu atakları anlatırken anne "bir günde dört mevsim yaşayabiliyoruz" ifadesini kullanmıştı.

Psikiyatrik muayenesinde yaşında gösterdiği, sağlıksız diş ve dişetleri olduğu, ağzından bazen salya geldiği, dalgın olduğu, çabuk sıkıldığı, sabredemediği, öfkelenip anneye vurduğu

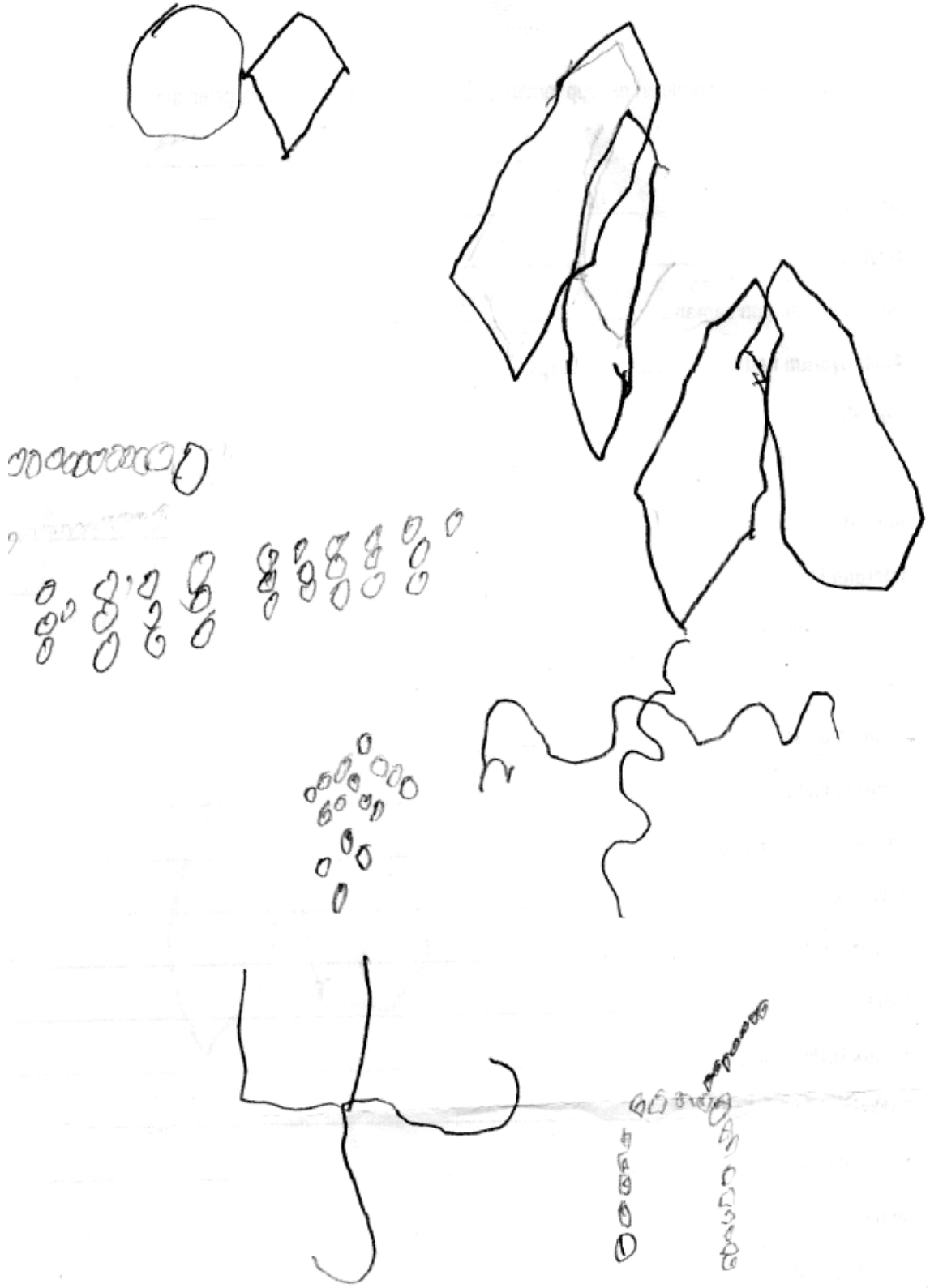
gözlendi. Zekası kabaca yaşının gerisindeydi. Uygulanan Wechsler Intellingence Scale for Children-Revised (WISC-R) testini yönergele-ri alamadığı ve dikkatini sürdürmediği için tamamlayamadı. Bekleyemiyor, konuşmaların arasına giriyor, aynı soruyu yineliyor, cevaplan-dığında "tamam" diyor, ikna olmuş görünüyor ancak kısa süre sonra tekrar soruyordu. Adlan-dırması bozuk ve ifade becerisi yetersizdi. Bellek sorunları mevcuttu. Yapılan mini mental durum muayenesinde 30 puan üzerinden 20 puan ala-bildi. Bender- Gestalt Görsel-Motor Algı Tes-tinde (Şekil 1) uzamsal becerilerin bozulmuş olduğu tespit edildi. Duygudurumu hem oynak (labil) hem de taşkın özellik gösteriyordu ve ça-buk öfkelenmesi mevcuttu. Algı bozukluğu tarif etmiyordu. Düşünce içeriğinde ise o anda yapıl-masını istediği şeylere dair aynı cümleleri tekrar etme (perseverasyonlar) mevcuttu. Psikomotor aktivitesi artmıştı. İlk gelişte uygulanan Young Mani Derecelendirme Ölçeği (Karadağ ve ark. 2001) 30 puan, Klinik Global İzlenim Ölçeği (Guy 1976) hastalık şiddeti düzeyi 6 (ağır hasta) olarak değerlendirilmişti. Nörolojik muayenesinde hafif pitozis, her iki gözde dışa bakışta iki atımlık nistagmus, sol elde daha belirgin olan bilateral intansiyonel tremor saptanmıştı.

Soy geçmişine bakıldığında olgu iki çocuklu bir ailenin ikinci çocuğuydu. Annesinde epilepsi, depresyon, Addison hastalığı; ablasında anksiyete bozukluğu; teyzesinde bipolar bozukluk öyküsü mevcuttu. Özgeçmişinde; annenin epileptik bozukluğu olması sebebiyle sezaryen doğumla 2600 gr ağırlığında, miadından 15 gün önce dünyaya geldiği, gebelik dönemi süresince annenin sık nöbet geçirdiği ve olgunun bebeklik döneminde gelişim basamaklarını zamanında tamamladığı öğrenildi.

Geçmiş bilgilerine göre, epileptik nöbetleri üç yaş döneminde başlamıştı. Akademik perfor-mansının ikinci sınıfa gelene kadar iyi olması ve yedi yaşındayken uygulanan WISC-R test sonucunun sözel bölüm 100, performans bölü-mü 88, toplam 91 puan olması ilerleyen yıllarda

sorunların ortaya çıktığını göstermekteydi. Okul öncesi dönemden itibaren epilepsi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılarıyla çocuk nöroloğu tarafından takip edilmiş ve valproat (20 mg/kg/gün), okskarbazepin (15 mg/kg/gün), risperidon (0.5-1 mg/gün) olarak tedavisi düzenlenmişti. Aralıklarla çekilen elektroansefalogram (EEG) sonuçları benzer şekilde verteks ve sentroparyetalde; bazen de sentrotemporalde epileptik deşarjlar şeklinde sonuçlanmaktaydı. Beyin MRG (manyetik rezonans görüntüleme) ve kapsamlı kan testleri normal bulunmakta ancak nöbetleri hiçbir zaman tamamen kontrol altına alınamamaktaydı. Sekiz yaşına geldiğinde, başvurduğu çocuk nöroloğunun, babanın iş durumunda yaşanan ciddi bir olumsuzluğun tüm aileyi üzmüş olduğunu öğrenince olguda "depresyon" düşünerek risperidonu kesip fluoksetin başlamasıyla bir manik epizodun tetiklendiği öyküden anlaşılabilir idi. İlaç değişiminden bir ay sonra, fluoksetin 10 mg/gün ve aynı antiepileptikleri alırken, manik belirtiler (benlik saygısında abartılı artış (grandiyözite), çabuk öfkelenme (irritabilite), yükselmiş duygudurum, artmış konuşma ve saldırganlık (agresiflik), azalmış uyku, gaytasıyla oynama gibi garip davranışlar) göstermiş, çocuk psikiyatrisi kliniğinde yatırılarak tedavisi gerekmişti. Kliniğimize başvuru yapana kadar geçen sonraki dört yılda bir daha psikotik ve manik belirtileri tekrarlamamış, fakat duygusal oynaklığı (labilitesi), öfke patlamaları, saldırgan davranışları devam etmişti. Davranış sorunları nedeniyle aile birçok farklı merkeze başvurmuş, bu merkezlerde antiepileptik tedavisi aynen sürdürülmüş, bununla birlikte farklı psikotrop ilaçlar (ketiapin, olanzapin, aripiprazol, haloperidol) kullanması önerilmişti. Bu sebeple risperidon dışındaki psikotrop ilaçlarla yeterli doz ve süreyi kapsayan bir tedavisi hemen hiç olmamış, risperidon dışındaki psikotrop ilaçların etkinliğini değerlendirebilecek bir veri öyküsünden elde edilememişti. Bu ilaç değişimlerinin kendilerinde "hiçbir şey işe yaramıyor" düşüncesine yol açtığını ifade etmekteydiler.

Olgunun kliniğimize başvurusundan sonra an-



Şekil 1 . Bender- Gestalt Görsel-Motor Algı Çizim Testi

tiepileptik tedavisi aynen sürdürülmüş, züklopentiksol asetat tedavisi başlanılmış ve 8 mg/gün dozla 2 ay takip edilmiştir. Oral züklopentiksol asetata uyumun düşük olması ve ailenin tekrar ilaç değişimi istemesi üzerine aylık olarak züklopentiksol dekonat depo enjeksiyonu önerilmiştir. Ardından saldırganlık, öfke patlamaları, duygusal oynaklığı giderek azalmıştır. Yaklaşık bir yılın sonunda düzelmeye halen devam etmekte olduğu izlenmiştir. Depo züklopentiksol kullanımı olguda önemli bir olumlu gelişme sağlamıştır. Young Mani Derecelendirme Ölçeği puanı 13, klinik global izlenim ölçeği hastalık şiddeti düzeyi 4 (orta düzeyde hasta), düzelmeye derecesi 2 (oldukça düzeldi), yan etki şiddeti 1 (hiç yok) olarak değerlendirilmiştir. Muayenelerde uyumunun arttığı, perseverasyonlarının azaldığı, öfkesini kontrol edebildiği, daha anlaşılır konuştuğu, normoaktif hale geldiği gözlenmiştir. Takipler esnasında ilaca bağlı herhangi bir ek nörolojik veya zihinsel yan etki tespit edilmemiştir.

TARTIŞMA

Epilepsi ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiye dair açıklamalar arasında ortak yapısal lezyonlar, nöbetlerin etkisi, ilaçların etkisi ve psikososyal faktörler yer almaktadır. Araştırmalara göre epilepsili çocukların çoğunluğu yeterli psikiyatrik tedavi almamıştır (Keene ve ark. 2005, Otto ve ark. 2003). Bu olgu sunumunun öyküsü de bunu düşündürmekte ve olgudaki olumsuz süreçten yola çıkarak, çocuk nörolojisi ve çocuk psikiyatristinin baştan itibaren işbirliği içinde takip ve tedaviyi yürütmesinin önemini vurgulamaktadır.

Hastamızdaki EEG kayıtları yüzeysel elektrotlar ile gerçekleştirilmiştir. Frontal, subkortikal gibi bölgelere ait epileptiform anormalliklerin saptanmasında yüzeysel elektrotlar yeterli olmadığı için derin yerleşimli elektrotların kullanılması ve uzun süreli monitorizasyonun gerektiği bilinmektedir (Swartz ve ark. 1991). Ancak bu denli sofistike yöntemlerin uygulanabildiği merkezler

ülkemizde oldukça sınırlıdır. Dolayısıyla, hastamızdaki nöbetlerin karmaşık yapısının tam anlaşılabilmesi ve daha geniş bir alanı kapsaması olasıdır. Klinik tablosu EEG sonuçlarından daha yaygındır; prefrontal (yürütücü işlevler), temporal (bellek, konuşma), paryetal (görsel-uzamsal, matematiksel ve motor beceriler) bölgelerle ilişkili bozulmalar bulunmakta, olasılıkla bu durum olguyu santral sisteme etki eden tüm ilaçların etki ve yan etkilerine duyarlı hale getirmektedir. Sözelimi bizim olgumuzda, fluoksetin başlandığında hastanın psikiyatrik durumu hızla kötüleşmiştir. Birçok antipsikotik ilacı da benzer sebeplerle kullanamamıştır. Kullandığı antiepileptik ilaçların nöbetlerini kontrol etmede ve duygudurum düzenlenmesinde yeterli gelmediği açıktır. Süreçte görüldüğü üzere, duygudurum düzensizliği kronik olarak devam etmiştir. Süregiden psikiyatrik tanuları DSM-V ölçütlerine göre dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) (F90), başka bir medikal duruma bağlı mental bozukluk (F06.8) ve hafif düzeyde entelektüel yetersizlik (F70) olarak değerlendirilmiştir (APA 2013). DEHB için stimülan ya da atomoksetin gibi bir tedavi başlanmasının psikotik atağı tetikleme riski bulunmaktadır ve tedavide ilk seçenek olarak başlanmalarının uygun olmayacağı düşünülmüştür.

Züklopentiksol D1 ve D2 reseptörleri üzerinde dopamin antagonist etkili yüksek potensli tioksanten grubundan nöroleptik bir ajandır. Bipolar bozukluğu ve şiddetli agresyonu olan çocuklarda züklopentiksol asetat tedavisi literatürde tanımlanmıştır (Ercan ve ark. 2011). Züklopentiksol tedavisi alan zihinsel engelli çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada agresif davranış, hiperaktivite ve öfke ataklarında önemli bir iyileşme sağlanmıştır (Spivak ve ark. 2001). Hässler ve arkadaşları da yıkıcı davranışları olan zihinsel engelli çocuk ve ergenlerde züklopentiksol'ün etkisini araştırmış ve erkeklerde düşük dozlarda bile yıkıcı davranışları azaltmada etkili olabileceğini bulmuştur (Hässler ve ark. 2014). Başka bir çalışmada, zihinsel engelli hastalarda davranış bozukluklarının tedavisinde Züklopentiksol

dekanoat incelenmiştir (Izmet ve ark. 1988). Bu çalışma, davranış bozukluğu olan zihinsel engelli hastaların tedavisinde ziklopentiksol dekanonun pleseboya üstün olduğunu göstermiştir. Bu olgu sunumu da tedaviye uyumda artış sağlaması sebebiyle depo preparat kullanımının yararlarını göstermektedir.

Sonuç olarak bu olgunun takibinde yaşanan süreç bize, nörolojinin psikiyatri ile daha yakın işbirliği içerisinde çalışmasının akut durumları önleyebileceğini akla getirmektedir. Ayrıca bu tür vakaların tedavisinde depo preparat kullanımının, uzun süreli takipte olumlu gidişe önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (2013) Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. 11 Şubat 2014 tarihinde <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf> adresinden indirildi.

Austin JK (1992) Correlates of behavior problems in children with epilepsy. *Epilepsia* 33:1115-1522.

Devinsky O, Vazquez B (1993) Behavioral changes associated with epilepsy. *Neurol Clin* 11:127-149.

Ercan ES, Ardiç UA, Kandulu R ve ark. (2011) Zuclopenthixol acetate treatment in children with bipolar disorder and severe aggression. *J Clin Psychopharmacol* 31:397-398.

Grabowska-Grzyb A, Jedrzejczak J, Naganska E ve ark. (2006) Risk factors for depression in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav* 8:411-417.

Guy W (1976) ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Department of health education and welfare publication (ADM) Rockville, Maryland: National Institute for mental health. US, p.76-338.

Hässler F, Dück A, Jung M ve ark. (2014) Treatment of aggressive behavior problems in boys with intellectual disabilities using zuclopenthixol. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 24:579-581.

Hoare P (1984) The development of psychiatric disorder among school children with epilepsy. *Dev Med Child Neurol* 26:3-3.

Izmet MG, Khan SY, Kumarajeewa DI ve ark. (1988) Zuclopenthixol decanoate in the management of behavioural disorders in mentally handicapped patients. *Pharmatherapeutica* 5:217-227.

Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F ve ark. (2001) Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 13:107-114

Keene DL, Manion I, Whiting S ve ark. (2005) A survey of behavior problems in children with epilepsy. *Epilepsy Behav* 6:581-586.

Lambert MV, Robertson MM (1999) Depression in epilepsy: Etiology, phenomenology, and treatment. *Epilepsia* 40 :21-47.

McDermott S, Mani S, Krishnaswamy S (1995) A population based analysis of specific behavior problems associated with childhood seizures. *J Epilepsy* 8:110-118.

Otto D, Siddarth P, Gurbani S ve ark. (2003) Behavioral disorders in pediatric epilepsy: unmet psychiatric need. *Epilepsia* 44:591-597.

Spivak B, Mozes T, Mester R ve ark. (2001) Zuclopenthixol treatment of behavioral disturbances in mentally retarded children and adolescents: an open-label study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 11:279-284.

Swartz BE, Walsh GO, Delgado-Escueta AV ve ark. (1991) Surface ictal electroencephalographic patterns in frontal vs temporal lobe epilepsy. *Can J Neurol Sci* 18:649-662.

KLEINE-LEVIN SENDROMU TEDAVİSİNDE METİLFENİDATLA BAŞARILI YANIT: BİR OLGU SUNUMU

Ülkü Akyol ARDIÇ*, Eyüp Sabri ERCAN**

ÖZET

Kleine-Levin Sendromu (KLS) özellikle ergenlik çağında erkeklerde görülen aşırı uyku, aşırı yeme ve aşırı cinsellik karakterizedir. Yinelemeyi önleyen ve belirti kontrolü sağlayan etkili bir tedavi yöntemi bulunmamıştır. Bu olgu sunumunda osmotik salınımlı oral sistem-metilfenidat (OROS-MPH) ile başarılı bir şekilde tedavi edilen 14 yaşında KLS belirtileriyle başvuran hasta sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: *Kleine-Levin Sendromu, OROS-MPH, tedavi*

SUMMARY: SUCCESSFUL OUTCOME WITH METHYLPHENIDATE IN TREATMENT OF KLEINE-LEVIN SYNDROME: A CASE REPORT

Kleine-Levin Syndrome (KLS) is characterized by hypersomnia, hyperphagia, and hypersexuality that is encountered mainly in male adolescents. Effective treatment modalities have not yet been established for both symptom control and recurrence prevention. This is a case report about a 14-year-old boy that had presented with KLS symptoms where osmotic release oral system-methylphenidate (OROS-MPH) yielded successful symptom control.

Key words: *Kleine-Levin Syndrome, OROS-MPH, treatment*

GİRİŞ

Rekürren hipersomnia atakları, hiperfaji, hiperseksüalite ve değişen derecelerde davranışsal ve bilişsel bozukluklar ile seyreden Kleine-Levin Sendromu (KLS) ilk kez 1925 yılında Kleine tarafından tanımlanan nöropsikiyatrik bir hastalıktır. Birkaç gün ile birkaç hafta arası süren ataklar ani olarak başlar ve sonlanır. Atak sıklığı yılda ortalama 2 olmakla beraber yılda on iki atak geçiren olgular da bildirilmiştir (AASM 2005, Guillemainault ve Miglis 2014).

KLS erkeklerde kadınlardan 4 kat fazla görülmektedir. En sık 16-20 yaş aralığında görülen sendromun yaygınlığı bilinmemekle birlikte milyonda bir olarak tahmin edilmektedir (Arnulf ve ark. 2005). KLS'nin etiyojisi halen tam olarak aydınlatılamamıştır. Genellikle enfeksiyöz hastalıklar, kafa travması ve ya psikojenik stresi takiben ortaya çıktığını ileri süren yayınlar vardır (Arnulf ve ark. 2005, Gallinek 1962). Serotonerjik ve dopaminerjik yollarda disfonksiyon, hipot-

talamik disfonksiyon gibi bozuklukların KLS zemininde rol aldığı yapılan bazı çalışmalarda gösterilmiştir (Billard 2005, BaHammam ve ark. 2008). Hastaların önemli bir kısmında elektroensefalogram (EEG) aktivitesinde yavaşlama saptanmasına karşın dörtte birinde ataklar sırasında EEG normal olarak değerlendirilmiştir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), tıpta en iyi araştırılmış hastalıklardan biri olmasına karşın etiopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış çocukluk çağında sık görülen nöropsikiyatrik bir hastalıktır. Metilfenidat DEHB tedavisinde en çok kullanılan ajanların başında gelmektedir (Thapar ve ark. 2012).

KLS tedavisinde şimdiye kadar birçok ajan denenmesine karşın hiçbiri tam bir tedavi yanıtı oluşturmamakta ve epizotları önleyememektedir. Modafinilin atak süresini kısalttığı ancak atak sıklığına etkisi olmadığı bildirilmektedir (Huang ve ark. 2010). Literatürde yapılmış olan olgu sunumlarında karbamazepin etkin bulun-

* Uzm. Dr., Denizli Devlet Hastanesi, Denizli.

** Prof.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD., İzmir.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 23 (2) 2016

muştur (Mukaddes ve ark. 1999, Yılmaz ve Abalı 2012).

Bu olgu sunumunda osmotik salınımlı oral sistem-metilfenidat(OROS-MPH) ile başarılı bir tedavi yanıtı elde edilen dikkat dağınıklığı yakınmasıyla başvuran ve KLS tanısı konulan hasta sunulmuştur.

OLGU

14 yaşında erkek hasta polikliniğe dikkat dağınıklığı, dalgınlık, uyusukluk yakınmasıyla başvurdu. Obez görünümde olan hastanın öyküsü derinleştirildiğinde hastanın okul saatlerinde de olabilen aşırı uyku hali, sık sık yeme ataklarının olduğu, zaman zaman cinsel konulara ilgisinin çok arttığı öğrenildi. Bu atakların yaklaşık bir hafta sürdüğü ve yaklaşık 3-4 yıldır süregeldiği öğrenildi. Bu bulgularla KLS ve DEHB dikkat eksikliği baskın tip ön tanısı düşünülen hastanın alınan öyküsünden herhangi bir fiziksel ya da nörolojik hastalığı olmadığı, motor mental gelişim basamaklarının olağan olduğu öğrenildi. KLS ön tanısıyla Çocuk Nörolojisi polikliniğine konsülte edilen hastanın nörolojik muayenesi ve çekilen EEG si normal olarak değerlendirildi. Çocuk Nörolojisi tarafından hastaya herhangi bir tedavi başlanmayarak Çocuk Psikiyatrisi tarafından takibinin devam ettirilmesi önerildi.

Hastanın yakınmalarına yönelik olarak OROS-MPH 27 mg/gün olarak başlanarak 54 mg/g dozuna çıkarıldı. Kontrol randevusunda hastanın dikkat süresinin arttığı, uyku ve kompulsif yeme ataklarının çok azaldığı, cinsel konulardan nadiren bahsettiği öğrenildi. Şu an izleminin birinci yılında olan olgunun düzenli ilaç kullandığı sürece yakınmalarının çok az olduğu ve atak geçirmediği anlaşılmıştır.

TARTIŞMA

Kleine-Levin Sendromu milyonda bir görülen nadir bir bozukluktur. KLS tanısı klinik değerlendirme ile konular, günümüzde tanı koydu-

racak objektif bir test bulunamamıştır. Yapılan testler etiyolojiyi ve eşlik eden hastalıkları ayırmaya yöneliktir. Ancak sendromun iyi tanınması erken dönemde belirtilere müdahale olanağı sağlayarak hem hastanın yaşam kalitesini artırması hem de hastayı gereksiz tıbbi girişimlerden koruması açısından önemlidir (AASM 2005, Mukaddes ve ark. 2009). Literatür gözden geçirildiğinde KLS'nin psikiyatrik hastalıklarla birlikteliği ve psikiyatrik belirtilerle kliniğe başvurabildiklerine dikkat çeken çalışmalara rastlanmaktadır. Murthy ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada psikotik belirtilerle başvuran, haloperidol ve triheksifenidil ile semptom kontrolü sağlanan erişkin bir olgu sunulmaktadır (Murthy ve ark. 2014).Yapılan başka bir olgu sunumunda ise KLS ve bipolar bozukluk birlikteliğine dikkat çekilmiştir (Geoffroy ve ark. 2013). Bizim sunduğumuz olgu da kliniğe dikkat eksikliği yakınmasıyla getirilmiş olup öykü derinleştirilince KLS tanısı düşünülmüştür.

Klasik triadı hipersomnia, hiperfaji ve hiperseksüalite olan bu sendromun tedavisinde birçok ajan denemesine karşın etkin bir tedavi yoktur. Arnulf ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada antidepressanların, benzodiazepinlerin ve antiviral ajanların herhangi bir etkinliği bulunamamıştır (Arnulf ve ark.2005).

Psikotik semptomları olan olgularda risperidonun iyi bir seçenek olabileceğini öne süren yayınlar bulunmaktadır (Arnulf ve ark. 2005). Diğer bir tedavi seçeneği olarak gündeme gelmiş olan lityum özellikle rekürrensleri önlemede etkili bulunmuştur (Muratori ve ark. 2002). Ancak uzun süreli kullanımda renal toksisite ve tiroid disfonksiyonu gibi yan etkileri olduğu bilinen lityumun ergenlerde kan titrasyonunun yapılması da oldukça güçtür (Kusalic ve Engelsmann 1999, Johnson 1998).

Literatür gözden geçirildiğinde metilfenidatın semptom kontrolü sağladığı ancak relapsları önlemede etkili olmadığı öne sürülmüştür. (Aggarwal ve ark. 2011, Oliveira ve ark. 2013).

Kliniğimize ön planda dikkat dağınıklığı yakınması ile başvuran olgunun obez görünümde olması nedeniyle yeme alışkanlıkları sorgulanırken KLS'nin belirtilerini taşıdığı fark edilmiş olup KLS tanısı düşünülmüş ve dikkat eksikliği yakınmasına yönelik OROS-MPH başlanmıştır. Olgumuzda OROS-MPH ile hem semptom kontrolü hem de atakların yinelenmesi önlenmiş olup bir yıllık izleminde herhangi bir atağı olmamıştır.

DEHB tedavisinde en çok kullanılan ajan olan metilfenidatın iştah azalması ve uykusuzluk yan etkileri KLS'nin semptomlarını düzeltmede etkin bir tedavi seçeneği olarak karşımıza çıkmasına karşın kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

Aggarwal A, Garg A, Jiloha RC (2011) Kleine-Levin syndrome in an adolescent female and response to modafinil. *Ann Indian Acad Neurol* 14(1):50-52.

American Academy of Sleep Medicine (AASM) (2005) *The International Classification of Sleep Disorders, 2nd Ed, Diagnostic and Coding Manual*. Westchester, Illinois, p.95-97.

Arnulf I, Zeitzer JM, File J, Farber N, Mignot E (2005) Kleine-Levin syndrome: a systematic review of 186 cases in the literature. *Brain* 128(Pt 12):2763-2776.

BaHammam AS, GadElRab MO, Owais MS ve ark. (2008) Clinical characteristics and HLA typing of a family with Kleine-Levin syndrome. *Sleep Med* 9:575-578.

Billiard M (2005) The Kleine-Levin syndrome: a paramedian thalamic dysfunction? *Sleep* 28:955-960.

Gallinek A (1962) The Kleine-Levin syndrome: hypersomnia, bulimia, and abnormal mental states. *World Neurol* 3:235-243.

Geoffroy PA, Arnulf, Etain B, Henry C (2013) Kleine-Levin syndrome and bipolar disorder: a differential diagnosis of recurrent and resistant depression. *Bipolar Disord* 15(8):899-902.

Guilleminault C, Miglis M (2014) Kleine-Levin syndrome: a review. *Nat Sci Sleep* 6:19-26

Huang YS, Lakkis C, Guilleminault C (2010) Kleine-Levin syndrome: current status. *Med Clin North Am* 94(3):557-562

Johnson G (1998) Lithium: Early development, toxicity, and renal function. *Neuropsychopharmacology* 19:200-205.

Kusalic M, Engelsmann F (1999) Effect of lithium maintenance therapy on thyroid and parathyroid function. *J Psychiatry Neurosci* 24:227-233.

Mukaddes NM, Kora ME, Bilge S (1999) Carbamazepine for Kleine-Levin syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:791-792.

Mukaddes NM, Fateh R, Kilincaslan A. (2009) Kleine-Levin syndrome in two subjects with diagnosis of autistic disorder. *World J Biol Psychiatry* 10:969-792.

Muratori F, Bertini N, Masi G (2002) Efficacy of lithium treatment in Kleine-Levin syndrome. *Eur Psychiatry* 17(4):232-233.

Murthy VS, Kelkar AD, Sonavane SS (2014) Psychosis in a case of Kleine-Levin syndrome: a diagnostic challenge. *Indian J Psychol Med* 36(2):192-194.

Oliveira MM, Conti C, Prado GF (2013) Pharmacological treatment for Kleine-Levin syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 8:CD006685.

Thapar A, Cooper M, Jefferies R, Stergiakouli E (2012) What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Arch Dis Child* 97:260-265.

Yılmaz O, Abalı O (2012) Kleine-Levin syndrome treated with carbamazepine: A case report *Nöropsikiyatri Arşivi* 49:71-73.

KETİAPİN TEDAVİSİNDEN FAYDA GÖREN TARDİF DİSKİNEZİLİ BİR ERGEN OLGU

Ömer Faruk AKÇA*, Savaş YILMAZ*

ÖZET

Tardif Diskinezi, (TD) uzun süre antipsikotik ilaç kullanımına bağlı olarak gelişebilen ekstrapiramidal hareket bozukluğudur. TD gelişen hastalarda klozapinin etkili olabildiği bilinen bir durumdur. Ancak diğer antipsikotiklerin TD tedavisinde kullanımı ile ilgili bilgiler oldukça sınırlıdır. Yazında ketiapin kullanımı ile TD belirtilerinde hızlı düzelmenin olduğu bazı erişkin olgular bildirilmekle birlikte, çocuk ve ergenlerde bu konu ile ilgili literatürde herhangi bir bildirim rastlanmamıştır. Bu yazıda risperidon kullanımı sonrası tardif diskinezi gelişen ve ketiapin tedavisi ile 5 hafta gibi kısa bir süre içerisinde düzelmeye saptanan bir ergen olgu bildirilmektedir.

Anahtar sözcükler: Tardif diskinezi, antipsikotik, ketiapin

SUMMARY: AN ADOLESCENT CASE THAT HAS BENEFITED FROM USE OF QUETIAPINE FOR TARDIVE DYSKINESIA

Tardive dyskinesia (TD) is an extrapyramidal hyperkinetic movement disorder characterized by involuntary choreo-athetoid movements due to use of long-term antipsychotic medication. It is well known that clozapine has therapeutic effect on TD. However, reports indicating the effectiveness of other atypical antipsychotics are limited. There are few reports of substantial and rapid improvement in TD symptoms in adult patients with quetiapine in the literature, though no information on this matter had been yet published in children and adolescents up to this date. In this paper, we report an adolescent patient who developed TD during risperidone treatment, and gradual improvement of symptoms achieved within short term such as five weeks after quetiapine administration.

Key words: Tardive dyskinesia, antipsychotic, quetiapine

GİRİŞ

Tardif diskinezi uzun süreli antipsikotik tedavi sonucunda ortaya çıkan, çoğunlukla orafasiyal bölgeyi tutan, istemsiz koreatetoid tarzdaki hareketlerle karakterize ekstrapiramidal hiperkinetik hareket bozukluğudur. Atipik antipsikotikler, konvansiyonel antipsikotiklere kıyasla tardif diskinezi gelişimi açısından daha az riskli olsa da bu ilaçların da tardif diskinezi gelişimine neden olabildikleri bilinmektedir. Hastalığın tedavisinde sıklıkla yüz güldürücü sonuçlar alınamamaktadır. Kullanılan antipsikotik ilacın kesilmesi tedavide değerlendirilmesi gereken bir seçenek olmakla birlikte bu durum özellikle kısa dönemde diskinetik semptomların ağırlaşmasına ve psikotik belirtilerin alevlenmesine neden olabilmektedir (Vesely ve ark. 2000). Başta klozapin olmak üzere atipik antipsikotik-

lerin tardifdiskinezi tedavisinde etkili olabildiği bilinmekte ve bu ilaçların kullanımı daha uygulanabilir bir seçenek gibi görünmektedir. Bu makalede risperidon kullanımı sonucu tardif diskinezi gelişen bir hastada ketiapin tedavisi sonrasında diskinetik belirtilerin 1 aylık bir süre içerisinde aşamalı olarak iyileşmesi ele alınmıştır.

OLGU

16 yaşında erkek hasta, şüphencilik, sinirlilik, içe kapanma şikayetleri ile kliniğimize kabul edildi. Ailesinden alınan öyküden, son 6 aydır daha içine kapanık ve sınırlı olduğu, arkadaş ilişkilerinde daha şüpheli olduğu, son 1 aydır bazı arkadaşlarının kendisini izledikleri ve gizli mesajlar verdiklerinden bahsettiği, bu belirtilerin son zamanlarda giderek şiddetlendiği öğrenilmiştir. Yapılan psikiyatrik muayenesinde

* Doç.Dr., Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Konya.

çağrışımlarda gevşeme, işitsel ve görsel halüsinasyonlar, referans ve perseküsyon sanrıları, anhedoni, konuşma içeriğinde fakirlik ve affekt sığılığı saptanan hastaya psikotik bozukluk tanısı konuldu. Özgeçmişinde ruhsal veya bedensel hastalık öyküsü bulunmayan hastanın arkadaşlık ilişkilerinin eskiden beri kötü olduğu, daha çok kendi halinde yaşadığı, özellikle son yıllarda tuhaf sayılabilecek davranışlar sergilediği öğrenildi. Kliniğimize başvurusundan önce herhangi bir psikiyatrik tedavi almadığı öğrenilen hastaya risperidon 2mg/gün tedavisi başlandı. Tedavi başlanmasından kısa bir süre sonra hastanın semptomlarında gerileme gözlemlendi ve tedavi başlangıcından 6 hafta sonra belirtilerinin belirgin düzeyde remisyona girdiği tespit edildi. Tedavinin 3. ayında orafarengeal bölge ve üst ekstremitelerde koreatetoid tarzda diskinetik hareketler saptandı ve bu istemsiz hareketlerin 7 gündür şiddetinin artarak süregeldiği öğrenildi. Tardif diskinezi tanısı konulan hastaya Anormal İstemsiz Hareketleri Değerlendirme Ölçeği (AIMS) uygulandı ve AIMS skorunun 14 olduğu tespit edildi (AIMS puanlamasına göre yüz, ağız ve üst ekstremitte bölgelerindeki hareket bozuklukları 0 ile 20 puan arasında değişmektedir). Risperidon tedavisi 1 hafta içerisinde kademeli olarak azaltılıp kesildi, aynı dönemde ketiapin tedavisine başlanıp doz aşamalı olarak 1 hafta içerisinde 300 mg/gün'e yükseltildi. Ketiapin başlandıktan 1 hafta sonra tardif diskinezi belirtilerinde azalma olduğu gözlenen hastanın AIMS skoru 8'e düşmüştü. Tardif diskinezi semptomlarında görülen iyileşmesi tedrici olarak devam eden hastanın ketiapin tedavisinin beşinci haftasında diskinezik belirtilerinin tamamen düzeldiği saptandı (AIMS skoru: 0). Bu süreç içerisinde hastanın ruhsal durumunda bir değişiklik yaşanmadı.

TARTIŞMA

Bu olgu sunumunda ele alınan vaka, bizim bilgilerimize göre ketiapin kullanımına bağlı olarak tardif diskinezi semptomlarında iyileşme gösterdiği bildirilen ilk ergen vaka olması ve has-

tanın tardif diskinezi belirtilerinin tam remisyona göstermesi bakımından önemlidir. Tardif diskinezinin spontan remisyonu nadir görülen bir durum olarak bildirilmektedir (Davanzo 2002). Benzer şekilde bu makalede ele alınan hastada tespit edilen iyileşmenin de hastalığa neden olan nöroleptik ajana maruziyetin ortadan kalkması ile ilişkili olduğu düşünülebilir, ancak tedavinin kesilmesi sonrasında kısa dönemde sıklıkla diskinetik belirtilerin artması beklendiği halde henüz ketiapin tedavisinin birinci haftasında AIMS skorlarında belirgin düzeyde gerileme gözlenmiş olması ve literatürde bildirilen vakalarda da ketiapin kullanımı ile hızlı ve belirgin iyileşmelerin saptandığından söz edilmesi iyileşmenin ketiapine bağlı olduğu düşüncemizi desteklemektedir.

Tardif diskinezi tedavisinde ketiapinin etkinliği konusundaki bilgilerimiz vaka sunumlarına (Alptekin ve Kıvırcık 2002, Farah 2001, Gourzis ve ark. 2005, Ono ve ark. 2011, Pehlivanidis ve ark. 2014, Sasaki ve ark. 2004, Sacchetti ve Valsecchi 2003, Vesely ve ark. 2000) ve örneklem sayısı küçük olmakla birlikte haloperidolle karşılaştırmalı olarak yapılan bir, tek kör randomize çalışmaya dayanmaktadır (Emsley ve ark. 2004). Klozapinin tardif diskinezi üzerine olan olumlu etkilerinin saptanmış olmasından yola çıkıldığında, ketiapinin klozapine benzer reseptör profili, ekstrapiramidal semptomlara ve tardif diskineziye neden olma ihtimalinin düşük olması bu ilacın tardif diskinezili hastalarda kullanımını ön plana çıkarmaktadır (Farah 2001). İlacın D2 reseptörlerine diğer antipsikotiklere kıyasla daha düşük oranda bağlanması, D2 reseptörlerinden daha kısa sürede ayrılması, tardif diskineziyi arttırdığı bilinen antimuskarinik aktivitesinin (düşük dozlarda) bulunmaması teorik olarak tardif diskinezi tedavisinde kullanımını destekleyen unsurlardır (Stahl 2013).

Sonuç olarak bu vaka bizlere ketiapinin yetişkinlerin yanı sıra ergen hastalarda da tardif diskinezi üzerinde iyileştirici etkilerinin olabileceğini, hatta tam remisyona sağlanabileceğini göstermiş-

tir. Bu konuda daha kesin bilgilere ulaşılabilmesi için kontrollü çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

Alptekin K, Kıvrıkcık BB (2002) Quetiapine-induced improvement of tardive dyskinesia in three patients with schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 17:263-264.

Davanzo PA (2002) Antipsychotic agents. *Pharmacotherapy For Child And Adolescent Psychiatric Disorders Second Edition içinde, Editörler: DR Rosenberg, PA Davanzo ve S Gershon (ed) Marcel Dekker Inc., New York, Basel, p.355-415.*

Emsley R, Turner JH, Schronen J ve ark. (2004) A single-blind, randomized trial comparing quetiapine and haloperidol in the treatment of tardive dyskinesia. *J Clin Psychiatry* 65 :696-701.

Farah A (2001) Reduction of tardive dyskinesia with quetiapine. *Schizophr Res* 47:309-310.

Gourzis P, Polychronopoulos P, Papapetropoulos S ve ark. (2005) Quetiapine in the treatment of focal tardive dystonia induced by other atypical antipsychotics: a report of 2 cases. *Clin Neuropharmacol* 28:195-196.

Ono S, Suzuki Y, Shindo M ve ark. (2012) Improvement of tardive dyskinesia and dystonia associated with aripiprazole following a switch to quetiapine: case report and review of the literature. *J Clin Pharm Ther* 37:370-372.

Pehlivanidis A, Spyropoulou AC, Galanopoulos A ve ark. (2014) Possible therapeutic potential of quetiapine on tardive dyskinesia in an elder patient. *Research* 1:817.

Sacchetti E, Valsecchi P (2003) Quetiapine, clozapine, and olanzapine in the treatment of tardive dyskinesia induced by first-generation antipsychotics: a 124-week case report. *Int Clin Psychopharmacol* 18:357-359.

Sasaki Y, Kusumi I, Koyama T. (2004) A case of tardive dystonia successfully managed with quetiapine. *J Clin Psychiatry* 65:583-584.

Stahl SM. (2013) *Stahl's Essential Psychopharmacology Fourth Edition. Cambridge University Press, New York, p.217-394.*

Vesely C, Küfferle B, Brücke T ve ark. (2000) Remission of severe tardive dyskinesia in a schizophrenic patient treated with the atypical antipsychotic substance quetiapine. *Int Clin Psychopharmacol* 15:57-60.

ÇOCUK VE GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERGİSİ

Ö D Ü L Ü

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi Yayın Kurulu, ülkemizde çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında yapılan çalışmalarını desteklemek, özellikle genç meslektaşları nitelikli yayın yapma konusunda yüreklendirmek amacıyla, 1995 yılından başlayarak, her yıl o yılı kapsayan yazılar arasından bir yazıya ödül verilmesini kararlaştırmıştır. Ödül için seçilecek yazılar, araştırma yazıları, özgün olgu sunumları ya da kapsamlı ve özgün görüşlere yer veren gözden geçirme yazıları arasından belirlenmektedir. Bu yıla kadar ödül alan yazılar Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongrelerinde duyurularak ödül belgesiyle ödüllendirilirken, 2008 yılından bu yana ödül alan yazıya Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği tarafından 1000 TL'lik ödül verilmesi kararlaştırılmıştır. Her yıl Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresinin açılış töreninde ödül alan yazı sunulacak ve ödül belgesi verilecektir.

SEÇİCİ KURUL

Prof. Dr. Cahide Aydın

Prof. Dr. Saynur Canat

Prof. Dr. Füsün Çuhadaroğlu

Prof. Dr. Bahar Gökler

Psk. Prof. Dr. Ferhunde Öktem

Psk. Prof. Dr. Ayşe Yalın

ERGENLİK DÖNEMİNDE KATATONİ İLE GİDEN PSİKOTİK BULGULU DEPRESYON OLGUSU

Burcu ATAR*, Ömer KARDAŞ*, Nazlı Burcu ÖZBARAN**
Sezen KÖSE**, Tezan BİLDİK***

ÖZET

Katatonik ilk defa Kahlbaum tarafından tanımlanmıştır. Önceleri sadece şizofreninin alt tipi olarak görülse de daha sonra başta duygudurum bozuklukları olmak üzere diğer psikiyatrik bozukluklarda da görüldüğü saptanmıştır. Bunun dışında genel tıbbi durumlara bağlı olarak (endokrin bozukluklar, elektrolit dengesizlikleri, nörolojik hastalıklar, renal ve hepatik disfonksiyon, enfeksiyonlar vb.) katatonik görüldüğü belirtilmiştir. DSM-5 tanı ölçütlerinde şizofreni ile ilişkili bozukluklar içinde yer almaktadır. Katatoninin etiyojisi tam olarak açıklanamamış değildir. Primer inhibitör nörotransmitter olarak görev yapan kortikal gama-aminobütirik asitin (GABA) yetersizliğine bağlı olarak meydana gelen bazal gangliyon modülasyon bozukluğunun, katatoninin motor belirtilerini açıklayabileceği düşünülmektedir. Bu olguda depresif bulgular sonrasında, akut başlayan katatonik tablosu anlatılmaya çalışılmıştır. Bizim olgumuzda önce genel tıbbi durumlara ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklara yönelik ayırıcı tanı yapılmış sonra tedavisi düzenlenmiştir. Benzodiazepin tedavisi sonrası katatonik bulguları gerileyen hastanın yapılan değerlendirme sonucunda depresyon zemininde gelişen bir katatonik olduğu görülmüş, hastanın katatonisine ve depresyonuna yönelik tedavisi yapılmıştır. Katatonik bozukluğa yönelik lorazepam, depresyona yönelik önce fluoksetin tedavisi başlanmış olup daha sonra aripiprazol eklenmiştir. Sonuç olarak adolesan çağında da katatonik görülebileceği unutulmamalıdır ve özellikle ayırıcı tanı açısından göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Katatonik, depresyon, ergenlik

SUMMARY: CATATONIA IN ADOLESCENCE DEPRESSION WITH PSYCHOTIC FEATURES OUTGOING CASE

Catatonia was first described by Kahlbaum. Previously catatonia was associated with psychiatric conditions such as schizophrenia (catatonic type), later on it was recognized in mood disorder and other mental disorders. Catatonia can also occur due to general medication conditions (endocrine disorders, electrolyte imbalances, neurological disorders, renal and hepatic dysfunction, and infections). Catatonia is categorized in schizophrenia and related disorders in DSM-5. Etiology of catatonia is not well explained. It is suggested that catatonic symptoms are based on insufficiency of GABA (primary inhibitory neurotransmitter) in basal ganglia area. In this case report we will discuss acute onset of catatonia secondary to depressive symptoms. After differential diagnosis of catatonic symptoms with general medication conditions and other psychiatric diseases that can cause catatonia, we emerged out treatment on this case. The catatonic symptoms diminished with benzodiazepine treatment and we find out that catatonia was secondary to depression, and we added fluoxetine treatment for his depression, aripiprazole was also added in follow up period. In catatonia can be seen in adolescent period and we should keep in mind further by differential diagnosis of adolescents.

Key words: Catatonia, depression, puberty

GİRİŞ

İlk defa Kahlbaum tarafından 1874'te tanımlanan katatonik (donakalım), kişinin belli bir durumda uzun süre kıpırdamadan kalması demektir. Katatonik; mutizm, hareketsizlik, stereotipik davranışlar, uyku bozukluğu ile birlikte giden motor disfonksiyon olarak tanımlanır (Huang ve ark. 2013). Başlangıç yaşı çoğunlukla 15-25 yaş arasındadır ve genellikle ani başlangıçlı bir bozukluktur. Hasta çoğunlukla dışarıdan yapılan

ilişki kurma girişimlerine tepkisiz kalır. Yemez, içmez, uyumaz, konuşmaz ve verilen emirlere uymaz (Öztürk 2011). Katatonik 20. yüzyıldan bu yana hep şizofreninin bir alt tipi olarak düşünülse de son yıllarda yapılan çalışmalara bakıldığında, duygudurum bozukluklarından özellikle manide görüldüğü saptanmıştır. Hatta Abrams ve Taylor'un çalışmalarında katatonik tanısı almış 55 hastanın %25'inde şizofreni, %66'sında duygudurum bozuklukları görüldüğü ve bunların büyük çoğunluğunu bipolar bozukluğun oluşturduğu görülmüştür. Bunun dışında genel tıbbi durumlara bağlı olarak (endokrin bozukluklar,

* Arş. Gör., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD., İzmir.

** Doç.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD., İzmir.

*** Prof.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD., İzmir.

elektrolit dengesizlikleri, nörolojik hastalıklar, renal ve hepatik disfonksiyon, enfeksiyonlar vb.) katatoni görülebilir. Uzun süren katatoni durumlarında pulmoner emboli, bası yarası gibi ciddi tıbbi komplikasyonlara bağlı morbidite ve mortalite oluşabilir. Bu nedenle katatoninin erken tanı ve tedavisi önemlidir (Huang ve ark. 2013).

Katatoni DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütlerinde şizofreni ile ilişkili bozukluklar içinde yer almaktadır. Katatoni başka bir ruhsal hastalığa eşlik eden tip, başka bir sağlık durumuna eşlik eden tip ve belirlenmemiş tip olarak ayrılmıştır. DSM-5 tanı ölçütlerinde; stupor, katelepsi, bal mumu esnekliği, mutizm, negativizm, ekolali, ekopraksi, grimas, ajitasyon, basmakalıp davranışlar, yapma davranışlar (mannerizm) ve yerçekimine karşı postürünü sürdürme tanı ölçütlerinden üçü veya daha fazla olması gerekmektedir.

Katatoninin etiyoloji tam olarak açıklanabilmiş değildir. Primer inhibitör nörotransmitter olarak görev yapan kortikal gama-aminobütirik asitin (GABA) yetersizliğine bağlı olarak meydana gelen bazal gangliyon modülasyon bozukluğunun, katatoninin motor belirtilerini açıklayabileceği düşünülmektedir. Bu açıklama, tedavide GABA aktivitesinde artış yapan benzodiazepinlerin (BZD) başarısını açıklamaktadır. Ayrıca eksitatorik bir nörotransmitter olan glutamatın hiperaktivitesi de öne sürülen mekanizmalardan (Eckert ve ark. 1997).

Tedavide hastalığın şiddetinden ve etiyolojiden bağımsız olarak benzodiazepinler ve EKT (elektrokonvülf tedavi) kullanılmaktadır (Bush ve ark. 1996). Adölesanlarda EKT etkili ve güvenli bulunmuş olmasına rağmen, çocuklarda etkinlik ve güvenilirlik konusu hala tartışmalıdır. Benzodiazepin olarak daha çok lorazepam ve diazepam tercih edilir (Bush ve ark. 1996). Rosebuch'un yaptığı çalışmada 15 katatoni hastasına 1-2 mg lorazepam verilmiş, 12 hastada 2 saat sonra düzelme görülmeye başlanmıştır. Ungvari çalışmasında ise oral veya intramüsküler lorazepam

kullanımının 48 saat içinde etkili olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde benzodiazepin tedavisinin EKT kadar etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca EKT'nin neden olduğu pulmoner emboli, postiktal ajitasyon, aritmiler, status epileptikus gibi durumlar benzodiazepin tedavisinde görülmez (Rajagopal S.2007).

Bu yazıda nadir görülen adölesan döneminde katatoni ile giden psikotik bulgulu depresyon vakası sunulacaktır.

OLGU

Olgumuz; 16 yaşında, erkek, lise 2. Sınıf öğrencisi olan bir gençti. Özgeçmişi ve soy geçmişinde belirgin özellik yoktu. İstenen, takipli gebelik sonrası termde, normal spontan vajinal yolla doğmuştu. Postnatal problemi olmayan hastanın aileden alınan bilgiye göre aşuları tam olarak yapılmıştı. 4,5 yaşında hepatit A nedeni ile hospitalize edilen hastanın tıbbi geçmişinde başka bir sağlık problemi yoktu. Anneden alınan motor-mental gelişim öyküsü normaldi. Anne, 36 yaşında ev hanımıydı. İlkokul mezunu olan annenin kist hidatiğe bağlı 2 kez batin operasyonu dışında bir sağlık problemi yoktu. Baba 41 yaşında, işçi olarak bir fabrikada çalışıyordu. Kontakt dermatit nedeni ile dermatolojiden takipliydi. Kardeşlerinden biri 14 yaşında, erkek, lise birinci sınıf öğrencisiydi. Herhangi bir sağlık problemi yoktu. Diğer kardeşi 2,5 yaşında kız, basit böbrek kisti nedeni ile pediatriден takipliydi. Daha öncesinde psikiyatrik başvurusu olmayan hastanın son iki aydır artarak devam eden korkuları, içe kapanıklığı, unutkanlığı ve uyku problemleri mevcuttu. Takip edilmekten ve evden alıp götürülmekten korkuyordu, bu dönemde özbakımı azalmıştı. Kendi kendine konuşmaları olmuştu. Anne ve babasına kendisine yemek yememesini ve konuşmamasını söyleyen bazı sesler olduğunu söylemişti. Hastanın ailesinden alınan bilgiye göre bu şikayetler sınıf tekrarı yapacağını öğrendikten sonra ortaya çıkmıştı. Ders başarısı orta düzeyde olan hastanın son bir yılda ders başarısı düşmüş ve okulda devamsızlığı olmaya başlamıştı. Ayrıca aile, hastanın kız karde-

şinin böbrek hastalığına da çok üzüldüğünü belirtmekte idi. Hasta bu durumu nedeniyle ailesi tarafından psikiyatriste götürülmüş, risperidon ve sertralin başlanmıştı.

Bu ilaçları bir hafta düzenli kullanan hastanın şikâyetlerinde gerileme olmayınca ilaçları kesilmişti. Ancak daha sonrasında hareketlerde yavaşlama, oral alımda azalma olması nedeni ile dış merkezde acil servise başvurmuşlardı. Acil serviste nörolojik açıdan değerlendirilen hastanın MRG (manyetik rezonans görüntüleme) ve EEG (elektroensafalografi) tetkikleri yapılmıştı. Hemogram, EKG (elektrokardiyografi) ve biyokimya tetkikleri yapılmış, herhangi bir patoloji saptanmayınca hasta Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servise yönlendirilmişti. Oral alımı tamamen kesilen hastaya sıvı tedavisi başlanmış Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi'ne yatırılıp yapılmıştı. Çocuk Psikiyatrisinden konsültasyon istenen hasta yapılan değerlendirme sonucunda; genel durumu bozuk, yaşlılarına göre kaşektik olarak değerlendirildi. Hastanın bilinci açıktı. Hasta ile tam olarak kooperasyon kurulamaması nedeniyle bellek, dikkat, algılama, yargılama, soyutlama, gerçeği değerlendirme yetisi ve içgörüsü değerlendirilemedi. Aynı şekilde düşünce içeriği ve hızı, duygudurumu konusunda bilgi alınmadı. Hastanın mutizm ve psikomotor retardasyonu mevcuttu. Katatonik depresyon ön tanısı ile lorazepam 3,75 mg/gün olarak tedavisi düzenlendi. Hasta günlük konsültasyonlarla değerlendirildi. Bu sırada nörolojik açıdan tekrar tetkik edildi. Sıvı tedavisine devam edildi. Oral alımı artmaya ve konuşmaya başlayan hastanın, tedavisininin 10. gününde Çocuk Psikiyatrisi Servisi'ne yatırılıp yapıldı. Hasta, Klinik Global İzlem - Şiddet Ölçeği (CGI)-S ile değerlendirildi ve puanı 6 (ağır hasta) olarak not edildi. Yatışı yapıldığında oral alımı hala kısıtlı olan hastanın sıvı tedavisine devam edildi. Genel görünümde kendine bakımının azalmış, kaşektik durumda olduğu ve iletişime geçmediği saptandı. Göz teması vardı. Bilinç açıktı. Yer, zaman, kişi oryantasyonu, dikkat ve bellek değerlendirilemedi. Aynı şekilde mutizm ve

psikomotor retardasyon saptandı. Lorazepam tedavisine devam edildi. Katatonisi nedeniyle kontraktür oluşmaması amacı ile hastaya açma-germe egzersizi önerildi; oral alımı kısıtlı olduğu için gastroenteroloji bölümü tarafından besin desteği uygun görüldü. Hastanın servise yatışının 2. gününde hareketlerinde artış gözlemlendi. Yatış sırasında, hastanın tüm hastalık öyküsü ve semptomları değerlendirilerek, hastaya psikotik bulgulu depresyon tanısı ile lorazepam tedavisine ek olarak fluoksetin 10 mg/gün eklendi. Üç gün sonra fluoksetin 20 mg/gün olarak artırıldı. Hasta servise yatışının 4. Gününde servis içinde yürümeye ve kısıtlı da olsa beslenmeye başladı. Besin desteğine devam edildi. Fluoksetin dozu kademeli olarak artırılarak 40 mg/gün'e çıkıldı. İlaç yan etkisi gözlenmedi. Hareketlerinde hala yavaşlık olmasına rağmen oral alımı düzeldi. Konuşma miktarı arttı. Tekrarlanan psikiyatrik muayenelerinde depresif bulgular belirgindi. Varsanı, sanrı saptanmadı. Hastanın tedavisi aynı şekilde devam ederken, yatırılıp yapıldıktan iki hafta sonra tekrar oral alımı azalmaya başladı. Konuşma miktarı azaldı. Bu nedenle ekstrapiramidal semptom riskinin daha az olması nedeniyle güçlendirme tedavisi olarak aripiprazol 1.25mg/gün başlandı. Aripiprazol sonrası bulgularında gerileme oldu. Lorazepam dozu azaltıldı ancak uykusuzluk nedeni ile 1.25 mg/gün olarak devam edildi. Hastanın günlük değerlendirmeleri sonucu depresif bulgularının azaldığı, psikomotor retardasyonun kalmadığı görüldü. Hasta klinik tablosu düzeldikten sonra servisi içi aktivitelere katılmaya başladı. Kısa süreli ev izinlerine gönderildi. Klinik Global İzlem Ölçeği puanı taburcu edilirken 2 (hastalık sınırında) olarak not edildi. Yatış endikasyonu kalmayan hasta tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Poliklinikte izlemi düzenli olarak devam eden hastanın iyilik halinin devam ettiği görüldü.

TARTIŞMA

Çocuk ve ergenlerde bilinenin aksine katatoni olguları erişkinlik dönemi kadar sık olmasa da çok nadir bir durum değildir. Bizim olgumuzda

olduğu gibi bu hastalar adölesan çağda başvurlar. Genel yaş ortalamasına bakıldığında hastaların 15-25 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Cinsiyet açısından gözden geçirilecek olursa erkek olguların daha fazla olduğu göze çarpmaktadır (Öztürk 2011).

Bizim olgumuzda adölesan çağı katatonik depresyonu anlatılmaya çalışılmıştır. Katatoni ile başvuran olgular ayırıcı tanı açısından incelendiğinde olguların daha sonra en çok bipolar bozukluk tanısı aldığı görülmüştür. Ergenlik dönemine bakıldığında bipolar bozukluğun ilk atak depresyonla ortaya çıkacağı bilinmektedir (Özer ve ark. 2000). Ancak bizim olgumuzda hastanın aile öyküsünde bipolar bozukluk bulunmadığı ayrıca başvuru öncesi ve sonrasında herhangi bir manik belirti olmadığı için bipolar bozukluk tanısından uzaklaşmıştır. Ancak katatoninin öncü bir belirti olarak bilindiği için olgunun bu yönde de izlemine devam edilmektedir.

Bu gibi vakalarda öncelikle genel tıbbi durumların dışlanması çok önemlidir. Bu vakada da öncelikle rutin kan tetkikleri, nörogörüntüleme çalışmaları, parazit taraması ve otoimmün hastalık taramaları yapılmıştır. Ama hastanın tetkiklerinde pozitif bir bulgu elde edilememiştir.

Hastamızın izlemi bizim bölümümüze yatış öncesi başlanan tedavi ve yataklı servisimize alındıktan sonraki izlemi olarak iki ayrı şekilde düşünüldüğünde; katatoni tablosu tam oluşmadan önce hastanın semptomlarına yönelik antipsikotik tedavi başlanması, akla nöroleptik malign sendrom, distoni gibi ilaç yan etkisine bağlı durumları getirmiştir. Ancak hastamızda nöroleptik malign sendromla uyumlu olarak yüksek ateş ve lökositoz olmaması bu tanıyı ekarte etmemize yardımcı olmuştur (Kalenderoğlu ve ark. 2009). Distoni açısından da hastanın ağırlı kas spazmlarının bulunmaması distoni tanısını dışlamamızı sağlamıştır.

Hastanın ilk değerlendirmesinde varsanı, sanrı ve gerçeği değerlendirme yetisi gibi psikotik

bozukluğu düşündürülen semptomlar mutizmi olması nedeniyle değerlendirilememiştir. Hastanın konuşmaya başladıktan sonra yapılan psikiyatrik muayenesinde depresif doğa ile uyumlu işitsel varsanuların olduğu öğrenilmiştir. Ayrıca aileden alınan bilgide başvuru öncesinde de aynı semptomların olduğu saptanmıştır. Aile öyküsünde psikotik bozukluk bulunmayan hastanın servis içinde yapılan muayenelerinde depresif bulguların ön planda olması psikotik bulgulu depresyonu düşündürmüştür. Ayrıca bu durumun sınıf tekrarı ve kardeşinin hastalığı gibi psikososyal stres faktörlerinin ortaya çıkmasından sonra oluşması daha çok depresyon tablosu ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Hastanın tedavisinde öncelikle literatürde önerilen benzodiazepin tedavisi başlanmıştır. Hastaya günde 3 (üç) sefer 1.25 lorazepam tedavisi uygulanmıştır. Hastanın bu tedavi sonrasında psikomotor retardasyonun gerilediği, oral alımının açıldığı fakat bu durumun depresyon nedeniyle geliştiği için hastanın depresyonuna yönelik tedavisi de başlanmış ve lorazepam yanında fluoksetin eklenmiştir. Hastada bu tedavi kombinasyonu sonrasında belirgin yanıt elde edilmiştir. Klinik Global İzlem Gelişme Skalasında (CGI-I) 6 puan olarak değerlendirilmiştir. Servis içinde iletişimi artmış, yüzme spor aktivitelerine katılmaya başlamıştır. Literatürde, tedavisi bizim hastamızın tedavisine benzer olarak düzenlenen olgular bulunmaktadır. Otizm spektrum bozukluğu nedeniyle takip edilirken katatoni geliştiren bir gence de öncelikle lorazepam tedavisi ardından fluoksetin tedavisi uygulanmıştır. Hastanın katatonisinin ortadan kalktığı görülmüştür (Cansoli ve ark. 2010).

Hastaya uygulanan ilaç tedavisi sonrasında tablosunda belirgin düzelme olduğu için EKT (elektrokonvülsif tedavi) uygulanması gündeme gelmemiştir. Katatonik hastalarda ilaç tedavisi ile EKT kıyaslandığında öncelikle ilaç tedavisinin daha güvenli olduğu görülmüştür (Häßler ve ark. 2013).

Sonuç olarak katatoni tablosunun diğer motor

bozukluklardan iyi ayırt edilmesi ve genel tıbbi patolojilerden kaynaklanmadığının ortaya konulması önemlidir. Erken tanı ve tedavi gelecekte oluşacak morbidite ve mortalite açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (2014) *DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Tanı Ölçütleri Başvuru EL Kitabı* (Çev. E. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Bush G, Fink M, Petrides G. ve ark. (1996) *Catatonia, II. Treatment with lorazepam and electroconvulsive therapy. Acta Psychiatr Scand* 93:137-143.

Consoli A, Gheorghiev C, Jutard C ve ark. (2010) *Lorazepam, fluoxetine and packing therapy in an adolescent with pervasive developmental disorder and catatonia. Journal of Physiology* 104:309-314.

Eckert J, Fritze J, Northoff G ve ark. (1997) *Glutamatergic dysfunction in catatonia? Successful treatment of three akinetic catatonic patients with the NMDA antagonist amantadine. J Neurol Neurosurg Psychiatry* 62:404-406.

Häßler F, Reis O, Weirich S ve ark. (2013) *A case of catatonia in a 14-year-old girl with schizophrenia treated with electroconvulsive therapy. Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 41(1):69-74.

Huang Y, Hung Y, Lin C ve ark. (2013) *Rapid relief of catatonia in mood disorder by lorazepam and diazepam. Biomed J* 36(1):35-39.

Kalenderoğlu A, Kocaçaya M, Vırt O (2009) *Karmaşık Bir Katatonî Olgusu. Klinik Psikiyatri Dergisi* 12:51-55

Özer A, Öztürk M, Sayar K (2000) *Üç Olgu Nedeniyle Ergenlik Döneminde Bipolar Bozukluk. Van Tıp Dergisi* 7. Öztürk MO (2011) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Yenilenmiş* 11. Baskı Ankara s:263-380.

Rajagopal S (2007) *Catatonia Advances in Psychiatric Treatment* 13:51-59.

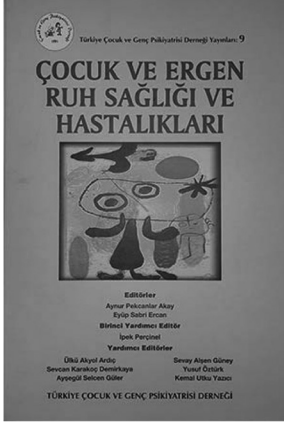
Rosebush PI, Furlong B, Hildebrand AM ve ark. (1990) *Catatonic syndrome in a general psychiatric inpatient po-*

pulation: frequency, clinical presentation, and response to lorazepam. J Clinic Psychiatry 51:357-362.

Taylor MA, Abrams R (1977) *Catatonia. Prevalence and importance in the manic phase of manic-depressive illness. Arch Gen Psychiatry* 34(10):1223-1225.

Ungvari GS, Leung CM, Wong MK ve ark. (1994) *Benzodiazepines in the treatment of catatonic syndrome. Acta Psychiatr Scand* 89(4):285-288.

TÜRKİYE ÇOCUK VE GENÇ PSIKİYATRİSİ DERNEĞİ YAYINLARI



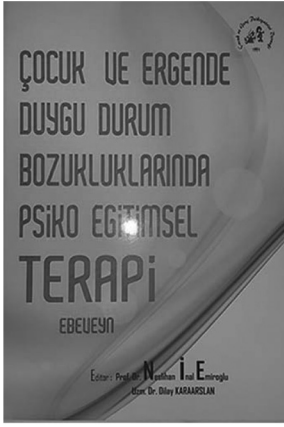
ÇOCUK VE ERGEN
RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI - TEMEL KİTAP



OLGU KİTABI
25 OLGU 25 ÇÖZÜMLEME



ÇOCUK VE ERGENLERDE
DUYGU DURUM BOZUKLUKLARINDA
PSİKO EĞİTİMSEL TERAPİ ÇOCUK - ERGEN



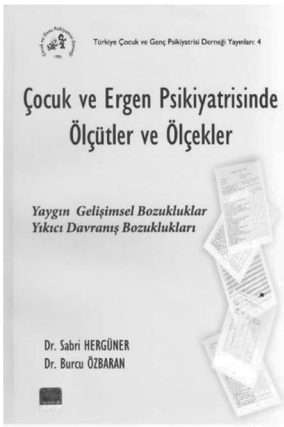
ÇOCUK VE ERGENLERDE DUYGU
DURUM BOZUKLUKLARINDA PSİKO
EĞİTİMSEL TERAPİ EBEVEYN



ÇOCUK VE ERGENLERDE DUYGUDURUM
BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİ



BEBEK RUH SAĞLIĞI (0-4 YAŞ)
TEMEL KİTABI



ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİNDE
ÖLÇEKLER VE ÖLÇÜTLER



ERGENLİK DÖNEMİNDE BESLENME VE
YEME BOZUKLUKLARI



ERGENLİK DÖNEMİNDE CİNSELLİK

Kitaplar için cogepder@gmail.com adresinden ya da 0312 440 12 57 veya 0541 440 33 54 numaralı telefonlardan iletişime geçebilirsiniz.

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANILI OLGULARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE VARLIĞINDA METİLFENİDAT KULLANIMI

Ülkü AKYOL ARDIÇ*, Eyüp Sabri ERCAN**

ÖZET

Amaç: Çocukluk çağı nörogelişimsel bozuklukları içinde önemli bir yer tutan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve yaygın gelişimsel bozukluklar (YGB) oldukça sık olarak bir arada görülebilen psikiyatrik bozukluklardır. YGB güncel DSM-5 ölçütlerine göre otizm spektrum bozuklukları (OSB) başlığı altında incelenmektedir. DSM-IV'te OSB tanısı DEHB tanısı için bir dışlama ölçütüyken DSM-5'te OSB olan olgularda DEHB tanısı konabilmesine olanak verilmiştir. Çok sık olarak görülen OSB olan olgularda DEHB'nin tedavisi de üzerinde araştırmaların hala sürdüğü bir alandır. Metilfenidat (MPH), DEHB'nin tedavisinde en çok araştırılmış olan ajandır. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda MPH'nin oldukça iyi bir etkinlik ve güvenilirlik profiline sahip olduğu gösterilmiş olsa da, DEHB ile eşzamanlı olarak OSB bulunan olgularda MPH tedavisi hakkında yapılan çalışmalarda birbiri ile çelişen sonuçlar alınmıştır. Bu gözden geçirmenin amacı yazında DEHB ve OSB belirtileri eşzamanlı olarak bulunan olguların tedavisi hakkında yapılan çalışmaların özetlenmesi ve bu klinik başlık altında yer alan hastaların tedavilerine yön gösterebilecek bir durum tespiti yapmaktır. **Yöntem:** Bu gözden geçirmenin amacına yönelik olarak güncel yazın taraması gerçekleştirilmiş ve konu hakkında altısı plasebo kontrollü, beşi de kontrollü olmayan klinik araştırma tespit edilmiştir. Bu araştırmalarda 193'ü kontrollü, 567'si kontrollü olmayan çalışmalarda yer almak üzere toplam 760 hastaya ait sonuçlar değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Toplam 11 çalışmada yer alan hastaların 640'ı erkek (%84.2), 120'si kız (%15.8) idi ve hastalar 0-21 yaşları arasında yer alıyordu. Elde edilen bulgulara göre DEHB+OSB olan olgularda MPH tedavisi ile 10 çalışmada olumlu sonuçlar elde edilebilmiştir. Bu çalışmalarda dikkatsizlik, hiperaktivite, impulsivite, karşıt gelme gibi DEHB belirtilerinde iyileşmeler kaydedilmiştir. Çalışmaların bazılarında ise yan etkilerde artıştan bahsedilmiştir. Bunların dışında kalan bir çalışmada ise stimülanların OSB olan olgularda zayıf tolere edildiği ve elde edilen yanlıların OSB alt tiplerine göre fark gösterdiği bildirilmiştir. **Sonuçlar:** DEHB ile eşzamanlı olarak bulunan OSB olgularında psikostimülanların kullanımı genellikle olumlu sonuçlar alınabileceğine işaret etse de, yan etkilerde izlenen artışlar gibi olumsuz bulgular bu hastaların tedavilerine yönelik daha kapsamlı randomize kontrollü çalışmaların gerektiğini göstermiştir.

Anahtar sözcükler: DEHB, metilfenidat, otizm.

SUMMARY: METHYLPHENIDATE USE IN THE PRESENCE OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY IN CASES WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER: A REVIEW

Objective: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and pervasive developmental disorders (PDD) are psychiatric disorders that constitute a substantial area in neurodevelopmental disorders of childhood, and have high rates of being comorbid with each other. PDDs are classified under the headline of Autism Spectrum Disorders (ASD) regarding current DSM-5 criteria. While having the diagnosis of ASD was among exclusion criteria for ADHD diagnosis in DSM-IV, DSM-5 has given the possibility of diagnosing ASD cases with ADHD. Research on treatment of ADHD in ASD cases that are a commonly encountered clinical situation, is ongoing. Methylphenidate (MPH) is the most studied agent in the treatment of ADHD. Although studies so far have shown that MPH has favourable efficiency and safety profile, conflicting results have been obtained in studies about MPH treatment in ASD cases with ADHD comorbidity. Aim of this review was to summarize the current data in the literature regarding treatment of cases that have concurrent symptoms of ADHD and ASD while maintaining a possible directory for the management and treatment of these cases and their treatment that are classified under this headline, in the future. **Method:** A literature search was performed within the context of the aim of this and 6 placebo-controlled and 5 non-controlled clinical studies were found. These studies included the results from a total of 760 patients, where 193 were from controlled, and 567 from uncontrolled studies. **Results:** Among the total number of 11 studies, 640 patients were boys (84.2%), and 120 were girls (15.8%), and they were between 0 to 21 years of age. According to the findings, favourable response to MPH was obtained in cases diagnosed with ASD+ADHD from 10 studies. In these studies, improvements in ADHD symptoms such as attention deficiency, hyperactivity, impulsivity and oppositional defiant behaviour. However, some studies reported an increase in adverse effects. One remaining study reported that stimulants were tolerated poorly in patients with ASD, and this response was also varied among ASD subtypes. **Conclusion:** Even though psychostimulant therapy generally yields to positive outcomes in the treatment of ASD patients with ADHD comorbidity, reported increases in adverse effects suggest that more comprehensive randomized controlled studies about the treatment would be required in these patients.

Key words: ADHD, methylphenidate, autism

GİRİŞ

Yaygın gelişimsel bozukluklar; erken çocukluk döneminde başlayan sosyal beceri, dil gelişimi

ve davranış alanında uygun gelişmeme veya kaybin olduğu bir grup psikiyatrik bozukluktur. Genel olarak bu bozukluklar gelişimin birçok

* Uzm. Dr., Denizli Devlet Hastanesi, Denizli.

** Prof.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD., İzmir.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 23 (2) 2016

alanını etkilerler ve süreğen işlev kayıplarına yol açarlar. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan DSM-IV ölçütlerine göre bu başlık altında Otistik Bozukluk, Asperger Bozukluğu, Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu ve başka türlü sınıflanamayan yaygın gelişimsel bozukluk yer alır (APA 1994). APA tarafından yakın zamanda duyurulan DSM-5 ölçütlerine göre ise bu alt gruplar tek başlık altında toplanarak, Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) olarak birleştirilmiştir (APA 2014, Young ve ark. 2013). (Okuyucu açısından karışıklığa yol açmaması için yazıda OSB terimi kullanılmıştır)

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk çağında başlayan, kişinin yaşına uygun olmayan dikkatsizlik, hiperaktivite ve impulsivite ile karakterize nöropsikiyatrik bir bozukluktur (Ercan 2008, APA 1994). İlkokul çağındaki çocuklarda en sık görülen nörodavranışsal bozukluk olan DEHB (Biederman ve ark 2005), normal gelişimi, akademik ve sosyal alanlardaki işlevselliği olumsuz etkilemektedir (Spetie ve ark. 2007). Son yıllarda yapılan oldukça kapsamlı bir meta analiz çalışmasında DEHB'nin tüm dünyadaki ortalama prevalansının %5.29 olduğu ve erkeklerde kızlardan daha fazla görüldüğü gösterilmiştir (Cantwell ve ark. 1985).

DSM-IV ölçütlerine göre OSB, DEHB tanısı için bir dışlama ölçütü olmakla birlikte gerek günlük klinik uygulamalarda gerekse bilimsel yazında OSB olan olguların neredeyse %50 kadarında DEHB görüldüğü belirtilmektedir (Gadow ve ark. 2006). Grzadzinski ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada OSB olan bireylerde DEHB belirtileri görülme sıklığı, genel toplum taramalarında %13-50 arasındayken, bu oran klinik örneklemde %20-85 arasında değişmektedir (Grzadzinski ve ark. 2011). Lee ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları bir çalışmada ise OSB olan olgularda %78'e kadar çıkan yüksek DEHB komorbiditesi olduğu gösterilmiştir (Lee ve ark. 2006). Yapılan diğer çalışmalarda da Goldstein ve arkadaşları %60, Frazier ve arkadaşları ise

%83 gibi yüksek bir oran bulmuşlardır (Frazier ve ark. 2001, Goldstein ve ark. 2004). OSB ve DEHB'nin birlikte sık olarak görüldüğüne ilişkin yazında görüş birliği bulunduğundan DSM-5 tanı ölçütleri kapsamında DEHB için OSB tanısı alma dışlama ölçütü olmaktan çıkarılmıştır (APA 2014). DEHB ve OSB klinik olarak birbirinden farklı iki bozukluk olmalarına karşın genetik, bilişsel ve nörobiyolojik etkilenmeler/kayıplar birtakım kesişme notaları olduğunu göstermektedir:

- a) DEHB'de ana semptomlardan biri olan dürtüsellikten kaynaklanan sosyal sorunlara çok sık rastlanmaktadır. Sosyal sorunlar aynı zamanda OSB'nin çekirdek belirtilerinden biri olma özelliğindedir. Yine DEHB'de sıkça görülen sosyal iletişimde ani reaksiyon gösterme ve sosyal ipuçlarını yanlış yorumlama OSB'de de görülmektedir. Ayrıca Ayaz ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada DEHB tanılı bireylerde duygusal yüz ifadelerini okumada zorluk gibi otistik özelliklerin olduğu bulunmuştur (Ayaz ve ark. 2013).
- b) Altta yatan mekanizma farklı olmakla birlikte amaca yönelik davranışlar ve planlamayla ilgili yürütücü işlevlerdeki bozukluklar hem DEHB hem de OSB'de görülmektedir.
- c) Hem OSB hem DEHB olan olgularda kromozom 16p13 bölgesinin sorumlu genler arasında olması ortak genetik bağlantı olduğunu göstermektedir. (Smalley ve ark 2002).

Metilfenidat Tedavisi

DEHB sık olarak çeşitli psikiyatrik hastalıklarla bir arada görüldüğünden DEHB'nin tedavisinde en sık araştırılmış ilaç olan MPH, DEHB'ye eşlik eden çok sayıda psikiyatrik bozukluğun bulunduğu durumda da araştırılmıştır. Bazı çalışmalarda DEHB ve OSB bir arada olan olguların MPH tedavisini iyi tolere ettikleri öne sürülmekle birlikte, diğer bir kısım araştırmalar ve pediatrik psikofarmakoloji kitapları DEHB ve OSB'nin

bir arada görüldüğü durumlarda MPH'in iyi tolere edilemediği konusunda yoğunlaşmaktadır. OSB olan DEHB belirtileri olan olguların MPH'i neden daha kötü tolere ettikleri ise açıklığa kavuşmamıştır. DEHB olan olgularda MPH oldukça iyi tolere edilebilirken DEHB ve OSB'nin bir arada görüldüğü olgularda MPH'in tolere edilmediğine ilişkin çelişkili görüşler bulunmaktadır. Ancak pek çok klinisyen, OSB olan hastalarda MPH ve deksamfetamin gibi stimülan ilaçların etkin olmadıkları veya stereotipileri kötüleştirdikleri yönündeki deneyimler nedeniyle bu ilaçları OSB olan olgulara reçete etmekten kaçınmaktadırlar (Barkley ve ark. 1990).

Yazın gözden geçirildiğinde OSB ve eşlik eden DEHB olan olgularda MPH kullanımı ile ilgili yapılmış 11 çalışmaya rastlanmaktadır. Bunlardan 6 tanesi plasebo kontrollü çalışma iken 5 tanesi kontrollü olmayan çalışmalardır. Bu çalışmaların sonuçları genelde benzerlik göstermekle birlikte birtakım farklılıklar da bulunmaktadır.

YÖNTEM

Bu gözden geçirmenin amacına yönelik olarak PubMed-MEDLINE, Science Citation Index Expanded, Social Sciences Citation Index ve Google akademik, PDD (Pervasive Developmental Disorder), MPH, ASD, ADHD, stimülan, YGB, DEHB ve OSB vb anahtar kelimelerle güncel yazın taraması gerçekleştirilmiş ve konu hakkında altısı plasebo kontrollü, beşi de kontrollü olmayan klinik araştırma tespit edilmiştir. Bu araştırmalarda 193'ü kontrollü, 567'si kontrollü olmayan çalışmalarda yer almak üzere toplam 760 hastaya ait sonuçlar değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Kontrol Grubu Olan Çalışmalar

Quintana ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen plasebo kontrollü çift kör çapraz geçişli bir çalışmaya OSB için DSM-III-R tanısı olan 7-11 yaş arası 10 çocuk dahil edilmiş ve hastalara

plasebo ve iki farklı dozda MPH (10 mg ve 20 mg BID) uygulanmıştır. Çalışmada MPH'in hiperaktivite semptomlarının kontrolünde plaseboya göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düzelme sağladığı tespit edilmiş ve belirgin yan etkiler oluşturmadığı gözlenmiştir (Quintana ve ark. 1995).

Research Units on Pediatric Psychopharmacology (RUPP) Autism Network grubu tarafından yapılan ve DSM-4 kriterlerine göre OSB tanısı alan 5-13 yaş aralığında 72 kişiyi kapsayan plasebo kontrollü randomize bir çalışmada hastalara 1 haftalık test dozu süresini takiben 4 hafta boyunca 3 farklı doz MPH (0.125, 0.250, 0.500 mg/kg, günde 3 kez) verilmiş, bu süreden sonra da her hasta için en iyi cevap alınan dozda devam edilerek hastalar 8 hafta kadar sürdürüm tedavisi ile izlenmiştir. Çalışmanın ilk aşamasında uygulanan 3 farklı MPH dozu da plaseboya göre anlamlı olarak üstün bulunmuştur. Bu çalışmada olguların MPH'a verdikleri yanıt otizmi olmayan DEHB olan olguların MPH'a verdiği yanıtın daha düşük olarak bulunmuştur. Tedavi süresince en çok saptanan yan etkilerin ise DEHB olan olgulara kıyasla daha fazla oranda görülen iştah kaybı, uykuya dalmakta güçlük, gastrointestinal yakınmalar, huzursuzluk ve ani duygusal tepkiler olduğu tespit edilmiştir (RUPP 2005) RUPP çalışmasının ikinci değerlendirmesi olarak yapılan diğer bir çalışmada ise Posey ve arkadaşları yaş grubu, IQ ve OSB alt tipinin etkisi olmadan MPH'ı plaseboya göre belirgin olarak üstün bulmuşlardır (Posey ve ark. 2007).

On üç otizm tanısı alan vakanın (5-11 yaş) yer aldığı çift kör plasebo kontrollü çapraz bir çalışmada ise MPH kullanımında (0.3 ve 0.6 mg/kg dozunda) 8 vakada Connors Hiperaktivite İndeksinde %50 azalma görüldüğü, yan etkilerin ise en fazla 0.6 mg/kg dozunda görülen sosyal içine kapanıklık ve iritabilite olduğu gösterilmiştir (Handen ve ark 2000). Yirmi dört hastayla yapılan plasebo kontrollü bir diğer çalışmada ise MPH DEHB semptomlarını iyileştirmede plaseboya üstün bulunmuştur (Pearson ve ark. 2013).

Yazında okul öncesi (3-6 yaş) çocuklarla yapılan tek çalışma Ghuman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadır. Çalışmaya OB, AB, YGB-BTA ve Hafif MR olan 17 çocuk alınarak 4 hafta süreyle günde iki kez 1.25 mg MPH verilerek gerçekleştirilmiştir. Bu hastalardan 1'i yan etkilerden dolayı, 1'i ilaç yutmada zorluk yaşadığından dolayı, 1'i randevularına gelmediğinden dolayı çalışmadan ayrılmıştır. Sonuç olarak kalan 14 hastada (5 OB, 7 YGB-BTA, 2 Hafif MR) MPH plaseboya üstün bulunmuş ancak hastaların yaklaşık olarak yarısında stereotiplerde artış, gastrointestinal şikayetler ve irritabilite gibi yan etkiler olduğu bildirilmiştir (Ghuman ve ark. 2009).

Bu başlık altında incelen çalışmalar ve temel özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Kontrol Grubu Olmayan Çalışmalar

DSM-IV ölçütlerine göre OSB tanısı alan DEHB olan 124 olgu ile yapılan bir diğer çalışmada bu olguların 65'inin MPH kullandığı ortaya konmuş ve bu sonuçlara göre OSB olan çocuklarda MPH'in sıkça reçete edildiği ve hiperaktivite, impulsivite, disinhibisyon ve dikkatsizlik gibi hedef semptomları düzeltildiği görülmüştür. Stimülan tedavisi alanların %66'sında yan etkiler ortaya çıkmıştır. Ancak bu yan etkiler psikostimülanların bilinen yan etkileri ile uyumludur ve aralarında tikler, uyku bozuklukları, irritabilite ve anksiyete, gastrointestinal şikayetler, iştah değişiklikleri ve baş ağrıları yer almaktadır (Nickels ve ark. 2008). Birmaher ve arkadaşlarının (1988) OB tanısı olan 9 çocukta 2 haftalık çalışmalarında MPH'in (10-50 mg/gün) Connors Öğretmen Anketinde belirgin iyileşme sağladığını bulmuşlardır. Ancak yan etkilere vurgu yapılmamıştır (Birmaher ve ark. 1988).

OSB tanısı alan ve aynı zamanda hiperaktivite/impulsivite olan 13 olguyla (7 olgu OB, 3 olgu AB, 3 olgu YGB-BTA) yapılan bir çalışmada tek doz MPH (0,4 mg/kg) uygulamasından 1 saat sonra 5 vakada stereotipi, hiperaktivite, disfori veya motor tiklerde artış izlenmiş ve AB

veya YGB-BTA olanlar MPH tedavisini otistik bozukluğu olanlara göre daha iyi tolere etmişlerdir. Bu çalışmanın en önemli sonuçlarından biri IQ'nun 48'nin altında olmasının klinik yanıt ve tolere edilebilirlik açısından önemli bir faktör olduğu hipotezine varılmıştır (Di Martino ve ark. 2004). Buna karşın OSB olan ve stimülanlarla tedavi edilen 104 OB, 57 YGB-BTA ve 93 eşlik eden mental retardasyon tanısı alan 195 hastanın tıbbi kayıtlarının retrospektif olarak incelendiği bir diğer çalışmada; OSB olan hastaların büyük kısmında stimülanların etkisiz veya zayıf tolere edilebilir olduğu ve yanıtların OSB alt tipine göre değişebildiği görülmüştür. AB olanlar stimülan denemesine belirgin olarak daha fazla yanıt verirken, OB veya YGB-BTA olanlarda aynı yanıt alınamamıştır. AB tanılı olguların eşlik eden mental retardasyon tanısı almamaları veya yüksek işlevsellik düzeyleri nedeniyle artmış yanıt verdikleri öne sürülmüştür. Yine de bu çalışmada OSB alt tipleri arasında yanıt açısından mental retardasyon anlamı ilişkili bulunmamıştır (Stigler ve ark. 2004). Bir diğer çalışmada ise "hiperaktivite", "impulsivite", "dikkatsizlik", "karşı koyma", "agresiflik" ve "tekrarlayıcı öfke patlamaları" konularında belirgin düzelme izlenirken artmış disfori ve obsesyonların kötüleşmesi yönünde bir eğilim olduğu bildirilmiş, ancak OSB alt tipleriyle ilgili herhangi bir vurgu yapılmamıştır (Santosh ve ark. 2006).

OSB ve DEHB semptomları olan hastalarda stimülanların kullanımı hakkında yapılmış kontrollü olmayan çalışmalar Tablo 2'de özetlenmiştir.

TARTIŞMA

Çocukluk çağının en sık görülen bozukluklarından birisi olan DEHB tıpta en çok araştırılmış olan nöropsikiyatrik bozukluklardan birisidir (Pliszka ve ark. 2007). DEHB tedavisi ise DEHB'nin en çok araştırılmış alanlarından (Spencer ve ark. 1996). DEHB etiolojisinde çevresel etkenlere oranla biyolojik etkenlerin çok daha önemli bir yere sahip olduğu bilindiğinden

Tablo 1. Stimülan Kullanımı Olan Kontrollü Çalışmalar

Çalışma	Hasta sayısı (E/K)	Hastaların yaş grubu Ort (SS) [min-maks]	OSB tipi	Kullanılan stimülan	Stimülanın kullanım dozu	Çalışmada elde edilen sonuç
[Quintana et al., 1995] Use of Methylphenidate in the Treatment of Children with Autistic Disorder	10 (6/4)	8,5 (1,3) [7-11]	OB	MPH-HS	10-20 mg b.i.d.	Hiperaktivite semptomlarında iyileşme
[RUPP, 2000] Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity	66 (59/7)	7,5 (2,2) [5-13,7]	OB:47; AB:5; YGB-BTA:14	MPH-HS	0,125-0,250-0,500 mg/kg t.i.d.	Hiperaktivite semptomlarında iyileşme, yan etkilerde artış
[Posey et al., 2007] Positive effects of methylphenidate on inattention and hyperactivity in pervasive developmental disorders: an analysis of secondary measures	66 (59/7)	[5-13,7]	OB:47; AB:5; YGB-BTA:14	MPH-HS	0,125-0,250-0,500 mg/kg b.i.d. + saat 16:00'da yarım doz	Hiperaktivite, impulsivite ve dikkatsizlik semptomlarında iyileşme
[Handen et al., 2000] Efficacy of methylphenidate among children with autism and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder	13 (10/3)	7,4 (1,7) [5,6-11,2]	OB:9; YGB-BTA:4	MPH-HS	0,3 mg/kg vc 0,6 mg/kg şeklinde iki farklı doz b.i.d. veya t.i.d.	Hiperaktivite semptomlarında iyileşme, yan etkilerde artış
[Ghanan et al] Randomized, placebo-controlled, crossover study of methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in preschoolers with developmental disorders	14 (13/1)	4,8 (1,0) [3-5,9]	OB:5; YGB-BTA:7; Haflır MR:2	MPH-HS	2,5-10 mg/kg b.i.d.	Hiperaktivite semptomlarında iyileşme, yan etkilerde artış
[Pearson et al] Effects of extended release methylphenidate treatment on ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and associated behavior in children with autism spectrum disorders and ADHD symptoms	24 (19/5)	8,8 (1,7)	OB:24	MPH-YS		Hiperaktivite, impulsivite, dikkatsizlik ve karşı gelme semptomlarında iyileşme, sosyal becerilerde düzelmeye

Tablo 2. Stimülan Kullanımı Olan Kontrollü Olmayan Çalışmalar

Çalışma	Çalışma tipi	Hasta sayısı (E/K)	Hastaların yaş grubu Ort (SS) [min-maks]	OSB tipi	Kullanılan stimülan	Stimülanın kullanım dozu	Çalışmada elde edilen sonuç
[Santosh et al] Impact of comorbid autism spectrum disorders on stimulant response in children with attention deficit hyperactivity disorder: a retrospective and prospective effectiveness study	Retrospektif	174 (141/33)	OSB:13,1 (3,2); DEHB:12,4 (3,0)	OB+DEHB:7; AB+DEHB:13; YGB-BTA+DEHB:41; pür DEHB:113 OSB+DEHB:27; pür DEHB:25	MPH, deksamfetamin	MPH:10-50 mg/gün; Deksamfetamin:5-30 mg/gün	DEHB semptomlarında iyileşme
[Nicksels et al] Stimulant medication treatment of target behaviors in children with autism: a population-based study	Prospektif	52(44/8)	OSB:13,1 (3,2); DEHB:12,4 (3,0)	OB	MPH	30 mg/gün	DEHB semptomlarında iyileşme
[DiMartino et al] Methylphenidate for pervasive developmental disorders: safety and efficacy of acute single dose test and ongoing therapy: an open-pilot study	Retrospektif	124 (95/29)	[0-21]	OB	MPH, deksamfetamin, mikst amfetamin tuzları, pemoline, metamfetamin	Günlük ortalama 23,4 ünite MPH eşdeğer doz	DEHB semptomlarında iyileşme
[Stigler et al] A naturalistic retrospective analysis of psychostimulants in pervasive developmental disorders	Açık etiketli	13 (12/1)	7,9 (2,1) [5-17]	OB:7;AB:3; YGB-BTA:3	MPH-HS	0,5-0,7 mg/kg/gün	Hiperaktivite ve impulsivite semptomlarında iyileşme
[Birmaher et al] Methylphenidate treatment of hyperactive autistic children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	Retrospektif	195 (174/21)	7,26 (3,45) [2-19]	OB:104; AB:34; YGB-BTA:57	MPH, deksamfetamin, pemoline, amfetamin	Ortalama dozlar (mg/gün): MPH:12,9; amfetamin:10,4; deksamfetamin: 5,8; pemoline: 33,3	Stimülanlar YGB'da zayıf tolere edilmiyor, yanıt oranları YGB tipine göre fark gösteriyor
	Açık etiketli	9 (8/1)	7,4 (1,7) [4-16]	OB:9	MPH-HS	10-50 mg/gün (günlük iki doza bölünmüş şekilde)	Semptomlarda iyileşme

bu araştırmaların çok önemli bir kısmı farmakoterapi alanındadır.

OSB ve eşzamanlı DEHB semptomları bir arada olan olguların hem sınıflanmasında hem de tedavisinde kesinleşmiş kriterler bulunmamakla birlikte, APA tarafından yayımlanan DSM-5 ölçütlerine göre OSB artık tek başlık altında incelenmekte ve bir olguda otizm belirtilerinin bulunması DEHB tanısı için bir dışlama ölçütü olmaktan çıkarılmaktadır (APA 2014). Günümüzde gelinen bu noktada tanısal ölçütler hakkında farklı görüşler bulunsa da DEHB ve OSB olan çocuklar, bu bozuklukların sadece birini yaşayan çocuklara nazaran günlük yaşantılarında daha fazla zorluk çekmektedirler (Goldstein ve ark. 2004). DEHB ve OSB eşzamanlı olarak bulunan olgularda ilave diğer psikopatolojilerin bulunabileceği ve bu hastaların sadece OSB olanlara göre yaşam kalitelerinin daha düşük, adaptif fonksiyonlarının daha zayıf olduğu da bildirilmektedir (Gadow ve ark. 2009, Guttman-Steinmetz ve ark. 2009).

MPH, DEHB tedavisinde en sık araştırılmış olan ve bugüne kadar yapılan çalışmalarda oldukça iyi bir etkinlik ve güvenilirlik profiline sahip olduğu gösterilmiş bir ajandır (Pliszka ve ark. 2007). MPH'in iştahsızlık, iritabilite ve baş ağrısı gibi en sık görülen yan etkilerine oldukça kısa bir sürede tolerans geliştiği ortaya konmuştur. Yazın gözden geçirildiğinde DEHB+OSB olan olgularda MPH'a yanıt konusunda tam bir görüş birliği bulunmamaktadır (Cortese ve ark 2012). Klinik pratikte sıkça reçete edilmesine karşın gerek yapılan çalışmalar ve psikofarmakoloji kitapları gerekse de klinik kullanımımız sonrası edindiğimiz deneyimler MPH'in OSB olan olgularda etkinlik ve yan etki profilinin otizmi olmayan DEHB olan olgulardan daha farklı olduğu ve OSB alt tipleri arasında da bu farklılığın devam ettiği yönündedir. Cortese ve arkadaşlarının yaptığı bir gözden geçirmede plasebo kontrollü sınırlı sayıda çalışma sonuçlarına göre MPH kullanımının OSB olan olgularda DEHB semptomlarında düzelmeye yol açtığı bildirilmektedir (Cortese ve

ark. 2012). Buna karşın, Mahajan ve arkadaşlarının aynı yıl DEHB ve OSB birlikteliği olan olgularda tedavi algoritmasını değerlendirdikleri bir gözden geçirmede MPH kullanımının yan etkileri arttırdığı ve yararlı olmadığı ortaya konmuştur. (Mahajan ve ark. 2012)

Yazın gözden geçirildiğinde OSB alt grupları arasındaki yanıt ve tolerabilite farklılığının IQ düzeyiyle ilişkili olabileceğini öne süren çalışmalara rastlanmaktadır ve bazı araştırmacılar otistik olgularda MPH intoleransının mental retardasyona bağlı olabileceğini öne sürmektedir. Yanıt ve tolerabilite açısından farklılığın mental retardasyonla ilişkilendirilmesinin nedeni IQ puanının otizmi olan olgulardan daha yüksek olduğu AB ve YFO olan olguların MPH'ı daha iyi tolere etmeleri ve yan etkilerin daha az olarak görülmesidir. Di Martino ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada AB ve YGB-BTA olan olgular OB olan olgulara göre daha az yanıt vermiş ve daha fazla yan etki gözlenmiş bu farklılık ta IQ düzeyiyle ilişkilendirilmiştir (Di Martino ve ark. 2004). Buna karşın Stigler ve arkadaşları tarafından yapılan diğer bir çalışmada ise AB olan olguların OB olan olgulara göre daha iyi yanıt vermesine karşın bu bulgunun IQ düzeyiyle anlamlı ilişkisi olmadığı belirtilmiştir (Stigler ve ark. 2004)

Klinik pratikte, DEHB belirtileri, OSB olan hastalarda sık başvuru nedenidir. OSB olan ve DEHB belirtileri ile başvuran hastalarda sınıflandırma problemi devam etmekte olsa da bu hastaların tedavi edilmeleri gerekmektedir. OSB ve DEHB birlikteliğinde MPH kullanımının tolere edilemeyip daha fazla yan etkiye yol açtığı bilinmekle birlikte bazı olgularda yararlı olabileceği göz önünde bulundurularak MPH kullanımından kaçınılması gerekmektedir.

Çocukluk çağı nörogelişimsel hastalıkları içinde önemli bir klinik alt başlığı oluşturan bu grupta etiyolojide rol oynayan farklı faktörleri ve bunlara yönelik olarak uygulanacak etkin tedavi stratejilerini tespit etmek için daha geniş kapsamlı kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision*. Washington DC.
- American Psychiatric Association (2014) *Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, Washington DC.
- Ayaz Ayşe Burcu, Ayaz Muhammed, YazganYankı (2013) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda sosyal cevaplulukta görülen değişiklikler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 24(2):101-110
- Barkley RA, McMurray MB, Edelbrock CS, Robbins K (1990) Side effects of methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systemic, placebo-controlled evaluation. *Pediatrics* 86(2):184-192.
- Biederman J, Faraone SV (2005) Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 366(9481):237-248.
- Birmaher B, Quintana H, Greenhill LL (1988) Methylphenidate treatment of hyperactive autistic children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27(2):248-251.
- Cantwell DP (1985) Hyperactive children have grown up. What have we learned about what happens to them? *Archives of General Psychiatry* 42(10):1026-1028.
- Cortese S, Castelnau P, Morcillo C, Roux S, Bonnet-Brilhault F (2012) Psychostimulants for ADHD-like symptoms in individuals with autism spectrum disorders. *Expert review of neurotherapeutics* 12(4):461-473.
- Di Martino A, Melis G, Cianchetti C, Zuddas A (2004) Methylphenidate for pervasive developmental disorders: safety and efficacy of acute single dose test and ongoing therapy: an open-pilot study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 14(2):207-218.
- Ercan E (2008) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: İzmir: Doğan Basım Yayın
- Frazier JA, Biederman J, Bellordre CA, Garfield SB, Geller DA, Coffey BJ ve ark. (2001) Should the diagnosis of Attention-Deficit/ Hyperactivity disorder be considered in children with Pervasive Developmental Disorder? *Journal of Attention Disorders* 4(4):203-211.
- Gadow KD, DeVincent CJ, Pomeroy J (2006) ADHD symptom subtypes in children with pervasive developmental disorder. *Journal of autism and developmental disorders*. 36(2):271-283.
- Gadow KD, DeVincent CJ, Schneider J (2009) Comparative study of children with ADHD only, autism spectrum disorder + ADHD, and chronic multiple tic disorder + ADHD. *J Atten Disord* 12(5):474-485.
- Ghuman JK, Aman MG, Lecavalier L, Riddle MA, Gelenberg A, Wright R ve ark. (2009) Randomized, placebo-controlled, crossover study of methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in preschoolers with developmental disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 19(4):329-339.
- Grzadzinski R, Di Martino A, Brady E, Mairena MA, O'Neale M, Petkova E ve ark. (2011) Examining autistic traits in children with ADHD: does the autism spectrum extend to ADHD? *Journal of Autism and Developmental Disorders* 41(9):1178-1191.
- Goldstein S, Schwabach AJ (2004) The comorbidity of Pervasive Developmental Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: results of a retrospective chart review. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 34(3):329-339.
- Guttmann-Steinmetz S, Gadow KD, DeVincent CJ (2009) Oppositional defiant and conduct disorder behaviors in boys with autism spectrum disorder with and without attention-deficit hyperactivity disorder versus several comparison samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 39(7):976-985.
- Handen BL, Johnson CR, Lubetsky M. (2000) Efficacy of methylphenidate among children with autism and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 30(3):245-255.
- Lee DO, Ousley OY (2006) Attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in a clinic sample of children and adolescents with pervasive developmental disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 16(6):737-46.
- Mahajan Rajneesh, Bernal Maria Pilar, Panzer Rebecca, Whitaker Agnes ve ark. (2012) *Clinical practice pathways*

ARDIÇ VE ERCAN

- for evaluation and medication choice for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in autism spectrum disorders. *Pediatrics* 130:S125.
- Nickels K, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Voigt RG, Barbaresi WJ. (2008) Stimulant medication treatment of target behaviors in children with autism: a population-based study. *Journal of developmental and behavioral pediatrics* :JDBP 29(2):75-81.
- Pearson DA, Santos CW, Aman MG, Arnold LE, Casat CD, Mansour R, et al. (2013) Effects of extended release methylphenidate treatment on ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and associated behavior in children with autism spectrum disorders and ADHD symptoms. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 23(5):337-351.
- Pliszka S, Issues AWGoQ (2007) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46(7):894-921.
- Posey DJ, Aman MG, McCracken JT, Scahill L, Tierney E, Arnold LE ve ark. (2007) Positive effects of methylphenidate on inattention and hyperactivity in pervasive developmental disorders: an analysis of secondary measures. *Biological Psychiatry* 61(4):538-544.
- Quintana H, Birmaher B, Stedje D, Lennon S, Freed J, Bridge J ve ark. (1995) Use of methylphenidate in the treatment of children with autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 25(3):283-294.
- Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network. (2005) Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity. *Archives of General Psychiatry* 62(11):1266-1274.
- Santosh PJ, Baird G, Pityaratstian N, Tavares E, Gringras P (2006) Impact of comorbid autism spectrum disorders on stimulant response in children with attention deficit hyperactivity disorder: a retrospective and prospective effectiveness study. *Child: Care, Health and Development* 32(5):575-583.
- Smalley SL, Kustanovich V, Minassian SL, Stone JL, Ogdie MN, McGough JJ ve ark. (2002) Genetic linkage of attention-deficit/hyperactivity disorder on chromosome 16p13, in a region implicated in autism. *American journal of human genetics* 1(4):959-963.
- Spetie L, Arnold E (2007) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. 4 ed. Lewis M, editor. Baltimore: Lippincott, Williams&Wilkins.
- Stigler KA, Desmond LA, Posey DJ, Wiegand RE, McDougle CJ (2004) A naturalistic retrospective analysis of psychostimulants in pervasive developmental disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 14(1):49-56.
- Spencer T, Biederman J, Wilens T, Harding M, O'Donnell D, Griffin S (1996) Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35(4):409-432.
- Young RL, Rodi ML (2013) Redefining Autism Spectrum Disorder Using DSM-5: The Implications of the Proposed DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 44(4):758-765.

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE UYKU PROBLEMLERİ

Serhat TÜRKÖĞLU*

ÖZET

Amaç: Otizm Spektrum Bozuklukları (OSB) heterojenitesi olan nörogelişimsel bozukluklardır. OSB olan çocuk ve ergenler, % 40 ile % 80 arasında değişen oranlarda olmak üzere, normal gelişimi olan çocuklara göre uyku problemlerinden daha sık yakınmaktadır. Uyku bozuklukları çocuğun gün boyu etkinlikleri ve ailesinin yaşam kalitesi üzerinde önemli etkiye sahiptir. Bu derlemede OSB’de uyku sorunlarının yaygınlığı, doğası, olası nedenleri ve tedavisi tartışılacak ve değerlendirilecektir. **Yöntem:** Bu çalışmada konu ile ilgili çeşitli yurtiçi ve yurtdışı veri tabanlarında, makaleler taranarak ilişkili bilgiler değerlendirilmiştir. **Sonuçlar:** OSB’de uyku sorunları biyolojik, psikolojik, sosyal/ çevresel ve çocuk yetiştirme uygulamaları da dahil olmak üzere aile faktörlerinin birbiriyle karmaşık etkileşimi sonucunda ortaya çıkar. Tedavinin temel taşı nedene yönelik olmalıdır. Davranışsal müdahaleler yeterince etkili olmaz ise, farmakolojik tedavi seçenekleri düşünülmelidir. **Tartışma:** Klinisyenler, OSB olan çocuklarda, tedavi sonrası işlevsellikte düzelmeler gözlenen uyku sorunlarının tanınması ve iyileştirilmesi konusunda dikkatli olmalıdırlar.

Anahtar sözcükler: Uyku problemleri, otizm spektrum bozukluğu, çocuk ve ergen

SUMMARY: SLEEP PROBLEMS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Objective: Autism spectrum disorders (ASD) are heterogeneous neurodevelopmental disorders. Children and adolescents with ASD suffer from sleep problems, particularly insomnia, at a higher rate than typically developing children, ranging from 40% to 80%. Sleep disorders have a significant effect on daytime activities and quality life of the family. This review aimed to evaluate and discuss the prevalence, course, possible etiology and treatment of sleep problems in ASD. **Method:** In this paper, articles were searched from national and international databases to review theoretical knowledge related to sleep problems in ASD. **Results:** Sleep problems in ASD might occur as a result of complex interactions between biological, psychological, social/ environmental, and family factors, including child rearing practices. The cornerstone of treatment should target the cause. . If behavioral interventions are not effective enough, pharmacological treatment options should be considered. **Discussion:** Clinicians should be aware of the fact that recognition and treatment of these neglected issues may improve the function and outcome of children with ASD.

Key words: Sleep problems, autism spectrum disorder, child and adolescent

GİRİŞ

Otizm, karşılıklı sosyal etkileşim ve iletişim becerilerinde gecikme ve sapmalar, stereotipik davranışlar, daralmış ilgi dağarcığı ve sınırlı aktivitelerin görüldüğü ciddi ve kalıcı bir nörogelişimsel bozukluktur. Son zamanlarda yapılan toplum tabanlı çalışmalarda otizm sıklığının %0.2; otizm, Asperger bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluğu (BTA-YGB) kapsayan otizm spektrum bozukluklarının (OSB) sıklığının ise %0.6 kadar olduğu belirtilmektedir (Levy ve ark. 2009). Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte psikososyal etkenler, prenatal-postnatal etkenler,

nörobiyolojik faktörler ve genetik yatkınlığın hastalığın ortaya çıkmasında etkili olabileceği öne sürülmektedir (Volkmar ve Pauls 2003, Bilgiç ve ark. 2011). OSB tanısı olanlarda yaygın görülen sorunlardan biri de uyku problemleridir ve bu konu son dönemlere kadar yeterince ilgi görmemiş ve ihmal edilmiştir (Richdale 1999). Literatürde uyku üzerine yapılan çalışmalar günümüzde daha da ilgi çekici hale gelmiş ve elektrofizyolojik yöntemlerle yapılan çalışma sayısı artmıştır.

Uyku fizyolojisi ve patolojisi yenidoğan, bebeklik, okul öncesi ve okul çocuğu ile ergenlik

* Doç.Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya.

dönemlerinde farklılıklar gösterir. Bebekler ilk üç aylık dönemde günlerinin 16-18 saatini uyuyarak geçirir. Bu dönem, polifazik bir uyku düzeni içinde gece ve gündüz eşit sayıda uyuma ve uyanma dönemlerinden oluşurken okul öncesi dönemde uyku, erişkin dönemdeki bifazik özelliğini kazanır. Okul çocuğu ve ergenlik döneminde bifazik uyku okul yaşamının getirdiği zorunluluklar nedeni ile aslında fizyolojik olmayan monofazik, yani 24 saatte bir kez uyanan gece uykusuna dönüşür. Yaşa bağlı olarak çocukların yaşamlarının %50-65'ini uykuda geçirdikleri düşünüldüğünde uykunun nitelik ve niceliğinin çocuğun sağlıklı gelişimi için önemi açıktır (Marcus 2004). Uyku problemleri OSB tanısı olanlara olduğu kadar bakım verenlere de ciddi sorunlar yaşatan problemlerdir. Bu derlemede OSB olan çocuk ve ergenlerde uyku problemlerinin yaygınlığı, türleri, etiyolojisi, tedavisi, OSB semptomları üzerine etkileri hakkında bilgi verilecektir. Bu amaçla, konu ile ilgili çeşitli yurtiçi ve yurtdışı veri tabanlarında 93 makale taranmış, 79 makaleden faydalanılmıştır.

Uykunun Öğrenme ve Davranış Kontrolü Üzerine Etkileri

Otizimde erken dönemde gelişimsel ve davranışsal değerlendirme, belirtilerin ve tedavinin kontrolü açısından oldukça önemlidir. Bu sebeple uykunun da öğrenme, hafıza, bilişsel gelişim ve davranış üzerine etkileri düşünüldüğünde, uyku problemlerine erken müdahale oldukça önem arz etmektedir (Wang ve ark. 2011). Uykunun yürütücü işlevler üzerinde etkisi olduğu, bunu özellikle prefrontal korteksin restorasyonuna etki ederek yaptığı bilinmektedir. Uyku problemi olan grubun bu sorunu tedavi edildiğinde hafıza fonksiyonu, dikkat, görsel diskriminasyon gibi yürütücü işlevsel fonksiyonlarında düzeltilmeler saptanmıştır (Horne 1993, Muzur ve ark. 2002, Sadeh ve ark. 2006). Gerçek uykunun başladığı evre olarak kabul edilen Non-Rapid Eye Movement (NREM) evre 2 de gözlenen uyku içiciklerinin hafıza ve öğrenmeyle ilişkisine ek olarak (Bruni ve ark. 2009), duygusal ve davranış-

sal fonksiyonların düzenlenmesinde fonksiyonu olan kortikal ve subkortikal alanlar ile etkileşimi de önemlidir (Lopez ve ark. 2010). Uyku içiciklerinin evre 2'deki içicik yoğunluğunun sosyal beceri ile ilişkili olduğu ve depresyon ve anksiyete riskini azalttığı ileri sürülmüştür (Mikoteit ve ark. 2013). NREM'in yavaş dalga uykusu veya N3 komponenti hafızanın konsolidasyonu açısından önemli olduğu gösterilmiştir (Marshall ve ark. 2006). Özellikle uykunun (Rapid Eye Movement) REM komponentinin hafızanın duygusal bileşeni ve duygudurum düzenlemesi açısından önemli olduğu belirtilmiştir (Wang 2011). Genç erişkin OSB olanlar ile yapılan çalışmada toplam uyku süresinde REM uyku evre süresinin oranının, içe yönelim semptomları ve depresif semptomlarla korele olduğu gösterilmiştir (Limoges 2005). Hastalığı olmayan çocuklar ile yapılan çalışmada gündüz uykusundan yoksun bırakılan 30-36 ay arası çocukların, gösterilen video ve resimlere daha az olumlu duygusal tepkiler verdiği ve olumsuz duygusal tepkilerinin arttığı gözlenmiştir (Berger 2012). Başka bir çalışmada bozulmuş uykunun, duygusal dürtülerin düzenlenmesinde sorunlara yol açması nedeniyle sinirlilik ve şiddete eğilimli olmaya yol açtığı belirtilmiştir (Kamphuis 2012). Hastalığı olmayan 2.5-6 yaş aralığında olan kronik uyku problemi yaşayan çocukların uyku sorunlarının, okul dönemlerinde artmış hiperaktiviteyi, impulsiviteyi, öğrenme ve nörogelişimsel testlerde kötü performansı predikte ettiği gösterilmiştir (Touchette 2007). Tüm bu nedenlerden dolayı uyku problemleri, otizmin semptom sayısını ve semptomların şiddetini, davranım bozukluklarını (Mayesve Calhoun 2009, Goldman 2011), sosyal beceri problemlerini, stereotipik davranışları (Schreck 2004) arttırabilir. Dolayısıyla da uyku problemlerinin tedavi edilmesi otistik belirtileri, öğrenmeyi ve davranım bozukluklarını düzeltebilir (Malow 2006).

Uyku Problemlerinin Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler

Gelişimi normal olan çocuklarda uyku problem-

lerinin %9-50 oranlarında olduğu gözlenirken, OSB olanlarda bu oranın %50-80 olduğu bildirilmiştir (Polimeni 2005, Allik 2006). Yapılan birçok çalışmada normal gelişimi olan veya sadece mental retardasyonu olan gruba göre OSB olanlarda daha fazla uyku bozukluğunun görüldüğü belirtilmiştir. Krakowiak ve arkadaşları (2008) 2-5 yaş arası çocukları dahil ettikleri çalışmalarında, uyku bozukluğunun OSB olan grupta %52.5, gelişim geriliği olan grupta %46, normal gelişimi olan grupta %31.9 oranında olduğunu göstermişlerdir. Mayes'in 2009 da 650 nöropsikiyatrik bozukluğu olan ve 135 normal gelişimi olan 785 çocuğu değerlendirdiği çalışmasında, otizmli grupta Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), depresyon, anksiyete, beyin hasarı ve normal gelişimi olan çocuklara göre anlamlı olarak daha fazla uyku sorunu olduğu gösterilmiştir. OSB olan çocukların %70'den fazlasında sirkadiyen ritim gelişiminin normal çocuklara göre en az 5 ay geciktiği gözlemlenmiştir (Segawa 2006). Nörogelişimsel bozukluklar olan OSB, DEHB ve epilepsinin, uyku sorunları açısından herhangi bir hastalığı olmayan çocuklar ile karşılaştırıldığı çalışmada OSB veya DEHB tanısı olan grupta diğer gruplara göre anlamlı oranda uyku problemlerinin sık olduğu özellikle huzursuz bacak sendromunun daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Tsai 2012). Uyku problemlerinin görülme sıklığı açısından çalışmalar arasında farklılıklar görülmektedir. Buna neden olan faktörlerden biri olarak, bilgi alınan kişinin çoğunlukla hastanın kendisi yerine bakım veren aile üyeleri veya öğretmenlerinin olması gösterilebilir. OSB olan grupta uyku problemlerini saptamadaki diğer bir sorun, eşlik eden bozuklukların fazlalığıdır. Epilepsi, mental retardasyon, Prader-Willi sendromu, Down sendromu, Frajil X, depresyon, anksiyete bozukluğu, davranım bozukluğu, DEHB gibi bozukluklar OSB'ye oldukça sık eşlik etmektedir (Goodlin-Jones 2008). Çalışmalarda polisomnografi, aktigrafi, uyku günlükleri ve uyku sorunlarını değerlendiren ölçeklerin kullanılmasıyla daha objektif veriler elde edilebilmektedir.

Uyku problemlerinin OSB alt tipinden etkilenmediğini bildiren çalışmalar vardır. 66 normal gelişimi olan çocuğa karşılık, 53 otizm ve 52 Asperger bozukluğu tanısı olan çocuğun alındığı çalışmada, normal gelişimi olan grupta uyku problemi görülme oranı %50 iken, diğer 2 grupta %73 olarak bulunmuştur (Polimeni 2005). Sadece Asperger bozukluğu olanların değerlendirildiği çalışmada Asperger bozukluğu olanlarda uyku problemi oranı %58.3 iken normal çocuklarda oran sadece %7 olarak bulunmuştur (Paavonen 2008). Otizmde uyku problemlerinin komorbid bozukluklar, kullanılan psikostimülan gibi psikoaktif ilaçlar, yaş, IQ, otizm şiddeti ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar olmakla beraber bu konuda çelişkili veriler vardır. 477 otizm tanılı çocuğun dahil edildiği çalışmada yaş, cinsiyet, ırk, IQ, nöropsikolojik fonksiyonlar, öğrenme becerisi ve aile işlevselliği ile uyku problemi arasında ilişki olmadığı; otizm semptom şiddeti, karşı gelme davranışı, agresyon, dikkat bozukluğu, dürtüsellik, hiperaktivite, anksiyete, depresyon ve duygudurum değişkenliği ile arasında ise ilişki olduğu bulunmuştur. En güçlü prediktörler olarak otizm şiddeti, hiperaktivite, duygudurumda labilite ve agresyon gösterilmiştir. Uyku probleminin otizm semptom kümesinin bir parçası olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada uykuya dalmada zorlanma %60, gece sık uyanma %50, erken uyanma %45, uyku süresinde kısılma %43, kabus bozukluğu %39 oranlarında saptanmıştır (Mayes ve Calhoun 2009). Kullanılan ilaçlarla ilgili veriler çelişkilidir. Liu ve arkadaşlarının çalışmasında (2006) OSB olan çocuklarda DEHB komorbiditesi nedeniyle kullanılan psikostimulanların daha fazla uyku problemi oluşturduğu, Krakowiak ve arkadaşlarının çalışmasında (2008) uykuya dalmada güçlükle ilişkili olduğu fakat gece uyanmalarıyla ilişkili olmadığı ileri sürülmüştür. Karşı görüş olarak Patzold ve arkadaşlarının çalışmasında (1998) ve Polimeni ve arkadaşlarının çalışmasında (2005) psikostimulanların uykuya etkisi olmadığı gösterilmiştir. Yaş ile ilgili olarak da çelişkili durum vardır. OSB olan hastalarda küçük yaş grubunda uyku bozukluğunun daha sık olduğunu göster-

ren çalışmalar olmakla beraber (Liu 2006), büyük yaş grubunda daha sık olduğunu belirten (Honomichl 2002) ya da yaşın etkisinin olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Patzold 1998, Wiggs 2004). OSB belirtilerinin daha erken saptandığı grupta uyku bozukluklarının daha fazla olduğu gösterilmiştir (Doo2006). Giannotti ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada ise regrese tip otizm tanısı olan grupta, nonregrese gruba ve normal gelişimi olan gruba göre daha fazla uyku problemi saptanmıştır. IQ ile ilgili verilere değinilecek olursa; Krakowiak ve arkadaşları (2008) ile Patzold ve arkadaşlarının (1998) çalışmalarında IQ ile ilişki saptanmazken, Williams ve arkadaşlarının çalışmasında (2004) düşük IQ'nun uyku problemlerini arttırdığı saptanmıştır. Eşlik eden bozukluklarla ilişkili olarak ise Çocuklar için Davranış Değerlendirme Ölçeği (Child Behavior Checklist; CBCL) ile yapılan değerlendirmelerde depresif belirtiler ve agresif davranışlarla uyku bozukluğunun ilişkili olduğu gösterilmiştir. Başka bir çalışmada (Malow ve McGrew 2006) epileptik nöbet sayısı ile uyku bozukluğu ölçek skorunun pozitif korele olduğu gösterilmiştir (Giannotti 2008). Aynı zamanda OSB, uyku problemleri ile birlikte görüldüğünde, epilepsi görülmesini predikte edebilmektedir (Malow 2004). OSB'ye alerji-astım, gastrointestinal problemler ve görme zorluklarının da eşlik etmesi uyku problemlerini arttırmaktadır (Liu 2006). Bilişsel gelişim geriliği olan çocuklarda da uyku bozukluklarının sık olduğu bilinmektedir; ancak bilişsel geriliği olan çocuklarda uyku ile ilişkili anksiyetenin daha az olması, gündüz yaşanan olaylara saplantı şeklinde takılma nedeniyle uykuya başlayamamanın daha az olması, sınır sorunlarının daha az olması, sirkadiyen ritim uyku bozukluklarının daha az olması, REM uykusu davranış bozukluklarının daha az olması ve melatonin tedavisine daha az cevap vermesi gibi farklılıklar ile OSB'de gözlenen uyku bozukluklarından ayırım yapılabilir. OSB olan çocuklarda görülen uyku bozukluklarının dönemsel olduğu, özellikle sonbahar ve ilkbaharda daha sık olduğu gösterilmiştir (Giannotti 2008).

Tanı ve Takipte Kullanılan Araçlar ve Elde Edilen Bulgular

Aktigrafi

OSB olan grupta yakınmaların daha çok bakım verenlerce dile getirilmesi ve bu sebeple yeterince tanı konulamadığından uyku sorunlarının büyük kısmının tedavi edilmediği düşünülmektedir. Bundan dolayı polisomnografi veya aktigrafi gibi tanı araçlarının kullanılması doğru tanının konulması açısından önem arz etmektedir. Son yıllarda geliştirilen aktigrafi, çocuk ve ergenlerde uyku ve uyanıklık siklusunu ölçen motor aktiviteleri hassas bir şekilde algılayan, el veya ayak bileklerine takılarak kullanılan, istirahat ve aktivite paternlerinin dijital ortamda kaydedilmesine ve depolanmasına olanak sağlayan; küçük, hafif, saat şeklinde taşınabilir cihazdır. İçerdiği mikrosensörlerin kapasitelerine bağlı olarak değişen sürelerle aktivite kaydı yapabilen ve non-dominant ele takılarak kullanılan bu cihazlar uyku günlükleri ile birlikte, uyku yakınması olan kişilerde uzun süreli uyku takibi amacı ile kullanılmaktadırlar. Çocukluk çağında uykuyu etkileyecek patolojiler aktigrafi ile tespit edilebilmektedir. Bu şekilde uzamış uyku başlangıç latensi, azalmış uyku indeksi (normalde en az %90) anlaşılabilir. Polisomnografiye alternatif olarak geliştirilen ve kullanımı kolay olan bu cihaz ile çocukluk çağı uyku bozuklukları kolayca tanınıp takip edilebilir.

Polisomnografi (PSG)

Polisomnografi uyku sırasında beyin ve bedende oluşan değişikliklerin kaydedilerek analiz edildiği bir yöntemdir. PSG ile temelde uykunun yapısı ve fizyopatolojik değişimler araştırılır. Uykunun yapısını, uykudaki psikolojik, biyolojik ve patolojik değişimleri uyku dönemleriyle olan ilişki içerisinde ortaya koyar. Polisomnografi uyurken veya uyumaya çalışırken, genellikle gece yapılır. Standart bir PSG cihazı; Elektroensefalografi (EEG)-Elektromyografi (EMG), Elektrookulografi (EOG) ve Elektrokardiyografi

(EKG) ile birlikte, oral-nazal hava akımını, kan oksijen saturasyonunu, torako-abdominal solunum hareketlerini ve pozisyonu kayıt eder.

Polisomnografinin de kullanıldığı, OSB olan çocukların uyku problemlerinin değerlendirildiği çalışmalarda uyku sorunlarını gösteren; artmış REM yoğunluğu, REM uykusunda azalma, uzamış uyku latensi, azalmış uyku indeksi, kısalmış uyku süresi ve periyodu, kısalmış REM latensi saptanmıştır (Elia 2000). Ek olarak paroksizmal EEG anormallikleri ve yavaş dalga uykusunda sıklık alternatif paternin (CAP) ve A1 subtipinin kontrol grubuna göre azalmış oranda olduğu saptanmıştır (Miano 2007). Aktigrafide de benzer olarak normallere göre otizmlilerde artmış uyku latensi, sık gece uyanmaları ve kısalmış

uyku süresi gösterilebilmektedir (Hering 1999).

OSB olanlarda Uyku Bozukluğunun Tipleri

OSB olan çocuklarda en sık olarak uykuya başlama, sürdürme ve uyku süresiyle ilişkili insomnilerin en fazla görüldüğü saptanmıştır. Tablo 1'de görülen uyku problemleri ve bozuklukları ICSD-3'e (International Classification of Sleep Disorders) göre belirtilmiştir. Yaş gruplarına göre uyku problemleri farklılık gösterebilir. Ergenlerde uykunun başlamasındaki uzama, sık uyanma, gün boyu uykulu hissetme sık iken daha küçük yaş grubunda uyku zamanı direnci, uyku anksiyetesi, parasomnia ve gece uyanmaları daha sık olarak saptanmıştır (Goldman 2012).

Tablo 1. Sık Görülen Uyku Problemleri ve Bozuklukları

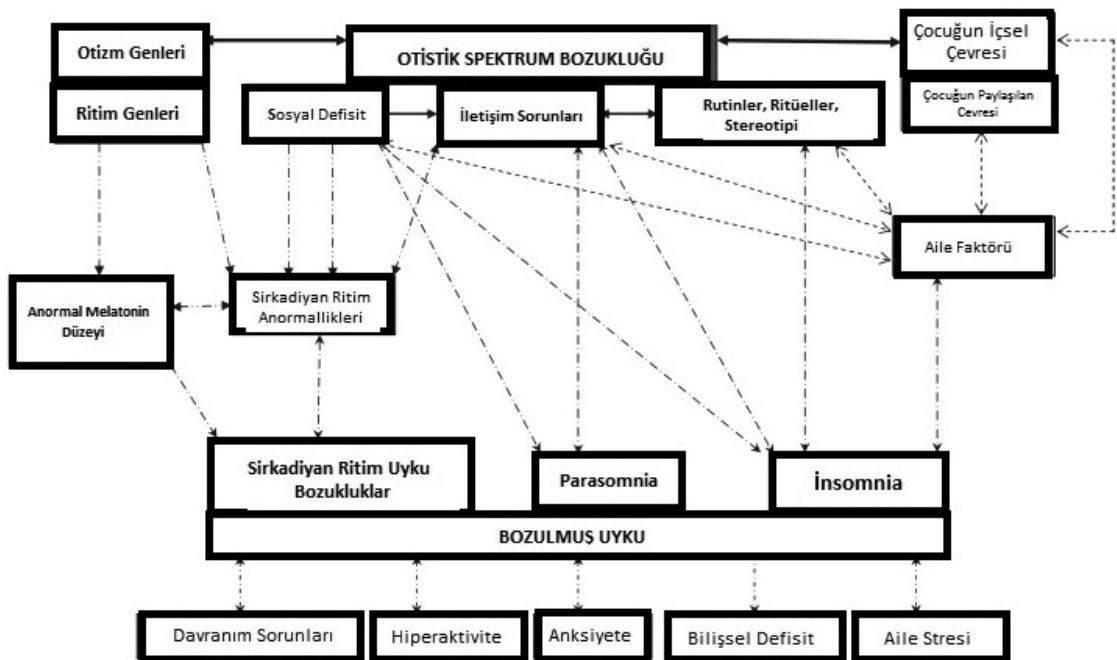
<i>ICSD-3 sınıflaması</i>	<i>Uyku problemleri veya uyku bozuklukları</i>
İnsomniler	Uyum insomnisi, gece uyanmaları, azalmış uyku verimi, uykuya dalma süresinde uzama, erken uyanma, problemlili uyku rutinleri, gün boyu uykulu olma
Parasomniler	Uyurgezerlik, gece terörü, kabus bozukluğu
Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları	Gecikmeli Uyku Evresi Tipi, düzensiz uyku uyanıklık ritmi, serbest gidişli tip, erken uyku evresi tipi, geç uyuma, erken uyanma
Santral Kökenli Hipersomniler	Kleine–Levin sendromu
Uyku ile İlişkili Hareket Bozuklukları	Uykuda Periyodik Hareket Bozukluğu, Huzursuz Bacaklar Sendromu
Uyku ile İlişkili Solunum Bozuklukları	Uyku Apne Sendromları
Diğer Uyku Bozuklukları (İzole Semptomlar ve Normal Varyantlar)	Kısa uyku süresi, erken uyanma

Sınır koyma ile ilişkili insomniler gibi Çocukluk Çağı Davranışsal İnsomnisinin OSB olanlarda sık görüldüğü belirtilmiştir (Cortesi 2010). OSB olan çocuklarda daha önce yaşadıkları olaylardan dikkatini ve yoğunlaşmasını kaydırma sorunu olduğundan çocuk gün içinde yaşadığı heyecan veya anksiyete verici olaydan kendisini koparamayabilir ve bu uyku saatine direnç olarak yani davranışsal insomni sendromu olarak karşımıza çıkabilir (Maes 2011). Davranışsal insomninin uykuya başlangıç tipinde çocuk annenin okşaması, sallaması gibi uyaranlar olmadan uyuyamaz ve gece uyandığında bunlar tekrar oluşmadan uykuya dalmaz. Davranışsal insomninin sınır koyma ile ilişkili tipinde çocuk uyumadan önce tekrar süt, başka bardak, başka masal ister ya da başka sebeplerle yatağa gitmeyi reddeder. Bakım veren bu konuda tutarsız ve kararsız olursa bu sorunlar devam etme eğiliminde olacaktır (Vriend 2011). OSB olan çocukların gece uyanmalarında uyanıklık sürelerinin 2-3 saat sürebileceği; o süre içinde gülebileceği, ağlayabileceği, çılgık atabileceği ve oyuncaklarla oynayabileceği görülmektedir (Malow 2006). Gün boyu uykulu olma gece uykusunun kalitesi ve süresiyle ilişkili iken aynı zamanda melatoni-

nin gündüz daha yüksek, gece düşük olmasıyla ilişkilendirilmiştir (Kotagal ve Broomall 2012). Huzursuz bacak sendromu ve sirkadiyen uyku bozuklukları çok sık görülmektedir. Düzensiz uyku uyanıklık ritmi, serbest gidişli tip, erken uyku evresi tipi, uykuya geç dalma, erken uyanma sıktır. Özellikle 4 yaşından küçüklerde gün gün değişen uyuma ve uyanma saatlerinin olduğu belirtilmiştir (Inanuma 1984). Uykuda Periyodik Hareket Bozukluğu aynı zamanda OSB olanlarda sık kullanılan risperidon ve SSRİlar ile de ortaya çıkabilmektedir (Pullen 2011).

Etiyoloji

OSB olan çocuk ve ergenlerde uyku problemlerinin etyolojisi ile ilişkili kesin veriler hala tam açık değildir. Derlememizde etyoloji biyopsikososyal model temel alınarak açıklanacaktır. Biyopsikososyal model 1) Genetik ve Biyolojik anormallikler 2) OSB ile ilişkili davranışsal ve psikolojik problemler 3) Çocuğun büyüdüğü aile ve çevreyle ilişkili faktörler şeklinde üç parçaya ayrılarak açıklanacaktır. Belki de 3 faktörün etkileşimi ile OSB olanlarda uyku sorunları ortaya çıkmaktadır (Şekil 1).



Şekil 1: Biyopsikososyal Modelin Karmaşık Etkileşimi (Richadale ve Schreck 2009)

Biyolojik ve Genetik Anormallikler

OSB olan çocuklarda EEG anormallikleri ve uyku-uyanıklık paternindeki problemlerin tespit edilmesi eksitasyon-inhibisyon dengesinde bozukluk olduğu, bunun da hipotalamus-hipofiz-adrenal aksın düzenlediği sirkadiyen ritim ve hormon/nörotransmitter (melatonin/serotonin) üretiminde değişikliklerle meydana geldiği düşünülmektedir (Malow 2006). Hipotalamusun preoptik alanında uykuyu başlatan sistemdeki nörotransmitter GABA'dır. Preoptik alandaki nöronlar beyin sapına projeksiyonlar göndermektedir. Otizmin etiolojisinde olduğu düşünülen ve uyku bozukluğuyla ilişkilendirilebilen GABA ile ilişkili anormallik; GABAerjik nöronlarda migrasyon ve maturasyon problemlerdir (Levitt 2004). Bu yapıyı düzenleyen genler 15q kromozomda bulunmaktadır. Bu genle ilgili genetik anormallikler de uyku problemine yol açabilmektedir (McCauley 2004).

Sirkadiyen Ritim ve Melatonin

Melatonin sirkadiyen fizyolojiyi düzenleyen, özellikle de uyku-uyanıklık ve vücut sıcaklık ritmi üzerine etkisi olan bir nörohormondur. Uyku ritmi üzerine etkisi hipotalamusun suprakiazmatik nükleusundaki ritim amplitudunu düzenleyen MT1 ve ritim fazını düzenleyen MT2 reseptörleriyle olur. Sirkadiyen ritmi beyin diğer bölgeleri ve diğer organ sistemleri projeksiyonlar veya hormonal etkiyle etkilemektedir (Kwon 2011). Karanlık ve aydınlık döngüsü melatonin ritmindeki en önemli uyarıcı iken yemeklerin, davranışların, sosyal kuralların da ritim üzerinde etkisi gösterilmiştir (Pandi-Perumal 2007). Bu şekilde OSB'de olan sosyal/iletişim problemlerinin ritim üzerine olumsuz etkisi olabilir (Richdale 2001). Melatonin salınım fazındaki gecikmeler uykunun başlamasında problemlere yol açarken amplituddeki azalma uykunun sürdürülmesinde sorun oluşturmaktadır (Richdale 2001). Birçok çalışmada OSB olan çocuklarda melatonin salı-

nımında anormalliklerin olduğu (gündüz artmış, gece azalmış düzey) gösterilmiştir (Ritvo 1993, Kulman 2000, Tordjman 2005). Bu durumla ilişkili olarak; otizmde görülen belirti ve bulguların şiddetiyle ilişkili olduğu gösterilen 6-sulphatoxymelatoninin üriner atılım oranının normal çocuklara göre azalmış olduğu gösterilmiştir. Bu durum otizmdeki uyku ve sirkadiyen ritim problemlerine işaret edebilir (Tordjman 2005). Reading, 2012'de yaptığı çalışmasında plazma melatonin düzeyi ile otistik davranışlar arasında korelasyon olduğunu göstermiştir. Melatonin tedavisiyle plaseboya göre toplam uyku süresinde ve uyku başlangıç latensinde anlamlı düzelme gözlendiğini belirtmiştir (Reading 2012).

Diğer bir mekanizma da OSB olanlarda post-mortem çalışmalarda gösterildiği üzere, özellikle anterior ve posterior singulat korteks ve fusiform kortekste azalmış olan GABAB reseptör yoğunluğunun varlığıdır. Bu yapısal alanlar sosyal iletişim ve emosyonel yapı açısından önemli alanlardır. Bu nedenle GABAB reseptör yoğunluk azalmasının, OSB olan çocuklarda anksiyete ve depresyon ile ilişkili uykunun başlamasında ve sürdürülmesinde sorunlara yol açabileceği belirtilmiştir (Plante 2012).

Ritim üzerinde etkili clock genlerinin varlığı diğer bir faktördür. Gen veya gen ekspresyon anormallikleri nedeniyle olabilen sinaptik değişiklikler ve transmisyon sorunlarının melatonin düzeyinin düşük olmasına neden olabileceği belirtilmiştir. Bourgeron çalışmasında (2007) OSB'deki uyku bozukluklarının, sinaptik değişikliklerin modülasyonunda rolü olan melatoninin sentezinde anormalliklere yol açan genetik anormalliklerle ilişkili olabileceğini ileri sürmüştür. Per1 ve npas2 clock genlerinin polimorfizminin otizmde uyku problemlerine yol açabileceği belirtilmiştir (Ebisawa 2007). Diğer üzerinde durulan gen polimorfizmi, hidroksiindol-O-metiltransferaz enzimini kodlayan ASMT geni polimorfizmidir. Bu enzim

N-asetilserotoninine melatonine dönüştürülmesinde katalizör olması açısından önemlidir. Bu durumla tutarlı olarak OSB olan grupta kontrol grubuna kıyasla trombosit serotoninin yüksek, plazma melatoninin düşük olduğu gösterilmiştir. Bu anormallikler OSB olan hastalarda uyku ve ritim bozukluğunu açıklayabilen diğer bulgulardır (Melke 2008). Ayrıca sinaptik yapıda etkili olan nöroligin 3 ve 4, nöreksin gen mutasyonları bir grup otizm tanılı hastada görülmektedir (Bourgeron 2007). Bu genler sinaptik glutaminerjik ve GABAerjik yapıya etki ederek uyku-uyanıklık döngüsünde etkili olan genler olduğundan etiyolojideki diğer bir faktör olarak kabul edilebilir (Sgado 2011.) Melke'nin çalışmasında (2008) otizm tanılı çocuğun ailesinde, otizmden etkilenmeyen çocuklarda gösterilen melatonin seviyesindeki anormalliklerin genetik ilişki ile açıklanabileceği belirtilmiştir.

Davranışsal, Bilişsel ve Psikolojik Faktörler

OSB olan çocukların psikopatolojilere, özellikle de anksiyete ve depresyona karşı daha savunmasız ve yatkın oldukları kabul edilen bir durumdur (Leyfer 2006). OSB olan çocukların %56'sında anlamlı düzeyde anksiyete semptomları, %44'ünde depresyon semptomlarının görüldüğü gösterilmiştir (Strang 2012). Bir metaanalizde 18 yaş altı OSB olanların %39.6'sında en az bir anksiyete bozukluğunun bulunduğu belirtilmiştir (van Steensel 2011). Artmış anksiyetenin OSB olan çocuklarda uyku zorluklarıyla ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Tani 2003, Tani 2004). OSB olan grupla yapılan çalışmalarda insomnia ile yüksek anksiyete arasında çift yönlü ilişki olduğu (Tani 2004), melatonin tedavisine cevap olarak insomnia düzeldiğinde CBCL'deki içe yönelim alt ölçeği skorlarında da düşme olduğu belirlenmiştir (Paavonen 2003). Bu konuyla ilgili başka bir çalışmada uyku bozukluğu için verilen başarılı bir melatonin tedavisiyle hem içe yönelim hem de dışa yönelim semptomlarında anlamlı bir düzelmeye görülmüştür (Paavonen 2003). Depresyonu

olan çocuklarda erken uyanma, gece sık uyanma gibi tüm uyku sorunlarının oldukça arttığı bilinen bir durumdur (Leyfer 2006). Bu açıdan OSB tanısı olan çocuğun depresyon açısından değerlendirilmesi ve tedavisi uyku sorununun çözümü açısından da gereklidir. OSB olan çocukların yaklaşık yarısı DEHB tanı kriterlerini karşılamaktadır (Leyfer 2006). Dolayısıyla bu eş tanılı çocuklarda DEHB de artmış oranda olan uyku problemlerinin de gözlenmesi beklenmelidir. Ayrıca OSB olanlarda pür DEHB olanlara göre daha fazla uyku bozukluğu görüldüğü bilinmelidir (Mayes 2009). Ek olarak DEHB'de kullanılan psikostimülanların yan etkisi olarak uyku problemlerinin görüldüğünü ileri süren yazılar vardır (Gau ve Chiang 2009). Aynı zamanda CBCL dışa yönelim davranış skalasıyla OSB olan çocuklarda uyku sorunu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Malow 2006). Son dönemlerde uyku bozukluğunun OSB'nin çekirdek belirtilerinden olduğu ve OSB'nin semptomlarıyla ve şiddetiyle ilişkili olduğu öne sürülmektedir. Schreck çalışmasında (2004) her gece olan toplam uyku süresinin otizm şiddet skalasında otizm şiddetini predikte ettiğini, daha az uyuyanların daha fazla ve şiddetli belirtileri olduğunu göstermiştir. Aynı çalışmada uyku problemi olan otizmlilerde sosyal ilişki problemlerinin ve stereotipik davranışların daha fazla olduğu gösterilmiştir. İşlevsel olmayan rutin davranışlar ve stereotipik davranışlar aynı zamanda uyku zamanı direnci, uyku hijyeni sorunları oluşturabilir (Richdale 2001). OSB olan çocuklarda uyku bozukluğunun bilişsel problemler ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Richdale 2001). Şiddetli insomnia tedavisi için melatonin tedavisi alan OSB olan çocuklarda okul performansında düzelmeler gözlenmiştir (Paavonen 2003).

Aile Faktörü

Çocuklar için uyku problemlerinin sadece kendisini etkileyen bir problem olmadığı, tüm aile için stres faktörü olduğu; aile üyelerinin de ya-

şam kalitesini ciddi düzeyde bozan bir durum olduğu bilinmektedir. OSB nedeniyle ciddi düzeyde etkilenen ve zorlanan aile üyeleri, uyku probleminin zorluklarının da eklenmesi ile çok daha fazla etkilenebilir. Bunun dışında çocuklardaki uyku problemlerinin, evlilik ile ilgili anlaşmazlıklar, annenin sağlık problemleri ve ailesel işlevsellikten ciddi düzeyde etkilendiği bilinmelidir (Wiggs 2004). Honkong'da yapılmış 210 OSB olan çocuğun alındığı ve uyku bozukluğu oranının %67.9 olduğu çalışmada ailesel problemlerin uyku probleminin şiddetini yordadığı gösterilmiştir (Doo ve Wing 2006).

Klinik Değerlendirme

Uyku Öyküsü

Uyku açısından değerlendirme yapıldığında, çocuğun sabah uyandığında kendini ne kadar canlı ve neşeli hissettiği uykunun kalitesinin değerlendirilmesi açısından önemlidir. Aynı zamanda gün içindeki dikkat düzeyi, anksiyetesi, depresif belirtileri, agresyonu bu açıdan dikkatli incelenmelidir. Gün içinde uykuyu etkilemesi muhtemel olaylar ve ritüeller değerlendirilmelidir. Uyku öncesi rutinler ve uyku ortamı sorgulanmalıdır. Çünkü OSB olan çocuklar dalgalanmalara ve değişikliklere kolay alışamazlar. Uyku öncesindeki oynadığı oyunlar uyku için gerekli inhibisyonu bozabilir. Uykuya dalma sonrasındaki hisleri uyku anksiyetesi veya huzursuz bacak sendromu için önemlidir. "Bacağımda gıdıklanıyor" veya "böcek yürüyor gibi oluyor" gibi terimler kullanabilirler. Uyku süresi, uykuya dalma süresi, gece kaç kez uyandığı, sabah uyanma saati, gün içindeki şekerleme süreleri ve sayısı sorgulanmalıdır. Uyku hijyeni açısından değerlendirmek önemlidir. Maksiller hipoplazi, retrograti, makroglossi, adenoid, obezite gibi uykuyu bozan patolojiler değerlendirilmelidir. Uyku açısından değerlendirmek için uyku ölçekleri kullanılabilir. Gerekli olduğu takdirde PSG veya aktigrafi uygulanabilir.

Uyku Hijyeni ve Ortam Düzenlemesi

Uyku ortamı ve rutinleri tutarlı olmalı, geceler arası değişikliklere uğramamalıdır. Uygun bir uyku saati seçilmelidir. Çocuğu uykuya yönlendirecek rutinelere yönlendirmeli, televizyon ve bilgisayar oyun süresi mümkün olduğunca azaltılmalı, gece duygusal ve davranışsal uyarılma azaltılmalıdır. Uyku saatinin 3-4 saat öncesinden uykuyu kaçırarak oyun ve aktivitelerden kaçınılmalıdır. OSB olan çocukların bazı ses, görüntü, temas ve davranışlara hassasiyetleri olabileceğinden uyku davranışları, yatak örtüsü ve battaniyesi gibi yatak eşyaları kişiselleştirilmelidir. Özellikle bazı yatak, çarşaf ve örtü tercihleri uyumasına yardımcı olabilmektedir. Koza gibi bir yatak odası yerine daha büyük oda tercih edilmelidir. Uygun pozisyon bulunmalıdır. Uygun sıcaklık, ışık, giysiler seçilmelidir. Şekerlemelere sınır koymak gece uyku devamlılığı açısından işe yarayabilir. Işık terapisi sirkadiyen ritim problemi olanlarda saat ayarlama açısından faydalı olabilir. Yatak sadece uyumak amacıyla kullanılmalıdır. Yatakta TV seyretmek, kitap okumak gibi aktivitelerden kaçınılmalıdır. Uyku ortamı uygun şekilde sağlandıktan sonra uyku saati direnciyle baş edilebilir duruma gelindiğinde, çocuk yatağında sallama ve okşama gibi dışsal uyaranlar olmadan uyutulmalıdır. Uyuması için yatağın yanında 5-10 dk. sessizce beklenebilir. Birlikte uyunmamalıdır. Uyku zamanı ritüeller için 10-15 dk. gibi zaman kısıtlaması yapılmalıdır.

Tedavi

Davranışsal müdahaleler ve çevre düzenlemesi uyku probleminin çözümünde yeterli etkinlik sağlamazsa ilaç tedavisi eklenmelidir. Uykuyu bozan yapıya müdahale edilmelidir. Melatonin, OSB olan çocuklarda uykuyu başlatma ve sürdürmede yüksek oranda etkilidir. Uygulanan melatonin tedavisiyle toplam uyku süresinde artma, uyku başlangıç latensinde kısalma, gece uyanmalarında azalma, uyku uyanıklık rit-

minde düzelme, parasomnia bozukluklarında iyileşme gösterilmiştir (Phillips 2004, Giannotti 2006, Wasdell 2008). Uyku problemleri nedeniyle uygulanan melatonin tedavisiyle OSB olan çocuklarda sosyal ve davranışsal düzelme (Jan 1994), dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtilerinde gerileme, depresif şikayetlerde azalma, karşı gelme, stereotipi ve kompulsif davranışlarda gerileme (Malow 2011), anksiyete düzeyinde gerileme ve sınırlılık düzeyinde azalma bildirilmiştir (Giannotti 2006). Melatoninin verilmiş saati uyuması istenen saatten 30-60 dk. önce olmalıdır. 0.5-15 mg. doz aralığında verilmelidir. Çoğu çalışmada ciddi bir yan etki tariflenmemekle birlikte yorgunluk, baş ağrısı, şiddetli uyku hali, baş dönmesi, ishal yan etkilerini bildiren çalışmalar mevcuttur (Paavonen 2003). İyi tolere edilebilmektedir. Depresyon, anksiyete ve davranım bozuklukları sıklıkla eşlik eden bozukluklar olduğundan risperidon, ketiapin, aripiprazol, olanzapin gibi atipik antipsikotikler ve selektif serotonin geri alım inhibitörleri tedaviye eklenebilmektedir (Doyle ve McDougale 2012). Düşük doz ketiapin hem uyku hem de agresif davranışlar üzerinde etkili olabilir (Golubchik 2011). Trazodon 12.5-25 mg. dozlarında tedaviye eklenebilir. Doz yükseltildiğinde priapizm açısından dikkatli olunmalıdır. Huzursuz bacak sendromunda gabapentin 50-200 mg. dozlarında ve dopamin agonistleri kullanılmaktadır. Eşlik eden epilepsinin tedavisi de uyku üzerinde olumlu etkiler gösterecektir. İnsomnia tedavisinde kullanılan ilaçlar hızlı kesilirse rebound oluştururlar. Bu nedenle doz azaltılarak kesilmelidirler. Kabus bozukluğu sıklıkla oluyor ve günlük yaşamı etkileyecek düzeyde ise uykunun yapısı ve REM üzerine etkili ilaçlar (diazepam, klonazepam, imipramin gibi) sıklıkla kullanılmaktadır. Uyurgezerlik ve uyku terörü epizotları ağır değilse ilaç kullanımından kaçınılmalıdır. Diazepam 5-20 mg/gün dozlarda hastalığın şiddet ve sıklığını azalttığı bilinmektedir. Ayrıca parasomnia tedavisinde klonazepam ile 1-3 mg. melatonin kombine edilebilir (Thirumalai 2002). Benzodiazepinler, bir

yandan derin uykuyu azaltırken diğer yandan da uyanmaya engel olmaktadır. Kesildiğinde ise tekrarlamaya riski yüksektir. Antidepresanlar ise küçük dozlarda etkilidir. İlaç tedavisinden normal gelişimi olanlara göre OSB olanlarda başarı oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (Polimeni 2005).

Sonuç olarak; OSB olan çocuk ve ergenlerin büyük bir kısmında uyku problemleri görülmektedir. OSB olan çocuk/ergen ve ailesi için yaşam kalitesini etkileyen çok önemli bir faktördür. Tedavi planlanırken etiyojolojiye yönelik tedavi düşünülmeli, etiyojinin karmaşık, multifaktoriyel olduğu akıldan çıkarılmamalıdır.

KAYNAKLAR

Allik H, Larsson JO, Smedje H (2006) Sleep patterns of school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Autism Dev Disord* 36:585-595.

Berger RH, Miller AL, Seifer R ve ark. (2012) Acutesleep restriction effects on emotion responses in 30- to 36-month-old children. *J Sleep Res* 21:235-246.

Bilgiç A, Uslu R, Özalp Kartal O (2011) Yaygın Gelişimsel Bozukluk ve Gelişim Geriliği olan Küçük Çocukların Tanı Sınıflaması: 0-3 Yenilenmiş Basım Temelinde Karşılaştırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 48:189-194.

Bourgeron T (2007) The possible interplay of synaptic and clock genes in autism spectrum disorders. *Cold Spring Harbor Symp Quart Biol* 72:645-654.

Bruni O, Ferri R, Novelli L ve ark. (2009) Sleep spindle activity is correlated with reading abilities in developmental dyslexia. *Sleep* 32:1333-1340.

Cortesi F, Giannotti F, Ivanenko A ve ark. (2010) Sleep in children with autistic spectrum disorder. *Sleep Med* 11:659-664.

DeVincent CJ, Gadow KD, Delosh D ve ark. (2007) Sleep disturbance and its relation to DSM-IV psychiatric symptoms in preschool-age children with pervasive developmental disorder and community controls. *J Child Neurol* 22:161-169.

- Doo S, Wing YK (2006) Sleep problems of children with pervasive developmental disorders: Correlation with parental stress. *Dev Med Child Neurol* 48:650-655.
- Doyle CA, McDougle CJ (2012) Pharmacotherapy to control behavioral symptoms in children with autism. *Expert Opin Pharmacother* 13:1615-1629.
- Ebisawa T (2007) Circadian rhythms in the CNS and peripheral clock disorders: human sleep disorders and clock genes. *J Pharm Sci* 103:150-154.
- Elia M, Ferri R, Musumeci SA ve ark. (2000) Sleep in subjects with autistic disorders: a neurophysiological and psychological study. *Brain Dev* 22:88-92.
- Giannotti F, Cortesi F, Cerquiglini A ve ark. (2006) An open-label study of controlled-release melatonin in treatment of sleep disorders in children with autism. *J Autism Dev Disord* 36:741-752.
- Giannotti F, Cortesi F, Cerquiglini A ve ark. (2008) An investigation of sleep characteristics, electroencephalogram abnormalities and epilepsy in developmentally regressed and non-regressed children with autism. *J Autism Dev Disord* 38:1888-1897.
- Goldman SE, McGrew S, Johnson KP ve ark. (2011) Sleep is associated with problem behaviors in children and adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Res Autism Spectr Disord* 5:1223-1229.
- Goldman SE, Richdale AL, Clemons T ve ark. (2012) Parental sleep concerns in autism spectrum disorders: Variations from childhood to adolescence. *J Autism Dev Disord* 42:531-538.
- Golubchik P, Sever J, Weizman A (2011) Low-dose quetiapine for adolescents with autistic spectrum disorder and aggressive behavior: Open-label trial. *Clin Neuropharmacol* 34:216-219.
- Goodlin-Jones BL, Sitnick SL, Tang K ve ark. (2008) The children's sleep habits questionnaire in toddlers and pre-school children. *J Dev Behav Pediatr* 29:82-88.
- Hering E, Epstein R, Elroy S ve ark. (1999). Sleep patterns in autistic children. *J Autism Dev Disord* 29:143-147.
- Honovich RD, Goodlin-Jones BL, Burnham M ve ark. (2002) Sleep patterns of children with pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord* 32:553-561.
- Horne JA (1993) Human sleep, sleep loss and behaviour. Implications for the prefrontal cortex and psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 162:413-419.
- Inanuma K (1984) Sleep-wake patterns in autistic children. *Jpn J Child Adolesc Psychiatr* 25:205-217.
- Jan JE, Espezel H, Appleton RE (1994) The treatment of sleep disorders with melatonin. *Dev Med Child Neurol* 36:97-107.
- Kamphuis J, Meerlo P, Koolhaas J ve ark. (2012) Poor sleep as a potential causal factor in aggression and violence. *Sleep Med* 13:327-334
- Kotagal S, Broomall E (2012) Sleep in children with autism spectrum disorder. *Pediatr Neurol* 47:242-251.
- Krakowiak P, Goodlin-Jones B, Hertz-Picciotto I ve ark. (2008) Sleep problems in autism spectrum disorders, developmental delays and typical development: a population-based study. *J Sleep Res* 17:197-206.
- Kulman G, Lissoni P, Rovelli F ve ark. (2000) Evidence of pineal endocrine hypofunction in autistic children. *Neuroendocrinol Lett* 20:31-34.
- Kwon I, Choe HK, Son GH ve ark. (2011) Mammalian molecular clocks. *Exp Neurobiol* 20:18-28.
- Levitt P, Eagleson KL, Powell EM (2004) Regulation of neocortical interneuron development and the implications for neurodevelopmental disorders. *Trends Neurosci* 27:400-406.
- Levy SE, Mandell DS, Schultz RT (2009) Autism. *Lancet* 374:1627-1638.
- Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S ve ark. (2006) Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interonset development and rates of disorders. *J Autism Dev Dis* 36:849-861.
- Limoges E, Mottron L, Bolduc C ve ark. (2005) Atypic

TÜRKOĞLU

- cal sleep architecture and the autism phenotype. *Brain* 128:1049-1061.
- Liu X, Hubbard JA, Fabes RA, Adam JB (2006). Sleep disturbances and correlates of children with autism spectrum disorders. *Child Psychiatry Hum Dev* 37:179-191.
- Lopez J, Hoffmann R, Armitage R (2010) Reduced sleep spindle activity in early-onset and elevated risk for depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49:934-943.
- Maes JH, Eling PA, Wezenberg E ve ark. (2011) Attentional set shifting in autism spectrum disorder: Differentiating between the role of perseveration, learned irrelevance, and novelty processing. *J Clin Exp Neuropsychol* 33:210-217.
- Malow BA (2004) Sleep disorders, epilepsy, and autism. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 10:122-125.
- Malow BA, Marzec ML, McGrew SG ve ark. (2006) Characterizing sleep in children with autism spectrum disorders: A multidimensional approach. *Sleep* 29:1563-1571.
- Malow BA, McGrew SG, Harvey M ve ark. (2006) Impact of treating sleep apnea in a child with autism spectrum disorder. *Pediatr Neurol* 34:325-328.
- Malow BA, McGrew S (2006) Sleep and autism spectrum disorders. In: Tuchman R, Rapin I, editors. *Autism: A Neurological Disorders of Early Brain Development*. London: Mac Keith Press; p.188-201.
- Malow BA, Adkins K, McGrew S ve ark. (2012) Melatonin for sleep in children with autism: A controlled trial examining dose, tolerability and outcomes. *J Autism Dev Disord* 42:1729-1737.
- Marcus CL (2004) Pediatric sleep medicine comes into its own. *Pediatrics* 113:1393-1394.
- Marshall L, Helgadottir H, Molle M ve ark. (2006) Boosting slow oscillations during sleep potentiates memory. *Nature* 444:610-613.
- Mayes SD, Calhoun SL (2009) Variables related to sleep problems in children with autism. *Res Autism Spectr Disord* 3:931-941.
- Mayes SD, Calhoun SL, Bixler EO, Vgontzas AN (2009) Sleep problems in children with autism, ADHD, anxiety, depression, acquired brain injury, and typical development. *Sleep Medicine Clinics* 4:19-25.
- McCauley JL, Olson LM, Delahanty R ve ark. (2004) A linkage disequilibrium map of the 1-Mb 15q12 GABAA receptor subunit cluster and association to autism. *Am J Med Genet* 131:51-59.
- Melke J, Botros HG, Chaste P ve ark. (2008) Abnormal melatonin synthesis in autism spectrum disorders. *Mol Psychiatry* 13:90-98.
- Miano S, Bruni O, Elia M ve ark. (2007) Sleep in children with autistic spectrum disorder: A questionnaire and polysomnographic study. *Sleep Med* 9:64-70.
- Mikoteit T, Brand S, Beck J (2013) Visually detected NREM Stage 2 sleep spindles in kindergarten children are associated with current and future emotional and behavioural characteristics. *J Sleep Res* 22:129-136.
- Muzur A, Pace-Schott EF, Hobson JA, (2002) The prefrontal cortex in sleep. *Trends Cogn Sci* 6:475-481.
- Paavonen EJ, Nieminen-von Wendt T, Vanhala R ve ark. (2003) Effectiveness of melatonin in the treatment of sleep disturbances in children with Asperger disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 13:83-95.
- Paavonen EJ, Vehkalahti K, Vanhala R ve ark. (2008) Sleep in children with Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord* 38:41-51.
- Pandi-Perumal SR, Srinivasan V, Spence DW ve ark. (2007) Role of the melatonin system in the control of sleep. *CNS Drugs* 21:995-1018.
- Patzold LM, Richdale AL, Tonge BJ (1998) An investigation into sleep characteristics of children with autism and Asperger's disorder. *J Paediatr Child Health* 34:528-533.
- Phillips L, Appleton RE (2004) Systematic review of melatonin treatment in children with neurodevelopmental disabilities and sleep impairment. *Dev Med Child Neurol* 46:771-775.

- Plante DT, Jensen JE, Schoerning L ve ark. (2012) Reduced gamma-aminobutyric acid in occipital and anterior cingulate cortices in primary insomnia: A link to major depressive disorder? *Neuropsychopharmacology* 37:1548-1557.
- Polimeni MA, Richdale AL, Francis AJ (2005) A survey of sleep problems in autism, Asperger's disorder and typically developing children. *J Intellect Disabil Res* 49:260-268.
- Pullen SJ, Wall CA, Angstman ER ve ark. (2011) Psychiatric comorbidity in children and adolescents with restless legs syndrome: A retrospective study. *J Clin Sleep Med* 7:587-696.
- Reading R (2012) Melatonin in autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Care Health Dev* 38:301-302.
- Richdale A (1999) Sleep problems in autism: prevalence, cause and intervention. *Dev Med Child Neurol* 41:60-66
- Richdale AL (2001) Sleep disorders in autism and Asperger's syndrome. In: Stores G, Wiggs L, editors. *Sleep Disturbances In Disorders Of Development: Its Significance and Management*. London: MacKeith Press; p.181-191.
- Richdale AL, Schreck KA (2009) Sleep problems in autism spectrum disorders: Prevalence, nature, and possible biopsychosocial aetiologies. *Sleep Med Rev* 13:403-411.
- Ritvo ER, Ritvo R, Yuwiler A ve ark. (1993) Elevated daytime melatonin concentrations in autism: a pilot study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2:75-78.
- Sadeh A, Pergamin L, Bar-Haim Y (2006) Sleep in children with attention-deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of polysomnographic studies. *Sleep Med Rev* 10:381-398.
- Schreck KA, Mulick JA, Smith AF (2004) Sleep problems as possible predictors of intensified symptoms of autism. *Res Dev Disabil* 25:57-66.
- Segawa M (2006) Epochs of development of the sleep-wake cycle reflect the modulation of the higher cortical function particular for each epoch. *Sleep Biol Rhythms* 4:4-15.
- Sgado P, Dunleavy M, Genovesi S ve ark. (2011) The role of GABAergic system in neurodevelopmental disorders: A focus on autism and epilepsy. *Int J Physiol Pathophysiol Pharmacol* 3:223-235.
- Strang J, Kenworthy L, Daniolos P ve ark. (2012) Depression and anxiety symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorders without intellectual disability. *Res Autism Spectr Disord* 6:406-412.
- Tani P, Lindberg N, Nieminen-von Wendt T, von Wendt L ve ark. (2003) Insomnia is a frequent finding in adults with Asperger syndrome. *BMC Psychiatry* 16:3:12.
- Tani P, Lindberg N, Joukamaa M ve ark. (2004) Sleep in young adults with Asperger's syndrome. *Neuro-psychobiology* 50:147-152.
- Thirumalai SS, Shubin RA, Robinson R (2002) Rapid eye movement sleep behavior disorder in children with autism. *J Child Neurol* 17:173-178.
- Tordjman S, Anderson GM, Pichard N ve ark. (2005) Nocturnal excretion of 6-sulphatoxymelatonin in children and adolescents with autistic disorder. *Biol Psychiatry* 57:134-138.
- Touchette E, Petit D, Seguin JR ve ark. (2007) Associations between sleep duration patterns and behavioral/cognitive functioning at school entry. *Sleep* 30:1213-1219.
- Tsai FJ, Chiang HL, Lee CM ve ark. (2012) Sleep problems in children with autism, attention-deficit hyperactivity disorder, and epilepsy. *Res Autism Spectr Disord* 6:413-421.
- van Steensel F, Bo'gels M, Perrin S (2011) Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: A meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev* 14:302-317.
- Volkmar FR, Pauls D (2003) Autism. *Lancet* 362:1133-1141
- Vriend JL, Corkum PV, Moon EC ve ark. (2011) Behavioral interventions for sleep problems in children with autism spectrum disorders: Current findings and future directions. *J Pediatr Psychol* 36:1017-1029.
- Wang G, Grone B, Colas D ve ark. (2011) Synaptic plas-

TÜRKOĞLU

ticity in sleep: Learning, homeostasis and disease. Trends Neurosci 34:452-463.

Wasdell MB, Jan JE, Bomben MM ve ark. (2008) A randomized, placebo-controlled trial of controlled release melatonin treatment of delayed sleep phase syndrome and impaired sleep maintenance in children with neurodevelopmental disabilities. J Pineal Res 44:57-64.

Wiggs L, Stores G (2004) Sleep patterns and sleep disorders in children with autistic spectrum disorders: insights using parent report and actigraphy. Dev Med Child Neurol 46:372-380.

Williams PG, Sears LL, Allard A (2004) Sleep problems in children with autism. J Sleep Res 13:265-268.

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİDE TEMEL KAVRAMLAR: BİR TEKNİSYEN OLARAK TERAPİSTİN MALZEME ÇANTASINA GENEL BAKIŞ

Vahdet GÖRMEZ*

Bir müzik enstrümanına her müzisyenin aynı estetiği vermesi beklenemez. Fakat bu estetik farkı sadece enstrümanın nitelikleri veya müzisyenin aldığı eğitimin kalitesi ile açıklamak mümkün değildir. Terapistin doğuştan gelen sanata yatkınlığını da eldeki malzemeyi kullanmadaki ustalığı açıklamak için hesaba katmak gerekir. Özellikle de bilişsel davranışçı terapi (BDT) gibi 'beceri kazandırma deneyimi' olarak tanımlanan bir yaklaşımda, terapist solo sunum yapan bir sanatçı olarak değil, daha çok bir orkestra şefi gibi düşünülebilir. Farklı seslerden (terapi teknikleri) bir harmoni oluşturmak terapistin sanatçı kimliği ile ilişkilidir.

Freeman ve Dattilio (1992) bir terapist için en önemli klinik becerinin vaka formülasyonu (treatment conceptualization) oluşturabilmek olduğunu söyler ve devamında beş farklı terapist tiplerinden bahseder. Bir teorisyen (theoretician) olarak terapist; temel terapi mantığı kavrandıktan sonra gerisinin sadece teknik manevralardan ibaret olduğunu düşünür ve dolayısıyla zamanını daha çok terapi eğitimleri vererek veya konu ile ilgili akademik çalışmalar yaparak geçirir, fakat kendisi terapi yapmaz. Bir teknisyen (*technician*) olarak terapist; terapiyi hastalığın bilişsel modelinden bağımsız olarak 'biraz ondan biraz bundan' şeklinde uygular. Bir dizi atölye çalışmalarına ve konferanslara katılır çünkü temel motivasyonu malzeme çantasına yeni 'pratik teknikler' eklemektir. Terapi uygulaması biraz Geştalt, biraz analitik, biraz davranışçı... kokar. BDT diye uyguladığı aslında kendince işe yaradığına inandığı bir teknikler dizisidir. Konu ile ilgili teorik ve felsefik tartışmaları sıkıcı ve dikkat dağıtıcı olarak bulunduğu için bunlardan uzak durur. Sihirbaz (*magician*) terapistin ise beceri veya tekniklere ihtiyacı yoktur. Karizmatiktir ve hasta ile haftada bir görüşmede oluşturu-

racığı aura'nın şifa vereceğine inanır. Teorisyen terapist gibi sihirbaz da sıradan bulduğu (avamın işi) teknikleri uygulamakla kendini meşgul etmez. Değerli vaktini uzun ve gereksiz terapi eğitimi almakla tüketmediği için kendisi ile gurur duyar ve entelektüel birikimini sıra dışı dergilerde ezoterik konular üzerine yazmakta değerlendirir. Terapideki başarının temelde hasta ile yapıcı bir terapötik ilişki kurmaktan geçtiğine inanır. Unutulmaması gereken ise bu yücelttiği alanlarda kişisel becerilerinin çok iyi olduğudur. Bir de politikacı (politician) olarak terapist vardır. Politikacı pragmatiktir, hâlihazırda popüler olan ne o ise onu uygular ve gözü ufukta bilecek yeniliklerdedir. Oysa Freeman' a (1990) göre, bir terapist yukarıda sayılan dört niteliği de barındıran bir klinisyen (clinician) olmalıdır. Yani; klinisyen gelişim ve davranış ile ilgili teorik çerçeveye hâkim, terapötik tekniklerden bu çerçeveye uygun olanlarını beceri ile kullanabilen ve hasta ile güçlü bir iletişim kurabilen terapisttir.

Bu yazı dizisinde her ne kadar temel olarak terapistin teknisyen kimliğine vurgu yaparak daha çok malzeme çantasına göz atmayı hedefliyorsak da bu malzemelerin nerede ve nasıl kullanılacağını açıklarken yukarıda terapistin saydığımız diğer niteliklerine de yeri geldikçe değinilecektir. Bu sayıda temel olarak vaka formülasyonu ele alınacak olup, gelecek sayılarda da diğer temel kavramlardan, davranış deneyleri, davranış aktivasyonu ve tipik bir terapi görüşmesinin bileşenleri gibi konuların işlenmesi hedeflenecektir.

Vaka Formülasyonu

Klinik tabloya göre değişkenlik gösterebilen malzemelerden üç tanesinin, terapinin başından

* Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., İstanbul.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 23 (2) 2016

sonuna kadar görüşmelerde hazır bulunması ve aktif olarak kullanılıyor olması beklenir. Bunlar; vaka formülasyonu, bu formülasyon ışığında işlevsellik kazanacak olan terapi hedefleri ve psiko-eğitimidir. Vaka formülasyonu malzeme çantasındaki en kullanışlı malzemedir ve Bieling ve Kuyken (2003)'a göre kanıta dayalı sağaltım çalışmalarının kalbidir. BDT bir dizi tekniklerle dolu bir malzeme çantasından daha fazlasıdır ve hastanın semptomlarına, o kişiye özgün bir gelişim ve kültürel perspektiften bakma çabası olarak görülmelidir. Kendall ve arkadaşları (1999) vaka formülasyonunu bu teknikler yığınına boğulmaktan kurtaracak olan oksijen olarak tanımlar. Bilişsel davranışçı kuram ve terapiyi jargondan uzak bir dil ile açıklayabilmek için metaforlardan faydalandığımız dikkatinizden kaçmamıştır. Kuyken ve arkadaşları (2008) da vaka formülasyonunun açıklamak için klinik pusula metaforunu kullanır. Formülasyonun size sağladığı bu pusula psikoterapötik vertigoyu engeller (Friedberg ve ark. 2012).

BDT'nin bu üç temel kavramını harita-pusula metaforu üzerinden biraz daha detaylandırmak faydalı olacaktır. Bilişsel davranışçı terapinin bir kılavuzlu keşif, dolayısıyla terapistin de bir kılavuz olduğu metaforu birçok kişi tarafından kabul görmüş bir yaklaşımdır. Burada terapi süreci bir yolculuğa benzetilmiştir. Yolu yürümesi gereken kişi hastanın kendisidir (çocuk ve ailesi). Terapist yürünecek yolu tarif eder, çocuk ve aileyi destekler ve bu yolculukta yanlarında olacağı mesajı verir; fakat onları sırtında taşıyamaz. Çoğu zaman zahmetli olan bu yolculuk bir yol haritası ile şüphesiz daha kolay olacaktır. Terapi hedefleri bu noktada bir yol haritası görevi görür. Fakat yol haritamızın olması yetmez ayrıca bir de yönümüz kaybetmemek, gereksiz yere kendi etrafımızda dönüp durmamak ve hatta başladığımız noktaya geri dönmek için bir de pusulaya ihtiyacımız olacaktır. Vaka formülasyonu ise bu noktada pusula görevi görecek. Hiyerarşik olarak belirlenmiş hedefler bu harita üzerindeki önemli kavşaklar veya yol işaretleridir. Bu yol işaretlerine varmamız bize doğru yol-

da olduğumuzu gösterecektir. Terapi hedeflerinin bu terapötik yolculukta ortaya çıkacak yeni bilgiler ışığında yeniden şekillenebileceği unutulmamalıdır. Sadece sınav dönemleri ile sınırlı kaygı tarif eden bir ergen kız ile yaptığımız bilişsel terapinin üçüncü seansına kadar daha çok davranışsal olarak kaygının bedensel tepkilerini yönetmeye dönük çalışmalarımız, sorunun altında sosyal anksiyete bozukluğu olduğunun ortaya çıkması ile daha farklı bir seyir alır. Bu durum hem yol haritanızın ve bu harita üzerindeki belirleyici yol işaretlerinin (terapi hedefleri) hem de pusulanızın (formülasyon) yeni bir ayardan geçmesini gerektirecektir. Bu yolculuk esnasında çocuk ve aile daha önce aşına olmadığı birçok kavram ve görev ile karşılaşacaktır. Bu durum kaygılarını arttıracak ve hatta dönemsel olarak motivasyonlarını olumsuz etkileyebilecektir. Bazen geçilmesi zor patikalar ile karşılaştığımızda da yeni yollar keşfetmek gerekebilir. Psikoeğitim bu anlamda terapi rasyonelinin anlatılması, hastalığın idame döngüsünün bilişsel model üzerinden açıklanması, hasta için yeni olan kavram ve görevler ile aşinalık oluşturulması gibi terapötik sürecin en başında olduğu gibi, nüks önleme çalışmaları gibi en son aşamaya kadar aktif olarak kullanılır. Ayrıca iyi bir psikoeğitim verebilme terapistin yeterli, yetkinlik ve klinik donanımının çok iyi bir yordayıcısı olarak ta değerlendirilebilir.

Formülasyon kişinin hastalığına değil kendisine odaklanır. Öyle olmasa idi her hastalık için hâlihazırda mevcut bulunan bir bilişsel şablondan faydalanmak yeterli olurdu. Klinik tanı kişinin öyküsünden bağımsız olarak sınırları belirlenmiş bir kriterler dizini iken, vaka formülasyonu bunu kişi özelinde anlamlandırma çabasını gösteren kuramsal bir zemin olarak görülebilir. Freeman ve Dattilio (1992)'nin yukarıda açıkladığımız terapist tiplerlerinden sadece klinisyen terapist bir vaka formülasyonuna ihtiyaç duyacaktır. İlginçtir ki BDT'nin klinik uygulamasında en fazla ihmal edilen de, üzerine incelleme çalışılmış, hasta ile işbirliği içinde geliştirilmiş ve en azından sorunun neden devam

ettiği konusunda hastayı (çocuk ve tabii ki sorunun bir parçası haline gelmiş ebeveynleri) ikna edebilecek donanımda olması beklenen bir vaka formülasyonu geliştirmektir. Vurgulanması gereken önemli bir nokta da hastanın geliş sorunlarının dünü ve bugünün iyi bir şekilde haritalandırabilen güçlü bir vaka formülasyonunun hasta ve ailesi kadar terapist içinde önemli ve gerekli olduğudur. Çünkü hastanızı ne kadar iyi tanıyorsanız, formülasyonunuz o kadar işlevsel ve kapsayıcı olacaktır. Çocuğun gelişimine ve günlük hayatına doğrudan etki eden aile, akran ilişkileri ve okul gibi üç temel sistem, formülasyon üzerinde kendine bir yer bulmuyorsa bir şeylerin eksik olduğunu söyleyebiliriz.

Formülasyonun temel prensipleri

Çocuğun değişim için motivasyonu var ise ve BDT için koşullar uygun ise yapılacak ilk iş bir problem formülasyonu geliştirmektir. Formülasyon; mümkün oldukça çözümün saç ayakları olarak görülen terapist, çocuk ve ebeveynler ile ortaklaşa geliştirilmelidir. Formülasyon da; çocuğun olaylara ilişkin duygu ve düşüncelerini tarif ederken kendi kullandığı ifadelerle yer verilmelidir. Yeterli bilgi edinildikten sonra klinisyen bilişsel taslağı kullanarak düşünce, duygu ve davranışlar arasındaki ilişki ve etkileşimi vurgular. Klinisyen; çocuk ve ebeveyne ihtiyaç duydukları seviyede bilgi verdiğinden emin olmalıdır. İyi bir formülasyon için gerekli ve önemli bilginin dikkatlice ayıklanması gerekir. Formülasyon, kolayca anlaşılabilir şekilde basit olmalı ve çocuğun bilişsel kapasitesini aşmamalıdır. Problemi özetleyecek ve eylem planı için bir rasyonel sağlamaya yetecek minimum miktarda bilgi kullanılmalıdır.

Terapötik müdahalenin içeriği ve odağı vaka formülasyonu tarafından belirlenir. Her bilişsel terapi planlaması öncelikle semptomların BDT modeline göre açıklanmasını içeren ve terapi rasyonelini açıklayan psiko eğitim ile başlar. Psiko eğitimden sonra terapi duygu ve bedensel tepkilerin çalışıldığı alana yönelir. Anksiyete ve

ilişkili bedensel semptomların eğitiminden sonra bunları gözleme, şiddetini derecelendirme gibi çalışmalar yapılır. Son olarak çocuk, kaygılı duygu ve bedensel tepkilerini yönetebileceği rahatlama, gevşeme gibi becerileri öğrenir ve müdahale duygusal alandan sonra bilişsel alana yönelir. Kaygı üreten düşünce hataları (bilişsel çarpıtmalar) psiko eğitim, Sokratik sorgulama, davranış deneyleri, olumlu iç ses oluşturma gibi teknikler ile yeniden yapılandırılır. Bu bilişsel işlem ve yapıların doğruluk ve geçerliklerini aktif bir şekilde test etmeye yönelik davranış deneyleri tasarlanır. Hasta anksiyete artıran bilişleriyle mücadele etmeyi ve yerlerine alternatif, dengeli ve daha faydalı düşünme yolları geliştirmeyi öğrenir. Davranışsal alanda çocuk yeni öğrendiği duygusal ve bilişsel becerileri uygulama fırsatı bulur. Bu aşamada çocuğun korktuğu/kaçtığı durumlarla ilgili anksiyete hiyerarşisi oluşturur ve sırayla bu durumlarla yüzleştirme ve tepki önleme çalışmaları yapılır. Problem çözme becerileri çocuğun gelecekte karşılaşacağı sorunlarla baş etmesine yardım edebilir. Ayrıca yeni edindiği becerileri uyguladığı için kendisini ödüllendirmeyi de çocuk bu aşamada öğrenir.

Formülasyon çeşitleri

Formülasyonlar kullanılma yerine, hastanın yaşına, problemin ne olduğuna göre basitten komplekse değişkenlik gösterebilir. Aşağıda formülasyon örnekleri Stallard'ın "Think Good Feel Good" (2003) ve "Anxiety" (2014) kitapları kaynak alınarak hazırlanmış ve örnek bir vaka üzerinden formülasyon görselleştirilmiştir.

Mini Formülasyonlar: BDT döngüsündeki bir ya da iki bileşen (duygu ile düşünce veya düşünce ile davranış gibi) arasındaki etkileşimi vurgulamak için kullanılan en basit formülasyon şeklidir. Bunlar terapinin erken evrelerinde ve çocuk/aile bilişsel modele yeniyken daha kullanışlıdır ve klinisyen ile çocuk arasında işbirliğinin gelişmesini kolaylaştırır. Benzer şekilde, BDT döngüsündeki birçok bileşen arasındaki ilişkiyi kolayca bulamayacak ve kısıtlı bilişsel

kapasiteye sahip küçük çocuklar ile çalışırken tercih edilmelidir. Her ne kadar klasik bilişsel kuramda duyguların, o anda çoğu zaman fark etmediğimiz düşüncelerimiz tarafından belirlendiği öne sürülse de bu ilişki biraz tavuk mu yumurtadan, yumurta mı tavuktan meseline benzer. Hele duygu ile düşüncelerini ayırt etmekte bile zorlanan küçük çocuklarda bu farkındalığı oluşturmak zaman alabilir. Mini formülasyon çocuk ve terapist için üzerinde bir çok benzer örneği çalışacakları bir taslak sunacaktır.

Genel bilişsel formülasyonlar: Genel bilişsel formülasyonlar, aile ve çocuğun problemlerinin neden geliştiğini (başlangıç formülasyonu) ve neden bu kadar süredir devam ettiğini (idame formülasyonu) anlamaları için kullanılabilir. İdame formülasyonları, tetikleyici olay/durum ile düşünce, duygu ve davranışı birbirine bağlar. Bazı vakalarda duygular ile somatik semptomların ayırt edilmesine yardımcı olabilir. Özellikle çocuk (ve ebeveynler) anksiyete belirtilerini fiziksel bir hastalığın işareti olarak yorumluyorsa bu tür formülasyonlar faydalı olabilir.

Başlangıç formülasyonları: Başlangıç (sorunun ortaya çıkışı) formülasyonu; çocuğun hayatındaki önemli olay ve deneyimlerin, mevcut çekirdek inançların ve varsayımlarının oluşumu ile ilişkisini gösterir. "Burada ve şimdi" odaklı idame (sürdürme) formülasyonlarının aksine; düşünce, duygu, bedensel semptomlar ve davranışların, tetikleyici olay(lar) ile bağlantısı gösterilir. Başlangıç formülasyonları şu bileşenleri içerir:

A) Erken yaşam deneyimleri:

Uyumu bozan temel inanç ve şemaların gelişiminin merkezinde olduğu varsayılır. Önemli olumsuz olaylar şunları içerebilir: Aile faktörleri-ölüm, hastalık, aile içi şiddet, ana baba ayrılığı, ana babada fiziksel ya da ruhsal hastalık. İlişkiler-ebeveynlerden ayrılma, güvensiz bağlanma, reddedilme, başarısız ilişkiler, birçok bakım vericinin olması. Hastalıklar-süreğen sağlık problemleri, engellilik, kronik hastalık, tekrarla-

nan ya da uzamış hastane yatışları. Eğitim/okul- okul başarısızlığı, öğrenme problemleri, zorbalık (yapma/mağdur kalma), sık okul/öğretmen değişimi. Sosyal faktörler- arkadaş/akranları tarafından reddedilme, izolasyon, şiddet/suç davranışı. Travma- ihmal, taciz, tek ya da birçok travmatik olay, dışlanma.

B) Temel inançlar/bilişsel şemalar:

Esnek olmayan, duruma göre fazla değişmeyen, sabit ve katı düşünme kalıplarıdır. Çocuklardaki temel inanç ve şemalarla ilgili az şey bilinmektedir. Temel inançların ne zaman geliştiği, yerleştiği ve kalıcı ya da aktive olduğu belirsizdir. Temel inançlar/şemalar "kötü biriyim", "değersizim" "kimse beni sevmez" gibi abartılı ifadeler olarak ortaya çıkma eğilimindedir. Görüşme sırasında doğrudan ifade edilmezler, bu yüzden terapist aktif olarak gözetmelidir. Şemalara ulaşmada aşağı doğru ok tekniği faydalı olabilir. Bu yöntemde ilk olarak çocuğun sorgulanacak olan olumsuz otomatik düşüncesi belirlenir. Sonra; "öyle olursa ne olur?" veya "eğer bu doğru olsaydı senin için ne anlama gelirdi?" gibi sorular, altta yatan temel inanç ortaya çıkana kadar tekrarlanarak sorulur.

C) (Davranışların olası sonuçları üzerine) Varsayımlar:

Varsayımlar otomatik düşünce-duygu-davranış kısır döngüsünü işler duruma getirir ve davranışlarının olası sonuçları üzerine hastanın beklentilerini gösterir. Bunlar tipik olarak öyle ise/o zaman gibi sebep-sonuç belirten veya -meli, -malı gibi kesinlik ifade eden düşünce kalıplarıdır. Varsayımlar bireyin hayata bakan penceresidir. Varsayımları ortaya çıkarmak için aşağıdaki üç yaklaşımdan faydalanılabilir:

- i. "... olursa ne olur" sorusu: çocuğun temel inancının onu nasıl davranmaya yönlendireceğini anlamak için sorulur.
- ii. İse/demek ki (o zaman) testi: Terapistin "...ise, demek ki" ile başlayan cümlesini,

çocuk ne olmasını beklediğini söyleyerek tamamlar.

Sınavda başarılı olduysam, demek ki şanslıymışım. Arkadaşım telefonuma cevap vermedi, demek ki artık benimle konuşmak istemiyor

- iii. Davranış deneyleri:** Çocuk ile varsayımlarının geçerliliğini test etmek için bir deney belirlenir; çocuk tahminlerini (nasıl sonuçlanacağı ile ilgili beklentisi) kaydeder; deney gerçekleştirilir (invivo veya seans dışı); sonuçları kaydeder; bu sonuçları varsayımlarıyla karşılaştırır ve başlangıçtaki varsayımları ve inançları tekrar değerlendirilir. Tahminleri/sonuç hakkındaki beklentileri çocuğun dünyayı nasıl değerlendirdiğine dair içgörü sağlar ve çocuğun inançlarını işler hale getirmek için kullandığı varsayımların bir kısmını keşfetmesine yardım eder.

D) Olumsuz Otomatik Düşünceler (OOD):

En kolay ulaşılabilir, en fazla farkında olduğumuz bilişlerdir. Genelde çocuğun kendisi, etrafında olup bitenler (dünya) ve geleceği ile ilgili tanımlayıcı ifadelerdir. Olumsuzdurlar çünkü olumsuz bir duygusal tepki oluştururlar ve otomatiktirler çünkü istemsiz olarak ortaya çıkarlar. Otomatik düşünceleri çocuklar "içindeki ses" ya da "kendi kendine söyledikleri" olarak adlandırılabilir. Otomatik düşünceler olumlu (faydalı ve işlevsel) veya olumsuz (faydasız ve işlevsel olmayan) olabilir. OOD' leri ortaya çıkarmak için birçok yaklaşım mevcuttur:

- i. Günlükler:** Sorunlu davranışsal ve duygusal tepkilere eşlik eden olumsuz otomatik düşüncelere günlük tutarak ve ya düşünce kayıtları ile ulaşılabilir.
- ii. Düşünce yakalayıcı olarak terapist:** Seanslarda çocuklar düşünceleriyle ilgili satır arasında da olsa oldukça fazla bilgi verirler. Görüşmenin akışını bozmamak, bazı şeylere çok erkenden odaklanmamak için, görüşme esnasında not alıp uygun

zamanda çocuk ile paylaşılabilir. OOD'ler değiştirilmeden çocuğun ifade ettiği şekli ile kaydedilmelidir. Çocuğun kendi kelimelerini kullanmanın birçok faydası vardır: çocuğun seçtiği kelimeler terapist kabul gördüğü için daha rahat konuşur; empatiyi gösterir; güven ve terapötik ilişkiyi güçlendirir.

- iii. Doğrudan sorgulamak:** O andaki duygu ve davranışlar üzerinden giderek yükümlü düşüncelere ulaşılabilir....olduğunda veya ... hissettiğinde aklından ne geçti? (ne düşünüyordun?). İçindeki ses ne söyledi? O anda ne olacağını düşündün, ne olacağından korktun?

- iv. Duygusal cevaplar:** Çocuklar yaşadıkları farklı duyguları kolayca ayırt edemeyebilirler. Bu yüzden terapist çocuğun farklı duyguları anlayıp ifade etmesine yardım etmelidir.

a. Duygu sözlüğü: Gazete ve dergi kupürleri faydalı görsel bir kaynak sunabilir. Farklı duyguları gösteren insan resimlerinin kesilmesi çocuğun duygularını isimlendirmesine yardım edebilir. Kendi fotoğraflarından da kendi duygusal sözlüklerini oluşturulabilirler.

b. Duygu ifadesi oyunu: Çocuğa her birinde farklı bir duygu yazılı olan bir seri kart verilir. Çocuk duyguları yüz ifadeleri, mimikleri veya taklit ile gösterir, gözlemci de hangi duygu olduğunu bilmeye çalışır. Önce terapist nasıl yapılacağını gösterir

Problem-özü formülasyonlar: Hastalıkların teorik modelleri, formülasyonları yapılandırma ve önemli değişkenleri ve bilişsel süreçleri belirlemek ve vurgulamak için faydalı bir taslak oluşturabilir. Örneğin yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olan çocuklarda kaygı çoğunlukla gelecekte olması muhtemel durumlar ile ilgili olsa da yaşanmış olaylar ile ilişkili kuruntular da kaygı için araç olabilir. Hastalar kendileri ve kendi performansları hakkında olumsuz değerlendirmeler yaparlar. Varsayımları, normal günde-

lik olayların felaket senaryoları ile sonlanacağı şeklindedir ve sürekli olarak bir tehdit unsuru aradıkları için bu felaket beklentilerine uygun ipuçlarına daha çok odaklanma eğilimindedirler. Ayrıca, kaygılı çocukların bu düşünce ve davranış kalıplarının anne-babaları tarafından pekiştirildiği vurgulanmıştır (Rapee 1997). Bu ebeveynler daha fazla kaygılı davranışlar sergiler, belirsiz durumlardan daha fazla tehdit unsuru çıkarır ve yeni ve zorlayıcı durumlardan çocuklarını kaçınarak başa çıkmaları yönünde cesaretlendirirler. Çocuklarına dünyanın tehdit edici bir yer olduğu ve hem kedilerinin hem de çocuklarının kendi başlarına baş edemeyecekleri mesajını iletirler. Aşırı koruyucudurlar, dolayısıyla çocukları uygun başa-etme yöntemleri geliştirmek ve uygulamak için daha az imkân bulabilmektedir. Problem-özümlenmiş formülasyonlar genellikle yetişkinler için tasarlanmış bilişsel taslaklardır ve çocuklar için modifiye edilmesi gerekir. Çocuğun gündelik hayatında belirleyici olan aile, okul ve akran sistemlerinin sorunun idamesindeki rolleri belirtilmelidir. Çünkü terapi süreci bu formülasyon üzerinden rasyonelleştirilecek ve yürütülecektir. Okulda devam eden akran zorbalığı mağduriyetinin formülasyonda belirtilmesi, hasta ile birlikte okul merkezli bir girişim planladığınızı düşündürtecektir.

Aşağıda; temizlik obsesyonları ve işlevselliğini önemli derecede bozan yüksüzleştirici davranışları (kompulsiyonlar) ve tekrarlayıcı depresif atakları olan 15 yaşındaki bir ergenin vaka formülasyonu, önemli yaşam olayları ve ebeveyn tutumlarının ergenin mevcut inanç ve davranışları üzerine etkisini belirtecek şekilde görselleştirilmiştir (Şekil 1). Burada ne kadar detayın hasta aile paylaşılacağı, hastanın bilişsel gelişim ve olgunluğu ile orantılıdır. Küçük çocuklarla çalışırken basit bir 4D döngüsü (durum, düşünce, duygu/beden, davranış) çoğu zaman yeterli olurken, neden ben?, neden şimdi? gibi soruları sorabilecek merak ve olgunlukta olan ergenler için çoğu zaman daha fazlası gerekli olacaktır.

Vaka formülasyonu oluşturmada sıkça rastlanılabilecek sorunlar:

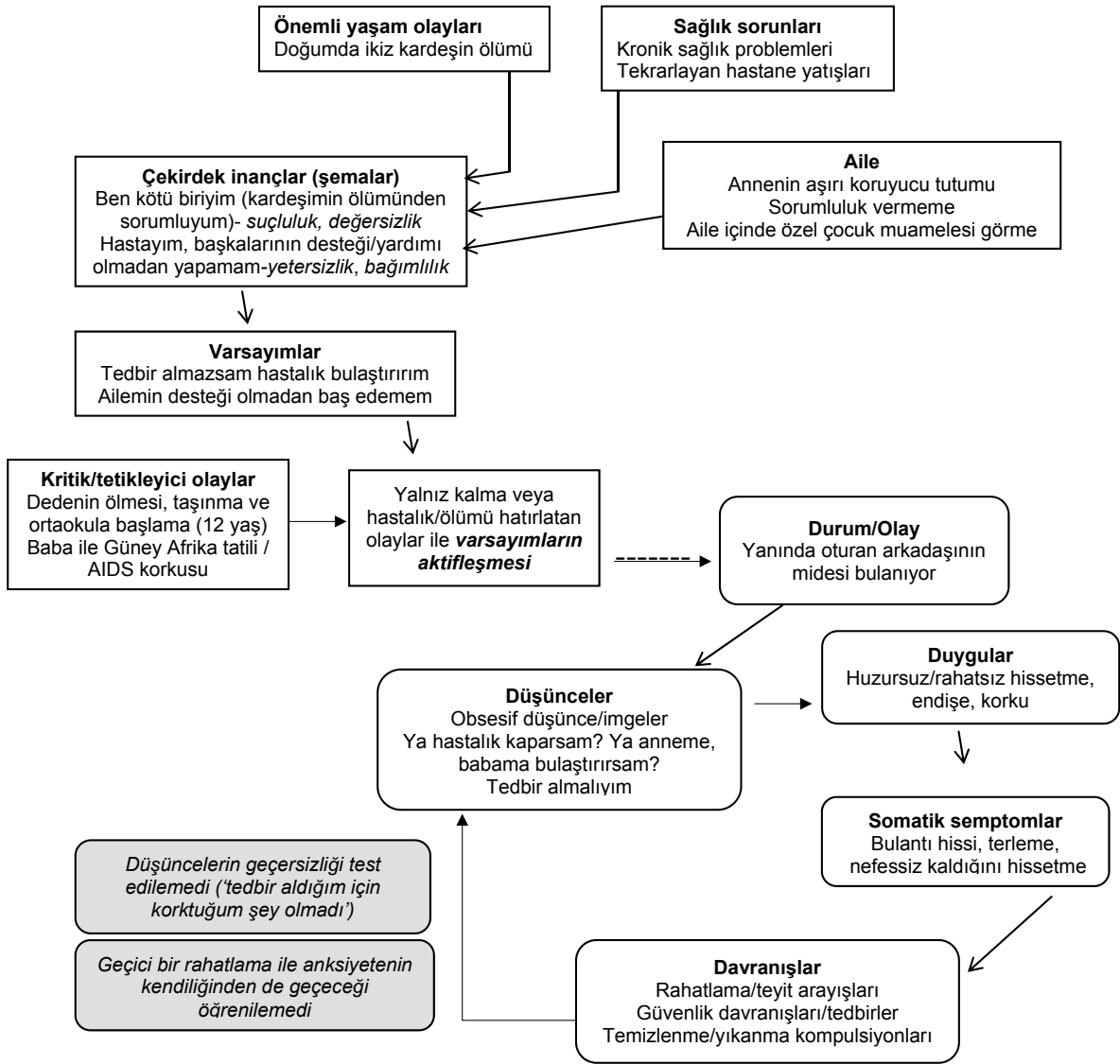
Özellikle yeni başlayan terapistler için vaka formülasyonu oluşturmak ayrı bir stres kaynağı olabilmektedir. Gerekli bilgileri toplamak veya mevcut bilgi yığınına derlemek ilk başta görüldüğü kadar kolay olmayabilir. Bu durum bazen formülasyonun hasta ile paylaşılmasını geciktirmekte ve terapinin doğal seyrini sekteye uğratabilmektedir. Sıkça rastlanılabilen sorunlar için Stallard (2003; 2014) çözüm yolları önermektedir.

Çocuk duygularını tanımlamakta zorluk çekiyorsa: Genelleştirici ifadeler yerine duruma özgü sorular sorulabilir. Örneğin; *"yeni birisi ile tanışırken aklından neler geçer/ne düşünüyorsunuz?"* yerine *"Ayşe'nin sana doğru yürüdüğünü gördüğünde aklından neler geçti?"* şeklinde sormak. *'Bu durumda arkadaşım olsaydı ne düşünürdü?'* Düşünce balonlarının veya benzer bir durumu canlandırmak için kuklaların kullanılması, zorlayıcı durumu ifade eden resim çizilmesi veya hikâye anlatmak gibi dolaylı ya da sözsüz yöntemlerin kullanılması da denenebilir.

Otomatik düşünceleri, varsayımları ve kök inançları birbirinden ayırmak önemli midir?: Bu üç farklı bilişsel seviyenin, değerlendirilme ve müdahale için farklı yöntemler gerektirdiği için ayırt edilmesi önemlidir. Olumsuz otomatik düşünceler (OOD) günlük düşünce kayıtlarının veya zorlayıcı durumların değerlendirilmesi ile kolayca erişilebilen en yüzeysel bilişsel formdur. OOD'ler pozitif iç-konuşma ile değiştirilir, çocuk zorlayıcı durumlarda alternatif olumlu düşünceleri pratiğe teşvik edilir. Varsayımlar; nadiren doğrudan ifade edilir fakat davranış deneyleri (DD) ile test edilerek ("böyle yaparsan ne olur?") geçerlilikleri sorgulanır ve bilişsel yeniden yapılandırma sağlanabilir. Yani bir düşüncenin davranış deneyi için malzeme olabilmesi ancak onun varsayım haline getirilmesi ile olur. Çünkü deneyler ile test edilecek olan

hipotezlerdir (varsayımlar). Çekirdek inançların doğruluğu DD'ler ile kısmen sorgulanabilir fakat bu yeterli olmaz. Tanım itibarıyla bunlar kökleşmiş ve süregendir ve yeni, çeliştirici bilgilere dirençlidir. Terapide amaç mevcut kök inançları çürütmeye çalışmaktan ziyade bir alternatif oluşturabilmektir. Terapötik süreçte bu düşüncelerin doğruluğuna ne kadar inandıklarını puanlayarak kök inançlardaki değişim veya esneme gözlemlenir.

Mevcut bilgileri formülasyonda bir araya getiremiyorum: Yeni başlayan terapistler formülasyon için gerekli bilgileri belirlemek ve çocuğun anlayabileceği şekilde bilişsel taslakta organize etmekte güçlük çekebilirler. Bunun nedeni, formülasyon geliştirmek için gerekli olan bilginin belirlenmemiş olması ve bu bilgiyi organize etmek için net bir formülasyon taslağının mevcut olmaması olabilir. Bu durumda sorulan soruların içeriği ve çeşidine dikkat etmek ve zorluk



Şekil 1: Örnek Formülasyon

devam ediyorsa süpervizör ile paylaşmak önerilebilir.

Formülasyonun doğruluğundan emin değilim: Terapinin içeriği ve yöntemini belirlediği için bilişsel modele uygun bir formülasyon oluşturmak önemlidir. Fakat bazen bu “doğru” formülasyon çabaları formülasyonun terapinin başlarında çocuk/ebeveyn ile paylaşılmasına engel olabilmekte ve dolayısıyla onları bilişsel modele uygun eğitime fırsatı kaçırmış veya geciktirilmiş olur. Böylece terapi açık ve işbirliğine dayanan bir süreç olmaktan çıkıp kapalı ve gizli bir şekle girmiş olur. Formülasyonun çocuk ve bakım vericisi ile uygun olan en erken zamanda paylaşılması en doğrusudur. Ayrıca formülasyon statik olmadığı ve yeni edinilen bilgiler ışığında gelişip hatta değişebildiği için hiçbir zaman “tam olarak doğru” değildir.

KAYNAKLAR

Bieling PJ, Kuyken W (2003) Is cognitive case formulation science or science fiction? Clinical Psychology: Science and Practice 10(1):52-69.
Freeman A (1990) Technicians, magicians, and clinicians.

The Behavior Therapist 13:69-170.

Freeman AM, Dattilio FM (1992) Comprehensive Casebook of Cognitive Therapy. Springer Science & Business Media.
Friedberg RD, Gorman AA, Wilt LH, Biuckians A, Murray M (2012) Cognitive Behavioral Therapy for the Busy Child Psychiatrist and Other Mental Health Professionals: Rubrics and Rudiments. Routledge.

Kendall PC, Chu B, Gifford A, Hayes C, Nauta M (1999) Breathing life into a manual: Flexibility and creativity with manual-based treatments. Cognitive and Behavioral Practice 5(2):177-198.

Kuyken W, Padesky CA, Dudley R (2008) Collaborative Case Conceptualization: Working Effectively with Clients in Cognitive-Behavioral Therapy. Guilford Press.

Rapee RM (1997) Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. Clinical Psychology Review 17(1):47-67.

Stallard P (2003) Think Good-Feel Good: A Cognitive Behaviour Therapy Workbook for Children and Young People. John Wiley & Sons.

Stallard P (2014). Anxiety: Cognitive Behaviour Therapy with Children and Young People. Routledge.

KLİNİK ÖNEMLİLİK GÖSTERGESİ BİR ÖLÇÜT: NNT

Selim KILIÇ*

Günümüzde bilimsel yazında klinik önemliliği (clinical significance-clinical relevance) gösteren nesnel ölçütlerin kullanımı yaygınlaşmaktadır. Yapılan tedavi, müdahalenin etkinliğini göstermede kullanılan bir ölçüt olan “tedavi için gerekli sayı” (number needed to treat, NNT) da bu ölçütlerden biridir. Bu terim ilk olarak Laupacis ve arkadaşlarınınca New England Journal of Medicine dergisinde 1988 yılında yayımlanan makalelerinde yer almıştır (Laupacis ve ark. 1988). Türkçe literatürde “tedaviye gerekli sayı” olarak ifade edilen bu ölçüt (Sut ve Senocak 2007), karşılaştırılan iki yöntemden daha başarılı olanın diğerine olan üstünlüğünün farklı bir şekilde ifade edilmesidir.

Farklı iki müdahale yönteminin (terapi, ilaç vb.) etkinliğinin karşılaştırılmasında “mutlak risk azalması” ve “rölatif risk azalması” yaygın kullanılan epidemiyolojik ölçütlerdendir. Yabancı literatürde (İngilizce) “absolute risk reduction” ve “relative risk reduction” olarak tanımlanan bu terimlerin kısaltmaları bilimsel yazımlarda “ARR” ve “RRR” olarak yer almaktadır (Carneiro 2009, Citrome 2010, Akl ve ark. 2011). Bu ölçütlerden özellikle rölatif olan ölçütlerin (rölatif risk, rölatif risk azalması) çalışmada saptanan klinik önemliliğin-etki büyüklüğünün (effect size) gerçekte olduğundan daha fazla algılanmasına neden olabileceği, bu nedenle mutlak risk azalması (ARR) ölçütünün ve 1/ARR olarak hesaplanan NNT ölçütünün daha doğru bilgilendirici bir ölçüt olduğu bildirilmektedir (Citrome 2010, Pines ve ark. 2012, Citrome ve Ketter 2013).

NNT kavramını bir örnek üzerinde tartışalım ve bulduğumuz sonucu birlikte yorumlayalım. Panik atak hastalarının tedavisinde kullandığımız

A ve B olarak adlandırılan iki ilacımız var. Çalışmamızda klinik etkinlik kriteri olarak, yani sonuç-bağımlı değişken olarak hastanın takip eden yılda ikinci bir panik atağı geçirmemesi kabul edilmiştir. Öncelikle çalışmanın planlama aşamasında nelere dikkat edilmelidir? Çalışmayı planlarken farklı tedavi seçenekleri verilecek iki hasta grubunun, ikinci panik atağı geçirme riskini artıran olası risk etmenleri yönünden birbirine benzer olan hastalardan oluşmasını sağlayacak bir seçim yöntemi ile tedavi gruplarına atanmış olması gereklidir. Bu durumu sağlamak için de A ve B ilacı gruplarına alınacak hastalar rando-mize (rastgele) seçilmelidir. Rastgele (olasılıklı) seçim nedir ve niçin önemlidir? Rastgele seçim hangi hastanın hangi ilaç grubuna dahil edileceğine araştırmacının karar vermesine olanak sağlamayacak şekilde seçim yapılmasıdır ve arzu edilen A veya B gruplarına seçilen tüm bireylerin gruplardan herhangi birine seçilme şansının eşit olmasını sağlayacak şekilde gruplara atanmanın yapılmasıdır. Bu seçim yolu ile iki farklı gruba seçilmiş hastaların çalışmada incelenecek sosyodemografik ve klinik özellikler açısından birbirine olabildiğince benzer olmasının sağlanması amaçlanmaktadır. Böylece bu iki tedavi seçeneği arasında çalışmanın sonunda tekrarlayan panik atak geçirme sıklığı yönünden bir fark bulunursa, bu farkın iki farklı tedavi grubunda yer alan hastaların çalışmada incelendiğimiz diğer özelliklerinin (sosyodemografik ve klinik) farklı olmasından değil de, uygulanan tedaviden kaynaklandığı yönünde daha güçlü kanıt sağlanmış olacaktır. Örneğimizde her iki grupta da 100 kişinin çalışmaya alındığını kabul edelim. Bir yıllık izlem sonunda A ilaç grubundakilerin %12'sinde yani 12 olguda ikinci bir panik atak görülürken, B ilaç grubunda %22 yani 22 olguda

* Prof. Dr., GATA Epidemiyoloji Bilim Dalı.

KILIÇ

ikinci bir atak saptanmış olsun. Bu iki ilaç için saptadığımız %22 ve %12'lik değerler ikinci atak için bir yıllık izleme ait insidans değerleridir ki yabancı literatürde risk olarak da ifade edilmektedir. Bu iki ilaç arasındaki insidans farkı yani mutlak risk farkı (ARR) $\%22 - \%12 = \%10$ 'dur. Yani A ilacı B ilacına göre bir yıl içinde ikinci panik atak geçirme riskinde %10'luk (0.1) mutlak bir azalma sağlamıştır. Bu sonuca göre NNT değerimiz nedir? NNT değeri $1 / (\text{ARR})$ değeridir. Yani $1 / 0.1 = 10$ 'dur. Elde edilen bu değer nasıl yorumlanmalıdır? A ve B ilaçlarının karşılaştırmasında bulduğumuz NNT=10 değeri bize; A ilacının B ilacına göre -klinik üstünlük kriteri olarak belirlediğimiz- bir fazla ikinci panik atağı engellemesi için en az 10 hastanın tedavi edilmesi gerektiğini ifade eder. Çalışma sonunda bulunan NNT değeri ne kadar küçük ise yani 1'e ne kadar yaklaşırsa karşılaştırılan iki gruptan daha başarılı sonucu olanın diğerine olan üstünlüğünün daha belirgin olduğu anlaşılır. Buna karşılık NNT değeri sonsuza ne kadar yakın bir değer alırsa karşılaştırılan gruplar arasındaki farkın çok az olduğu şeklinde yorumlanır. Klinik önemi gösteren bir epidemiyolojik ölçüt olan NNT'nin istatistiksel bir ölçüt olan p değeri gibi örnek büyüklüğünden etkilenmemesi önemli bir özelliktir. A ve B ilaçlarını karşılaştıran bu çalışma 100 kişilik hasta gruplarında değil de, 1000 kişilik çalışma gruplarında gerçekleştirilir ve yine gruplara ait %22 ve %12'lik insidans hızları saptanırsa, çalışmaların sonunda bulunacak NNT değeri değişmeyecek, 10 olarak saptanacaktır. Buna karşılık klinik önemi göstermeyen, istatistiksel önemi gösteren yani bulduğumuz sonucun şansa bağlı-tesadüfi olarak ortaya çıkma olasılığını gösteren p değeri ise 100 ve 1000 hastadan oluşan çalışma gruplarında -aynı insidans değerlerini (%22 ve %12) saptamış olsak da farklı olarak bulunacaktır. Aynı insidans değerleri ile 100 kişilik gruplara ait saptanacak p değeri istatistiksel olarak önemli bulunmazken ($p=0.060$), 1000 kişilik gruplara ait karşılaştırmada bulunacak p değeri ($p<0.001$) istatistiksel olarak önemlidir. Bu örnekte de görüldüğü gibi p değeri örnek büyüklüğünden etkilenirken, NNT

değerinin etkilenmemesi, NNT'nin klinik önemi gösteren nesnel bir ölçüt olarak artarak kullanılmasının önemli gerekçesidir.

KAYNAKLAR

Akl EA, Oxman AD, Herrin J, Vist GE, Terrenato I, Sperati F, Costiniuk C, Blank D, Schünemann H (2011) Using alternative statistical formats for presenting risks and risk reductions. *Cochrane Database Syst Rev* (3):CD006776

Carneiro AV (2009) Relative risk, absolute risk and number needed to treat: basic concepts. *Rev Port Cardiol* 28(1):83-87.

Citrome L (2010) Relative vs. absolute measures of benefit and risk: what's the difference? *Acta Psychiatr Scand* 121(2):94-102.

Citrome L, Ketter TA (2013) When does a difference make a difference? Interpretation of number needed to treat, number needed to harm, and likelihood to be helped or harmed. *Int J Clin Pract* 67(5):407-411.

Laupacis A, Sackett DL, Roberts RS (1988) An assessment of clinically useful measures of the consequences of treatment. *N Engl J Med* 318:1728-1733.

Pines A, Shapiro S, Suissa S. NNT, number needed to treat: does it have any real value? *Climacteric* 15(2):139-142.

Sut N, Senocak M (2007) Relatif risk ölçütünün, odds oranı, atfedilen risk ve tedaviye gerekli sayı ölçütleriyle karşılaştırılması. *Trakya Univ Tıp Fak Derg* 24(3):213-221.

BRİTANYA'DA ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİ EĞİTİMİ ÜZERİNE SERBEST ÇAĞRIŞIMLAR

Her göç yolculuğunun bir öyküsü vardır. Ya bir arayışın ya da kaçışın öyküsü. Sebep hangisi olursa olsun geride bıraktıklarınızı özlüyorsunuz bir süre sonra. Memleket hasreti bastırıyor. Vardığımız yer "objektif" standartlarda daha iyi bir yer olsa bile ülkenizde neleri ıskaladığınızı daha iyi görüyorsunuz.

Uzmanlık eğitimini yurtdışında tamamladığımı duyan yeni tanıştığım meslektaşlarımın (veya genel olarak hekim arkadaşlarımın) en sık sorduğu "nasıl gittin?" ve "orada ne yaptın?" soruları oluyor. Meslek dışından kişiler ise genelde "neden gittin?" diye soruyorlar. Böyle bir deneyimi olan birçok kişi için "neden?" sorusunun cevabi sanırım daha iyi bir yaşam veya kariyer oluyor. Meslektaşlarımdan gelen soruların cevabı ise kanaatimce herkes için ayrı bir öykü olsa gerek.

İngiltere'de uzmanlık eğitimini merak edenler için en azından bir fikir verecek bazı teknik bilgiler ile birlikte on bir yılı aşkın sürede hemen her bölgesinde yaşama ve çalışma imkânı bulduğum Britanya deneyimim hakkında genel bir kaç anekdot paylaşmak isterim. Umarım canınızı sıkmam.

Manchester'a gidenleriniz iyi bilir. Şehir merkezindeki Piccadilly Gardens'da bulunan ve Roma mimarisini andıran yapıların dışında sizi kiremitten yapılmış iki katlı ve küçük bir arka bahçesi olan evler yığını bekliyordur. Bunun sizde uyandırdığı ilk izlenimi duymak isterim fakat benim ki tek kelimeyle kocaman bir hayal-kırıklığı olmuştu. Çok da sevdiğimden değil ama -saflığıma bağışlayın-Manhattan'daki gibi gökdelenler bekliyordum sanırım. Fakat ironi insana mahsus olsa gerek. İstanbul'a dön-

düğümüzden beri o kiremit evimizin özlemini hala bastıramadık. İnsan hayatının öyküsünü tek bir kelime ile anlatmamız gerekseydi "alışmak" sanırım en uygun kelimelerden biri olurdu sanırım. Kiremit evlere de alışıyorsunuz, sonradan özlemini çok duysanız da onlarsız bir hayata da.

USMLE (The United States Medical Licensing Examination) sınavlarından farklı olarak PLAB (The Professional and Linguistic Assessments Board) sınavlarına girebilmek için IELTS (The International English Language Testing System) İngilizce sınavından yeterli sonucu almanız gerekiyor. Birçoğumuz Amerika'da uzmanlık eğitimi ve USMLE sınavları hakkında daha bilgili ve deneyimli olduğumuzdan TOEFL sınavının USMLE'lerden sonra da verilebileceğini hatırlayacaktır. Eşim ile birlikte 2003 yılında İngiltere'ye gittiğimizde şu andakinden daha farklı ve kaotik bir uzmanlık eğitim sistemi vardı. Söylentiye göre bir yıl önce GMC (General Medical Council) Hindistan'da "hekim ihtiyacımız var" diye gazete ilanları vermiş. Stres altında insan farklı bir mizah yeteneği olduğunu keşfediyor sanırım. Sonuçta mizah da bir psikolojik savunma mekanizması olarak egonun sadık koruyucularından değil mi? Mizah ve mübalağa dolu olsa da bir milyarı aşkın nüfusu olan Hindistan'da uçakların PLAB yolcusu talebini karşılayamadığını söylerlerdi. İhtiyaçtan çok daha fazla PLAB müşterisi vardı piyasada. GMC'ye karşı öfke dolu idi insanlar çünkü PLAB sınavları için 5-6 ay sonraya gün alınabiliyordu ve daha da dramatik olanı bu sınavları geçseler bile binlerce kişinin sisteme giremeyeceğini biliyorsunuz. Ayrıca GMC yıllardır kiracı olduğu köhne binadan görkemli bir modern binaya taşınmıştı muhtemelen sınav

ve kurs ücretlerinden gelen sermaye ile. Doğal olarak Hint yarımadasından gelen PLABzede arkadaşların İngilizlerin motivasyonları konusundaki flashbacklerine tanık oluyorduk her gün.

Bütün bu can sıkıntısının üstüne dünyanın en pahalı ülkelerinden birinde hayata tutunmaya çalışıyorsunuz.

Şüphesiz her güzel öykünün kötü adamları, zorlukları, ayrılıklar ve düş kırıkları da vardır. PLAB sınavlarını geçinceye kadar ki süreç zordu fakat güç olması yine de güzel olmadığı anlamına gelmiyor. Sonuçta bir şekilde sınavları da atlatıyorsunuz, diğer zorlukları da. Sadece biraz sabır göstermek gerekiyor, sevdiğinizle birlikte.

Türkiye’de iyi bir tıp eğitimi aldığınızı oraya gittiğinizde daha çok fark ediyorsunuz. Fakat sonuçta hekim olarak insan ile muhatap oluyorsunuz ve İngilizlerin hasta-hekim iletişimi konusunda fazlasıyla obsesif olduklarını belirtmeliyim. İşte PLAB sınavlarının ikinci basamağının amacı tam da bunu değerlendirmek. On iki farklı senaryo üzerinden -simülasyon da olsa- manik bir hasta ile iletişim kurmaya çalışırken, çocuğuna kanser tanısı konmuş bir anneye kötü haberi verirken (breaking bad news), kraniyal sinir muayenesi yaparken veya hastadan kan alıp, tansiyon ölçerken hasta ile nasıl iletişim kurduğunuzu görmek istiyorlar. Belli alanlarda uzman olmuş ve deneyimli hekimlerin bilgilendirilmiş onamı geçiştirerek aldığı, hastanın kolunu çekiştirmediği, medikal jargon ile konuştuğu veya karşısında hüngür hüngür ağlayan aktörün yüzüne bön bön baktığı için ne kadar da kolayca sınavdan kalabildiğini görüyorsunuz.

PLAB kursuna birlikte katıldığımız Mısırlı bir kardiyoloğun tansiyon ölçme istasyonundan kaldığını hiç unutmam.

PLAB sınavlarında sadece Pass veya Fail alıyorsunuz. Geçtikten sonra oradaki lokal bir tıp fakültesi mezunu ile aynı haklara sahip oluyorsunuz. Sınavlarda TUS’ta olduğu gibi bir puan olmadığı için istediğiniz uzmanlık alanına başvurabiliyorsunuz. Buradan yola çıkarak İngiltere’de hekimlerin bizde olabildiği gibi puanlarının yettiği değil genelde kendi istedikleri uzmanlık alanında çalıştıklarını söyleyebiliriz.

Bu sınavlara hazırlanırken veya sınavlardan sonra iş buluncaya kadar hem uzmanlık yapmak istediğiniz alan ile ilgili deneyim kazanmak hem de sisteme alışmak için “clinical observership”, yani gözlemci hekim olarak çalışabilirsiniz. Burada lokal bağlantılarınızın olması çok önemli. Eğer gözlemcilik yaptığınız yerdeki hoca veya klinik şef (consultant) üzerinde iyi bir izlenim bırakmışsanız sınavlardan sonra orada devam edebilirsiniz. Tabii ki ihtiyaçları var ise. Bu genelde uzmanlık eğitime sayılmayan bir non-training iş oluyor. Fakat başlangıç için çok iyi çünkü training pozisyonlarına başvurmak için deneyiminiz ve sağlam bir referansınız oluyor.

2008 yılına kadar devam eden uzmanlık eğitim sistemi tek kelime ile bir kaos idi. Yaklaşık 3-5 yıl arası süren çekirdek eğitimden sonra kolej üyelik sınavlarını vererek MRCPsych (Membership of Royal College of Psychiatrists) unvanı almanız bekleniyordu. Sonrasında ise en az 3 yıl sürecek üst ihtisas eğitimi (higher specialist training) için başvuru yapmanız gerekiyor. Psikiyatri çekirdek eğitiminden sonra üst ihtisas için önünüzde 6 tane uzmanlık alanı içinden tercih yapabiliyorsunuz: çocuk ve ergen psikiyatrisinin yanında genel/yetişkin psikiyatrisi, geriatrik psikiyatri, psikoterapi, adli psikiyatri ve nöropsikiyatri (psychiatry of learning disabilities). Çocuk ve ergen psikiyatrisi eğitimi alırken de isterseniz adli psikiyatri veya nöropsikiyatri alanlarında çift üst-ihtisas yapabilirsiniz. Bu durumda da fazladan 2 yıl daha eğitimi göze almanız lazım.

Türkiye’de olduğu gibi asistanlık eğitimini başladığınız yerde bitirmek çok büyük bir lüks. Bunun yaşamı kolaylaştırdığı için daha insani olduğunu söyleyebiliriz. Fakat klinik ve akademik yaklaşımlarının farklı olduğunu bildiğiniz birçok değişik hastane ve farklı deneyimleri olan hocalardan alınmış ve yaklaşık 7-8 yıla sığdırılmış bir eğitimin size getirileri de mutlaka olacaktır. Çekirdek ve üst ihtisas eğitimlerini aynı yerde tamamlama bahtiyarlığına erişseniz bile bu eğitim yine birçok farklı hastaneleri kapsayan büyük bir “psikiyatri eğitimi rotasyonu” içinde olacaktır.

Fakat sonuç olarak sürekli yer değiştirmenin doğurduğu bu durum bir dengesizlik ve özellikle de çocuklu bir aileniz var ise bıkkınlık oluşturabiliyor. Asistanlık eğitiminizi bitirdikten sonra aynı şehirde kalabilmek için biraz beklemeyi ve bu arada kısa süreliğine başka yerlere yolculuk yapmayı göze alabilirsiniz fakat İngiltere’de bunu asistanlık eğitiminiz tamamlamak için yapıyorsunuz.

Bir diğer önemli ve buradaki deneyimden farklı olanı asistanlığınızı bitirebilmek için birçok kez iş görüşmesine girmek zorunda olmanız. On farklı yerde çalışmış biri olarak yanlış hatırlamıyorsam 18 kez işi alabilmek için başkaları ile yarışmak zorunda kaldım. Her pozisyon için CV’si uygun bulunan genelde 3-5 kişi ile yarışmanız gerektiğinizi unutmayalım. Dolayısı ile uzmanlık eğitim süresi herkes için standart olmuyor. Bunun fazlasıyla stresli ve bir o kadar da eğitici bir süreç olduğunu görmek gerekir. Sosyal becerisi yüksek olan yani “kendini satmasını bilenlerin” görüşmelerde daha başarılı olduğunu söyleyebiliriz.

2008 yılında temel motivasyonun sayılarının ihtiyacı çok fazla olduğunu gördükleri yabancı doktorları bir şekilde geri göndermek olduğu bilinen tıp eğitimini modernize etme hareketi başladı. İngilizlerin bir şeyi değiştirmek için yıllarca planlama yapması gerekir. Aceleyle ge-

tirince kimyaları bozuluyor. Modernizing Medical Careers -MMC (biz Murdering Medical Careers derdik) onlara çok pahalıya mal oldu. Yanlış hatırlamıyorsam iki sağlık bakanının başını yiyen bu süreç en azından bu göçebe usulü uzmanlık eğitimini biraz da olsa yatıştırdı. Mevcut durumda 5 yıllık tıp eğitiminden sonra, 2 yıl süren ve bizdeki intörlüğün mezun olmuş ve maaş alan şekli diyebileceğimiz Foundation Program ve sonrasında en az 3 yıl süren çekirdek psikiyatri eğitimi (Core Training) var. MRCPsych sınavlarından başarılı olduktan sonra ki, geçme oranı %25-30 arası idi; 3 yıl kadar sürecek üst ihtisas süreci başlıyor.

Eğitim sürecindeki en önemli değerlendirme ölçütlerinden birisini 360 derece değerlendirme denilen ve sekreterinden hocana kadar herkesin senin performansını değerlendirdiği yapılandırılmış standart ölçme/değerlendirmeler oluşturuyor. Bu durum da bir şekilde herkes ile iyi geçinmek zorunluluğu doğuruyor.

İngilizce yazı dili olarak aşına olduğumuz bir dil fakat halkın konuştuğu dili özellikle de başlangıçta oldukça yabancı bulabiliyorsunuz. Ağır bir Liverpool aksanı sizi başta zorlayabilir fakat özellikle de Edinburgh’da geçirdiğim bir yılda İskoçya’nın dağlık kuzey bölgelerinden gelen ailelerin konuştuğu o ağır yerel aksan bambaşka bir şeydi. Buradaki yabancı uyruklu hekimleri çok daha anlayabildiğimi söyleyebilirim. Türkçeyi çok iyi konuşuyorlar fakat ağır bir Karadeniz aksanı ile konuşan hastaya psikoterapi yapmak istemeyecektedir sanırım.

Britanya sonuç olarak; çok kültürlü, çok millî, çok dinli ve insan renklerinin tatlı bir harmonisini yakalamış başarılı bir bir-arada-yaşama örneği sunuyor dünyaya. Bununla her fırsatta gurur duyduklarını gösteriyorlar. Doktor odasında İngiliz, Uzak Doğulu, Hintli, Afrikalı ve Doğu Avrupalı meslektaşlarınız ile çay-kahve molasında bir araya gelmek gibi farklı bir deneyim sunuyor size. Hayatında farklılık arayan,

yeni tatlar denemek isteyen (ekşi ve acı tatlar dahil) fakat Türkiye'ye oranla sizi oldukça geride bırakacak bir akademik gecikmeyi de göze alabilecek genç hekim arkadaşların bu deneyim için çok geç kalmadan yola koyulmalarını tavsiye ederim. Yola ne kadar erken koyulursanız

o kadar iyi. Arkanızda bıraktığınız şeyler ne kadar az ise uyum o kadar kolay oluyor. Çünkü bitirilmiş uzmanlık eğitiminden sonra gittiğinizde muhtemelen yeniden sıfırdan başlayacaksınız.

Dr. Vahdet Görmez
Bezmialem Vakıf Üniversitesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.

ANNE-BABALAR NEDEN ÇOCUKLARININ DIŞADÖNÜK OLMASINI İSTERLER ?! BİR KİTABIN ÇAĞRIŞTIRDIKLARI

İçedönüklük (introversion) çoğu anne-baba tarafından bir sorun olarak algılanıyor ve bu nedenle çocuk-ergen psikiyatri bölümlerine müracaatın bir kısmını oluşturuyor. Ailelerin bu algısı gerçekçi mi? yani bu durumun sorun olduğuna yönelik bilimsel dayanaklar var mı? Ebeveynlerdeki bu algının nedenlerden birisi; kabul etmek gerekir ki günümüz dünyasında dışadönüklüğün (extraversion) revaçta olması. Diğer bir deyişle hızlı hareket eden, sosyal, hazır cevapların makbul olduğu; dışadönüklüğün prim yaptığı bir dünyada yaşıyoruz. Anne-babalar, içedönük çocuklarının böyle bir dünyada yer edinmeyeceği ve tutunamayacağı kaygısını yaşıyorlar.

Günümüz toplumunda içedönük olmak değerini yitirdi; "çok konuşmak" ve "çabuk kaynaşmak" gibi dışadönük yetenekler daha kıymetli. Çoğu anne-baba dışadönük bir dünyada yaşadığımızı biliyor ve içedönük çocukları için kaygılanıyor. Anne-babalar daha da ötesinde toplum; içedönük çocukları savunmasız, kendine güvensiz, kırılğan ve utangaç olarak algılıyor. Anne-babalar bu çocuklarının üzüntü, korku ve kaygılarını ifade edemedikleri için içten içte ıstırap yaşadıkları yönünde ara inançlar taşıyor. İçedönük çocuklarını mutsuz olarak niteleyenler de var. Kendisi içedönük olan ebeveynlerin içedönük çocukları hakkındaki yorumları daha karamsar olabilmekte. Belki de bunun nedenleri; geçmişin hayal kırıkları, gerçekleşmemişlikleri, anlaşılmamışlıkları, kaçırılan fırsatlar ve yalnızlıklar... Bu inançların asılsız olup olmadığını sorgulama bilimin görevi.

Psikiyatrist ve psikologlar ise içedönüklük- dışadönüklük kavramı ile ilgili olarak içedönük-

lüğü daha olumsuz algılarken, dışadönüklüğü daha olumlu algılıyor. İçedönüklük mizacın sadece bir boyutu iken nicelik ve nitelikten bağımsız düşünerek olumsuz bakabiliyor. Önceki bilimsel öğretilerin de ışığında bunların çoğunun davranışsal olarak ketlenmiş ve ileride psikopatoloji adayı olduğunu varsayıyorlar.

Halen içedönüklük ile ilişkili terminolojide fikir birliği yok veya içedönüklükten aynı şeyi anlamıyoruz. İçedönüklük içe kapanıklık mı? Çekingenlik mi? Asosyal bir durum mu veya sosyal içe çekilme mi? Veya sosyal beceri eksikliği mi? Bir tür iletişim güçlüğü mü? Motivasyon eksikliği mi? Şizoid bir durum mu? Veya otistik psikopati mi? Yoksa içedönüklüğün güç yanları yanında güçlü yanları da var mı? Yani farklı uyarılma eşikleri ve uyaran işleme ile farklı algı modülleri içeren farklı bir renk mi? Bütün bu sorular, yorumun ötesinde bilimsel kanıtlarla beslenen yanıtlar bekliyor.

İçedönüklerin hepsini aynı torbaya koymak yanıltıcı olabilmektedir. İçedönüklerin bir alt grubu; başkalarının yanında sessiz, kaçınan ve kalabalıkları sevmezken, evde aile bireyleri ile iç içe ve papağan gibi konuşkandır. Bir grup içedönük yaratıcı iken, diğer bir grubu fikir fakiridir. Bir grup içedönük yoğun sosyal kaygı veya utangaçlık kışkacı içinde iken, böyle bir sorunu olmayan içedönükler de yok değil. Yani içedönüklük kendi içinde bir yelpazedir. Bazen içedönüklük mizacın bir parçası olmaktan öte bir psikopatolojinin semptomu ?!...

Mizacın bir boyutu veya bir kişilik faktörü olarak ele aldığımızda: Dışadönüklük; kişinin ilgisinin kendi duygu ve düşünceleri yerine,

dıştaki nesnel ve toplumsal çevreye yönelmesi durumu iken, içedönüklük ise bireyin dikkat ve ilgisinin dış çevreden çok, öncelikle kendi duygu ve yaşantıları üzerinde toplanması durumudur. İçedönüklük, dışadönüklüğü becerememe durumu değildir. Hepimiz dışadönüklük ve içedönüklük arasındaki çizgide bir yerdeyiz; farklı durumlarda birine ya da diğerine daha yakın olabiliriz. Jung'un dillendirdiği bir terim olan dışadönüklük ya daha yaygın olduğu için ya da daha girişken oldukları için dünyada baskın taraf gibi görünür.

İçedönüklük ve dışadönüklük güçlü devamlılık (continuum) gösteren bir haslet (trait) midir? Diğer bir deyişle dayanıklılık ve süregenlik gösteren bir mizaç veya kişilik özelliği midir? Yani, içedönük birini dışadönük hale getirmeye çalışmak nafîle bir çaba mıdır? Böyle bir girişim birey üzerinde suçluluk ve utangaçlık gibi yıkıcı etkilere yol açar mı? Onları oldukları gibi kabullenmek, öz güvenlerini artırma potansiyellerini açığa çıkarmada daha mı faydalıdır? Bunların hepsi yanıt bekleyen veya belki de yanıtlaması zor olan sorular.

İçedönüklüğü anlamlandırmaya yönelik genetik, nörotransmitter, çevre etkisi gibi bazı açıklamalar getirilmeye çalışılmıştır. Altmışlı yıllarda Eysenck'in iddiaları akla yatkın gözüküyordu. Eysenck, dışadönükleri daha düşük uyarılma seviyesine sahip kişiler olarak tanımlıyor. Bu nedenle diğerleri için normal olan seviyeye çıkmak için biraz daha fazla çaba göstermeleri gerektiğini savunuyor; yeni tecrübe ve risk arayışı, yanlarında başkalarını isteme durumunu buna bağlıyordu. Aksine, içedönükleri ise başkaları için heyecan verici ya da ilgi çekici bir durumu fazla uyarılma nedeni olarak görüp rahatsız olduklarını ileri sürüyordu.

Eysenck (1967) içedönüklerin dışa dönüklere göre daha uyarılabilir (arousable) olduğunu varsaydığı hipotezinde; bu durumun asendan

retiküler aktivatör sistem (ARAS)'teki farklılıklardan kaynaklandığını iddia etmiştir. Eysenck, introvertlerin daha aktif ARAS'a sahip olabileceğini ve bunun da bu kişileri çevresel uyaranlara karşı daha duyarlı kılacağını belirtmiştir. Dışadönüklerde ise biyolojik uyarılabilirliğin düşük düzeylerinden dolayı bu durumu kompanse etmek için uyarı arayışı içinde olabileceklerini varsaymıştır. Eysenck daha ileri giden iddialarında; uyarılabilirlik belirli bir seviyeye ulaştıktan sonra introvertlerin uyarılmış yanıtları inhibe edebilme yetilerinin ekstrovertlere göre daha iyi olduğunu savunmuştur. Buna yönelik olarak basit desenli çalışmaların birisinde; limon suyu damlatıldığında introvertlerin daha çok tükrük salgıladığını, ancak limon suyunu yutma talimatı verildiğinde (daha yüksek düzeyde uyarılmışlık gerektirdiğinden) ekstrovertlerin daha fazla salgıladığı bulguları elde edilmiştir. Yine bunu destekler şekilde; bir uyarıcı olan nikotin ile uyarılabilirliğin deri iletilisini ölçerek değerlendiren çalışmada; Gilbert ve Hagen (1985) nikotin tüketiminin oldukça az olduğu koşulda introvertler ekstrovertlere göre daha uyarılırken, yüksek nikotin tüketim koşulunda ekstrovertler daha fazla uyarılmıştır. Daha sonraki bir çalışmada öncekilerini destekler şekilde Bullock ve Gilliland (1993) introvertlerde ekstrovertlere göre ARAS aktivitesini daha yüksek bulmuştur.

Marti Olsen Laney'in Türkçe'ye de çevrilen "İçedönük Çocuklar" adlı kitabında (Kitabın Çevirmeni; Duygu Dalgakıran, Doğan Kitap, İstanbul, 2015) yazarın, içedönük çocuklar için ilginç yorum ve saptamaları var:

Yazar, içedönük birinin sosyal davranışları utangaçlık gibi görünse de aynı olmadığını vurguluyor. Yani içedönüklük utangaçlıkla eşdeğer değildir. Utangaçlık evrensel bir tecrübedir. İçedönükler de dışadönükler de utangaç olabilir. Utangaçlar içedönüklerin aksine daha sosyal olmayı isterler ama sosyal ortamlarda

kendilerini rahatsız hissederler; başkalarının kendisinden hoşlanmayacağını düşünürler. Utangaç çocukların kendilerini zayıf gösterecek bir aşağılama ve eleştirilmeye dair korkuları vardır. Birbiri ile iç içe geçmiş bu kavramların muğlaklık içerdiği bilinen bir gerçektir.

Laney, içedönükleri betimlerken “sosyal olaylarda uyarılma eşikleri düşük olması nedeniyle çabucak yorulduklarını, yeni durumlara yavaş uyum sağladıklarını, seslerinin yavaş ve tereddütlü olduğunu, sözleri kesildiğinde konuşmayı bıraktıklarını, konuşurken başka taraflara baktığını ama dinlerken göz teması kurduklarını” belirgin özellikler olarak ifade etmektedir. Dışadönükleri ise; “uyarıcı aktivitelerden keyif alan, hızlı ve yüksek sesle konuşan, konuştuğu kişiye fiziksel olarak yakın duran, başkalarının sözünü kesen, yeni ortamlara daha çabuk uyum sağlayan, çoğu insanın arkadaşı olduğunu düşünen ve içedönüklerin aksine konuşurken muhatabının gözlerine bakan fakat dinlerken etrafa bakan özellikleri olduğunu” belirtiyor. Yazarın sadece içedönüklük ve dışadönüklük kavramlarından yola çıkarak kişilik örüntüsü tanımlayacak düzeyde ayrıntılı ve iddialı betimlemeler yapması zihnimizde tereddütler oluşturmuyor değil.

İçedönüklük erkeklerde kızlara kıyasla kabul görmüyor. Kültür ve toplumun erkeğe yüklediği iddialı, proaktif ve korkusuz olması. Aynı kültür içedönük kızları nazik, sesiz ve düşünceli olarak algılarken, benzer özellikleri gösteren erkek çocukları zayıf ve pasif olarak niteliyor. Gerçi inanışlar, algılar ve kültürler şehirleşmeden ve modernleşmeden etkilenmekte... Örneğin, ülkemizde 70-80’li yıllarda sosyal olma veya sosyallik tanımı daha doğrusu algılayışı ile günümüzdeki sosyallik anlayışı büyük ölçüde değişmiştir. 80’li yıllarda kızlarımız için sosyal oluş, korkulacak olumsuz bir etiket olarak algılanırken, şimdilerde kızlarımızın sosyal becerilerinin artması veya daha sosyal olması için birçok sanatsal ve sportif faaliyete veya kursa gönderiyoruz. Bunun bir nedeni şehirleşmenin

daha da ötesi küreselleşmenin artmasıdır. Bu durum daha çok sosyal beceri ve dışadönüklük gerektiriyor.

Günümüzde fabrikasyon, makineleşme ve otomatik seri üretimin artması ile üretim sektöründe çalışanların sayısı azalmıştır. Üretim sektöründe çalışanların sayısı gelişmiş ülkelerde %20’yi geçmemektedir. Çalışanların büyük kısmı pazarlama ve hizmet sektöründe istihdam edilmektedir. Pazarlama ve hizmet sektörü, üretim sektörüne oranla daha fazla dışadönüklük ve sosyal beceri gerektirmektedir. Pazarlama ve hizmet sektörü, eleman ihtiyacını ister istemez dışadönükler, dil becerisi ve sosyalleşme becerisi iyi olanlardan karşılamak istiyor. Hele ticaret sektöründe tuttuğunu koparan ve yeni ortamlar ile durumlara kolayca uyum sağlayan bireyler daha tercih ediliyor.

Gerçi metropoller başta olmak üzere şehirde kalabalıklar içinde yalnız olan bireylerinin, hele de şehirlerin inşası toplumsallaşmayı kolaylaştırıcı mimariden uzakken, sosyalleşmelerinde atipik modeller ile karşılaşabiliyoruz. Kalabalıklar arasına karışma, alışveriş merkezlerine akma, yollara düşme sosyalleşme olarak algılanıyor. Sinemalarda, tiyatrolarda ve stadyumlarda aynı oyunu izlemenin ötesine gitmeyen bir tuhaf sosyalleşmeler... Spor yapmak yerine spor seyretmek, tiyatro yapmak yerine seyretmek, nihayet hep seyirci kalmak ve geçici tanışmamış birliktelikler...

Laney, kitabında içedönüklüklerin güçlü yanlarına da değinmiş: “İçedönüklerin zengin bir iç dünyası vardır; içedönükler içe bakışın önemini bilirler ve bize sessiz olmayı ve iç dünyamıza kulak vermeyi hatırlatırlar. İçedönükler kendi davranışları üzerinde düşünürler. İlginç bir şekilde mütevazıdırlar. İçedönükler çok fazla havalı, maddi şeylere ihtiyacımız olmadığını, yavaş adımların ve hayatın basit zevklerinin tadını çıkartmayı bilirler. Duygusal zekaları iyi

düzeydedir. Laflamakla gerçek sohbetin farkını bu çocuklarda görürsünüz. İyi dost olurlar, nezakete önem verirler ve sadıktırlar". Yazarın içedönüklüğe atfettiği bu hasletler sadece bir bakış açısı. İçedönüklüğe bu kadar özellikler sıralayarak yükleme yapmak bütünü parçaya teslim etmek gibi bir şey.

Kitabın dördüncü bölümünde içedönük çocukların ailelerine yönelik öneriler de yer almakta. Çocuğun tekrar eden davranışlarını gözlemlemek ve nasıl tepkiler verdiğini fark etmek; onun gereksinimlerini nasıl karşılayacağını öğrenmenin çok önemli bir yolu. Çocuk yetiştirmek çelişkili bir iştir. Çocuğunuzun sizinle sağlam bağlar kurarsa kanatlar gelişir ve bağımsız olur. Anne-babaların içedönük çocuklarıyla bağlar geliştirmesi ve bağların niteliği çocuğun ilerideki duygusal sağlığı ile de doğrudan ilişkilidir. Sağlam bağlar temel güven duygusunu geliştirir. İçedönük çocuğunuzla kurduğunuz derin bağlar onun büyüdükçe dış dünyayla başa çıkmasına yardımcı olacaktır. Çocuklukla bağlılık geliştirirken bağımlılığa kaymamaya dikkat etmek gerekir. Yüreklendirmek, yanında olmak ve destek olmayı aşırı koruyucu ve kollamaktan ayırt etmek gerekir.

Çocuklara mizaçlar hakkında bilgi vermek, bazı özelliklerimizin doğuştan gelen ve bizi başkalarından farklı kılan bize özgü meziyet veya huylar olduğunu ve bunun beyin yapımızdan kaynaklandığını belirtmek önemlidir. Çocuğun kendi hakkında bilgilenmesi, kendine ve başkalarına hoşgörülü bakmasını ve davranmasını sağlayabilir.

Yazar, içedönük birini dışadönük biri olmaya zorlamanın, aşırı uyarılmalarına yol açabileceğini ve bunun onların hem fiziksel hem de duygusal enerjilerini tüketebileceğini ifade ediyor. Onları dışadönüklüğe zorlamanın onlarda suçluluk, yetersizlik ve utanç duygusuna yol açabileceğini iddia ediyor. Ailelere onların duygu-

larını ifade etmeleri için yüreklendirmelerini ve yargılandıkları hissetmediklerinden emin olmalarını, ayrıca ailelere yansıtıcı (reflective) dinleme yöntemlerini kullanmalarını öneriyor.

Yazarın kitabında ifade ettiği "İçedönükler bir süreliğine öfkeli olduklarını fark edebilirler. Sonra kavganın enerjilerini bitireceğinden korkar ve öfke gibi duygularını içlerinde tutarlar. Kavgaya girmektense geri çekilirler. İçedönük çocukların kendilerini güvende hissettikleri yerlerde tartışmaya girme yönünde alıştırılmaları yapmaya ihtiyaçları vardır. Başka türlü kendilerini dış dünyada korumak için öfkelerini kullanmayı öğrenemezler." Gerçi yukarıda yazarın belirttiği öneriler her birey için geçerlidir. Faydalı önermelerdir ancak sadece içedönüklere yönelik yaklaşımlar değildir.

İçedönük çocuklar için okul ve öğretmen seçimi diğer bir mesele. Gerçi çoğu velinin okul ve öğretmen seçme şansı olmamasına rağmen, ancak okulun çocuğun mizacına uygun öğretmen ayarlaması önemlidir. Her şeyiyle iyi öğretmen çocuğa uygun öğretmen veya öğretmene uygun öğrenci olmalıdır. Sınır tanımayan öğrencilere daha otoriter öğretmen uygunken, içedönük için aşırı otoriter öğretmen daha sindirici ve baskılayıcı olabilir.

İçedönük bir çocuk ile sabit beklentileri olan bir öğretmenin uyumsuzluğuna çok sık rastlanır. Aileler gelecek kaygısı nedeniyle daha otoriter, öğretim konusunda katı kuralları olan, direktif ve aşırı ödevci öğretmenleri tercih edebilmektedir. Ancak bu yapıdaki öğretmenler her bir çocuğun kendine özgü yapılarını göz ardı ederek homojen bir tavır sergilemekte ve çocukların duygularını yok sayabilmektedir. İçedönük çocuklar bu yapıdaki öğretmenlerle birçok talihsizlikler yaşamaktadır. İçedönük çocuk ya sinip kalmakta veya sesiz-sedasız ve sorunsuz olması nedeniyle öğretmen tarafından fark edilmemektedir. Başarı endeksli bu yapıdaki

öğretmenler çocukların bireysel gereksinmelerine yönelik duyarlı olmayabilmekte; her türlü başarısızlığı çocuğun gayretsizliğine ve yetersizliğine atfederek zihinlerinde tembellik etiketini hazır bulundurmaktadırlar. Özellikle dışadönüklüğü bariz öğretmenler buna daha müsait olabilmektedir.

İçedönük çocuklar, kendilerini kabul eden hoşgörülü bir öğretmen başarılı olmaları daha kolaydır. İçedönüklerin fikir ve izlenimlerinin sınıfta parlatılması katılımlarını artırır. Çocuğun ilgi alanları üzerinde konuşmak, öğretmene yakınlaşmasını artırır. Öğretmen, içedönük çocuğun kendini diğerlerinden farklı olduğu hissini yenmesine, farklılıkların normal olduğunu vurgulayarak onlara destek olmalıdır. Arkadaşlarıyla, içedönük çocuğu ustaca kaynaştırabilme öğretmeni ideal kılar.

İçedönük çocuk okuldaki izcilik, spor ve sanat kulüplerine katılmaları yönünde teşvik edilmelidir. Ancak rekabetçi takım sporları ve kurslar içedönük çocukları açabildiği gibi duygularını da zedeleyebilir. İçedönük çocuklar genellikle dövüş sanatları, jimnastik, yüzme gibi bireysel sporları tercih etmektedirler. Spor kurslarının amacı sportif egzersizler yapma, fiziksel ve sosyal beceri geliştirme, takım olarak ortak çaba gösterme, işbirliği oluşturma ve keyifli zaman geçirme olmalıdır. Bu amaçlardan ziyade kazanmaya ve rekabete aşırı odaklı koçlarla çalışmaktan kaçınılmalı; ileride sporcu olmayacak çocuğa manasız yüklemeler yapmanın spor yapmanın amacı olmadığını farkında olmak gerekir.

Özel okul ve kolejler sosyalleşme ve dışadönüklüğü özgüvenle eşdeğer tutma eğilimleri nedeniyle sosyal ve sportif etkinlikleri ön plana alabilmektedir. Gerçi şimdilerde ailelerin gelecek kaygısı nedeniyle özel okullar ve kolejler de kuramsal bilgiyi aşırı vermeyi öncelemiş durumlar. MEB'in müfredat konusunda eğitimin

homojenliği ve müfredatı belirleyici yaklaşımı, özel okulları sahibi özel devlet okulu görünümüne sokmuştur.

Kitabın on ikinci bölümünde yazar; içedönüklerin sosyalleşemedikleri iddialarının dışadönüklerin söylemlerine dayalı olduğuna dikkat çekiyor. Dışadönük bakış açısıyla sosyalleşmeden anlaşılın; popüler oluş, çok arkadaşının olması ile partilerden ve grup etkinliklerinden hoşlanmadır. İçedönüklerin penceresinden bakıldığında ise; yakın arkadaşının olması, ilgi çektiği konularda birebir samimi sohbet etmek ve arkadaşların duygularını benimsemesi anlaşılmaktadır. İçedönükler için arkadaşlık daha derin anlamlar taşır. Bazen içedönük bir çocuğun, kabullenici ve anlayışlı bir dışadönük arkadaşının olması, her ikisi için de şaşırtıcı faydalar sağlayabilir.

Yazar on dördüncü bölümde ise, içedönüklerin bazen zorba öğrencilerin hedefi veya kurbanı haline gelebileceğinden bahsedilmektedir. Eğer bir zorba onunla dalga geçer ve lakap takarsa bunun kendi kabahati olmadığını anlaması çok önemlidir. Ne yazık ki okullarda zorbalıkla mücadelede idare ve öğretmenler yetersiz kalmaktadır. Mağdurların zorbalarla kendi başına mücadele etmesinin onda özgüven geliştireceğini, yardım etmenin sürekli kendisini kollayacak birilerini arama acizliğine yol açacağı yönünde yanlış kanılar söz konusudur. Böyle bir düşünce tarzı, sorumluluktan kaçmayı akla uygun hale getirmekten başka bir şey değildir. Okullarda zorbalığa karşı sıfır tolerans uygulaması, çocuklar için istenilen, sevilen, huzurlu ve güvenli bir okul ortamı için esastır. Bu arada, içedönük çocuklara zorbalıkla nasıl başa çıkacağına yönelik zorbalık karşıtı programların verilmesi, bu eğitime bütün çocukların dahil edilmesi önemlidir. Bu çocuklara, nezaketin ve görmemezlikten gelme tavırlarının her durumda işe yaramayacağı hatırlatılmalı, özgüvenli duruşun zorbalar için caydırıcı etkisi vurgulanmalıdır. Zorbaların sıklıkla savunmasızları, öz-

güveni olmayanları ve yalnızları kurban olarak belirledikleri öğretilmelidir. Bu tür sorunlar yaşadığında her zaman kendi başına çözmeyeceğini, bu durumda yardım istemenin ispiyonculuk, güçsüzlük ve utanılacak bir şey olmayacağı vurgulanmalıdır.

Sizlerin, içedönük çocuklarda güçlü yanları ortaya çıkarması önemlidir. Ancak şunu unutma-

mak gerekir ki, çocuğunuzu eğitmekte en etkili yöntem, ona iyi rol model olmaktır. Çocuklar söylediklerimizden daha çok tutum ve davranışlarımızdan etkilenirler ve bizi taklit ederek öğrenirler. Bizim tutarlı, uygun ve kararlı davranışlarımız onlar için pusula olacaktır. Zorluklara karşı cesur olma, hatalarınızla barışık olma ve yaşama olumlu bakma; onlara güven verecek ve sosyalleşmelerine katkılar sağlayacaktır.

Prof.Dr. Tümer Türkbay

HABERLER

AKREDİTASYON ZİYARETİ

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın eğitim nitelik ve standartlarını değerlendirmek amacıyla 25 Mart 2016 tarihinde birim ziyaret edildi. TTB-UDEK/UYEK tarafından belirlenen Eğitim Kurumlarının Ziyaret Programlarının Esasları takip edilerek, belirtilen sistematik çerçevede görüşmeler, gözlemler ve incelemeler yapıldı. Ziyaret kurulunu Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Akreditasyon Kurulu'ndan Prof.Dr. Füsün Çuhadaroğlu (Kurul Başkanı), Prof.Dr. Tümer Türkbay (Raportör) ve Prof.Dr. Fevziye Toros oluşturdu. TTB-UDEK temsilcisi olarak Prof.Dr. Kürşat Yıldız katıldı. Ziyaret şu program çerçevesinde gerçekleştirildi:

10.00 - 10.30 Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesine varıldı. Ziyaret Kurulu üyeleri kendi içinde toplanarak başkan ve sekreter seçimi yaptı.

10.30 - 11.00 Açılış toplantısı. Ziyaret ekibi kurumun eğitim sorumlularından da olan anabilim dalı başkanı ile görüştü. Ziyaretin amacı ve ziyaret planı gözden geçirildi.

11.00 - 12.00 Ziyaret ekibinin asistan hekimler ile görüşmesi. Ziyaret edilen eğitim Kurumunda 10'dan fazla asistan hekim olduğundan 1. ve 2. yıl asistanlarından rastgele seçilmiş 5 kişi ve 3. ve 4. yıl asistanlarından rastgele seçilmiş 5 kişi ile ayrı gruplar halinde görüşüldü. Görüşme sırasında asistan hekimlerin karneleri / bölüm dosyaları incelendi ve ziyaret öncesinde doldurulmuş değerlendirme formlarında yer alan bilgiler gözden geçirildi. Asistan memnuniyeti değerlendirildi.

12.00 - 13.00 Öğlen arası

13.00 - 14.00 Asistanlarla görüşmeler sürdürüldü. Öğretim üyeleri ile görüşüldü.

14.00 - 15.00 Ziyaret ekibi eğitim kurumundan görevli kişilerin eşliğinde, kurumun uzmanlık eğitimi ile ilgili tüm alanlarını (öğretim üyelerinin odaları, poliklinik ve branş odaları, Gündüz Hastanesi'nin odaları, grup/aile tedavi odası, oyun odası, aynalı oda, psikometri test odası, toplantı odası, derslik, uğraş odası, yemek odası, kütüphane, araştırma alanları, asistan odası, erişkin psikiyatri rotasyon kliniği) gezerek yerinde değerlendirdi.

15.00 - 15.30 Ziyaret Kurulu değerlendirme, karar verme ve öneri sunma aşamaları için, kendi üyeleriyle toplandı

15.30 -16.00 Eğiticilerle geri bildirim toplantısı. Taslak rapordaki kurumun fizik koşulları ve eğitim kadrosuyla ilgili kısımlar kurum yöneticisi ve öğretim üyeleri ile birlikte gözden geçirildi, gelişmiş ve geliştirilmesi gereken noktalar konuşuldu, fikir alışverişinde ve önerilerde bulunuldu.

Ziyaret programı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof.Dr. Zafer Utkan'ı ziyaret ile sonlandı. Ziyaret sürecinde misafirperverliğini esirgemeyen Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Ayşen Coşkun ve personeline teşekkür ederiz.

*Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği
Akreditasyon Kurulu*

İLK YERLİ ZEKA TESTİ ASIS

Eskişehir'de, Milli Eğitim Bakanlığı ile Anadolu Üniversitesi iş birliğiyle geliştirilen Türkiye'nin ilk yerli zeka testi "Anadolu-Sak Zeka Ölçeği" Kasım 2015'te tanıtıldı. Projeye bütçe desteği veren Anadolu Üniversitesi ve zeka ölçeğinin

prototipini geliştiren Prof. Dr. Uğur Sak'ın soy adını birleştirerek Anadolu-Sak Zeka Ölçeği adı verilmiş (ya da kısa adıyla AS Zeka Ölçeği ve İngilizce olarak Anadolu-Sak Intelligence Scale-ASIS). Projenin pilot uygulamaları tamamlanış, Ölçek 4-12 yaş aralığında toplam 1202 çocuğa uygulanmış ve pilot uygulama veri analizleri devam ediyor.

Anadolu-Sak Zeka Ölçeği ile ayrıntılı bilgilere <http://www.projeiq.com/> adresinden ulaşabilirsiniz. Ölçek ile ilgili web sayfasında verilen bilgiler aşağıdaki gibidir:

Anadolu-Sak Zeka Ölçeği, genel zekayı ve genel zekayı oluşturan ana bileşenleri objektif olarak ölçen bireysel bir zeka ölçeğidir. Yedi alt testten oluşan ASIS Zeka Ölçeği, sekiz farklı performans profili vermektedir.

- Sözel Potansiyel Endeksi (SIQ)
- Görsel Potansiyel Endeksi (GIQ)
- Sözel Muhakeme Endeksi (SME)
- Görsel Muhakeme Endeksi (GME)
- İşleyen Bellek Kapasite Endeksi (İBK)
- Sözel Kısa Süreli Bellek Endeksi (SKB)
- Görsel Uzamsal İşleyen Bellek Endeksi (GİB)
- Genel Zekâ Endeksi (g)

Yaş aralığı:	4-12
Uygulama türü:	Bireysel
Uygulama zamanı:	35-45 dak.
Puanlama zamanı:	10 dak.
Uygulayıcı yeterliği:	C sınıfı
Kuram:	CHC, PASS

“BEYİN EGZERSİZİ” SİTESİNE 2 MİLYON DOLAR TAZMİNAT CEZASI

Kullanıcılarına sunduğu ücretli "beyin egzersizleri" ile bilişsel kapasiteyi geliştirdiğini iddia eden "Lumosity" adlı internet sitesi, "aldatıcı reklam" gerekçesiyle 2 milyon dolar tazminat ödemeye mahkum edildi.

Slate'te yer alan habere göre aylık 15 dolar ya da 300 dolar karşılığında yaşam boyu üyelik seçenekleri bulunan Lumosity'de, hafızayı güçlendirme, problem çözme yeteneğini geliştirme gibi birçok hedefe yönelik "oyun"lar bulunuyor. Site, oyunların beyin kapasitesini geliştirdiğinin bilimsel olarak kanıtlandığını iddia ediyor. Yapılan araştırmalara göre ise kullanıcıların oyunlardaki performansı zamanla artsa da bilişsel yeteneklerinde kayda değer bir gelişme görülüyor.

Amerikan Federal Ticaret Komisyonu (FTC), bu nedenle şirkete 2 milyon dolar ceza kesti ve müşterilerine kullanıcı sözleşmesi hakkında bilgi verme zorunluluğu getirdi. FTC Tüketici Koruma Bürosu müdürü Jessica Rich, konuya ilişkin yaptığı açıklamada "Lumosity, hafıza kaybı, bu nama ve hatta Alzheimer gibi sorunları önleyebileceği iddiasıyla tüketicilerin yaşlanmaya bağlı bilişsel gerileme korkularını istismar ediyor. Ancak Lumosity'nin reklamlarının altını dolduracak yeterli bilimselliği yok" diye konuştu.

Kaynak: <http://www.karar.com/dunya-haberleri/beyin-egzersizi-sitesine-2-milyon-dolar-tazminat-cezasi-65135> web sitesinin 07.01.2016 tarihli haberinden alıntılanmıştır.

GELECEK BİLİMSEL ETKİNLİKLER

16. Güz Okulu

2-4 Eylül 2016, Malatya

19. Ulusal Psikoloji Kongresi

6-9 Eylül 2016, İzmir

52. Ulusal Psikiyatri Kongresi

16-20 Kasım 2016, Rixos Sungate Hotel, Antalya

21. Ergen Günleri

1-3 Aralık 2016, Pamukkale Üniversitesi
Kongre ve Kültür Merkezi, Denizli

IACAPAP 2016

September 18-22, 2016, Calgary, Alberta, Canada

AACAP's 63rd Annual Meeting

October 24-29, 2016, New York, USA