

TEŞEKKÜR



Değerli Meslektaşlarım, Sevgili Öğrenciler;

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi yeni kurulmuş olmasına rağmen dinamik yönetimi, geniş akademik kadrosu ve yenilikçi eğitim prensipleri ile kısa sürede ülkemizin en çok tercih edilen tıp fakültelerinden biri olmuştur. Bu yenilikçi anlayış ile tıp fakültemiz öğrencilerinin eğitimine katkısı olması amacıyla öğrencilerimizin 6 yıllık eğitimleri boyunca almaları gereken temel eğitim bilgilerini içeren “Öğrenci Ders Notları” nı hazırladık. Öğrenci Ders Notları içerisindeki bilgiler Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2020’de yer alan semptom ve çekirdek hastalıkları kapsayacak şekilde hazırlandı. Günümüzde teknolojinin geldiği noktayı da göz önüne alarak “Öğrenci Ders Notlarını” öğrencilerimizin çalışırken istedikleri zaman kolayca ulaşabilecekleri şekilde fakültemizin web sitesi üzerinden erişime sunduk.

Tıp fakültelerinin en önemli görevi eğitimidir. Bu görevi yerine getirirken, Hamidiye Tıp Fakültesi Öğrenci Ders Notları’nın hazırlanmasında desteğini esirgemeyen sayın rektörümüze teşekkürlerimi sunuyorum. Öğrenci Ders Notları’nın hayata geçirilmesinde anabilim dalı başkanlarımız ve öğretim üyelerimiz ile birlikte önemli bir uğraş verdik. Bu uğraş sırasında katkı ve desteklerini esirgemeyen, Hamidiye Tıp Fakültesi Cerrahi ve Dahili Tıp Bilimleri’nde yer alan tüm anabilim dalı başkanlarımıza, semptom ve çekirdek hastalıkların yazılmasında katkıları olan öğretim üyelerine emekleri için çok teşekkür ederim.

Büyük bir emek ve özveri ile hazırlanan ders notlarımızda ne kadar özen gösterilmiş olsa da hata ve eksikler olabilir. Bu nedenle dinamik bir şekilde ders notlarının güncellenmesi ve genişletilmesi de planlanmıştır.

Hamidiye Tıp Fakültesi Öğrenci Ders Notları’nın sevgili öğrencilerimiz ve değerli meslektaşlarımıza tıp fakültesi müfredatının tamamını içeren bir kaynak olarak yararlı olmasını temenni ederim.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Erdoğan ÇETİNKAYA



DAVRANIM BOZUKLUĞU

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Adak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ VE TANIM

Davranım bozukluğu (DB) başkalarının temel haklarının ve yaşa uygun toplumsal norm ve kuralların sürekli ve tekrarlayıcı bir biçimde saldırıya uğratılmasıdır.

DB olan çocuklar davranışlarını dört ana kategori içinde gösterebilmektedir; insanlara ve hayvanlara saldırganlık, mala zarar verme, dolandırıcılık ya da hırsızlık, kuralları büyük ölçüde çiğneme.

DB olumsuz genetik ve klinik özelliklere sahip bir bozukluk olmakla birlikte, ileriki yıllarda ciddi oranda anti-sosyal kişilik bozukluğu, alkol-madde kullanım bozukluğu ve hatta daha kısa yaşam süresine yol açan çok ağır bir psikiyatrik bozukluktur.

EPİDEMİYOLOJİ

DB oldukça sık görülen bir bozukluk olup, görülme sıklığının %1 ile 16 arasında olduğu belirtilmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği verilerine göre, DB sıklığında son 10-20 yılda artış bulunmaktadır.

DB erkeklerde daha sık görülmektedir ve erkek/kız cinsiyet dağılımı 4/1'den 12/1'e dek uzanabilmektedir. Bazı araştırmacılar anti-sosyal davranışları erkeklerden daha az saldırganlık eğilimi gösterdiğinden, kızlar için tanı ölçütlerinin modifiye edilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

ETİYOLOJİ

DB'nin ortaya çıkışından sorumlu özgül ve tek bir etiyolojik faktör yoktur. Bozukluğun gelişimine birçok faktör katkıda bulunmaktadır.

DB'nin ortaya çıkışında genetik, nörobiyolojik etkenler ile çeşitli çevresel etkenlerin etkileşiminin önemli olduğu düşünülmektedir.

DB olan bazı çocuklarda dopamini norepinefrine çeviren enzim olan dopamin beta hidroksilazın plazma düzeyinin düşük olduğu, yine davranış sorunu olan insanlarda serotonin yıkım ürünleri düzeylerinin düşük olduğu bildirilmektedir.

DB olan çocuklar çoğunlukla düşük sosyoekonomik düzeydeki, parçalanmış ya da bozuk işleyişe sahip, kaotik bir yapısı

olan ailelerden gelmektedirler. Bu ailelerde, alkol-madde bağımlılığından anti-sosyal kişilik bozukluğuna dek ciddi psikopatolojilere sahip olan bireylere sıklıkla rastlanmaktadır. Çocuğun büyüülmesi sırasında şiddetli sözel, fiziksel saldırganlığa uğraması, ihmal ve istismar edilmesinin DB'nin ortaya çıkışıyla ilgili olabileceği bildirilmektedir.

KLİNİK

DB gelişimi birdenbire olmaz, süreklilik gösteren bir örüntü içerisinde birçok belirti kendini yavaş yavaş göstererek ortaya çıkar. Salırgan özellikteki davranışlar; okulu asmaktan, kabadayılık etmekten, kavga dövüş başlatmaktan, başkasını ciddi şekilde yaralamaya, yakıp yıkmaya, hırsızlığa varıncaya dek çeşitli derecelerde olabilmektedir.

Uyumsuz seksüel davranışlar, alkol-madde kullanımı, intihar düşünce ve girişimleri çevresi ve yasalarla çözilememiş sorunlar yaşayan DB tanılı çocuk ve ergenlerde daha sık görülmektedir.

DB tanısı, birçok farklı bilgi kaynağından (ebeveynler, öğretmenler, vb.) bilgi edinerek, klinik görüşmelerle, DSM-5 tanı kriterleri göz önüne alınarak konur. DSM-5 tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir.

DSM 5 Tanı Kriterleri

A. Son 12 ay içinde, aşağıdaki kategorilerin herhangi birinden olmak üzere, aşağıdaki 15 tanı ölçütünden en az üçünün varlığı ve en az bir tanı ölçütünün son 6 ay içinde bulunması ile kendini gösteren, başkalarının temel haklarının ya da yaşına uygun başlıca toplumsal değerlerin ya da kuralların hiçe sayıldığı, yineleyici ve sürekli bir davranış örüntüsü:

İnsanlara ve Hayvanlara Karşı Salırganlık

1. Sık sık başkalarına kabadayılık eder, gözdağı verir ya da başkalarının gözünü korkutur.
2. Sık sık kavga, dövüş başlatır.
3. Başkalarını ağır yaralayabilecek bir gereç (örneğin; sopa, taş, kırık şişe, bıçak, ateşli silah) kullanmıştır.
4. İnsanlara karşı acımasız davranmıştır.
5. Hayvanlara karşı acımasız davranmıştır.

6. Kişinin gözü önünde çalmıştır (örneğin; saldırıp soyma, kapkaççılık, zorla para alma, silahlı soygun).
7. Birini cinsel etkinlikte bulunmaya zorlamıştır.

Eşyaları Kırıp Dökme

8. Ağır zarar vermek amacıyla, bile bile yangın çıkarmıştır.
9. Başkalarının eşyalarına bile bile zarar vermiştir (yangın çıkararak yapmanın dışında).

Dolandırıcılık ya da Hırsızlık

10. Başkasının evine, yapısına ya da arabasına zorla girmiştir.
11. Elde etmek, çıkar sağlamak ya da yükümlülüklerinden kaçmak için sıklıkla yalan söyler (başkalarını kandırır, aldatır).
12. Başkaları görmeden, sıradan olmayan nesneleri çalmıştır (örneğin; mağazalardan aşırma, düzmecilik).

Kuralları Büyük Ölçüde Çiğneme

13. Anne babasının yasaklarına karşın, on üç yaşından önce başlayarak, sık sık geceyi dışarıda geçirme.
14. Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken, en az iki kez gece evden kaçmıştır ya da aradan uzun bir süre geçmeden dönmediği bir kez evden kaçışı olmuştur.
15. On üç yaşından önce başlayarak, sık sık okuldan kaçmaları olmuştur.

B. Bu davranış bozukluğu, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte klinik olarak belirgin bir düşmeye neden olur.

C. Kişi 18 yaşında ya da daha ileri bir yaşta ise, toplum dışı (anti-sosyal) kişilik bozukluğu için tanı ölçütleri karşılanmamaktadır.

Olup olmadığını belirtiniz:

Çocuklukta başlayan tür: Kişiler, DB'nin en az bir belirti özelliğini 10 yaşından önce gösterirler.

Ergenlikte başlayan tür: Kişiler, DB'nin hiçbir belirti özelliğini 10 yaşından önce göstermezler.

Başlangıcı belirlenmemiş: DB'nin için tanı ölçütleri karşılanmaktadır, ancak ilk belirtinin 10 yaşından önce başlayıp başlamadığını saptamak için yeterli bilgi yoktur.

Varsa belirtiniz:

Topluma yararlı duyguların sınırlı olmasıyla giden: Bu belirleyicinin uygulanabilmesi için, kişinin en az 12 ay boyunca, sürekli olarak, birçok ilişkisinde ve ortamda, aşağıdaki özellikleri göstermiş olması gerekir. Bu özellikler, bu süre boyunca, kişiye özgü kişilerarası ve duygusal işlevsellik örüntüsünü yansıtır, yalnızca kimi durumlarda, arada bir ortaya çıkan özellikler değildir. Dolayısıyla, bu belirleyici için ölçütleri değerlendirirken, birçok kaynaktan bilgi edinilmesi gerekir. Kişinin kendisinin söylediklerinin yanı sıra uzun bir süredir onu tanıyan başkalarının (örneğin; anne-babalar, öğretmenler, iş arkadaşları, uzun süredir tanıyan aile bireyleri, yaşlıları) söylediklerini de göz önünde bulundurmak gerekir.

Varsa belirtiniz:

Pişmanlık ya da suçluluk duymama: Yanlış bir şey yaptığında kendini kötü hissetmez ya da suçluluk duymaz (yalnızca yakalandığında ve/ya da cezalandırılacak olduğunda pişmanlık duyduğunu söylemesini kapsamayın). Kişi, eylemlerinin olumsuz sonuçlarıyla ilgili olarak genelde kaygı duymaz. Sözgelimi, kişi birini yaraladıktan sonra pişmanlık duymaz ya da kuralları çiğnemenin sonuçlarına aldırılmaz.

Varsa belirtiniz:

Duygusuzluk-eşduyum yoksunluğu: Başkalarının duygularını umursamaz ve başkalarının duygularına aldırılmaz. Kişi soğuk ve aldırılmaz olarak tanımlanır. Kişi, eylemleriyle, başkalarına önemli ölçüde kötülüğü dokunsa da, eylemlerinin başkaları üzerindeki etkilerinden çok, kendi üzerindeki etkileriyle ilgileniyor gibi görünür.

Varsa belirtiniz:

Yapabilirlik kaygısı taşımama: Okulda, işyerinde ya da önemli diğer etkinliklerde iyi iş çıkaramıyor olmasıyla ya da sorun doğurmasıyla ilgileniyor gibi görünmez. Kendisinden beklentiler çok açık olmasına karşın, kişi, daha iyi yapmak için bir çaba göstermez ve kötü iş çıkarmasından ötürü başkalarını suçlar.

Varsa belirtiniz:

Siğ ya da yetersiz duygulanım: Siğ, içtenlikten yoksun ya da yüzeysel olmak dışında, başkalarına duygularını göstermez (örneğin; gösterilen duygularla çelişen eylemler; duyguları hızla "açılır" ya da "kapanır") ya da bunları çıkarı için gösterir (örneğin; başkalarıyla oynamak ya da başkalarının gözünü korkutmak için gösterilen duygular).

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Varsa bile, tanı koymak için gerekli davranım sorunlardan biraz daha çoğu vardır ve davranım sorunlarının başkalarına oldukça az kötülüğü dokunur (örneğin; yalan söyleme, okuldan kaçma, hava karardıktan sonra izinsiz dışarıda kalma, başka birtakım kuralları çiğneme).

Orta derecede: Davranım sorunlarının sayısı ve başkaları üzerindeki etkisi ağır olmayanla ağır arasındadır (kişinin gözü önünde çalma, acımasızca davranma).

Ağır: Tanı koymak için gerekli davranım sorunlarının çoğu vardır ya da davranım sorunlarının başkalarına çok kötülüğü dokunur (örneğin; cinsel ilişkiye zorlama, acımasız davranışlarda bulunma, görünmeden çalma, kırarak içeri girme).

AYIRICI TANI

Davranım sorunları birçok psikiyatrik bozukluğun bir parçası olarak ortaya çıkabilmektedir. Burada önemli olan psikiyatrik bir hastalık nedeni ile ortaya çıkan davranış sorunları ile DB nedeni ile ortaya çıkan semptomları birbirinden ayırabilmektir.

DB ayırıcı tanısında göz önüne alınması gereken en önemli bozukluk karşıt olma karşı gelme bozukluğudur (KOKGB). KOKGB'de gözlenen "büyüklerin isteklerine uymama, karşıt olma" gibi bazı davranışlar DB olan çocuklarda da görülmektedir ancak KOKGB olan çocuklarda DB olan çocuklardan farklı olarak diğerlerinin haklarına ya da yaşa uygun toplumsal değerlere ya da kurallara saldırı yoktur.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuklar sıklıkla rahatsız edici hiperaktif ve impulsif davranışlar sergilese bile bu davranışlar yaşa uygun toplumsal değerleri ya da kuralları çiğnemez, dolayısıyla DB tanısı konulamaz.

Manik Epizod geçiren çocuklarda da iritabilite ve davranım sorunları sıklıkla olur.

Bu davranım sorunları DB'den bipolar bozukluğun epizodik gidişi ve eşlik eden manik epizoda özgü belirtilerin bulunuşuyla ayırt edilir.

Psikotik bozuklukta çeşitli agresif davranışlar görülebilir, eğer bu davranışlar hastalık ile ilişkili olarak ortaya çıkmışsa, DB'den ayırt edilmelidir.

Madde kullanım bozukluğu olan çocuklar madde etkisinde iken çeşitli davranış problemleri gösterebilirler, eğer madde etkisi dışında bu davranışsal sorunlar devam etmiyorsa, durum madde etkisi ile ilgili demektir ve DB'den ayırt edilmelidir.

TEDAVİ VE PROGNOZ

DB tedavisinde en iyi sonuçlar bütüncül bir tedavi yaklaşımı ile alınabilmektedir. Bütüncül tedaviler; sosyal ve saldırganlık içermeyen tutumları ödüllendiren davranışçı müdahaleler, problem çözme eğitimleri, sosyal beceri eğitimleri, aile eğitim programları, aile terapisi ve farmakolojik tedavi yöntemlerini kapsamaktadır.

DB tedavisine özgü tek bir farmakolojik tedavi bulunmamaktadır. DB sıklıkla başka bozukluklarla bir arada olduğundan eşlik eden bozukluğun tedavisine yönelik yaklaşımlar önem kazanmaktadır. DB'ye en sık DEHB eşlik ettiğinden, DEHB tedavisinde kullanılan stimülan veya atomoksetin gibi ajanların DB belirtilerini de azaltmada yardımcı olduğu gösterilmiştir. Ayrıca yapılan çalışmalar, atipik-antipsikotik ilaçlardan risperidon ve aripiprazolün DB belirtilerinde iyileşmeye yol açabildiğini göstermiştir.

DB'de belirtilerin küçük yaşta başlaması, belirti sayı ve şiddetinin fazla olması, eşlik eden başka psikopatolojilerin de olması prognozu olumsuz etkileyen faktörlerdir.

DB tanılı çocuk ve ergenlerin %40 kadarı erişkinlikte anti-sosyal kişilik bozukluğu tanısı almakta, geri kalan kısmın çoğu ise çalışma hayatı ve sosyal ilişkilerinde belirgin zorluk yaşamaktadırlar.

KAYNAKLAR

1. Akyol U, Ercan ES, Durak S. Davranım Bozukluğu. In: Akay A, Ercan ES. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. İkinci Baskı. Ankara: HYB BasımYayın; 2016:75-80.
2. Bilgiç A. Yıkıcı Davranış Bozuklukları. In: Turkbay T. Kaplan&Sadock Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kısaltılmış Temel Kitabı Çevirisi. Birinci Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2012:92-100.
3. Köroğlu E. Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları. In: Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Çevirisi. Beşinci Baskı. Ankara: HYB BasımYayın; 2013:223-230.
4. Rey JM, Walter G, Soutullo CA. Oppositional Defiantand Conduct Disorders. In: Martin A, Volkmar FR. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensi ve Textbook. Fourth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2007:454-466.
5. Thomas CR. Oppositional Defiant Disorderand Conduct Disorder. In: Dulcan MK. Dulcan'sTextbook of Child and Adolescent Psychiatry. First Edition. Arlington: American Psychiatry Publishing; 2010:223-240.

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Doç. Dr. Gül Karaçetin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ VE TANIM

Dikkat zihinsel faaliyetin bir durum üzerinde yoğunlaşması, odaklaşmasıdır. Dikkatin diğer bir tanımı “biyeyin duyu organları aracılığıyla ulaşabildiği ve bu yolla farkında olduğu, çevresinde meydana gelen uyarılara alıcılarını yönlendirmesi durumu” olarak yapılmıştır. Dikkat bir kısım bilgiyi güçlendirir, diğer bilgiyi baskılar. Bu güçlendirme hedeflenen bilginin daha ileri işleme için seçilmesini sağlar. Baskılama ise geri kalan bilgilerin göz ardı edilmesini sağlar. İyi bir dikkat işlevi gerekli olmayanlara ve çeldirici olanlara dikkat etmemeyi gerektirir.

Dikkat Eksikliği: Kişinin yaşına, sosyal ve kültürel özelliklerine oranla konsantre olmada güçlük çekmesi, unutkan olması, dağınık olması, işlerini organize etmede zorluk yaşaması, bir işe konsantre olduktan sonra basit bir uyarıya çok kolay dikkatinin dağılması, dikkat “sabır” gerektiren işlerden kaçınması ve sık sık basit dikkat. Hataları yapmasıdır.

Hiperaktivite: Kişinin yaşına göre çok daha hareketli, aceleci veya aşırı konuşkan olmasıdır. Çocuklarda sürekli bir yerlere tırmanma, motor takılmış gibi koşuşturma hiperaktiviteyi akla getirir. Hiperaktivite, genellikle dürtüsellik ile birlikte. Dürtüsellik belirtileri: doyum ertelemeye güçlük, anında ve beklemeden ödüle ulaşma isteği ve zarar getirebilecek davranışları düşünmeden yapma şeklindedir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dikkat eksikliği ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerinin benzer gelişim düzeyindeki bireylerle karşılaştırıldığında daha sık, sürekli ya da şiddetli yaşanması ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. Tanı için belirtilerin en az iki ortamda (ev, okul ya da işyeri gibi) ortaya çıkması, işlevsellikte bozukluk oluşturması, en az 6 aydır bulunması ve belirtilerin bazılarının 12 yaşından önce başlaması gerekmektedir

EPİDEMİYOLOJİ

DEHB çocukluk çağıının en sık görülen nöro-gelişimsel bozukluğu olup, sıklığı ve yaygınlığı konusunda farklı veriler mevcut olsa da dünya genelinde ortalama prevalansının okul çağı yaş grubunda %3-7 civarında olduğu bildirilmektedir. Erkek/kız oranının 3/1 olduğu bildirilmektedir.

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

DEHB gelişiminde genetik ve çevresel risk faktörlerinin birlikte etkili olduğu, bazı genlerin bireysel duyarlılık ve çevresel risklerle etkileşerek bozukluğun ortaya çıkmasına yol açtığı, uzun dönem gidişatın prenatal, biyolojik ve psikososyal çevresel risk faktörlerinden etkilendiği belirtilmektedir. DEHB etiolojisinde genetik etkenlerin rolünü araştırmak için yapılmış olan ikiz, evlat edinme aile çalışmalarının hepsi genetik etmenlerin önemli olduğunu düşündürmektedir. Birbirinden bağımsız 20 ikiz çalışmasının sonuçları değerlendirildiğinde kalıtımın DEHB etiolojisindeki rolünün %76 olduğu ortaya konmuştur. Etiyolojide üstünde durulan genler dopaminerjik (DRD4, DAT1, DRD5, COMT), noradrenerjik (DBH, ADRA2A), serotonerjik (5-HTT, HTR-1B, HTR-2A) ve kolinerjik (CHRNA4) sistem genleridir. Nöroanatomik etmenlere bakıldığında DEHB olan olguların beyin matürasyonları tipik gelişen çocuklara oranla 2-3 yıl arası bir gecikme göstermektedir. DEHB olan çocukların beyin görüntülemelerinde beyin ön bölümlerinde (frontal-striatal döngü) hipoaktivitesi bildirilmiştir. Çevresel faktörler arasında önemli olduğu düşünülenler arasında başlıca gebelikte nikotin, alkol, ağır metal maruziyeti, perinatal stres, düşük doğum ağırlığı ve travmatik beyin hasarı gelmektedir.

KLİNİK

DEHB klinik bir tanı olup, tanıyı kesinleştirmeye yönelik herhangi bir laboratuvar ya da özgün bir tanı testi bulunmamaktadır. Aile ve çocuk ile yapılan görüşmeler, klinik gözlemler, fizik ve nörolojik muayene, davranışsal değerlendirme ölçekleri, okul ve öğretmenlerden alınan bilgiler ve bilişsel testlerden sağlanan veriler klinisyenin tanı araçlarıdır. Tanı bir çocuk ve ergen psikiyatri uzmanı tarafından konulmalıdır.

DSM-5'e göre DEHB Tanı Ölçütleri (Amerikan Psikiyatri Birliği)

A. Aşağıdakilerden I. ve/veya II.'nin karşılanması gerekmektedir.

I. Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle, uyumsuzluk doğuracak ve/veya gelişim düzeyine uymayacak derecede varlığını sürdürerek, sosyal ve akademik/mesleki aktivitelerde doğrudan bozucu

etki göstermiştir (17 yaşından büyükler için 5 belirtinin varlığı yeterlidir).

Dikkatsizlik

(a) çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar (örneğin; detayları kaçırabilir veya atlayabilir, yaptığı görev hatalıdır).

(b) çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da katıldığı oyun vb. etkinliklerde dikkati dağılır (örneğin; derlerde, ikili konuşmalar sırasında veya uzun paragraflar okurken dikkatini korumada zorluk).

(c) doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür (örneğin; apaçık bir dikkat dağıtıcı unsur olmadığı halde bile aklı başka yerdeymiş gibi görünür).

(d) çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (örneğin; bir göreve başlar ama odağını çabuk kaybeder ve kolaylıkla dikkati kayar; okul ödevlerini, ev işlerini, veya iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz).

(e) çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker (örneğin; sırayla yapılması gereken görevleri yönetmekte zorlanma; materyalleri ve eşyaları belli bir düzende tutmakta zorlanır; işleri dağınık ve dezorganizedir; zaman yönelimi zayıftır; ödevlerin teslim tarihini kaçıırır).

(f) çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir (örneğin; okulda verilen ödevler veya ev ödevleri; yaşça daha büyük ergen ve yetişkinler için: rapor hazırlama, form doldurma veya uzun rapor veya makaleleri gözden geçirme).

(g) çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin; okul araç gereçleri, kalemler, kitaplar, cüzdan, anahtar, ödevler, gözlük, cep telefonu).

(h) çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır (yaşça daha büyük ergen ve yetişkinler için, akla gelen ilgisiz düşünceleri içerir).

(i) günlük etkinliklerde çoğu zaman unutkanlıktır (örneğin; gündelik işler; yaşça daha büyük ergen ve yetişkinler için: telefon çağrılarına geri dönmek, fatura ödemek, randevuları unutmak).

II. Aşağıdaki hiperaktivite- dürtüsellik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle, uyumsuzluk doğuracak ve/veya gelişim düzeyine uymayacak derecede varlığını sürdürerek, sosyal ve akademik/mesleki aktivitelerde doğrudan bozucu etki göstermiştir (17 yaşından büyükler için 5 belirtinin varlığı yeterlidir).

Hiperaktivite-Dürtüsellik

(a) çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.

(b) çoğu zaman oturması beklenen durumlarda oturduğu yerden kalkar (örneğin; sınıfta, iş yerinde veya oturulması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).

(c) çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).

(d) çoğu zaman sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.

(e) çoğu zaman hareket halindedir ya da adeta motor takılmış gibi davranır (örneğin; uzun bir zaman boyunca lokanta veya toplantılarda rahat bir şekilde duramaz, başkaları tarafından huzursuz ve ayak uydurulması zor olarak algılanabilir).

(f) çoğu zaman çok konuşur.

(g) çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır (örneğin; başkalarının cümlelerini tamamlar veya konuşmalarda başkalarının sözünü keser, konuşma sırasını bekleyemez).

(h) çoğu zaman sırasını bekleme güclüğü vardır (örneğin; kuyrukta).

(i) çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örneğin; başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar, izin almadan başkalarının eşyalarını kullanır, ergen veya yetişkinler başkalarının yaptıklarına karışır veya üstlenirler).

B. Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktivite-dürtüsellik semptomları ya da dikkatsizlik semptomları 12 yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır (örneğin; evde, işte ya da okulda, arkadaşlarla veya akrabalarla veya başka aktivitelerde).

D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.

E. Bu semptomlar sadece şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin; duygudurum bozukluğu, kaygı bozukluğu, dissosiyatif bozukluk ya da bir kişilik bozukluğu).

Mevcut duruma göre görünümü belirtiniz:

I. Bileşik Görünüm: Son 6 ay boyunca hem A1, hem de A2 tanı ölçütü karşılanmıştır.

II. Dikkat Eksikliğinin Önde Geldiği Görünüm: Son 6 ay boyunca A1 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

III. Hiperaktivite-Dürtüselliliğin Önde Geldiği Görünüm: Son 6 ay boyunca A2 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

AYIRICI TANI

Yaşa uygun hareketlilik ve dikkatsizlik, öğrenme bozukluğu, davranım duygudurum bozukluğu, kaygı bozukluğu, dissosiyatif

bozukluk ya da bir ilaç kullanımı ve genel tıbbi durumlar ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

TEDAVİ VE PROGNOZ

DEHB'nin sadece çocukluk çağı hastalığı olmadığı, yetişkin yaşlarda da belirtilerin çeşitli alanlarda işlevselliği bozarak devam ettiği bilinmektedir. Tedavi edilmemiş DEHB'nin alkol ve madde bağımlılığı, adli sorunlar, akademik başarısızlık, işsizlik, sık boşanma, erken yaşta gebelik gibi psikiyatrik ve sosyal riskler oluşturduğu bilinmektedir.

Tedavi bir çocuk ve ergen psikiyatri uzmanı tarafından yapılmalıdır. Tanı ve tedavisinde standardizasyon sağlamak için oluşturulmuş birçok klinik uygulama kılavuzu, nörobiyolojik bir bozukluk olarak kabul edilen DEHB tedavisinde ilaçların en önemli tedavi yöntemi olduğu konusunda görüş birliği içerisindedirler. İlk sıra ilaçlar olarak önerilen metilfenidat ve dekstroamfetamin gibi santral sinir sistemi uyarıcı ilaçların

(psikostimulanlar) ve uyarıcı olmayan atomoksetinin tedavide belirgin bir klinik düzelme oluşturduğu birçok bilimsel ve klinik çalışma ile desteklenmiştir. İlaç tedavisi; psikoeğitim, psikososyal girişimler, davranış ve eğitim ile ilgili konularda bilgilendirme ve yönlendirmeleri içeren kapsamlı bir tedavi planının parçası olarak değerlendirilmelidir. DEHB tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar FDA tarafından altı yaş ve üzeri için kullanım onayı olan metilfenidat ve atomoksetin, üç yaş ve üzerinde kullanılabilen fakat Türkiye'de bulunmayan dekstroamfetamindir.

KAYNAKLAR

1. Akay A, Ercan ES. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2018.
2. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC.
3. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescent with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46:894-921.

ENÜREİS

Doç. Dr. Özalp Ekinci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ VE TANIM

Çocukluk çağında sık görülen ruhsal sorunlar arasında yer alan enürezis, takvim yaşı 5'in üzerinde olan çocuklarda ardışık 3 ay süre ile haftada en az 2 kez sıklıkta görülen alt ıslatma olarak tanımlanmıştır. Enürezis, çocuklarda mesane kontrolünün kazanılmış olması gerektiği yaşta istemsiz olarak yineleyen bir biçimde yatağa veya kıyafetlere idrar kaçırma olarak da tanımlanabilir.

EPİDEMİYOLOJİ

Enürezis en sık 5-7 arasında çocuklarda görülmektedir. Beş yaşındaki çocuklarda enürezis sıklığı %15-25 olarak gösterilmiştir. Enürezis sıklığı çocuğun yaşı büyüdükçe azalmaktadır ve ergenlikteki oran yaklaşık %1-3'tür.

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

Enürezis, olgunun klinik ve sosyal özelliklerine bağlı olarak, farklı etiyolojik etkenlerle ilişkili olabilir. Bu etkenler A) yapısal/işlevsel ve B) psikiyatrik/sosyal etkenler olarak sınıflanabilir. Tablo 1'de enürezis ile ilişkilendirilen etkenler özetlenmektedir. Farklı etiyolojik etkenlerle ilişkili olsa da, enürezisin genel olarak merkezi sinir sistemindeki ve/veya mesanenin periferik nöralinervasyonundaki bozukluklar sonucunda ortaya çıktığı düşünülmektedir. Noradrenerjik ve kolinerjik sistemler başta olmak üzere, birçok santral sinir sistemi yapısı, enürezis ile ilişkilendirilmiştir.

KLİNİK

Gündüz görülen alt ıslatma "diurnal enürezis", gece görülen alt ıslatma ise "nokturnel enürezis" olarak isimlendirilmektedir. Enürezis hem gündüz hem de gece görüldüğünde ise "enürezis kontinuum" tanımı kullanılmaktadır. Enürezis, ayrıca ortaya çıkış zamanına bağlı olarak da "birincil" ya da "ikincil" olarak gruplandırılmaktadır. Erken çocukluktan itibaren mesane kontrolünün hiç kazanılamadığı olgular "birincil enürezis" olarak isimlendirilmektedir. Öncesinde mesane kontrolü kazanılmış ve alt ıslatma sonradan ortaya çıkmışsa "ikincil

enürezis"ten bahsedilebilir. Alt ıslatması olan çocuğun bu belirtiden utanabileceği ve suçluluk duyguları yasayabileceği akılda tutulmalıdır.

Psikiyatrik tanıların koyulmasında kullanılan Teşhis ve Ruhsal Bozuklukların İstatistik El Kitabı-5. sürümde (DSM-5) yer alan güncel enürezis tanı kriterleri altta sunulmuştur:

A. İstemsiz olarak ya da isteyerek, yatağa ya da kıyafetlerine, yineleyen işeme.

B. Bu davranış, ya ardışık en az üç boyunca, en az haftada iki kez olduğu için ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya

Tablo 1. Enürezis ile ilişkili etkenler

A.Yapısal/işlevsel etkenler

1-Mesane fonksiyonları

*Yetersiz mesane kapasitesi

*Uyumsuz detrussor kası aktivitesi

2-Hormonal

*Yetersiz nokturn el antidiüretik hormon aktivitesi

3-Bağırsak fonksiyonları

*Kabızlık

4-Uyku fizyolojisi ile ilgili etkenler

*Uyku fazları ile ilgili sorunlar

*Gece mesane dolumu ile ilgili yetersiz uyarılma

5-Genetik

*Ailede enürezis öyküsü

6-Merkezi sinir sistemi gelişiminde gecikme

*Zeka geriliği

*İnce ve kaba motor, dil ve sosyal becerilerde gecikmeler

B.Psikiyatrik-sosyal etkenler

1-Ailesel

*Boşanma

*Kardeş doğumu

*Olumsuz aile yaşantıları ve göç

*İstismar

*Ağır hastalıklar ve ölüm

2 -Çevresel

*Okul ve akran sorunları

*Okul değişikliği

*Travmatik olaylarla karşılaşma

3-Yanlı tuvalet eğitimi

*Erken ya da geç tuvalet eğitimi

*Katı ve uygunsuz cezalandırma

da toplumsal, okulla (işle) ilgili ya da önemli diğer işlevsellik alanında işlevsellikte düşmenin varlığı ile kendini gösterdiği için klinik açıdan önem taşır.

C. Zaman dizinsel (kronolojik) yaşı en az beştir (ya da gelişimsel düzeyi buna eşdeğerdir).

D. Bu davranış, bir maddenin [örneğin; idrar söktürücü (diüretik), antipsikotik bir ilaç] ya da başka bir sağlık durumunun (örneğin; diyabet, spinabifida, bir katılma bozukluğu) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Yalnızca gece (noktüm): Yalnızca gece uykusu sırasında idrar kaçırm.

Yalnızca gündüz (diürnal): Yalnızca uyanık olduğu saatlerde idrar kaçırm.

Gece ve gündüz (noktüm ve diürnal): Yukarıdaki iki alttütün birleşimidir.

RADYOLOJİ

Alt ıslatma şikayeti ile gelen ve tıbbi bir hastalığı olmayan çocuklarda gerekli olan bir görüntüleme yöntemi yoktur. Ayırıcı tanıda tıbbi bir hastalık düşünülen olgularda öncelikle yapılması gereken görüntüleme üriner ultrasondur. Ürolojik ya da nörolojik hastalık şüphesi olan olgularda, üroflowmetri, ürodinami ve lumbosakral spinal manyetik rezonans ve karın grafisine gerek duyulabilir.

LABORATUVAR BULGULARI

Alt ıslatma şikayeti ile gelen çocuklarda mutlaka bir kez rutin idrar tetkiki, idrar kültürü ve kan biyokimyası istenmelidir. Üriner sisten enfeksiyonu olan olgularda idrarda enfeksiyon ile ilgili bulgulara ve idrar kültüründe üremeye rastlanır. Alt ıslatma ile ilişkili olabilecek bir tıbbi tanı ya da ile tanı şüphesi olduğu durumlarında, ilgili branş tarafından ek testler istenebilir. Gelişim geriliği şüphesi olan olgularda zeka testi tanıya yardımcı olacaktır.

AYIRICI TANI

Alt ıslatma şikayeti ile gelen bir olguda öncelikle olgu ve ailesi ile ayrıntılı bir psikiyatrik görüşme ve ruhsal durum muayenesi yapılmalıdır. Aile ve çocuğun ayrı ayrı değerlendirilmesi ailenin alt ıslatmaya bakışını anlamak adına önemlidir. Olgunun yaşı, gelişim düzeyi ve belirtinin ne kadar zamandır yaşandığı, sıklığı ve şiddeti belirlenmelidir. Enürezis tanısına gidilirken mutlaka aileden çocukta herhangi bir ürolojik hastalık olup olmadığı ve ateş ve idrar yaparken yanma gibi üriner sisten enfeksiyonu belirtilerinin olup olmadığı sorulmalıdır. Alt ıslatma sorgulanırken, çocuğun bu belirtiden utanabileceği ve suçluluk duyguları yaşayabileceği akılda tutulmalıdır.

Enürezisin ayırıcı tanısı yapılırken, çok sayıda etiyolojik etkenle ilişkili olabileceği unutulmamalıdır. Ayırıcı tanıda öncelikle, “tanısı konulmuş” genel tıbbi hastalıklar sonucunda ortaya çıkan alt ıslatmalar değerlendirilmelidir. Ayırıcı tanıda akla gelmesi gereken en sık tanılar: a. Üriner sistem enfeksiyonu, b. Kabızlık, c. Nefrolojik ve endokronolojik hastalıkları, d. Epilepsi, e. Mesane işlev bozuklukları ve ürinerin kontinans, f. İlaç yan etkisi, g. Genito-Üriner sistem travmaları, h. İstismar ve i. f) Uyku apnesi olarak tanımlanabilir. Yetersiz bakım ve ihmale uğrayan veya fiziksel ya da cinsel istismara uğrayan çocuklarda enürezis görülebilir. Çocuğun önceye göre durgun, mutsuz ya da öfkeli olması, kaygılar ve tuvalet alışkanlıklarında keskin değişiklikler olması durumunda mutlaka istismar akla gelmelidir. Epilepsi tanılı çocuklarda alt ıslatma sıklıkla sadece epileptik nöbetler sırasında görülür. Diabetes mellitus tanılı çocuklarda alt ıslatmaya idrar çıkışında artışla birlikte rastlanabilir. Diabetes mellitusta alt ıslatma dışında; aşırı sıvı tüketimi, idrar çıkışında belirgin artış olması ve ilgili tanılara özgü klinik ve laboratuvar bulguları ayırıcı tanıda kolaylaştıracaktır. Yetersiz noktürn timer antidiüretik hormon aktivitesinin (diabetes insipitus) gece idrar miktarının oluşumunda artışa neden olduğu gösterilmiştir. Böbrek yetmezliği ve diğer böbrek fonksiyon bozukluklarında da poliüri ve çok su içme saptanabilir.

TEDAVİ VE PROGNOZ

Üriner sistem enfeksiyonu gibi tıbbi durumların varlığında bu durumun etkin tedavisi planlanmalıdır. Tüm yaş gruplarında, öncelikle doğru tuvalet alışkanlıkları ve akşam sıvı kısıtlaması üzerinde durulmalıdır. Küçük yaşta çocuklarda, çocuğun kuru olduğu günler için “güneş” ya da “gülen yüz” gibi sembollerle ödüllendirildiği davranış karneleri tedavide sıklıkla yeterlidir. Çocuğun davranış karnesi yöntemine aktif olarak katılımı hem belirtilerin etkin olarak takibi hem de çocuğun tedavi sorumluluğunu hissetmesi açısından olumlu olarak değerlendirilmektedir. Akşam saatlerinde susatacak besinlerden uzak durulması ve akşam yemeğinden sonra sıvı kısıtlaması yapılması faydalıdır.

İlköğretim dönemi ve ergenlikte enürezis tedavisi, genellikle ilaç tedavilerini de içerir. Kullanılacak ajanın seçiminde olgunun yaşı, bozukluğun alt tipi, belirtilerin şiddeti ve aciliyetinin yanı sıra olgudaki psikiyatrik eş tanılar da değerlendirilmelidir. Tedavide olgunun klinik özelliklerine, imipramin ya da desmopressin tedavilerinden biri tercih edilmelidir. Enürezisdiürna ve kontinuum olan olgularda ve uykunun non-rem (ilk birkaç saati) fazında alt ıslatması olan olgularda imipramin öncelikle tercih edilmelidir. Gece sık idrar çıkışı ve poliürinin belirgin olduğu noktürn timer enürezis olgularında ise desmopressin etkin olarak kullanılabilir. İmipramin ve desmopressin tedavileri etkinliğe ulaşıldıktan sonra 4-6 ay sürdürülmeli ve kademeli olarak sonlandırılmalıdır.

İkincil enürezis olgularında, yukarıda anlatılan yöntemlerin yanı sıra, alt ıslatma ile ilişkili olan ailesel ya da çevresel sorun belirlenmeli ve çözüm üretilmelidir. Okula uyumda zorluk yaşayan ya da arkadaş sorunları olan olgularda bu konularda psikososyal destek verilmesi ile belirtilerde belirgin düzelme görülmektedir. Ailede olabilecek boşanma, ebeveynler arası sorunlar, kardeş uyumsuzluğu gibi sorunların etkin olarak ele alınması ve çözüm üretilmesi de enürezisin tedavisine katkı sağlar.

Enürezis tanılı olgularda eş tanı yüksek sıklıkta rastlanan bir durumdur ve tedavi algoritmasında değişikliklere neden olabilmektedir. Olgularda en sık görülen eş tanıların DEHB, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, anksiyete bozuklukları, uyum bozuklukları ve enkoprezis olduğu bildirilmiştir. Eş tanıların etkin olarak tedavisi enürezis tedavisine de katkı sağlayacaktır. Enürezis yaşayan çocuğa kırııcı ifadeler kullanılması ve küçük düşürülmesi çocuğun özgüvenini zedeler ve tedavinin başarısını olumsuz etkiler. Bu bağlamda, hem ebeveynlerin hem de ailedeki büyük kardeşlerin enürezis hakkında bilgilendirilmesi ve çocuğun başarılarını pekiştirme yönünde teşvik edilmesi sağlanmalıdır.

Enürezis çocuğun yaşı büyüdükçe kendiliğinden düzelme eğilimi gösteren bir bozukluktur. Tanı alan çocukların en az beşte

birinde her yıl spontanremisyon görülmektedir. Öte yandan etkin tedavi yaklaşımları ve yüksek spontanremisyon oranlarına karşın bazı olgularda ergenlikte süreğenlik göstermektedir ve sosyal zorlukları beraberinde getirmektedir. Bu sebeple erken teşhis, olgunun klinik özelliklerine göre yeterli süre uygulanan tedavi yaklaşımları ve ailenin konu hakkında eğitimi büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Fritz G, Rockney R, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Benson RS, et al; WorkGroup on Quality Issues; AACAP. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with enuresis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004;43:1540-1550.
3. Caldwell PH, Deshpande AV, VonGontard A. Management of nocturnal enuresis. BMJ 2013;29:347:f6259.
4. Dışa Atım Bozuklukları, Fatih Ünal, Betül Mazlum, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı 2. basım, Ed: Füsün Çuhadaroğlu ve ark. 2008;522-531.
5. Salita M, Macknin M, Medendorp SV, Jahuke D. First-morning urine specific gravity and enuresis in preschool children. Clin Pediatr (Phila). 1998;37:719-724.

İHMAL VE İSTİSMAR

Doç. Dr. Gül Karaçetin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği İstanbul, Türkiye, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği Eğitim Sorumlusu

GİRİŞ VE TANIM

Çocuk ihmali ve istismarı “çocuklara kötü muamele (child maltreatment)” başlığı altında tanımlanır. Çocuklara kötü muamelenin tanımı şu şekildedir: “Bir sorumluluk, güven veya güç ilişkisi bağlamında, çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi ve saygınlığı açısından, fiilen zararlı veya potansiyel olarak zararlı sonuçlar verebilecek her tür fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkar davranış veya ticari amaçlı, ya da başka tür sömürsüdür”. Çocuklara kötü muamele çocuğun ihmali ya da istismarı şeklinde olabilir.

Çocuk ihmali (child neglect): Çocuğa bakım veren kişilerin onun gereksinimlerini yeterince karşılayamaması sonucu çocuğun gelişiminin olumsuz yönde etkilenmesi durumudur. Çocuk ihmali 4 boyutta gerçekleşebilir; fiziksel ihmal, tıbbi ihmal, duygusal ihmal, gelişimin ve eğitimin ihmali.

Çocuk istismarı (child abuse): Çocukların; başta anne-babaları olmak üzere, onlara bakıp gözetmek ve eğitmekle görevli sorumluluk, güç ve güven ilişkisinde oldukları kişiler ya da yabancılar tarafından; bedensel ve/veya ruhsal sağlıklarına zarar verecek, fiziksel, duygusal, zihinsel ya da cinsel gelişimlerini engelleyecek biçimde uygulanan tüm fiziksel, cinsel ya da duygusal tutumlardır. Çocuk istismarı 3 boyutta gerçekleşebilir: fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar.

Çocuk istismarı bir insanlık suçudur, çocuk haklarının ihlal edildiği bir durumdur ve çok boyutludur. Fiziksel, ruhsal, sosyal, kültürel ve hukuki boyutları vardır. Çocuk haklarına dair sözleşmeler arasında uluslararası anlamda en yaygın kabul gören ilk resmi belge “Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi”dir. Ülkemiz de bu anlaşmaya taraf devletler arasındadır. Ayrıca, ülkemizde çocuk hakları “Çocuk Koruma Kanunu” ile korunmaktadır. Bu kanunda çocuk, daha erken yaşta ergin olsa bile 18 yaşını doldurmamış kişi olarak tanımlanmıştır.

Cinsel istismar: Cinsel istismar Türk Ceza Kanunu (TCK) tarafından suç olarak kabul edilmiştir ve 103. maddede şu şekilde tanımlanmıştır: “a) On beş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış, b) Diğer çocuklara

karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar, anlaşılır. TCK’de yetişkinlere yönelik olarak gerçekleştirilen cinsel amaçlı eylemler, “cinsel saldırı suçu” olarak tanımlanırken, çocuklara yönelik cinsel amaçlı saldırılar. “Cinsel istismar” olarak tanımlanmıştır; çünkü 15 yaşından küçük çocukların kendilerine karşı gerçekleştirilen cinsel davranışın ayırıcılığı değildir, bu davranışla ilgili rızalarından söz etmek olanaksızdır ve kendilerine yönelik cinsel amaçlı saldırı karşısında hareketsiz ya da dirençsiz olmaları durumunda dahi çocukların “rızaları dışında” cinsel eyleme boyun eğdikleri kabul edilmelidir. On beş yaşını tamamlamış çocuklar için fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği: “bir kişinin bir diğeri ile cinsel ilişkide bulunma isteğinde olması ve bu konuyu özgür irade ve kararı ile gerçekleştirmesi için veya kendisine yapılan cinsel istismarın ahlaki kötülüğünü algılayabilmesi için o kişinin, içinde bulunduğu eylemin ruhsal-biyolojik-sosyal yönlerini tüm özellik ve ayrıntılarıyla bilmesi, eylemin ileriki sonuçları ve neden olacağı durumları düşünebilmesi ve bundan sonra istek ve arzusunun istikametinde karar vermesi” olarak anlaşılmalıdır. On beş yaşını tamamlamış çocuklara karşı cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar cinsel istismar olarak kabul edilmiştir.

•**Cebir:** Mağdurun direncini kıran ve failin arzu ve isteklerine uygun olarak mağdurun hareket etmesine neden olan fiziki güç.

•**Tehdit:** Cinsel davranışa rıza gösterilmemesi durumunda, mağdurun ileride bir zarara uğratılacağı beyanını.

•**Hile:** Mağdurun cinsel davranışa yönelik olarak vereceği rızayı sağlamak amacıyla, mağdurun iradesini yönlendirmeye elverişli vasıtalarla. Burada mağdurun faile gösterdiği rıza onun gerçek iradesi değildir.

TCK’de çocuğu cinsel yönden istismar eden kişinin sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı ifade edilmektedir.

Fiziksel istismar: Çocuğa karşı kasıtlı olarak kullanılan fiziksel güç sonucunda, çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi veya onuru açısından zararlı durumların ortaya çıkması ya da çıkabilecek olması şeklinde tanımlanır. Bu tanım çerçevesinde

değerlendirilebilecek hareketler; vurma, tekmeleme, sarsma, ısırma, boğazını sıkma, yaralama, yakma, zehirlenme, boğma gibi davranışlar olabilir.

Duygusal istismar: Çocuğa değersiz, seilmeyen, istenmeyen, hatalı, tehlikede ya da sadece başkalarının gereksinimlerini karşılamada işe yarayan varlıklar olduğu izlenimini yaratan sürekli davranışlarda bulunulması olarak tanımlanmıştır. Çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli olarak kötülenmesi, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, yaşına ve gücüne uygun olmayan isteklerde bulunulması ve topluma aykırı düşen çocuk bakım ve yöntemleri ile yetiştirilmesi duygusal istismardır.

EPİDEMİYOLOJİ

En sık görülen istismarın duygusal istismar olduğu, fiziksel istismarın duygusal istismardan sonra en sık rastlanan istismar türü olduğu bildirilmekle birlikte, istismar bildirimlerinin gerçek oranları yansıtmadığı görüşü yaygındır. Son yıllarda çocuk istismarı konusuna ilgi ve duyarlılıkta artış bulunmasına rağmen araştırma sayısı halen yetersizdir. Dünya'nın farklı bölgelerindeki çeşitli ülkelerde fiziksel istismar oranının %0,5 ile %80 arasında olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde farklı zamanlarda farklı yaş grupları ile yapılan çalışmalarda fiziksel istismar sıklığının %30-%54 arasında olduğu saptanmıştır. Cinsel istismar sık rastlanan bir durum olmakla birlikte sıklıkla gizli kalmaktadır. Olguların yalnızca %15'inin bildirildiği düşünülmektedir. Cinsel istismara uğrama sıklığının kız çocuklar için %7-36, erkek çocuklar için %3-29 arasında değiştiği bildirilmiştir. Kız çocukların 1,5-3 kat daha fazla cinsel istismara uğradığı bildirilmiştir. Ülkemizde erişkinlerle yapılan bir çalışmada geriye dönük olarak çocukluk çağı cinsel istismarı sorulmuş ve %2,5 olarak bildirilmiştir. Çoğunlukla birden fazla istismarın bir arada bulunduğu, en sık kombinasyonun ise fiziksel ve duygusal istismar olduğu bilinmektedir.

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

Çocuklara yönelik kötü muamelenin tek bir nedenden çok pek çok risk etkeninin etkileşimi sonucu ortaya çıktığı belirtilmektedir. Bu risk etkenlerinin, çocuğa, aileye ve topluma ait olarak sınıflandırıldığı görülmektedir. Ergenlik ve 3 yaş öncesinde fiziksel istismara uğrama sıklığında artış dikkati çekmiştir. Engelli çocukların daha fazla kötü muameleyle karşılaştıkları belirtilmekle birlikte, bu durumun bir neden mi yoksa sonuç mu olduğu net değildir. Ebeveynlerde ruhsal hastalık, madde kötüye kullanımının olması ya da düşük dürtü kontrolü, strese artmış tepki gibi kişilik özelliklerinin bulunması, erken yaşta ebeveyn olma, ailede 4 veya daha fazla çocuğun olması, ebeveynde fiziksel istismara uğrama öyküsü bulunması fiziksel istismar riskini artıran diğer faktörlerdir.

KLİNİK

Çocukta fiziksel istismarın en sık rastlanılan şekli dayaktır. Fiziksel istismar basit bir çimdikleme eyleminden, sıcak su ile yakma, bıçaklama gibi öldürücü nitelik taşıyan eylemlere kadar uzanan cezalandırma yöntemlerini kapsamaktadır; bu nedenle klinik bulgular çok değişkendir. Fiziksel istismar en sık olarak deri, iskelet sistemi ve merkezi sinir sistemi bulguları ile ortaya çıkmaktadır ve beden her bölümünü, istismarın şiddetiyle değişen ölçüde etkileyebilir. Cinsel istismarın çocuğun yaşı, istismarın tipi, şiddet kullanılıp kullanılmadığı, istismarcının yakınlığı gibi faktörlere bağlı olarak değişik boyutlarda ruhsal belirtilere yol açtığı bildirilmiştir. İlk tepkiler genellikle korku, kaygı, kaçınma, çökkünlük ve öfkedir. Olayın algılanması ve verilen tepkilerin mağdurun yaşı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yaş dönemlerine göre klinik bulgular ayrılmaktadır.

Cinsel istismara uğrayan 10 yaşından küçük çocuklarda görülen tepkiler:

- Kendi yaş ve gelişim düzeyine uygun olmayan cinsel bilgiye sahip olması
- Resimlerinde, oyunlarında ve davranışlarında cinsel içerikli temaların olması
- Sık ve ortalık yerde yapılan mastürbasyon
- Konuşmasında cinsel içerikli sözcüklerin sık kullanılması
- Yalnız kalmak istememe
- Uyku sorunları
- İdrar ve gayta kaçırmaya
- Kendini yaralayıcı ya da risk alıcı davranışlar
- Dürtüsellik
- Fobik kaçınmalar (örneğin, istismarcı ile aynı cinsiyetteki tanıdıklardan korkma)
- Özellikle erkek çocuklarda daha sık olarak ateş çıkarma davranışı, hayvanlara kötü davranma
- Ailede rol değişimi, erken olgunlaşma
- Okul ve arkadaş ilişkisinde sorunlar
- Ani davranış değişiklikleri.

Cinsel istismara uğrayan 10 yaşından büyük çocuklarda görülen tepkiler:

- Büyük çocuklarda sosyal gelişim nedeniyle açık cinsel uğraşlar daha azdır
- Cinsel istismara uğramış ergenlerde rastgele cinsel ilişkiye girme davranışı ve tekrarlayan istismarlara maruz kalma riski vardır
- Depresyon
- Sosyal geri çekilme
- Yeme bozuklukları
- Kaçıp gitme
- Madde kötüye kullanımı

- Suça yönelme
- Kendini yaralayıcı davranışlar
- İntihar
- Ailede rol değişimi
- Erken olgunlaşma
- Okul ve arkadaş ilişkisinde sorunlar
- Ani davranış değişiklikleri.

AYIRICI TANI

Fiziksel istismardan şüphe duyulması gereken klinik özellikler şunlardır:

- Çocuğun bedeninde farklı zamanlara ait çok sayıda morluk olması
- İki taraflı göz altı morluğu
- Bir şekile benzeyen yaraların gözlenmesi (örneğin; cetvel, sopa, sigara izi)
- Hekime/sağlık kurumuna başvurmada belirgin bir gecikmenin olması
- Benzer şikayetler ile ilgili birden fazla hekime/sağlık kurumuna başvurulması
- Çocuğun hastane hastane gezdirilmesi
- Tutarsız öykü
- Önemli yaralar için herhangi bir açıklama yapılamaması veya yetersiz ya da
- Uygun olmayan açıklamaların yapılması
- Olay ile ilgili öykünün anlatımdan anlatıma değişmesi
- Kaza mekanizması ile çocuğun yaşı ve mevcut gelişim düzeyinin uyumsuz olması
- Ebeveynlerin tepkilerinin yaralanmaların türü ve şiddeti ile uyumlu olmaması (az ya da aşırı tepki)
- Anne, baba ve bakıcıların çocuğa karşı düşmanca davranışları, bazen de aşırı sevecen davranması (gösteri amaçlı sevgi)
- Yaralanmaların çocuğun kendisi, çocuğun kardeşi veya başka bir üçüncü şahıs tarafından meydana getirilmiş olduğunun iddia edilmesi
- Görüşmede, çocuğun anne babayı suçlaması veya anne babanın belirgin bir şekilde savunulması (öğretilmiş tutum)
- Çocuğun sıra dışı şekilde korkulu, ürkek, güvensiz ve temkinli oluşu
- Fiziksel temastan sakınması
- Tehlike konusunda tetikte olması
- Eve gitmekten korkması
- Hayvanlara, akranlarına, kardeşlerine ve yetişkinlere karşı fiziksel olarak şiddette bulunması
- Öfkeli tepkiler ve suç davranışı sergilemesi

TEDAVİ VE PROGNOZ

Ne yazık ki cinsel istismar çocuklar üzerinde çok yıkıcı etkileri olan bir durumdur ve geliştikten sonra müdahale zaman almaktadır. İstismarın önlenmesi, eğer geliştirse en kısa sürede sonlanması için bildirim çok önemlidir. Cinsel istismar bir insanlık suçudur, çocuğun istismarından şüphe duyulduğu anda yapılması gereken adli bildirimdir. Adli olguların bildirim zorunluluğu TCK madde 280'de şu şekilde tanımlanmıştır:

(1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.

Adli bildirimde amaç temelde çocuğun korunma altına alınması ve istismarcıdan uzaklaştırılarak tedavi sürecinin başlatılmasıdır. Hukukta fiziksel istismar, yaralama suçu kapsamında düzenlenmiş olup fiilin kasıt, ihmal ve taksir yoluyla işlenebileceği kabul edilmiş ve buna göre farklı yaptırımlar öngörülmüştür.

TCK'de yer alan kasten yaralama (TCK 86), sonucu nedeniyle ağırlaştırılmış yaralama (TCK 87), taksirle yaralama (TCK 89), ihmal suretiyle yaralama (TCK 88) ve kötü muamele (TCK 232) suçları çocuğun fiziksel istismarı alanında faillerin cezalandırılmasını sağlayan hükümlerdir. TCK'nda çocuk ihmali, aile hukukundan doğan yükümlülüğün ihlali suçu kapsamında düzenlenmiştir.

İstismarın çocuk ve ergenler üzerindeki ruhsal etkilerine baktığımızda; birçok çalışmada çocukluk dönemi istismarı ile psikopatoloji arasında bağlantı olduğu bildirilse de istismara uğrayan tüm çocuklarda psikopatoloji gelişmemektedir. Cinsel istismara uğrayan çocukla istismar eden kişi arasındaki yaş farkının artması, saldırganın tanınmış ya da aile içinden biri olması ve cinsel istismarın süregelenliği çocuğun travmadan etkilenmesini artıracaktır. İstismarın açığa çıkmasının ardından çocukla olan etkileşim prognoz üzerinde belirleyici olmaktadır. Çocuk ihmali ve istismarı çocukların fiziksel ve duygusal gelişimini olumsuz yönde etkileyen, yaşam boyu sürebilecek ruhsal bozukluklar için risk oluşturan bir halk sağlığı problemidir. İstismara uğramış çocuklarda intihar davranışı açısından 4 koruyucu faktör belirlenmiştir:

Aile bağları, öğretmen ilgisi, diğer erişkinlerin desteği ve okul güvenliği.

KAYNAKLAR

1. Akay A, Ercan ES. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği 2018.
2. Çuhadaroğlu Çetin F, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara. Hekimler yayın Birliği 2008.



3. Dağılı T, İnanıcı MA. Hastane Temelli ocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı. İhmal ve İstismara Uğrayan ocuęa Bütüncül Yaklaşım. Ankara ©UNICEF Türkiye lke Ofisi. Birinci Baskı: Kasım; 2011.
4. World Health Organization. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. International Children's Center Association 2006.

KARŞIT OLMA KARŞI GELME BOZUKLUĞU

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Adak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ VE TANIM

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) çocuğun otorite figürleriyle ilişkisinin ve kurallara uyumunun bozuk olması durumudur.

Anne babalar günlük yaşamda bu durumu “söz dinlememe” bozukluğu olarak tanımlarlar. Onlara göre; KOKGB olan çocuklarının genel tavrı, kendilerine ne söylenirse söylensin reddetme şeklinde olmaktadır.

KOKGB çocuk veya ergenin; kurallara uymak istememesi, ebeveynlerine karşı gelmesi, negativist bir tutum sergilemesi, sürekli uyumsuz davranışlarda bulunarak öğretmenlerini sinirlendirmesi ve insanlara karşı düşmanca tavırlar sergilemesiyle tanımlanabilen bir bozukluktur.

KOKGB'ye sahip kişiler, karşıt davranışlarını diğerlerine verilen haklı ve uygun tepkiler olarak görürler. Çevreleri için çoğu zaman sinir bozucu ve tatsızdırlar ancak davranım bozukluğunda (DB) görülen başkalarının temel haklarının ve yaşa uygun toplumsal norm ve kuralların sürekli ve tekrarlayıcı bir biçimde saldırıya uğratılması gibi bir davranış paterni göstermezler.

EPİDEMİYOLOJİ

Bugüne kadar yapılan araştırmalar, çocuklarda KOKGB'nin sıklığını %2-16 gibi bir aralıkta vermektedir.

KOKGB'nin dünya genelinde ortalama yaygınlığının %3,3 olduğu ve ülkemizde yapılan kapsamlı epidemiyoloji çalışmalarının sonuçlarının da dünya ortalamasına benzer olduğu belirtilmektedir.

Erkeklerde kızlardan daha sık görüldüğü düşünülmektedir. KOKGB sıklıkla çocukluk döneminde başlamaktadır.

ETİYOLOJİ

KOKGB'ye özgül tek bir etiyolojik faktör bulunmamakla birlikte, yapılan çalışmalar KOKGB'nin zor bir mizaçla olumsuz ebeveyn tutumlarının biraraya gelmesinden kaynaklandığını desteklemektedir. KOKGB; biyolojik, psikolojik, sosyal ve gelişimsel etkenlerin rol oynadığı multifaktöriyel, kompleks bir etiyolojiye sahiptir.

KOKGB'nin etiyolojisini aydınlatmaya yönelik çalışmalar genetiğin rolü üzerinde durmaktadır. Ancak KOKGB üzerine yapılan genetik araştırmalar karışık sonuçlar vermektedir.

Psikolojik etkenler ise en fazla bağlanma üzerinde yoğunlaşmaktadır. Çocukluktaki güvensiz bağlanmanın KOKGB'ye yatkınlığı artırabilen bir faktör olduğu, güvenli bağlanmanın ise koruyucu bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Çocukluğunda olumsuz olaylar yaşayan çocukların ileriki yıllarda çevrelerine karşı düşmanca bir tavır seğileyebildikleri iddia edilmektedir.

KOKGB için öne sürülen bir diğer önemli etiyolojik faktör de olumsuz aile yaşantılarıdır. Aile ilgisinin zayıf olması, aile uyumsuzluğu, aile içi anlaşmazlıklar, şiddet, çocuğun istismarı ve aile bireylerindeki psikiyatrik bozuklukların karşıt olma karşı gelme davranışlarıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir.

KLİNİK

KOKGB olan çocuklar suç işleyen çocuklar değil, kurallara uymamak için sürekli direnen ya da yapması gerekenleri söylenerek, zorla yapan çocuklardır. Bu çocuklar büyüklerini sinir etmeye çalışan, diğer çocuklar tarafından kolay kızdırılabilen, öfkesini kontrol etmekte güçlük çeken ama bu öfkeyi sözel tepkiler (bağırma-çağırma, vb.) verme boyutunda tutabilip, saldırganlığa veya fiziksel şiddete vardırmayan çocuklardır. Bozukluğun belirtileri tipik olarak bu çocukların aşına olduğu, rahat hissettikleri ortamlarda ve tanıdık çevrelerine yöneliktir. Bu nedenle klinikte muayene edilirken olduğundan daha az belirti gösterebilirler. Zaten onlara göre kendi davranışları normaldir ve çevresindekilerin anormal talep ve davranışlarına karşı olağan tepkiler göstermektedirler. Kendilerini bu şekilde savunuyor olsalar da, bu durum hem kendileri hem de çevreleri için stres ve gerginlik oluşturur. Genellikle sosyal ilişkileri ve akademik başarıları olumsuz olarak etkilenir.

KOKGB tanısı, birçok farklı bilgi kaynağından (ebeveynler, öğretmenler, vb.) bilgiedinerek, klinik görüşmelerle, DSM-5 tanı kriterleri göz önüne alınarak konur. DSM-5 tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir.

DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Aşağıdaki kategorilerin herhangi birinden olmak üzere, en az dört belirtinin bulunması ile belirli, en az 6 ay süren, öfkeli/kolay kızan bir duygudurum, tartışmacı/karşı gelen davranış ya da kin besleme örüntüsü, kardeşi olmayan en az bir kişi ile etkileşimi sırasında kendini göstermiştir.

Öfkeli/kolay kızan duygudurum

1. Sık sık tepesi atar.
2. Sık sık alınganlık gösterir ya da kolaylıkla kızar.
3. Sık sık, öfkeli, kırgın, içerenmiş, güceniktir.

Tartışmacı/karşı gelen davranış

4. Buyurma, yaptırma ya da yasak etme gücü olan kişilerle sık sık tartışmaya girer; çocuklar ve gençler, büyükleriyle tartışmaya girerler.
5. Buyurma, yaptırma ya da yasak etme gücü olan kişilerin isteklerine ve kurallara sıklıkla uymaz ya da bunlara etkin bir biçimde karşı gelir ya da karşı koyar.
6. Sık sık, bile bile başkalarını kızdırır.
7. Kendi yanlışlarından ya da yanlış davranışlarından ötürü sıklıkla başkalarını suçlar.

Kin besleme

8. Son altı ay içinde en az iki kez düşmanlık gütmüş ya da kin beslemiştir.

Not: Olağan sınırlarda bir davranışla, belirti olarak kabul edilebilecek bir davranışı ayırt etmek için, bu davranışların sürekliliği ve sıklığı göz önünde bulundurulmalıdır. Beş yaşının altındaki çocuklarda, bu davranış, başka türlü tanımlanmamışsa (A8 tanı ölçütü), en az altı ay süreyle, çoğu gün ortaya çıkmış olmalıdır. Beş yaşında ve daha büyük çocuklarda, bu davranış, başka türlü tanımlanmamışsa, en az altı ay süreyle, en az haftada bir kez ortaya çıkmış olmalıdır.

B. Bu davranış bozukluğu, kişide ya da yakın çevresindeki başkalarında (örneğin; ailesi, yaşlıları, iş arkadaşları) sıkıntı yaratır ya da toplumsal, okulla ilgili, işle ilgili işlevsellik alanları ya da önemli diğer işlevsellik alanları üzerinde olumsuz etki gösterir.

C. Bu davranışlar yalnızca, psikozla giden bir bozukluk, madde kullanım bozukluğu, depresyon ya da iki uçlu bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır. Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu için tanı ölçütleri de karşılamamaktadır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Belirtiler yalnızca bir ortamla sınırlıdır (örneğin; evde, okulda, işte, yaşlılarıyla).

Orta derecede: Kimi belirtiler en az iki ortamda görülür.

Ağır: Kimi belirtiler üç ya da daha çok ortamda görülür.

AYIRICI TANI

KOKGB ayırıcı tanısında en önemli nokta, çocukluk döneminin normal kabul edilen özellikleriyle KOKGB belirtilerinin ayırt edilmesidir. Özellikle okul öncesi dönemde KOKGB ile normal çocukların ayırt edilebilmesi güç olabilmektedir. Gelişimsel döneme özgü karşı gelme davranışları KOKGB'ye göre daha kısa sürelidir ve benzer gelişimi olan çocukların davranışları ile aynı şiddettedir.

Stres verici yaşam olayları sonucunda gelişebilen bazı karşı olma karşı gelme davranışlarının bulunduğu çocuklarda, stres verici yaşam olayı öncesinde buseptomlar yoksa, süreçte gelişen uyum bozukluğu düşünülür, KOKGB tanısı konulmaz.

Karşı olma karşı gelme davranışları psikotik bozukluk sürecinde ya da duygudurum bozukluğu epizodları esnasında ortaya çıkmışsa, bu patolojilerle ilgilidir ve KOKGB'den ayırt edilmelidir. DB ve KOKGB belirtileri arasında bazı benzerlikler bulunmakla birlikte, KOKGB'de tepkinin sadece verbal düzeyde olması ve DB'nin KOKGB'den çok daha şiddetli belirtilerle seyretmesi bu iki durumun birbirinden ayırt edilebilmesini sağlar.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), KOKGB'ye sıklıkla eşlik etmekle birlikte, DEHB'nin hareketlilik ve dürtüsellikle ilgili belirtileri ile KOKGB'nin kendine özgü belirtileri de birbirinden ayrılmalıdır.

TEDAVİ VE PROGNOZ

KOKGB tedavisini psikososyal yaklaşımlar ve ilaç tedavileri ana başlıkları altında ele almak mümkündür.

KOKGB tedavisinde birincil psikososyal yaklaşım, içerisinde çocuklar ile sağlıklı bir iletişim kurmanın inceliklerini barındıran, uygun davranışların nasıl desteklenebileceğini, sorunlu davranışların nasıl kontrol edilebileceğini öğreten ebeveyn eğitimidir. Buna ek olarak, çocukla yapılan bireysel davranışçı psikoterapiler ve tüm aileyi kapsayan aile terapilerinin de KOKGB semptomlarını azaltmada etkin olduğu belirtilmektedir. KOKGB'ye özgü bir ilaç tedavisi yoktur. KOKGB'nin farmakolojik tedavisindeki en önemli nokta eşlik eden tanıların saptanması ve bunlara yönelik tedavilerin uygulanmasıdır. KOKGB'ye sıklıkla DEHB eşlik ettiğinden, çalışmalar DEHB tedavileri üzerine odaklanmıştır. Yapılan çalışmalar, DEHB ve KOKGB'nin birlikte olduğu çocuklarda stimulanların hem DEHB hem de KOKGB belirtilerinin de düzelmeye yol açtığını göstermiştir. Ayrıca agresyonun azaltılmasına yönelik olarak kullanılabilen risperidon gibi antipsikotiklerin KOKGB belirtilerini iyileştirmede faydalı olduğu gösterilmiştir.

KOKGB'nin seyri belirtilerin şiddetine, sürekliliğine, çocuğun otoriteyle ilişkilerinde zaman içinde geliştirebildiği uyum sağlama yeteneğine, ailenin çocuk ile iletişim kurabilme ve olumlu davranışlarını destekleyip, olumsuz davranışlarını

kontrol edebilme becerisine ve ek psikopatolojilerin varlığına bağlıdır.

KOKGB tanısı almış çocukların yaklaşık olarak ¼'ü birkaç yıl sonra tanı ölçütlerini karşılamamaya başlar. Tanı ölçütlerini karşılamaya devam edenler değişmeyen bir tablo gösterebilir ya da zamanla başkalarının haklarını ihlal etmeye başlayıp, davranım bozukluğu geliştirebilirler.

KAYNAKLAR

1. Akyol U, Ercan ES, Durak S. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu. In: Akay A, Ercan ES. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. İkinci Baskı. Ankara: HYB BasımYayın; 2016:81-86.
2. Bilgiç A. Yıkıcı Davranış Bozuklukları. In: Turkbay T, Kaplan&Sadock Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kısaltılmış Temel Kitabı Çevirisi. Birinci Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2012:92-100.
3. Köroğlu E. Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları. In: Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Çevirisi. Beşinci Baskı. Ankara: HYB BasımYayın; 2013:223-230.
4. Rey JM, Walter G, Soutullo CA. Oppositional Defiant and Conduct Disorders. In: Martin A, Volkmar FR. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook. Fourth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins 2007:454-466.
5. Thomas CR. Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. In: Dulcan MK. Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. First Edition. Arlington: American Psychiatry Publishing 2010:223-240.

KONUŞMA BOZUKLUKLARI

Doç. Dr. Gül Karaçetin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği Eğitim Sorumlusu, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ VE TANIM

Konuşma işlevini gerçekleştirebilmemiz için motor hareketlerimizin kullanımı gerektiren fiziksel, psikolojik ve nörofizyolojik süreçler bir arada devreye girer; işitme ve ses yolu ile düşüncelerimizi sesli semboller olarak kodlarız. Vücudumuzda tek bir konuşma organımız yoktur; yaşamsal görevi olan bazı organlarımız konuşma işlevini de üstlenmiştir. Bunlar gırtlak düzeneği (gırtlak kapakçığı ve ses telleri), gırtlak altı (diyafram, göğüs kafesi, göğüs kasları, akciğerler, soluk borusu) ve gırtlak üstü (yutak yolu, ağız yolu, geniz yolu) düzeneği olarak üç grupta toplanır. Konuşma ile düşünme son derece ilişkilidir. Konuşmaya başlamak için beynimizdeki işlemler bilişsel düzlemde harekete geçer. Düşüncelerimiz belirli seslere göre dizilir ve örgütlenir. Bu dizim bebeklikten itibaren kazandığımız belleğimizde sakladığımız dile ait bilgilerden çağrılır. Bu düzlem sesbilgisel (fonolojik) kodlamadır. Daha sonra kodlanan seslere göre motor planlama düzeyinde hangi organların nasıl çalışacağına göre kararlar alırız. Sesletim (artikülasyon) için bu dizimi iletecek organlara sinirler aracılığı ile sinyaller gider. Sesletimde; sesleme yolundaki düzeneklerin farklı hareketleri ile hava akımının ağız içinde çeşitli yer ve biçimlerde engellenerek konuşma sesleri çıkarılır. Sesletim işlevinde; çene, dudaklar, diş, diş yuvası, dil, damak, yumuşak damak ve küçük dil gibi organlar görevler üstlenir.

Çocuklarda konuşma gelişimi; agulama, babıldama, ekolali, jargon (anlaşılmaz konuşma), sözcükler, sözcüklerin birleştirilmesi ve cümle oluşturma şeklinde sıra izler. Tüm bebekler cinsiyeti ne olursa olsun başlangıçta benzer sesler çıkarırlar; bunlar /a/, /b/ gibi seslerdir. İlk 2 ay çıkarılan sesler bebeğin vücudundan gelen çeşitli uyaranlara karşı verdiği tepkide yer alan vokal öğelerdir. Bebekler 2-3 ay arası ünlüleri çıkarabilir (agulama) ve anne-babaların agucuklar olarak tanımadığı bu seslemeler huzursuzluk, rahatlama, neşe, sıkıntı durumlarını belirtmede kullanılır. Babıldama evresi genellikle 4-6. aylarda başlar (ba), (da) gibi ünsüz-ünlü sıralı mırıldanmalar (babıldama) görülür. Heceleme evresi 7-9. aylarda, (bababab), (adada) gibi evrensel özellikler taşıyan hecelerin üretilmesiyle gerçekleşir. "ilk sözcük evresi" olarak adlandırılan 12-18. ay

arasında çocuklar yaklaşık 10-50 kelimelik sözcük dağarcığına ulaşırlar. Bu dönemde jargon sözcükler yoğundur ve dönem dönem ekolali dikkati çeker, ancak çocuğun konuşmasının %20-25'i başkaları tarafından anlaşılabilir. 18 aydan sonra dil sistematik olarak gelişir. Çocuklar iki yaşına ulaştıklarında en az 50 kelimelik sözcük dağarcığına sahiptir, iki sözcüklü cümlecikler kurabilir, jargonlar büyük oranda azalmıştır ve konuşmasının %60-70'i başkaları tarafından anlaşılır. İki-2,5 yaşları arasında 400 sözcük konuşabilir, 2-3 sözcüklü cümleler kurabilir, isimleri ve zamirleri uygun tarzda kullanabilir, ekolali azalmıştır. İki buçuk-3 yaş arasında çoğulları ve geçmiş zamanı kullanır, yaşını ve cinsiyetini bilir, üç nesneyi doğru sayabilir, 3-5 sözcüklü, cümleler kurabilir ve konuşmasının %80-90'ı başkalarıncı anlaşılır. Üç-4 yaşlarda 3-6 sözcüklü cümleler kurabilir, sorular sorabilir, öykü anlatabilir.

Konuşma bozuklukları genellikle konuşma gecikmesi, artikülasyon güçlükleri, konuşma akıcılığında bozulma, afazi, disfazi, dizartri gibi belirtilerle karşımıza gelmektedir. Konuşma bozukluklarını tanımlayacak olursak:

Özgül dil bozukluğu: Çocuğun yaşı ve gelişim düzeylerinden beklenen beceri düzeyinde kelimeler ve cümleler ile düşüncelerini ifade etmekte güçlük yaşaması, kısıtlı sözcük dağarcığı ile konuşmaya çabalaması; grameri bozuk ve kısa cümleler kurması durumudur. Özgül dil bozukluğunda beklenen yaşta konuşmanın gelişiminde yetersizlikler gözlenir. Bu çocuklar normal zekaya ve normal işitmeye sahiptir.

Afazi, disfazi: Dil fonksiyonunun, konuşmanın öğrenilmesinden sonra ortaya çıkan, psikiyatrik bir sorundan ya da kas düzeyindeki bir engellemeden ileri gelmeyen bozulmasıdır.

Konuşmanın akıcılığı, gramatik yapısı, bazı kelimeler dışında konuşmama, konuşma içeriğinin anlamsız olması, kelimelerin yanlış telaffuz edilmesi veya benzer anlamlı bir kelime ile karıştırılması yanı sıra konuşulanları algılamada güçlük, okuduğunu anlamama, yazı yazmada güçlük ortaya çıkabilir.

Dizartri: Konuşmanın içeriğinin, dilin ve gramerin etkilenmediği bir artikülasyon bozukluğudur. Konuşmayla ilgili kasların ve bunların hareket ve koordinasyonunu sağlayan nöral mekanizmaların hastalıklarında görülür.

Kekemelik: Konuşmanın akıcılığının ve zamanlamasının, kişinin yaşına uygun olmayan şekilde bozulmasıdır. Kekemelik; seslerin, hecelerin ya da sözcüklerin sık olarak tekrarlanması, uzatılması ya da sık duraksamalar veya aralarla ortaya çıkabilir.

EPİDEMİYOLOJİ

Üç yaşın altındaki çocukların yaklaşık %10-15 kadarında konuşmanın geç başladığı ve yavaş ilerleme gösterdiği bilinmektedir. Okul çağındaki çocuklarda özgül dil bozukluğu yaygınlığı %3-7 arasında değişmektedir. Gelişimsel dil bozuklukları erkeklerde kızlardan daha sıktır ve ailesel kümelenmeye eğilimlidir. Kekemeliğin sıklığı yaklaşık %3 olarak bildirilmektedir. Kekemelikte erkek/kız oranı yaklaşık 1/4 olarak bildirilmektedir. Kekemeliğin başlangıç yaşı genellikle 2-7 yaşlar arasında olup olguların %98'inde başlangıç 10 yaş öncesindedir.

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

Gelişimsel dil bozukluklarının nedenleri tam olarak bilinmemekte olup, muhtemel nedenlerin heterojen olduğu düşünülmektedir. Dil bozukluklarının etiyolojisinde olası farklı biyolojik ve çevresel etmenler tanımlanmıştır. Bunlar: 1) genetik etmenler, 2) çevresel etkiler, 3) nörogelişim selimmatürite, 4) beyin anormallikleri, 5) genel bilişsel etmenler, 6) özgül dil etmenleri ve 7) işitsel süreçlerdir. Bu etmenlerin hiçbirisi tek başına belirleyici olmamakta ve karmaşık yollarla birbirleri ile etkileşebilmektedir.

Konuşma ve dil işlevleri, sosyal iletişim ve entelektüel yaşamımızda önemli bir yer tutar. Konuşma ve dil iç içe geçmiş işlevlerdir ancak kesinlikle eşanlı değildir. Dil işlevinde, çocukluk çağında başlamayan, sonradan gelişen bir bozulma, daima beyindeki özellikle dominant hemisferde bir anomali ya da hasara bağlıdır. Buna karşın konuşmadaki bir bozulma beyindeki bir hasara bağlı olabileceği gibi serebrum dışı sebeplere de bağlı olabilir.

Afazi: “Beyinde, konuşmanın motor (Broka) ve sensoryal (Wernicke) merkezlerinde meydana gelen bir hasar sonucunda konuşma, konuşulanları anlama, adlandırma, tekrarlama, okuma veya yazma gibi becerilerin kısmen ya da tamamen kaybı” olarak tanımlanmıştır. Bu bölgede ki hasara kanama, enfarkt, travma ve enfeksiyonlara bağlı olabilir. Sol hemisferi etkileyen her türlü beyin damar hastalıkları, beyin kanamaları, beyin tümörleri, kafa travması, enfeksiyon hastalıkları vb. nedenlerle oluşur.

Dizartri: Konuşma işlevini sağlayan kaslar arasındaki uyumun bozulması (serebellar, ekstrapiramidal, IX. X. kraniyal sinir felçleri, nöromusküler kavşak) sonucu ortaya çıkar.

Kekemelik: Gelişimsel kekemeliğin fizyopatolojik mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Konuşma akıcılığını etkileyebilecek genetik, nörolojik ve psikolojik etmenlerin etkili olabileceği öne sürülmüştür. Edinsel kekemelik nörojenik ve psikojenik

olmak üzere ikiye ayrılır. Kekemelik beyin zedelenmesi sonrası gelişirse “nörojenik edinsel kekemelik”, duygusal bir travmanın hemen sonrasında gelişirse “psikojenik edinsel kekemelik” olarak tanımlanmaktadır

KLİNİK

Afazi: Afaziye başlıca “akıcı” ve “tutuk” olmak üzere iki temel gruba ayrılır.

1-Tutuk afaziler: Tutuk afazide anlama güçlüğü geri planda olup, hasta kendini ifade etmektedir, söylemek istediği kelimeleri bulup söylemekte zorluk çekmektedir. Broka afazisinin ağır şekillerinde hasta hiç konuşamaz durumdadır. Daha hafif şekilli Broka afazisi durumunda hasta birkaç kelime veya cümleyi, eksik olan kısa cümle parçacıklarını söyleyebilir. Genellikle hasta düşündüğünü söyleyememekten ötürü sıkıntı içindedir. Konuşmaya çalışırken yaptığı yanlışların farkındadır. Global afazikler ne konuşulanı anlayabilirler, ne de konuşmayı üretebilirler.

2-Akıcı afaziler: Akıcı afazide ana sorun anlama güçlüğüdür; hasta sağlıklı işitmesine ve okuyabilmesine rağmen anlamlandırmada güçlükler yaşar. Akıcı bir konuşma mevcut fakat anlamlı üretim oldukça kısıtlıdır. Wernicke (Sensoryal afazi) afazisinin en önde gelen özelliği, hastanın anlamasının ileri derecede bozuk oluşudur. Hasta bol ve akıcı bir şekilde konuşur. Fakat başkalarının söylediğini anlayamadığı gibi kendi söylediğini de anlayamaz. Bir kelimenin yerine yanlış bir kelime kullanır veya o dilde olmayan anlamsız kelimeler icat eder (neolojizm). Kondüksiyon afazisinin en belirgin özelliği tekrarlama ya da tekrarlama sorunlarıdır. Normalde akıcı bir afazi tipidir fakat lezyon ne kadar öndeysse konuşma o kadar tutuk olur. Transkortikal afazilerin başlıca özelliği, hastanın “tekrarlama” becerisinin korunmasıdır. Transkortikal motor afazide, hiç konuşamayan hasta, kendisine söylenen sözü rahatlıkla tekrar edebilir. Transkortikal sensoryal afazide, kelime bulmakta güçlüğü olan ve kendisine söyleneni anlamayan hasta, söyleneni gayet akıcı bir şekilde tekrarlayabilir.

Dizartri

a-Piramidal dizartri: Başlıca psödobülber paralizi gibi bilateral piramidal lezyonlarda görülür. Hasta kelimeleri ağzının içinde yuvarlar, net bir şekilde telaffuz edemez. Özellikle b ve p gibi dudak, d ve t gibi dille ilgili harfleri söylemekte güçlük çeker.

b-Ekstrapiramidal hastalıklarda dizartri: Parkinson hastalığı: Ses tonu düşük, konuşma monotondur; heceler birbirinden ayrılmaz. Bazı hastalar cümlelerin sonundaki kelime veya heceleri hızlı bir şekilde tekrar ederler. Buna palilali adı verilir. Kore ve distonilerde de ağız, dil ve solunum kaslarındaki istemsiz hareketler nedeniyle konuşma dizartrik hal alabilir.

c-Serebellar dizartri: Kesik, kesik vurgulamaların yanlış yerlerde yapıldığı, zaman zaman patlayıcı nitelikte bir konuşma

şeklidir. Konuşmayla ilgili kaslardaki asinerjiye bağlıdır. Sarhoş konuşmasına benzetilir. Serebellar sistem hastalıklarında, özellikle multipl sklerozda, alkol intoksikasyonunda görülür.

d-İkinci motor nöron hastalıkları: Tutulan kas veya kaslara göre konuşmada farklı özellikler görülür. Periferik yüz felçlerinde dudaktaki zaaf nedeniyle hasta b, p gibi harfleri söylemekte güçlük çeker. Dil felçlerinde d, n, s, t gibi harflerin telaffuzu bozulmuştur. Yumuşak damak felçlerinde konuşma genizdendir. Buna rinolali veya nazone konuşma adı verilir.

Kekemelik: Başlangıç dönemine göre gelişimsel ve edinsel olmak üzere ikiye ayrılır. "Çocukluk çağı konuşma akıcılığı bozukluğu" olarak da tanımlanan "gelişimsel kekemelik" 2 ile 7 yaşları arasında başlar.

Aile tutumunun kekemeliği başlatıcı bir neden olarak ilişkisi olmasa da eleştirel ve kaygılı aile tutumu ve dikkatin konuşmaya odaklanması, konuşma konusundaki sabırsız müdahaleler gelişimsel kekemeliğin gidişatını olumsuz etkileyebilir.

1-Gelişimsel Kekemelik: İki ile 7 yaşları arasında, tedrici olarak başlar. Beyin hasarı yoktur, nörolojik sistem normaldir. Gelişimsel kekemelikte aile genellikle okul-öncesi dönemde hekime başvurur. Öncesinde net bir travma öyküsü olmayabilir, kekemeliğe yatkınlığı olan çocuklarda ani korku ya da korkutmalar tetikleyici olabilir. Gelişimsel kekemeliği olan çocuklar genellikle içinde bulundukları durumdan rahatsız olurlar ve zaman içerisinde, özellikle şiddetli formlarda ikincil özellikler eklenebilir. İkincil özellikler: yüzde gözlenen davranışlar (örneğin; bakışları kaçırmak, gözleri kısmak, dudakları büzmek, dili itmek), baş hareketleri (örneğin; başı öne doğru eğme, geriye atma), konuşmaktan kaçınma (örneğin; takıldığı kelimeleri söylemekten kaçınma, kısa cümleler kurma), konuşması gereken ortamdan kaçınma (örneğin; telefonda, kalabalıkta konuşmaktan, aile bireyleri dışındakilerle konuşmaktan kaçınma). Zaman içerisinde kekemeliğin şiddetinde dalgalanma görülebilir.

2-Edinsel Kekemelik: Önceden akıcı konuşan erişkin bireylerde, nörolojik ya da ruhsal nedenlere bağlı ani gelişen kekemelik.

a-Nörojenik edinsel kekemelik: Önceden akıcı konuşan bireyde ani gelişen bir kekemelik durumunda beyin hasarına neden olan bir etken aranmalıdır. İnme, kafa travması, diyaliz uygulaması gibi sebepler beyin hasarına yol açabileceğinden sorgulanmalıdır. Beyin hasarına bağlı olarak hastada bilinç değişikliği ya da diğer nörolojik bulgular olabilir. İkincil bulgular ve kaygı genellikle yoktur.

b-Psikojenik edinsel kekemelik: Önceden akıcı konuşan bireyde duygusal travmanın hemen ardı sıra başlar. Hastanın öyküsünde yakın zamanlı bir travma sorgulanmalıdır. Kekemelik durumuna bir aldırmaçlık, kekemelikten rahatsız olmama söz konusudur. Zaman içerisinde dalgalanma gözlenmez. Nörolojik sistem normaldir.

AYIRICI TANI

Konuşma bozuklukları geniş bir ayırıcı tanı yelpazesine sahiptir. Ayırıcı tanıdaki zorluklar iyi bir anamnez ve eşlik eden bulguların saptanması ile aşılabılır. Serebrumu etkileyen direkt ve indirekt olayların konuşma bozukluğu semptomu olarak yansması acil tedavi ve tanının önemini ortaya koymaktadır.

Serebrovasküler hastalıklar,merkezi sinir sistemi enfeksiyonları, ensefalopatiler ve entoksikasyonlar benzer bulguları yaratabileceği için ayrıntılı bir değerlendirme yapılmazsa yanlış ve geciken bir tanı geriye dönüşümsüz hasarların oluşmasına sebep olabilir.

- 1-Serebrovasküler hastalıklar,beyin tümörleri
- 2-Entoksikasyonlar ve ilaç yan etkileri
- 3-Metabolik ensefalopatiler
- 4-Metabolik bozukluklar
- 5-MSS enfeksiyonları
- 6-Psikojenik nedenler
- 7-Degeneratif hastalıklar
- 8-Demans
- 9-Myasteniz Gravis
- 10-İşitme kaybı.

TEDAVİ VE PROGNOZ

Çocukluk çağında görülen özgül dil bozukluğunda işitme ile ilgili bir problemi dışlamak amacıyla hasta öncelikli olarak kulak burun boğaz uzmanına, işitme ile ilgili bir problem olmaması durumunda çocuk ve ergen psikiyatri uzmanına yönlendirilmelidir. Çocuklarda görülen kekemelik durumunda da çocuk ve ergen psikiyatri uzmanına yönlendirilmelidir.

Erişkin dönemdeki konuşma bozukluklarında hasta nöroloji uzmanına sevk edilmelidir.

Aile tutumunun kekemeliği başlatıcı bir neden olarak ilişkisi olmasa da eleştirel ve kaygılı aile tutumu ve dikkatin konuşmaya odaklanması, konuşma konusundaki sabırsız müdahaleler gelişimsel kekemeliğin gidişatını olumsuz etkileyebilir. Bu konularda aile danışmanlığı için çocuk ve ergen psikiyatri kliniğinden yardım istenmelidir.

Kekemelik başlangıçta şiddet açısından değişkenlik gösterebilir; bu nedenle gelişimin seyri sabit değildir. Gelişimsel kekemelikte iyileşme oranı %80'e yaklaşır. İyileşme bir kısmında kendiliğinden, bir kısmında minimal bir terapi ile olur, geri kalan ise yoğunlaştırılmış terapileri gerektirir. On altı yaşına kadar %78'i iyileşir; iyileşenlerin %75'i 4 yaşına kadar, geriye kalanların %50'si 6 yaşına kadar, geriye kalanların %25'i ise 10 yaşına kadar iyileşir. İyileşme oranı kızlarda erkeklere oranla önemli derecede daha sıktır. Ergenlikten sonra tam iyileşme nadirdir.

KAYNAKLAR

1. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji e-kitap.
2. Adams and Victor's Principles of Neurology 10th Edition
3. Türkbay T. Konuşma ve dile özgü bozukluklar (iletişim bozuklukları), Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Ed. Akay AP, Ercan ES, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları, Ankara, 2016.
4. Korkmaz B. Dil ve Beyin. Çocuklarda Dil ve Konuşma Bozuklukları. Yüce Reklam/yayım/dağıtım a.ş. İstanbul. 2005.
5. Karacetin G, Türkoğlu R. Konuşma Bozuklukları. Semptomlar ve Klinik Durumlar, Ed. Taşçı Aİ. Nobel Tıp kitapevi, İstanbul. 2019.

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUKLAR

Doç. Dr. Özalp Ekinci

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ VE TANIM

Otizm spektrum bozukluklar (OSB) sosyal etkileşimde bozulma, iletişimde bozulma ve olağan dışı, basmakalıp ve tekrarlayıcı davranışlar ve ilgi alanları ile karakterize bir nöropsikiyatrik bozukluktur. OSB belirtiler hayatın ilk 3 yılı içinde, sıklıkla da 1-2 yaş arasında, ortaya çıkar. Geçmiş yıllarda otizm, Asperger bozukluğu ve atipik otizm (başka türlü adlandırılmayan otizm) şeklinde alt tanımlar kullanılmakta iken; günümüzde farklı şiddette ve özellikle olgular OSB adı ile tek bir tanı başlığında toplanmıştır.

EPIDEMİYOLOJİ

Yapılan son çalışmalar OSB'nin toplumda 1:150-1:64 oranlarında görüldüğünü göstermiştir. Erkek/kız oranı yaklaşık 4/1'dir. Olguların %50-70'ünde zeka geriliği tabloya eşlik eder.

ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

OSB'nin gelişiminde hem kalıtsal hem de kalıtsal olmayan genetik etmenler önemli rol oynamaktadır. Aile üyeleri arasında OSB tanısı olan bebeklerde OSB'ye daha sık olarak rastlanmaktadır. Ailede bir kardeşte OSB olması durumunda yeni doğacak bebekte OSB gelişme olasılığının yaklaşık %10-15 arasında olduğu gösterilmiştir. OSB karmaşık genetik temellere sahiptir ve olguların en az %20'sinde genetik plörmorfizm, delesyon ve duplikasyon gibi genetik bozukluklar ortaya konabilir. OSB genetik sendromlarla da birlikte görülebilir ancak olguların önemli bir bölümünde genetik bozukluklar ileri genetik inceleme ile tespit edilebilir.

OSB'de çok sayıda beyin bölgesinde yapısal ve işlevsel bozukluklar olduğu gösterilmiştir. En sık gösterilen bozukluklar arasında; ilk 2 yıl içerisinde baş çevresinde büyüme ve amigdala, temporal korteks, limbik alanlar ve prefrontal kortekste hacim değişiklikleri ve işlev bozuklukları yer almaktadır.

Sosyal kurama göre OSB empati ve zihin teorisinde bozukluklar karakterizedir. Empati, bir insanın kendisini diğerini yerine koyabilme becerisi olarak tanımlanabilir. Zihin teorisi ise; 1) diğer insanların bizimle ilgili düşünce, eğilim ve bakışlarını ve 2)

diğer insanların bizden ayrı düşünce ve eğilimleri olabileceğini anlayabilme becerileri olarak tanımlanabilir. OSB'li bireylerde bu becerilerle ilgili belirgin bozukluklar bulunmaktadır.

PATOLOJİ VE KLİNİK

OSB'de sosyal etkileşime ile ilgili 0-1 yaş arasında pek çok bozukluk görülmektedir. Bunların arasında; göz teması kurmama, sosyal gülümsemenin gelişmemesi, yakınlık arayışında olmama, annenin farkında olmama ve isme bakmama bulunmaktadır. 2-3 yaş arasında ise; kucağa alınmak istememe ve ortak dikkatin gelişmemesi gözlenir. Oyun becerilerinde olağan dışı gelişim ve bozulmalar belirgindir ve paralel oyun, birlikte/karşılıklı oyun ve sembolik imgesel davranış ve oyunların gelişiminde gecikmeler görülür. Espri ve şakayı anlamada zorluklar sosyal etkileşimi ve arkadaş edinmeyi olumsuz etkiler.

OSB'de iletişim ile ilgili pek çok bozukluk ve gecikme görülmektedir. Kelime öncesi ses üretiminde bozukluklar ilk yıl içinde vokalizasyon, agulama ve babıldamanın görülmemesi ile belirlenir. 1. yıldan itibaren ise; en geç 2 yaş çıkması beklenen ilk kelimeler ve en geç 3 yaşında görülmesi beklenen ilk cümlelerde gecikmeler olur, olguların en az yarısı konuşmayı bir iletişim yöntemi olarak kullanmaz.

Konuşma becerisi olan olgularda ise basmakalıp tekrarlayıcı konuşma, konuşmanın ahenginin bozuk olması, ekolali (tekrarlayıcı konuşma), pedantik konuşma (tepeden konuşma), sosyal olarak hedefe yönelik ve spontan konuşmanın gelişmemesi ve kendi ilgi alanlarında sıkıcı olarak bahsetme gibi bozukluklar göze çarpar.

OSB'de olağan dışı, basmakalıp ve tekrarlayıcı davranışlar ve ilgi alanlarına rastlanmaktadır. El çırpma, parmak ucunda yürüme, cisimleri döndürme, sallama, dönen cisimlere basmakalıp ilgi, dar ilgi alanları içinde takılıp kalma, oyuncakları amaca yönelik oynamama, oyuncakların belli parçalarını olağan dışı merak bu belirtiler arasındadır. Olgularda sese ve dokunmaya karşı aşırı duyuusal tepkiler görülebilir.

Psikiyatrik tanıların koyulmasında kullanılan Teşhis ve Ruhsal Bozuklukların İstatistik El Kitabı-5. sürümde yer alan güncel OSB tanı kriterlerigenel hatları ile altta sunulmuştur:

A. Değerlendirme sırasında ya da öyküden alınan bilgilere göre, aşağıdakilerle kendini gösteren, değişik biçimleriyle toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde süregiden eksiklikler:

1. Söz gelimi, olağan dışı toplumsal yaklaşım ve karşılıklı konuşamamadan, ilgilerini, duygularını ya da duygulanımını paylaşılamamaya, toplumsal etkileşimi başlatamamaya ya da toplumsal etkileşime girememeye dek değişen aralıkta, toplumsal-duygusal karşılıklılık eksikliği.
2. Söz gelimi, sözel ve sözel olmayan tümleşik iletişim yetersizliğinden, göz iletişimi ve beden dilinde olağan dışılıklara ya da el-kol devinimlerini anlama ve kullanma eksikliklerine, yüz ifadesinin ve sözel olmayan iletişimin hiç olmamasına dek değişen aralıkta, toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişim davranışlarında eksiklikler.
3. Söz gelimi, değişik toplumsal ortamlara göre davranışlarını ayarlama güçlüklerinden, imgesel oyunu paylaşma ya da arkadaş edinme güçlüklerine, yaşıtlarına ilgi göstermemeye dek değişen aralıkta, ilişkiler kurma, ilişkilerini sürdürme ve ilişkileri anlama eksiklikleri. O sıradaki ağırlığını belirtiniz: Ağırlık düzeyi, toplumsal iletişim bozukluklarına ve kısıtlı, yineleyici davranış örüntülerine göre değişir.

B. Değerlendirme sırasında ya da öyküden alınan bilgilere göre, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, sınırlı, yineleyici davranış örüntüleri, ilgiler ya da etkinlikler:

1. Basmakalıp ya da yineleyici devinsel (motor) eylemler, nesne kullanımları ya da konuşma [örneğin; yalın devinsel basmakalıp davranış örnekleri, oyuncakları ya da oynar nesneleri sıraya dizme, konuşulanı tekrarlama (ekolali), kendine özgü deyişler].
2. Aynılık konusunda direnme, sıradanlık dışına esneklik göstermeme ya da törensel sözel ya da sözel olmayan davranışlar (örneğin; küçük değişiklikler karşısında aşırı sıkıntı duyma, geçişlerde güçlükler yaşama, katı düşünce örüntüleri, törensel selamlama davranışları, her gün aynı yoldan gitmek ve aynı yemeği yemek isteme).
3. Yoğunluğu ve odağı olağan dışı olan, ileri derecede kısıtlı, değişkenlik göstermeyen ilgi alanları (örneğin; alışılmadık nesnelere aşırı bağlanma ya da bunlarla uğraşıp durma, ileri derecede sınırlı ya da saplantılı ilgi alanları).
4. Duyusal girdilere karşı çok yüksek ya da düşük düzeyde tepki gösterme ya da çevrenin duysal yanlarına olağan dışı bir ilgi gösterme (örneğin; ağrı/ısıya karşı aldırıışsızlık, özgül birtakım seslere ya da dokulara karşı ters tepki gösterme, nesneleri aşırı koklama ya da nesnelere aşırı dokunma, ışıklardan ya da devinimlerden görsel büyülenme).

RADYOLOJİ

OSB'li olgularda ilk tanı sırasında kraniyel MR ve EEG çekilmesi önerilmektedir. Yapılan MR araştırmalarında amigdala, temporal korteks, limbik alanlar ve prefrontal kortekte yapısal ve işlevsel bozukluk gösterilmiştir. En çok bildirilen bulgular arasında hacim

değişiklikleri yer almaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, OSB'nin tek bir beyin bölgesi ile ilişkili olmadığını ve beyin işleyişinde genel bir bozukluk olduğunu göstermektedir.

OSB'li olgularda epilepsi görülme oranı belirgin olarak artmıştır ve yaklaşık ¼'ünde hayatlarının bir bölümünde epilepsi ortaya çıkabilir. Bu sebeple ilk tanı anında EEG çekilmesi gereklidir. Sonraki yıllarda EEG yalnızca epilepsi şüphesi olan olgularda çekilmelidir. Epilepsi tanısı olmayan OSB'li olgularda da EEG'de epileptiform bozukluklar olabileceği unutulmamalıdır.

LABORATUVAR BULGULARI

OSB'li olguların yarısından fazlası, ilk 6 yıl içinde yapılan Denver Gelişimsel Tarama testi ya da Ankara Gelişim Tarama Envanteri gibi gelişim değerlendirmelerinde yaşıtlarından geri olarak bulunmaktadır. Olgular 6 yaşından sonra uygulanan WISC-R ve Stanford Binet gibi zeka testlerinde de sıklıkla normalin altında puanlar almaktadır. Ayrıca gözlerden zihin okuma ve duyu tanımlama gibi nöropsikolojik testlerde de başarısız sonuçlar elde etmektedir. Ek tıbbi hastalığı ya da genetik sendromu olmayan OSB'li olgularda tanımlanmış herhangi bir kan ya da idrar laboratuvar bulgusu bulunmamaktadır. Metabolik hastalık belirti ve bulguları olan olgularda aminoasit profili ve açlıkarnitin profili, gerekirse daha ileri metabolik incelemeler yapılmalıdır.

AYIRICI TANI

OSB tanısı ebeveynlerle yapılan klinik görüşme ve olgunun gözlemi ile konulur. İşitme kaybı ayırıcı tanısı açısından ilk değerlendirme sırasında mutlaka işitme testi yapılmalıdır. Belirtileri tanımlamak üzere hekimin, ailenin ve öğretmenlerin doldurduğu anket ve ölçekler kullanılabilir. Hekimin doldurduğu Childhood Autism Rating scale ve sıklıkla aile tarafından doldurulan otistik davranışları değerlendirme listesi bu ölçekler arasında yer almaktadır. Dismorfik bulguları olan ve klinik-tıbbi özellikleri nedeniyle frajil X, fenilketonüri ve Downsendromu gibi genetik sendromları düşündüren olgularda genetik incelemeye başvurulmalıdır. Yapılabilecek genetik incelemeler arasında karyotip incelemesi, FISH, microarray ve sequencing gibi testler yer almaktadır.

OSB'nin ayırıcı tanısında en önemli tanı zeka geriliğidir ve OSB ile sık olarak birlikte de görülebilmektedir. Zeka geriliği olan olgularda sosyal beceriler zeka düzeyleri ile paralel olarak geri olmasında karşın; yakınlık arayışı ve sosyal-duygusal karşılıklılık açısından belirgin zorlukları yoktur. Zeka geriliği olan olgularda da dil gelişimde gecikmeler görülür ancak tekrarlayıcı ve basmakalıp konuşmaya sık olarak rastlanmaz. OSB'de görülen basmakalıp tekrarlayıcı davranış ve etkinlikler zeka geriliği olan olguların büyük bir bölümünde görülmez; görüldüğü olgularda ise çok daha hafif seyredir. Çocukluk çağı şizofrenisi olan olgularda tekrarlayıcı davranışlar, içe kapanma

ve sosyal etkileşim becerilerinde gerilemeler görülebilir. Ayırıcı tanıda, şizofreninin genellikle ergenlik yıllarında ortaya çıkması, öncesinde normal ya da normale yakın bir gelişim öyküsü olması ve şizofreniye özgü sanrı ve varsanılar yol göstericidir.

TEDAVİ VE PROGNOZ

OSB'de erken teşhis tedavi adımlarının temel taşıdır. Bu bağlamda, OSB'ye özgü belirtileri olan olguların en kısa sürede çocuk psikiyatri muayenesine ve tanı koyulması ile birlikte özel eğitime yönlendirilmesi gerekmektedir. OSB'de özel eğitim olgunun gelişimsel ve bireysel ihtiyaçlara göre planlamış, düzenli, süreklilik gösteren ve yoğun özel eğitim süreci olarak tanımlanabilir. Özel eğitim; sosyal etkileşim, dil gelişimi ve kullanımı, taklit, sosyal beceriler ve oyun becerilerini içerir. Ailenin özel eğitim seanslarında uygulanan yöntemleri evde de uygulaması düzelmeyi hızlandıracaktır.

OSB tanısı konan olguların özel eğitimin yanı sıra okul öncesi eğitime de devam etmesi tedaviye katkı sağlar. Bir-2 yaş çocuklarının kreşe ve daha büyük çocukların ana okuluna gitmesi olguların sosyal etkileşim, dil ve oyun becerilerini sosyal öğrenme modeli ile öğrenmesine olanak sağlar. Ailenin çocukla zaman geçirmesi, oyun etkinlikleri ve çocuğun dille iletişim için teşvik edilmesi olgunun gidişatına katkı verecektir.

Günümüzde okul öncesi çocuklarda bile çok yaygın hale gelen teknolojik cihaz kullanımı OSB tanılı olguların gidişatını olumsuz etkilemektedir. Cep telefonu, tablet, bilgisayar ve televizyon gibi cihazlara yoğun olarak maruz kalan ve OSB açısından nöro-genetik riskleri olan çocuklarda OSB belirtilerinin ortaya çıkabildiği; OSB'li olgularda ise belirtilerin süregelenleşebildiği bilinmektedir. Bu sebeple, özellikle ilk 4 yıl içinde çocuklar teknolojik cihazlardan uzak tutulmalıdır.

Gereken olgularda psikiyatrik ilaç tedavileri kullanılmaktadır. En çok kullanılan ilaçlar arasında; tekrarlayıcı hareket ve ilgi alanları ve yıkıcı davranışlar için risperidon-aripiprazol gibi antipsikotikler, kaygılar ve obsesif-kompulsif davranışlar için seçici serotonin geri alım inhibitörü grubu antidepresanlar, ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerine yönelik olarak metilfenidat ve atomoksetin yer almaktadır.

Prognozun en önemli belirleyicileri;

- 1) Erken teşhis ve yönlendirme
- 2) 5 yaş öncesi dil gelişimi,
- 3) Normal ya da normal üzerinde zeka (IQ) düzeyi
- 4) Erken başlayan özelleşmiş ve sürekli özel eğitimidir.

Ailenin çocuk psikiyatrisi tarafından önerilen ilaç tedavilerine uyumu da çocuğun prognozu üzerinde etkilidir. OSB'li ailelerde ebeyevnlerin ve ailedeki diğer çocukların psikososyal desteği hem olgunun gidişatı hem de aile sisteminin korunması açısından büyük önem taşımaktadır. Özellikle ebeveynler çeşitli basın ve yayın organlarında yer alan bilim dışı ve riskli ilaç ve benzeri diğer yaklaşımlarından uzak durmaları konusunda bilgilendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Otistik Bozukluk, Nahit Motavallı Mukaddes, Çocuk Ve ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı 1. basım, Ed: Füsün Çuhadaroğlu ve ark. 2008.
3. Ikeda E, Hinckson E, Krägeloh C. Assessment of quality of life in children and youth with autism spectrum disorder: a critical review. Qual Life Res. 2014;23:1069-1085.
4. Ozonoff S, Goodlin-Jones BL, Solomon M. Evidence-based assessment of autism spectrum disorders in children and adolescents. J Clin Child Adolesc Psychol. 2005;34:523-540.