

# Çocuk Psikiyatrisi

Enes Başak

Bu kitabı tıp eğitimine katkıda bulunmak amacıyla bütün meslektaşlarıma armağan ediyorum.

Dualarınızda bulunmak dileğiyle...

Ceren'ime sevgilerimle...

Dr. Enes Başak

## Hakkımda:

Adım Enes Başak. Konya Meram tıp fakültesi son sınıfta okuyorum. Tıp fakültesinde altı yıl boyunca aldığımız dersleri bir web sitesinde toplamak gibi bir düşüncem vardı her zaman. Tıpçı arkadaşlarıma, kardeşlerime bir nebze faydam olsun niyetiyle bu web sitesi fikrimi tamamlamak için çalışmaya başladım. Şuan için dönem 5'deki stajların notlarını yüklemek ile meşgulüm. Son güncellemelerle bu tıp sitemizde; dönem 4 notları, dönem 5'ten bazı notlar, muayene videoları, TUS soruları ve bazı tıp programları bulunmakta. İnşallah zamanla tüm notları yükleyeceğiz ve hemen her branşta arkadaşlarımıza faydalı olacak bu siteyi tamamlayabileceğiz. Facebook'ta bu sitemizin tanıtımını yapmak amacıyla açtığımız sayfaya; <http://facebook.com/tipnotlari> adlı link ile ulaşabilirsiniz. Sayfamızın tanıtımını yaparak, arkadaşlarınıza tavsiye ederek, öneri ve eleştiriler ileterek katkıda bulunmanız sizlerden almak istediğim en büyük yardım olur.

Yaklaşık 5 yıldır şiir ve öykü yazıyorum, "Sızıntı" ve "Lokman Hekim" gibi dergilerde yazılarımı yayınlamaktayım. Yayımlanmış "Hasretin Kadar" isimli bir şiir kitabım var olup, bu kitabıma [idefix.com](http://idefix.com), [kitapdunyasi.com](http://kitapdunyasi.com) gibi sitelerden bakabilirsiniz. Şahsi web sitem ise; [www.enesbasak.wordpress.com](http://www.enesbasak.wordpress.com) olup bana buradan ulaşabilirsiniz.

Aynı zamanda, uluslararası literatür dergisi olan "Journal of Pediatric Neurology" adlı dergide editörlük yapmaktayım; <http://childscience.org/html/jpn/editor.html> adlı link ile bu dergiye ulaşabilirsiniz. Bunların dışında; "Medikal Akademi" isimli bir tıp şirketinde köşe yazarlığı yapmaktayım; <http://www.medikalakademi.com.tr/uyeler/drenes>. Köşe yazarlığı yapmakta olduğum bir diğer yer ise "Haberci Medya" isimli bir haber sitesi olup; <http://habercimedya.com> adlı link ile bu siteye ulaşabilirsiniz.

Teşekkürlerimle,

Enes Başak, MD

Assistant Editor  
Journal of Pediatric Neurology

Necmettin Erbakan University,

Meram Medical Faculty

Departments of Pediatrics

4208 Konya, Türkiye

E-mail: [enesbasak42@hotmail.com](mailto:enesbasak42@hotmail.com)

<http://www.childscience.org>

<http://www.iospress.nl>

<b>1 - Adli Psikiyatri</b>	<b>6</b>
<b>2 - Anksiyete Ve Duygudurum Bozuklukları</b>	<b>8</b>
<b>3 - Bebeklik Ve Erken Çocukluk Dönemi Beslenme Ve Yeme Bozuklukları</b>	<b>9</b>
<b>4 - Bebeklik Ve Erken Çocukluk Döneminde Tepkisel Bağlanma Bozukluğu</b>	<b>12</b>
<b>5 - Cinsel Kimlik</b>	<b>15</b>
<b>6 - Çocuğun Ruhsal Gelişimi ve Psikiyatrik Değerlendirme</b>	<b>16</b>
<b>7 - Dışa Atım Bozuklukları</b>	<b>17</b>
<b>8 - Ergenlik</b>	<b>19</b>
<b>9 - Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu</b>	<b>20</b>
<b>10 - İnsanın Sekiz Evresi</b>	<b>23</b>
<b>11 - Konuşma Ve Dile Özgü Gelişimsel Bozukluklar</b>	<b>26</b>
<b>12 - Kronik Pediatrik Hastalıklarda Psikiyatrik Yaklaşımlar</b>	<b>29</b>
<b>13 - Madde Kullanımı</b>	<b>31</b>
<b>14 - Öğrenme Bozuklukları</b>	<b>32</b>
<b>15 - Travma</b>	<b>34</b>
<b>16 - Yıkıcı Davranış Bozuklukları</b>	<b>36</b>
<b>- Linkler</b>	<b>38</b>
<b>- Enes Başak'tan bir şiir...</b>	<b>39</b>

## Önsöz:

Değerli arkadaşlar;

Tıp eğitimi gerçekten uzun ve zorlu bir süreç. Bu süreci en iyi şekilde tamamlayarak mesleğimizi icra etmek hepimizin tek temennisi ve gayesi olmakla birlikte, iyi çalışma ortamlarına sahip olmak bunları gerçekleştirmek adına en önemli faktörlerden biridir. Birçoğumuz not yükünün fazlalığından ve pratik eğitimin yeterli olmadığından şikâyetçi oluruz. Belki de bunlar halledilebilirse bizler eğitimlerimizi daha rahat tamamlayabilecek ve daha iyi hekimler olarak yetişebileceğiz. Önemli olan ise bu amaçlarımıza cevap veren, en yüksek faydaları sunan bir ortama sahip olmaktır.

Bu gaye ile 8-9 ay kadar önce çalışmalarına başladım. Sahip olduğum notları web ortamına koyarak insanların ulaşmasını sağlamaya çalıştım. Ancak notları slayt halinde koymaktan öte bütün notları tek tek word formatına çevirerek yükledim. Bazen 1 not için 3-4 saatimi verdiğim de oldu ancak her zaman amacım notları word halinde sunarak daha rahat okunabilmesini ve faydalanılabilmesini sağlamak oldu. Bu şekilde bir çalışmayla bütün ders notlarını yüklemek için uğraşlar verdim.

Pratik eğitimini desteklemek amacıyla da sistemik muayene videolarını youtube kanalıyla herkese sundum. Ayrıca önümüzdeki yıl okul hocalarımızla birlikte EKG, MR, BT, USG ve bazı sistemlere yaklaşımlarla ilgili eğitim videoları da hazırlayacağız. Şuan için ders notlarını yüklemeye devam ederek ve tabi yeni yeni projeler de hazırlayarak tıp eğitimine desteğimi sürdüreceğim. Bu projelerden bahsedecek olursak; internet imkânı her zaman bulunmayan kişiler için ders notlarımızın pdf kitaplarını hazırladım. Ayrıca e-book ve cep telefonları için program (jar, sis, android gibi) olarak da sunmak gibi bir gayem var.

Amacım; zamanla yeni faaliyetlerde de bulunarak bu sistemi devam ettirmek ve tıp eğitimine kendi şahsımca yapabileceğim en iyi katkıyı yapmak. Şuan tıp notları olarak google aramalarında 1. sırada olmak ve birçok meslektaşımın teşekkür mesajları almak beni fazlasıyla mutlu eden ve bu çalışmalarına devam etmeme elbette ki yeterli olan şeylerdir. İnşallah bu devam edecek ve koca tıp deryasına bir damla da ben sunabileceğim.

Teşekkürlerimle,

Enes Başak

## 1 - Adli Psikiyatri

**Farik ve mümeyyizlik - Madde 31:** işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişip gelişmediğine bakılır. **31/1:** 0-12 yaşında cezai sorumluluk yok. **31/2:** 13 yaş başı - 15 yaş sonundakilere algılama ve davranışı yönlendirme yeteneği gelişmişse hafifletilmiş ceza verilir. **31/3:** yaşa göre cezai sorumluluk tam ya da 32. maddedeki gibi.

**Cezai ehliyet - Madde 32:** Cezai ehliyetini engelleyecek herhangi bir ruhsal hastalığı olup olmadığına bakılır. **32/1:** tam kayıp vardır; cezai ehliyeti yok. **32/2:** kısmi kayıp vardır; hafifletilmiş ceza verilir.

**Geçici nedenler - Madde 34:** İsteği dışında psikoaktif madde alımı (alkol dâhil) var mı bakılır.

**Evliliğe uygunluk:** Evliliğin gereklerini yerine getirebilecek ruhsal yeterliliğe sahip olup olmadığına bakılır.

Ruh sağlığı bakımından kendini savunup savunamayacağına bakılır; kendisine karşı gerçekleştirilen suç esnasında yardım çağırabilecek, kaçabilecek, bağırıp etrafı başına toplayabilecek güçte mi ona bakılır. Kendisine karşı gerçekleştirilen eylemin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılamadığına bakılır; algılamasını engelleyecek bir rahatsızlık var ise bunun uzman olmayan kişilerce anlaşılıp anlaşılamayacağı değerlendirilir. Olay sonrası ruh sağlığının bozulup bozulmadığına bakılır; eğer bozulmuşsa bu bozulmanın kalıcı olup olmadığı, ruh sağlığı bozuk ise bunun yaşadığı olay ile ilişkili olup olmadığına bakılır.

**Cinsel saldırı - Madde 102:** **1:** Cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlâl eden kişi, mağdurun şikâyeti üzerine, iki yıldan yedi yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. **2:** Fiilin vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle işlenmesi durumunda, yedi yıldan 12 yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Bu fiilin eşe karşı işlenmesi hâlinde, soruşturma ve kovuşturmanın yapılması mağdurun şikâyetine bağlıdır. **3:** Suçun; a) beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı, b) kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle, c) üçüncü derece dâhil kan veya kayın hısımlığı ilişkisi içinde bulunan bir kişiye karşı, d) silâhla veya birden fazla kişi tarafından birlikte işlenmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilen cezalar yarı oranında artırılır. **4:** Suçun işlenmesi sırasında mağdurun direncinin kırılmasını sağlayacak ölçünün ötesinde cebir kullanılması durumunda kişi ayrıca kasten yaralama suçundan dolayı cezalandırılır. **5:** Suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması hâlinde, on yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur. **6:** Suç sonucu mağdurun bitkisel hayata girmesi veya ölümü hâlinde, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur.

**Çocukların cinsel istismarı - Madde 103:** **1:** Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel istismar deyiminden; a) 15 yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukukî 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. **2:** Cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, sekiz yıldan 15 yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. **3:** Cinsel istismarın üstsoy, ikinci veya üçüncü derecede kan hısımları, üvey baba, evlat edinen, vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, sağlık hizmeti veren veya koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunan diğer kişiler tarafından ya da hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle veya birden fazla kişi tarafından birlikte gerçekleştirilmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. **4:** Cinsel istismarın, birinci fıkranın (a) bendindeki çocuklara karşı cebir veya tehdit kullanmak suretiyle gerçekleştirilmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. **5:** Cinsel istismar için başvuru olan cebir ve şiddetin kasten yaralama suçunun ağır neticelerine neden olması hâlinde, ayrıca kasten yaralama suçuna ilişkin hükümler uygulanır. **6:** Suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması hâlinde, 15 yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur. **7:** Suçun mağdurun bitkisel hayata girmesine veya ölümüne neden olması durumunda, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur.

**Reşit olmayanla cinsel ilişki - Madde 104:** **1:** Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, 15 yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

**Cinsel taciz - Madde 105:** **1:** Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında, mağdurun şikâyeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adlî para cezasına hükmolunur. **2:** Bu fiiller; hiyerarşi, hizmet veya eğitim ve öğretim ilişkisinden ya da aile içi ilişkiden kaynaklanan nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle ya da aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan yararlanılarak işlendiği takdirde, yukarıdaki fıkra göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. Bu fiil nedeniyle mağdur; işi bırakmak, okuldan veya ailesinden ayrılmak zorunda kalmış ise, verilecek ceza bir yıldan az olamaz.

**Çocuk koruma kanunu:** Koruyucu ve destekleyici tedbirler, çocuğun öncelikle kendi aile ortamında korunmasını sağlamaya yönelik danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık ve barınma konularında alınacak tedbirlerdir. **1:** Danışmanlık tedbiri; çocuğun bakımından sorumlu olan kimselere çocuk yetiştirme konusunda, çocuklara da eğitim ve gelişimleri ile ilgili sorunlarının çözümünde yol gösterme. **2:** Eğitim tedbiri; çocuğun bir eğitim kurumuna gündüzlü veya yatılı olarak devamına, iş ve meslek edinmesi amacıyla bir meslek veya sanat edinme kursuna gitmesine veya meslek sahibi bir ustanın yanına yahut kamuya ya da özel sektöre ait işyerlerine yerleştirilmesi. **3:** Bakım tedbiri, çocuğun bakımından sorumlu olan kimsenin herhangi bir nedenle görevini yerine getirememesi hâlinde, çocuğun resmî veya özel bakım yurdu ya da koruyucu aile hizmetlerinden yararlandırılması veya bu kurumlara yerleştirilmesi. **4:** Sağlık tedbiri, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbî bakım ve rehabilitasyonuna, bağımlılık yapan Maddeleri kullananların tedavilerinin yapılması. **5:** Barınma tedbiri, barınma yeri olmayan çocuklu kimselere veya hayatı tehlikede olan hamile kadınlara uygun barınma yeri sağlama.

## **2 - Anksiyete Ve Duygudurum Bozuklukları**

Anksiyete (kaygı, bunaltı); duygusal tehlike beklentisi ile birlikte huzursuzluk olmasıdır. Kaygı, korku, endişe normal mi ona bakılır. Ne zaman hastalık kabul edilir ona bakılır.

Şu şekillerde olabilir; ayrılık anksiyetesi bozukluğu, özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, selektif mutizm, obsesif kompulsif bozukluk, TSSB.

**Çocukluk çağı depresyonu:** Sıklık çocuklarda 10-13, ergenlerde 21-56. Ergenlik dönemi sonrası kızlarda sık.

**Okul öncesi dönem:** Üzgün görünüm, gülümsememe, ağlama, mızımızlanma, oyuna etkinliğe ilgisizlik, karın ağrısı, ayrılık anksiyetesi belirtileri, oyuncaklara, eşyalara, kendine ve başkalarına yönelik agresyon görülebilir.

**Okul çağı:** Üzgün görünüm, ağlama, irritabilite, can sıkıntısı, dikkati toplamada zorluk, arkadaşları ve sevilen etkinliklerden uzaklaşma, monoton ve alçak sesle konuşma, aptalım yaramazım kimse beni sevmiyor düşünceleri, okul başarısında düşüş, somatik yakınmalar görülebilir.

**Ergenlik dönemi:** Can sıkıntısı, huzursuzluk, arkadaş ve etkinliklerde ilgi kaybı içe kapanma, dikkat ve okul problemleri, psikomotor yavaşlama, aşırı uyuma, aşırı yeme, yalnızlık ve sevilmediği ile ilgili hisler, düşük benlik saygısı, suisid düşünceleri, davranış sorunları görülebilir.

**Bipolar bozukluk: Farklılıklar:** çocuklarda tablo hızlı döngülüdür. Karma atakların daha fazla olduğu söylenir. Tabloya irritabilite hâkimdir, irritabilite sürekli şiddet davranışları içerebilir.



### 3 - Bebeklik Ve Erken Çocukluk Dönemi Beslenme Ve Yeme Bozuklukları

Bebeklik ve erken çocukluk döneminde ki beslenme bozuklukları bebek ve bakımveren arasındaki etkileşimsel doğayı açığa çıkarır. Geniş anlamı ile beslenme bozuklukları; gıda reddi, yemekten kaçınma, beslenme sürecini reddetmek için yapılan aktif çabalar ve kendi kendine beslenmedeki gecikme gibi değişik durumları kapsar. Bu yaş grubunda 3 farklı bozukluk yer alır; pika, ruminasyon bozukluğu, bebeklerde ve çocuklarda beslenme bozukluğudur. Tüm hepsinde kendiliğinden iyileşme yüksek oranda görülse de bir kısım bebekte yeme reddi ve çocukluk çağı süresince kalıcı yeme sorunları gözlenir.

Ek olarak DSM-IV'de yer almayan bozulmuş beslenmeye neden olan, uygun olmayan yeme tarzları içinde; infantil anoreksiya, bakımveren-bebek arasındaki karşılıklı etkileşiminden kaynaklanan beslenme bozukluğu, duygusal nedenlere bağlı yeme reddi, travma sonrası beslenme bozukluğu yer almaktadır.

#### **PİKA:**

DSM-IV'de Pika; en az bir ay süre ile süreğen şekilde besinsel değeri olmayan maddelerin yenmesi olarak tanımlanmıştır. Bu davranış gelişimsel olarak uygunsuz, kültürel olarak onaylanmayan ve yeteri derecede ağır ya da klinik olarak dikkat çekebilecek bir düzeyde olmalıdır. Bu bulgular, otistik bozukluk, şizofreni veya kleine-levin sendromu gibi başka bozukluklar içinde görülse de pika tanısı koyulabilir. Pika yetişkinlerden ziyade daha sıklıkla küçük çocuklarda görülür ve zekâ geriliği olanlarda da rastlanır. Yetişkinlerde, hamile kadınlarda jeofaji (balçık, çamur yeme davranışı) ve amilofaji (nişasta, hamur yeme davranışı) bildirilmiştir.

**Epidemiyoloji:** Geniş klinik popülasyon üzerinde yapılan bir çalışmada 12 aylık bebeklerin %75'ini, 2-3 yaş arasındaki küçük çocukların %15'inin ağızlarına besin değeri olmayan maddeler götürdükleri bildirilmiştir. Pika zekâ geriliği olan çocuk ve ergenlerde daha sıktır. Ağır derecede zeka geriliği olanlarda %15'e varan sıklıklarda bildirilmiştir. Her iki cinsiyeti eşit derecede etkiliyor görünmektedir.

**Etyoloji:** Pika sıklıkla birkaç ay süren ve sonra gerileyen geçici bir bozukluktur. Küçük çocuklarda daha sıklıkla gelişimsel konuşma ve sosyal gelişimsel gecikmesi olanlarda görülür. Pikası olan ergenlerin önemli bir kısmında depresif bulgular madde kullanımı gözlenir. Pikası olanların akrabalarında pika beklenenden daha yüksek sıklıkta pikaya rastlanmıştır. Pika nedenleri arasında besinsel eksikliklerin olabileceği iddia edilmiştir. Bazen demir ve çinko eksikliğinde; eksikliğin giderilmesine yönelik çamur ve buza karşı duyulan aşırı arzu olabilir. Pika olguları yüksek oranda ebeveyn ve çevresel yoksunlukla ilişkilendirilmiştir. Psikolojik yoksunluk (deprivasyon) ve sonucunda olan yenilebilir olmayan maddelerin yenmesi ile ilişkili kuramlar pikanın oral ihtiyaçların doyurulması için telafi edici bir mekanizma olduğunu öne sürmüşlerdir.

**Tanı ve klinik belirtiler:** Pikanın başlangıcı genellikle 12-24 ay arasındadır ve yaşla birlikte sıklığı azalır. Ağıza alınan maddeler ulaşılabilirlikleri oranında değişiklik gösterir ve bağımsızlığın artması ve azalmış ebeveyn denetimi ile sonuçlanan lokomotor becerilerin artışı ile bu maddelerin sayısı artar. Klinik sonuçları alınan maddelere bağlı olarak benign bir durumdan yaşamı tehdit edici düzeye geçebilir.

**DSM-IV Tanı Kriterleri:** **A:** En az bir ay süre ile yenilebilir olmayan maddeleri sürekli olarak yeme. **B:** Bu davranış gelişim düzeyine göre uygun değildir. **C:** Bu yeme davranışı kültürel açıdan onaylanan bir uygulamanın bir parçası değildir. **D:** Bu yeme davranışı sadece başka bir psikiyatrik bozukluğun (örn; zekâ geriliği, yaygın gelişimsel bozukluk, şizofreni) gidişi sırasında ortaya çıkıyorsa bile ayrıca klinik değerlendirilmeyi gerektirecek derecede ağırdır.

**Patoloji ve laboratuvar inceleme:** Özel bir test yoktur, çinko ve demir mutlaka bakılmalıdır. Birçok pika olgusunda bu değerler düşüktür ve bu durum pika gelişimde rol alabilir. Oral demir ve çinko uygulandığında pika kaybolabilir. Anemi oluşabileceğinden hemoglobün düzeyleri tespit edilmelidir. Serum kurşun düzeyi saptanmalıdır. Kurşun zehirlenmesi gelişebilir.

**Ayarıcı tanı:** Ayırıcı tanıda demir ve çinko eksiklikleri yer alır. Pika ayrıca; gelişme geriliği, şizofreni, otistik bozukluk, anoreksiya nevroza ve Kleine-Levin sendromunda içinde yer aldığı pek çok diğer ruhsal ve tıbbi bozukluklarla birlikte bulunabilir. Yeni bir olgu sunumunda pikanın hipersomnolans, kurşun zehirlenmesi ve puberte prekoks ile ilişkisi gösterilmiştir.

**Gidiş ve sonlanış:** Prognozu genellikle iyidir, çünkü normal zekâya sahip olan çocuklarda pika genellikle birkaç ay içinde kendiliğinden sonlanmaktadır. Çocuklarda yaş ilerledikçe görülmesi azalır. Hamile kadınlarda doğum ile sonlanır.

**Tedavi:** Öncelikle neden belirlenmelidir. İhmal ya da çocuğa kötü davranışla ilişkili ise doğal olarak bu tutumlar değiştirilmelidir. Kurşun gibi toksik maddelere maruziyet dışlanmalıdır. Kesin bir tedavi yöntemi yoktur. Eğitim ve davranış değişikliği amaçlanır; tedavide psikososyal, çevresel, davranışsal yaklaşımlara ve ailenin yönlendirilmesine vurgu yapılır. Kısmi etkileri olan bazı davranışsal tetkikler kullanılır. En hızlı sonuç alan teknikler; hafif tiksindirme terapisi ya da olumsuz pekiştirme (küçük elektrik şoku hoş olmayan bir gürültü veya emetik ilaç kullanımı) gibi görünmektedir. Pozitif pekiştirmede model olma davranışsal şekillendirme ve düzeltme tedavileri kullanılır. Bir araştırma, oyun gereçlerinin pikadan uzaklaştırdığını göstermiştir. Demir ve çinko eksiliğinin düzeltilmesi pikayı ortadan kaldırır. Pikaya ikincil gelişen tıbbi komplikasyonlarda (kurşun zehirlenmesi gibi) mutlaka tedavi edilmelidir.

### *Ruminasyon bozukluğu:*

Ruminasyon (geviş getirme) rejürjitasyonu tetiklemek için başparmak ya da ellerini ağzına götüren, başparmaklarını ritmik olarak emen sırtlarını yay şeklinde geren gelişimsel olarak normal bebeklerde görülebilir. Bu davranış tarzı yetersiz duygusal etkileşimi olan ve geviş getirme yoluyla kendi kendilerini yatıştırma ve uyarmayı öğrenen bebeklerde nadir değildir. Bozukluğun başlangıcı genelde 3 aydan sonradır ve rejürjitasyon gerçekleştiğinde yiyecek ya yutulur ya da tekrar dışarı atılır. Ruminasyon yapan bebeğin yemeği ağızlarına getirmek için kendilerini zorladıkları ve bundan keyif aldıkları gözlenmiştir. Ruminasyon konusunda deneyimli olan bebekler dil hareketleri ile besini ağızlarına geri getirirler ve besini dışarı çıkarmazlar ağızda tutup geri yutarlar. Ruminasyon yüzlerce yıldır tanınmaktadır, doğru tanı ile gereksiz cerrahi girişimler ve uygun olmayan tedaviler önlenebileceği için, bu bozukluk hakkında farkındalık önemlidir.

**Epidemiyoloji:** Nadir görülmektedir. Erkeklerde daha sık görülmektedir ve 3 ay ile 1 yaş arasında ortaya çıkar. Zekâ geriliğinde daha sıklıkla kalıcı olur. Yetişkinler genellikle vücut ağırlıklarını korur

**Etyoloji:** Ruminasyon ve GÖR sıklıkla birlikte bulunur. Bu durum ortaya çıkmasında organik ve psikolojik çok çeşitli faktörlerin oluşmasına neden olur. Bazı olgularda ruminasyon davranışının bu davranış da devamlılığını sağlayana kendi kendini rahatlatıcı etkisinin olduğu düşünülebilir. Zekâ geriliği olanlarda bu bozukluk kendi kendini uyarıcı bir davranış olarak ele alınabilir. Psikodinamik teoriler anne çocuk ilişkisindeki çeşitli sorunların ruminasyon bozukluğu gelişimine katkıda bulunduğunu öne sürerler. Bu bozukluğa sahip bebeklerin annelerinin immatür olması ve evlilik çatışmalarını yüksek oranda bebeğe yansıtan bu nedenle bebeği yetersiz uyaran ve yetersiz duygusal ilgi gösteren anneler oldukları bildirilmiştir. Bu faktörlerin kendi kendini uyarma davranışında bulunan bebeklerde, yetersiz emosyonel haz ve uyarana yol açtığı iddia edilmektedir. Aşırı uyarılma ve gerginliğinde ruminasyonun nedenleri arasında oldukları ileri sürülmektedir. Davranışçılar ruminasyonu, haz veren kendi kendini uyarmaya ve başkalarından aldığı ilgiyi kuvvetlendirmesine bağlamaktadır.

**Tanı ve klinik belirtiler:** DSM-IV'de bozukluğun temel özelliğinin bir aylık normal işlevsellik ardından besinlerin tekrarlayan rejürjitasyonu ve tekrar çiğnenmesi olarak belirtilir. Başlangıçta ruminasyonu normal bebeklerde sıklıkla görülen rejürjitasyondan ayırmak zor olabilir, fakat kliniğin tam oturduğu olgularda tanı çok belirgindir. Yemek ya da süt bulantı ve öğürme veya iğrenme olmadan rejürjite edilir ve sayısız haz verilen emme ve çiğneme hareketlerine maruz bırakılır.

**DSM-IV Tanı Kriterleri:** **A:** Olağan bir işlevsellik döneminden sonra en az bir ay süreli olarak, yiyeceklerin yineleyen rejürjitasyonu ve yeniden çiğnenmesi. **B:** Bu davranış, eşlik eden Gastrointestinal ya da tıbbi bir duruma (GÖR) bağlı değildir. **C:** Bu davranış sadece anoreksiya nevroza ya da bulimia nevrozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır. Bu belirtiler sadece zekâ geriliği ya da yaygın gelişimsel bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkıyorsa bile ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek derecede ağırdır.

**Patoloji ve laboratuvar inceleme:** Ruminasyon bozukluğu için hiçbir laboratuara değerlendirilmesi patognomonik değildir. Pilon stenozu ve diyafram hernisi gibi kusmanın fiziksel sebepleri dışlanmalıdır. Gelişim geriliği ve değişen derecelerde beslenme eksikliğine yol açabilir.

**Ayırıcı tanı:** Gastrointestinal konjenital anomalileri (GÖRH, diafragma hernisi, pilon stenozu), enfeksiyonları ve diğer tıbbi anomalileri dışlamalıdır. Pika ve stereotipik davranışlarla ilişkili değişik zekâ geriliği sendromları ile ilişkili olabilir.

**Gidiş ve sonlanış:** Yüksek oranda kendiliğinden gerilediğine inanılır, hatta bazı olgularda hiçbir zamanda tanı konmamasına rağmen ruminasyon bozukluğunun gelişip sonradan gerilediğine inanılır.

**Tedavi:** Eğitim ve davranışsal teknikler tedavide sıklıkla birlikte kullanılır. Bazen anne çocuk ilişkisinin gözlemi ile saptanan eksiklikler anneye danışmanlık verilerek giderilebilir. Ruminasyon sırasında ağza limon damlatılması gibi davranışsal yöntemler etkili olabilir. Bu yöntem ruminasyonu 3-5 günde azaltan ve en hızlı etki eden yöntemdir. Tersine koşullandırma yöntemlerinin uygulandığı tedavilerin 9-12 aylık takiplerinde ruminasyonun tekrarlamadığı, kilo alımının olduğu, aktivite düzeyleri ve insanlara duyarlılığın arttığı bildirilmiştir. Bu davranışın olduğu zamanlarda ilginin çocuktan çekilmesi, ruminasyonu azaltan bir teknik olabilir (bilgiler genelde olgu sunumlarından gelmektedir, kontrollü çalışma yoktur). Tedaviler içinde çocuğun psikososyal çevresinin zenginleştirilmesi anne ya da bakımverenin çocuğa ilgi ve şefkatini artırılması ve anne ya da her iki ebeveyn için psikoterapi yer alır. Eşlik eden anatomik anormallikler varsa cerrahi düzeltme gerekebilir. Malnutrisyon varsa tedavi edilmelidir. Ruminasyon tedavisinde ilaç uygulamaları tedavinin standart bir parçası değildir. Faka anoktodal bazı olgu sunumları metoklopramid (reglo) ve simetidin (tagamed) gibi ilaçların ve haloperidol (haldol) tiyaridazin (melleril) gibi antipsikotiklerin tedavide yardımcı olarak kullanılabilceği bildirilmiştir. Bir çalışmada bebeklerin kendi istedikleri kadar yemelerine izin verildiğinde ruminasyon oranının azaldığı gösterilmiştir.

#### 4 - Bebeklik Ve Erken Çocukluk Döneminde Tepkisel Bağlanma Bozukluğu

Tepkisel bağlanma bozukluğu; çocuğun normal bağlanma sürecinin olumsuz çevresel etmenler neticesinde bozulmasıyla ortaya çıkan, uygun olmayan sosyal davranışlarla karakterize klinik bir bozukluktur. DSM-IV'de yer alan birçok tanıdan farklı olarak tepkisel bağlanma bozukluğunun etiyojisi çocuğun yaşadığı çevresel yoksunlukla ilişkilendirilmiştir. Tepkisel bağlanma bozukluğu ilk olarak DSM-III'de yer alan nispeten yeni bir kavramdır. Bozukluk çocuğun birincil bakımvereniyle, genellikle de ebeveyni ile olan duygusal iletişiminin göstergesi olan bağlanma kuramı temelinde değerlendirilmektedir. Bu temel ilişki çocuğun korunma, bakım görme ve rahat etme ihtiyacının ve bu ihtiyacın giderilmesi için ebeveyn ile kurduğu etkileşimin ürünü olarak doğmaktadır.

Mary Ainsworth ve arkadaşlarının geliştirdiği 'yabancı ortam' tekniği uygulamasında çocuk ebeveynin kısa süreli ayrılığı ve yeniden bir araya gelmesi gözlenmiş ve çocuklar temel bağlanma şekillerine göre güvenli, güvensiz ve dezorganize olarak sınıflandırılmıştır. Güvenli bağlanma davranışı sergileyen çocukların diğer çocuklara oranla bakımvereniyle duygusal olarak daha ulaşılabilir ilişki kurdukları, daha araştırmacı oldukları ve daha uyumlu oldukları düşünülmüş. Güvensiz bağlanmanın çocuğun bakımvereni sürekli ulaşılabilir olarak algılaması sonucu olduğu düşünülmüş. Dezorganize bağlanmanın ise çocuğun ebeveyne yakınlaşma ihtiyacı ile birlikte olan yakınlaşma korkusunun neden olduğu düşünülmüştür. DSM-IV'e göre bebek ve çocukluk çağı tepkisel bağlanma bozukluğunda (TBB) birçok ortamda uygun olmayan ilişki göze çarpmaktadır. Bozukluk 5 yaşından önce ortaya çıkmakta ve ağır düzeyde patolojik bakım verme ile alakalıdır. Durum gelişimsel gecikme ile açıklanamaz ve yaygın gelişimsel bozukluk ölçütlerini karşılamaz. Çocuğun duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarına ilgisiz davranma, bakımverenin sık değişmesi ve büyüme çağında sık taşınma önemli nedenlerindedir.

**Bozukluğun iki alt tipi vardır:** **Ketlenmiş (inhibe) tip:** bu formada rahatsızlık gelişimsel olarak normal sayılan sosyal etkileşimleri başlatma ve buna karşılık vermede süregelen bir yetersizlik olarak karşımıza çıkmakta. **Ketlenmemiş (disinhibe) tip:** bu formda ise rahatsızlık ayrışmamış ve seçici olmayan sosyal ilişki kurma şeklinde karşımıza çıkmakta.——Neden olarak genelde patolojik bakım verme sorumlu tutulmuşsa da şiddet olarak daha az sayılabilecek ebeveyne ait çocuk yetiştirmedeki problemler de çocuklarda bu bozukluğa yola açar. Sonuç olarak; beslenme yetersizliğine bağlı fiziksel bulgular, yaşına göre geri motor ve sözel yetilerle giden bir büyüme gelişme geriliği karşımıza gelebilir.

**Epidemiyoloji:** Yaygınlığı, cinsiyet oranları veya ailesel özellikleri ile ilgili veriler çok fazla yoktur. Genel toplumda %1'den daha az oranda görüldüğü tahmin edilmektedir. Bunda önceki çalışmalar yüksek risk altındaki çocuklarda yapılmıştır. Kötü muameleyi de kapsayan patolojik bakıma maruz kalmanın fakirlik, dağılmış aile ve bakımverende zihinsel rahatsızlık bulunması gibi genel psikososyal risk faktörleri ile ilişkili olduğu ve bu koşulların TBB riskini artırdığı bilinmektedir.

**Etyoloji:** Tepkisel bağlanma bozukluğunun temelini normal bağlanma davranışının bozulması oluşturur. Emosyonel ihmal, fiziksel istismar veya her ikisini de içeren çocuğa kötü davranma ile ilişkilidir. Ağır düzeyde bir patolojik bakıma maruz kalan çocuklarda bariz sosyal ilişki bozukluğu görünmektedir. Daha çok bakımverenin çocuğa yanlış tutum göstermesi veya ihmali gibi dolaylı nedenler üzerinde durulmaktadır. Klinisyenler bu bebek ve çocukların huyunu, yetersizliğini veya bağlanma problemini çocukta gelişimsel bir kusur veya algılama kusuru olup olmadığını ve çocuk bakımvereni ilişkisinin uyumunu iyi tartmalıdır. Ebeveynde zekâ geriliği olması çocukta ihmal görülme riskini artırmaktadır. Kurumda kalma, uzun süre hastaneden kalma, bakıcı ailede kalma gibi bakımverenin sık değiştiği ortamlar da tepkisel bağlanma bozukluğuna yol açabilir.

**Tanı ve klinik belirtiler:** Tanısı için çocukta 5 yaşından önce görülen uygunsuz sosyal davranışlarla giden süregelen bir bağlanma problemi olması gerekmektedir. Yaş ve zekâ durumuna göre klinik farklılık gösterse de bu çocuktan beklenen sosyal iletişim ve canlılık görülmemektedir. Sıklıkla bu çocuklarda gelişimsel duraklama veya açık bir beslenme yetersizliği görülmektedir. Belki de bu çocukların en tipik klinik görünümü organik olmayan büyüme ve gelişme geriliğidir. Üzgün, neşesiz ve çökkün görünürler. Çocukların ağırlığı çoğu zaman 3 persentilin altında olup boyuna göre belirgin olarak düşüktür. Kilo takibi

yapılabilirse bu çocukların kilo persentillerinin ilerleyici bir biçimde düştüğü görülür. Kemik yaşı geridir, altta bir hastalık yoksa laboratuvar değerleri normaldir. Büyüme geriliğinin kalori açığına ve malnütrisyonu ikincil olduğu düşünülmektedir. Sosyal olarak bu çocuklar az spontan aktivite gösterir ve ilişkiyi başlatmada ve karşılıklı etkileşimde zayıftır. Hastaneye yatmaya hem anne hem çocuk kayıtsız kalırlar, ayrı kalma korkuları yoktur. Normal çocuklarda beklediğimiz üzüntü, huysuzluk ve itiraz bu çocuklarda yoktur. Oyuncaklarla oynamaz ancak cesaretlendirildiği zaman hızlı bir şekilde çevreye ilgisi artar ve hastane personeli iletişim kurmaya başlar. **Psikososyal cücelik:** genellikle 2-3 yaş arasındaki çocuklarda ortaya çıkan bir sendromdur. Bu çocuklara olağan dışı biçimde kısa boylu, sık olarak büyüme hormon seviyesizde düzensizlikler ve ağır davranış bozuklukları ile seyredir. Tüm bu semptomlar bakımveren-çocuk iletişimdeki bozukluğun sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. 2-3 yaşından önce bağlanmada problem yaşayan çocuklar, duyarsız bir kişiliğe sahip olabilmektedir. Uzun süreli bir ilişki kuramamakta ve bunun sonucu olarak suçluluk hissetmeyen, kurallara uymayan ve devamlı dikkati üzerine çekmeyen çalışan kişiler olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak bazı çocuklar tüm bunlara rağmen sıcak ilişki kurabilmektedir.

**Patoloji ve laboratuvar inceleme:** Tepkisel bağlanma bozukluğuna özgü bir laboratuvar testi olmamakla birlikte bu çocuklarda büyüme ve gelişme geriliği sık görüldüğü için bu çocukların büyüme eğrilerinin belirlenmesi ve gelişimsel aşamalarının incelenmesi, eşlik eden gelişim geriliğini saptamada bize yardımcı olmaktadır.

**Ayrırcı tanı:** Tepkisel bağlanma bozukluğunun ayrırcı tanısında travma sonrası stres bozukluğu, gelişimsel dil bozukluğu ve zeka geriliği gibi iletimde bozuklukların eşlik ettiği diğer psikiyatrik bozukluklar hesaba katılmalıdır. Metabolik bozukluklar, yaygın gelişimsel bozukluklar, ağır nörolojik anormallikler ve psikososyal cücelik yine ayrırcı tanıda dikkat edilmesi gereken rahatsızlıklardır.

**Gidiş ve sonlanış:** Ketlenmiş tipteki tepkisel bağlanma bozukluğu olan çocukların uygun ortamda bakım görmeye başladığı zaman bağlanma davranışlarının kalitesinin arttığı gösterilmiştir. Gelişi güzel ilişki kuran ve ketlenmemiş tipteki çocuklarda ki davranış problemleri ise uygun ortama alınsalar dahi yıllarca devam edebilmektedir. Gelişi güzel ilişki kuran çocuklar öğrenmiş olduğu bu ilişki biçimini yıllarca sergileme eğilimindedir. TBB olan çocukların seyri uğradığı ihmal ve patolojik tutum süresi, şiddeti ve eşlik eden büyüme geriliğinin olup olmamasına göre değişkenlik göstermektedir. Yapısal ve beslenme ile ilgili faktörler karşılıklı etkileşim içindedir ve bu etkileşim çocuğa olumlu yansıtılabildiği gibi gelişme geriliğine yol açabilir. Sonuç olarak sağlıklı bir çocuktan ciddi vakalarda ölüme kadar geniş bir spekturumda karşımıza gelebilir. Bu çocuklar ne kadar uzun süre olumsuz çevre koşullarına maruz kalırsa o kadar fazla fiziksel ve emosyonel hasara uğrar ve seyri o kadar kötü olur. Bu çocuklarda fiziksel iyileşme duygusal iyileşmeden daha hızlı olmaktadır.

**Tedavi:** TBB olan hastalarda öncelikle çocuğun uygun bakım görüp görmediğinin ve güvende olup olmadığının ayrıntılı değerlendirilmesi sonrasında yaklaşımda bulunmak tavsiye edilmektedir. Bu nedenle ilk olarak göz önünde bulundurmanız gereken nokta çocuğun güvenliğidir. İstismar olduğunu düşünüyorsanız gerekli yasal mercilere ve çocuk koruma merkezlerine bildirim zorunluluğu vardır. Patolojik bakımın şiddeti terapotik olarak nasıl yol izleneceğinde karar verilirken belirleyicidir. Çocuğun beslenme durumu, fiziksel istismar veya tehdidin devam etmesi çizilen planda önemli bir belirleyicidir. Beslenme bozukluğunun olması hastaya yatış için gerekli bir durumdur. İlk görüşmede ebeveynin çocukta meydana gelebilecek hasarlar ve buna bağlı olarak oluşan değişiklikler açısından farkındalığının ve kapasitesinin değerlendirilmesi önemlidir. Tedaviye ilk olarak anne ve babaya kapsamlı ve geniş bir müdahale ve eğitim ile çocuk bakımveren ilişkisindeki olumsuzlukları değiştirerek başlamak gerekir. Bakımveren-çocuk ilişkisi bağlanma davranışının şekillenmesinde çok önemlidir, bu sebeple TBB semptomlarının değerlendirilmesinde en temel unsur bu ilişkinin şeklidir. Klinisyenin tedavide ki ilk amacı çocuğa olumlu yönde bağlanabilecek olan bir bakımveren ile kalmasını sağlamak yönünde olmalıdır. Eğer böyle ilişki kurabilecek akraba bulunmazsa koruyucu aile yanına verilmesi gerekebilir.

**Tedavi (devam):** **Bakımveren-çocuk ilişkisinde olumlu bağlanmaya yardımcı üç temel psikoterapi yöntemi vardır:** 1. Yöntem: bakımvereni hedef alan ve daha önce olumlu tecrübesi olmayan bir çocukla iletişimi kurmak yönünde destekleyen yaklaşımdır. 2. Yöntem: klinisyenin bakımveren ve çocuğun her ikisi ile birlikte çalışmak ve olumlu iletişim kurma yönünde her ikisine destek olmaktır. Bu yöntemde video kayıt

kullanılarak aralarındaki iletişim gösterilip önerilerde bulunulabilir. 3. Yöntem: çocukla bireysel çalışmaktır.——En olumlu değişiklikler ise bakım veren ve çocuk ile birlikte yürütülen yöntem sonucunda sağlanmıştır. **TBB olan çocukların bulunduğu ailelere:** 1. Psikososyal destek hizmetleri: ev kiralama, evin fiziksel şartlarını düzeltme, daha uygun bir ev edindirme, ailenin ekonomik durumunu düzeltme ve ailenin yalıtılmışlığını azaltma. 2. Psikoterapotik müdahaleler; bireysel psikoterapi, psikotrop ilaçlar, aile ve evlilik terapisi. 3. Eğitim danışmanlık hizmetleri: anne- bebek grupları, anne çocuk grupları, anneye çocuğun ihtiyaçlarını anlama, bu konuda bilinçlendirme ve ebeveynlik becerilerini geliştirme yönünde danışmanlık sağlama. 4. Hastanın fiziksel ve duygusal iyilik halinin yakından takip edilmesi gerekmektedir. **Farmakoterapi:** bu hastalığı olumsuz etkileyen veya hastalığın sonucu olarak ortaya çıkan bir durum (örn. anksiyete veya depresyon) yoksa farmakoterapi önerilmemektedir.

## **5 - Cinsel Kimlik**

**Cinsel kimlik:** Kişilik gelişiminin en önemli bileşenlerindendir. Biyolojik olarak cinsel kimlik kromozom yapısı iç genital yapı ve dış genital yapıdan oluşurken, ruhsal olarak 3 alt başlıkta incelenebilir.

Çocuklar bebeklik döneminin sonuna doğru cinsel kimliklerini fark etmeye başlarlar (2,5-3 yaş). Erkekleri kızlardan ayıran sosyal belirteçlere dikkat ederler (saç uzunluğu).

**Cinsiyet rolleri:** Cinsiyetlerine uygun şekilde giyinmeyi, cinsiyetlerine uygun oyunlar oynamayı ve arkadaşlar bulmayı tercih ederler (4-5 yaş).

**Cinsel yönelim:** Ergenlik döneminde bireyin cinsel isteğinin yöneldiğı yere göre heteroseksualite, homoseksualite ya da biseksualite biçiminde sınıflanır.

İnterseks; kuşkulu genital yapı.

## 6 - Çocuğun Ruhsal Gelişimi Ve Psikiyatrik Değerlendirme

**Psikoseksüel kuram - Psikoanalitik kuram (Freud):** Dönemleri; oral dönem, anal dönem, fallik dönem, ödipal dönem, latans dönem. **Oral dönem:** dürtünün kaynağı dudaklar, ağız ve yutak bölgesi. Dürtünün nesnesi anne memesi. Dürtünün amacı başlangıçta beslenme, sonrasında oterotik haz. **Anal dönem:** dürtünün kaynağı anorektal mukoza. Dürtü nesnesi dışkı. Dürtünün amacı oterotik haz ve çevreye hâkim olunması. **Fallik dönem:** dürtü kaynağı cinsel organlar. Dürtü nesnesi penis (narsistik bütünlük organı). **Ödipal evre:** dürtü nesnesi karşı cinsten ebeveyn. Dürtünün amacı güçlü olma. Kastrasyon anksiyetesi ya da anneyi kaybetme korkusu özdeşleşmeye neden oluyor. **Latans dönem:** cinsel ve saldırgan dürtülerin baskılandığı, denetim altına alındığı bir dönemdir. Bu dönemde nesne ilişkileri dürtülerden ayrılır.

**Nesne ilişkileri kuramı: Kendilik:** dış dünyada var olan diğer nesnelere ayrı olarak yaşanan, algılanan fiziksel ve ruhsal bütün bir bireyi kapsar. **Nesne:** kendiliğin dışında kalan, yaşanıp algılanan her şeyi kapsar. **Ego:** kendiliğin içerisindeki ruhsal aygıtın en organize bölümüdür. Ego klinikte yaptığı işlevlerin görülmesi ile değerlendirilir. Kendilik imaj ve reprezentasyonları, nesne imaj ve reprezentasyonları. **Normal otizm ya da birincil ayrışmamış dönem (0-2 ay):** ego yalnızca hoşnutluk ve hoşnutsuzluk yaşantılarını algılar, anı adacıkları. **Normal simbiyoz (2 ay-8 ay):** iyi kendilik-nesne reprezentasyonları, kötü kendilik-nesne reprezentasyonları.—Kendilik reprezentasyonu ile nesne reprezentasyonu ayırt edilir (6-8 ay - 18-36 ay), yarılmanın sona ermesi.

**Bilişsel gelişim ve piaget kuramı:** Gelişim evrelerinin sırası evrenseldir. Atlanmadan ve geriye dönüş olmadan ilerler (epigenezis). Evreler arasında hiyerarşik bir bütünlük vardır, ani geçişler yoktur. Her evrenin hazırlık ve tamamlanma aşamaları vardır. Çocuk iki ardışık evrenin özelliklerini gösterebilir. Benzer zihinsel işlem gerektiren durumlarda çocuk farklı başarı düzeyleri gösterebilir. Şemalar insanın çevre ile uyum sağlamak için kullandıkları bilişsel yapılardır. Şemalar gittikçe değişir ve gelişirler. Örgütlenme var olan şemaları eşgüdümleme becerisidir. Uyum sağlama; özümleme, uyma, dengesizlik. Dönemler; duyu devinim, işlem öncesi, somut işlemler, soyut işlemler. **Duyusal - motor dönem (0-2 yaş):** çevreyi duyu organları ile tanır. Motor becerileri ile çevreyi kontrol etmeye başlar. Öğrenme gittikçe artan ve gelişen şemalarla olur. Ben merkezci. Yabancı kaygısı. Nesne sürekliliği yoktur (varlığı sonraki döneme geçişin belirleyicisi). **İşlem öncesi dönem (2-7 yaş):** konuşmanın kazanılması ile başlar. Problem çözmeye odaklı eylemler. Anlık düşünce. Değer yargıları - ahlak kurallarını algılayamaz; birçok tabağı kaza ile kıran bir tabağı kasten kılından daha suçlu. Sebep - sonuç ilişkisi mantığa dayanmaz (animistik düşünce). Mecazı anlayamaz. **Somut işlemler evresi:** koruma becerisi gelişmiştir. Tersine çevrilebilirlik ilkesi kazanılmıştır. Sınıflama yapılabilir. **Soyut işlemler dönemi (> 11 yaş):** çıkarsama - yargılama. Adalet - ahlak - gerçek.

**Bağlanma kuramı:** Temel bağlanma yaşamın ilk 9 ayında gerçekleşir. Bakımverenin yokluğuna öngörülebilir davranışlar şeklinde kendini belli eder. Dürtüsel bir işlemdir ve hayatta kalmayı, güvenliğini sağlar. Bağlanma nesnesinin arzu edilen konumu ile gerçek konumu arasında bir çelişki ortaya çıkınca bağlanma sistemi aktive olur. Bebek-küçük çocuk anneyi güvenli bir üs olarak kullanır. Bakımverenin çocuğun emosyonel tepkilerine verdiği yanıtlar çocuğun kendi duygularını organize etmesini sağlar.

**Ruhsal değerlendirme:** Başvuru nedeni, kim gelmek istedi sorulur. Görüşme tipi hastanın gereksinimine göre değişir, ancak görüşme çocuk ve ailenin kendini ifade etmesine fırsat tanımalıdır. **Başvuru nedeni:** anne babaya göre bir sorun vardır, doktor - öğretmene göre bir sorun vardır, arka planda anne - babanın sorunu vardır, anne baba bir sorundan kuşkulananmaktadır, bir olay nedeniyle başvurma, çocuğun paylaşmak istediği bir sorunu vardır. Bu bir sorun mudur ona bakılır; döneme özgü olabilir, döneme özgü ancak aşırı olabilir, gerçek bir sorun olabilir, sorun ise boyutu ve şiddetine bakılır. **Görüşme:** Güven ortamı; beni anlad mı, kendimi anlatabildim mi? Konuya yönlendirme; anamnez verememe, kaygılanma, bilgi saklama. Belirtileri özgüleştirme; sinirli, hırçın, yaramaz. Nerede, ne sıklıkta, hangi şekillerde bulunuyor. Empati; aileyi anlayabilme kapasitesi, belirtilerin yükü ve önerilerin uygunluğu. Yüksüz ve yansız soru yöneltilmelidir. Anlaşılır bir dil kullanılmalıdır. Sözsüz ifadelerle dikkat edilmelidir. Önyargısız olunmalıdır. Çağrışımlar geliştirilmelidir. **Değerlendirme:** çocuğun ayrılmaya verdiği yanıt, ebeveyn-çocuk ilişkisi, fizik görünüm, yönelim, motor davranış, bilişsel gelişim ve zekâ, algı, bellek, okuma yazma, konuşma ve dil, düşünce süreci ve içeriği, duygudurum, nesne ilişkileri değerlendirilir.



## 7 - Dışa Atım Bozuklukları

2'ye ayrılır; enürezis (alt ıslatma), enkoprezis (kaka kaçırma).

**Tuvalet eğitimi sırası:** Nokturnal fekal kontinans > diüurnal fekal kontinans > diüurnal mesane kontrolü > nokturnal mesane kontrolü.

### Enürezis:

**Alt ıslatma:** Organik bir nedene bağlı ise inkontinans, gece alt ıslatma ise nokturnal enürezis, gündüz alt ıslatma ise diüurnal enürezis, gündüz + gece ise enürezis continue denir. Hiç kuru dönem yoksa primer enürezis, bir yıl kuruluştan sonraysa sekonder enürezis denir.

Yatağa ya da giysilere yineleyen bir biçimde idrar kaçırma (istemsiz ya da amaçlı olarak). En az ardışık 3 ay, haftada iki kez ortaya çıkan bir sıklıkta olması ya da klinik açıdan belirgin sıkıntı doğurması ya da toplumsal, okulda (mesleki) ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulma yapması ile belirli olmak üzere bu davranış klinik açıdan önemlidir. Takvim yaşının en az 5 olması (ya da eşdeğer bir gelişim düzeyi). (ICD'ye göre 4 yaş). Bu davranış sadece bir maddenin (örn: bir diüretik) ya da genel tıbbi durumun (örn: diyabet, spina bifida, konvülsiyon bozukluğu) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

**Nokturnal enürezis sıklığı:** 5 yaşındaki çocuklarda %15 - 20. 8 yaşındaki çocuklarda % 4. 14 yaşındaki ergenlerde % 1.

**20'ler kuralı:** 5 yaşında sıklık % 20. Her yıl % 20 spontan remisyon olur. % 80 primer, % 20 sekonderdir. % 80 nokturnal, % 20 diüurnal. Erkek/Kız = 2.

**Etyoloji: Genetik:** her iki ebeveyn de enüretikse % 75. Sadece bir ebeveyn enüretikse % 45. Enürezis öyküsü yoksa % 15. 13q13-q14.3 ile ilişkilidir. Anne enüretik ise risk 5.2 kat, baba enüretik ise risk 7.1 kat artar. Monozigot ikizlerde konkordans % 69, dizigot ikizlerde konkordans % 2-30. **Uyku:** enüretik çocukların ileri derecede derin uykusu vardır. Uyanma ile ilgili bir bozukluk (her uyku döneminde görülebilir) olabilir. Enürezis gecenin ilk üçte birlik kısmında ve yavaş dalga uykusu sırasında olur. **Hormonal durum:** erişkinlerde gündüz, geceye oranla 2-3 kat daha fazla idrar üretilir. Bunun nedeni gece ADH salınımının artmasıdır. 3 yaşından sonra ADH salınımı erişkin şekline kavuşur. Enüretiklerde gece ADH salınımları yetersizdir.

**Tanı nasıl konur:** Ayrıntılı anamnez (sıklık, zaman, aile yükü vs), fizik muayene, idrar analizi-kültürü, görüntüleme (USG, özellikle diüurnal enürezis de varsa).

**Fiziksel hastalıklar:** üriner sistemde obstrüksiyon, hidronefroz, tam boşalamayan mesane, detrüör instabilitesi, üriner enfeksiyonlar, DM, diabetes insipidus, psikojen sıvı alımı, MS, spinal zedelenmeler.

**Psikolojik durumlara tepki:** Kardeş doğumu - kardeş kıskançlığı. Boşanma, kayıp, taşınma, okul başarısızlığı, istismar olabilir. Aşırı hoşgörülü aile ortamından kaynaklanır.

**Tedavi: 1-Ebeveyn eğitimi. 2-Davranışçı yöntemler:** A-Sıvı kısıtlanması ve gece uyandırma: akşam yemeğinden sonra sıvı alınmasının (çay, kola, karpuz vs.) kısıtlanması, çocuklar uyuduktan 1-1.5 saat sonra uyandırılıp tuvalete gitmesi, sıvı kısıtlaması konusunda sorumluluk çocuğa verilmeli, çocuk yatarken mutlaka tuvalete gitmeli ve yattığında tuvalet için kalkma konusunda kendini koşullandırmalıdır, çocuğun gece tam olarak uyandırılması gerekir. B-Kayıt tutma ve ödüllendirme: hem çocuğun motivasyonunu artırıcı hem de sorumluluk verici yöntemlerdir, çocuk ıslak veya kuru geceleri bir takvim üzerinde işaretler, yazma bilmeyenler güneş ve yağmur resmi ile bilenler yazı ile belirtebilirler, bu işaretler kesinlikle çocuğun kendisi tarafından yapılmalıdır, haftalık kontrollerde kuru günler çoksa çocuk ödüllendirilir (çocukla onun istediği bir oyun oynamak gibi), duygusal içerikli ödüller (aferin denmesi, kucaklama, başını okşama, başarısını

abartma vb.), somut ödüllerde (oyuncak, yiyecek vb.) göre daha etkilidir. C-Mesane ve sfinkter eğitimi: amaç, yeteri kadar idrarı tutabilen bir mesane kapasitesine ulaşmaktır, çocuktan gündüz idrarını yaparken birçok defa aniden kesmesi ve tekrar yapması istenir, çocuktan idrar yapmayı mümkün olduğu kadar ertelemesi istenir, bu teknik sfinkter kaslarının tonusunu artırabileceği gibi çocuğun idrar yapma kontrolünün farkında olmasını da sağlar, bu yöntemi daha çok 9 yaşından büyük çocukların uygulayabildikleri bilinmelidir.

**Tedavi (devam): İlaç tedavisi:** davranış terapilerini bir ay süreyle uygun şekilde uygulamış fakat sonuç alınmamış vakalarda başlanır. İlaçların en çok altı ay süre ile kullanılması önerilmektedir. İlaçlar, çocuk kuru kalmayı çok istiyorsa ya da tatile veya bir yakınının yanına gidecekse kullanılmalıdır. **1-İmipramin:** tofranil 10-25 mg. %70 etkin. Etki mekanizması; antikolinerjik etki, antidepresan etki, uyku derinliğini azaltması. Yan etkisi; kardiyotoksite (EKG çekilmelidir). **2-Desmopressin:** minirin 0.1 mg tb. Sentetik bir ADH türevidir. İdrarın yoğunluğunu artırarak enürezisi kontrol etmektedir. Hızlı relaps. Özellikle geceleri yatılı kalma, kamp yapma ya da diğer sosyal aktiviteler söz konusu olduğunda (camping drug) kullanılmalıdır. Yan etkileri; hiponatremi, kullanılan diğer ilaçların etki dozunu düşürür (antiepileptikler). **Alarm cihazı:** cihaz pamuklu bir örtüyle ayrılmış iki tane metal levha, düşük voltajlı bir devreyi sağlayan bir pil, bir anahtar ve bir zilden oluşur. Çocuk idrarını yapmaya başladığında pamuklu örtü ıslanarak devreyi tamamlanır ve zil çalar. Bir ay içinde %75-86 oranında etkili olduğu bildirilen bu yöntemin bir sakıncası da aileleri uzun süre meşgul etmesidir. Alarm cihazı, tedavi sonlandıktan sonra da %56 ile en yüksek oranda kalıcılığı (rekürrens olamayan) olan tedavi seçeneği olarak değerlendirilmiştir.

### **Enkoprezis:**

İstemsiz ya da amaçlı olarak dışkıının uygunsuz yerlere yapılmasıdır. En az 3 ay süre boyunca en az ayda bir defa olmalıdır. Takvim yaşı ya da gelişim düzeyi en az 4 olmalıdır. 4 yaşında %95, 5 yaşında %99 barsak kontrolü yapılmalı. Sıklık %1-3. Erkeklerde 4-5 kat fazla. Konstipasyon ve taşma inkontinansı ile giden tip daha sık. Sekonder enkoprezis tüm enkoprezislerin %60'ı.

**Etyoloji:** Yetersiz tuvalet eğitimi olabilir. Dışkılamamanın farkına varılamaması, olumsuz ebeveyn tutumları. Travmaya bağlı enkoprezis olabilir. Tuvalet eğitimi, psikoanalitik model. Organik durumlar; anal stenoz, pelvik kitle, hipotiroidi, spinal kord anomalileri, Hirschsprung hastalığı, bağı dokusu hastalıkları.

**Değerlendirme:** Fizik muayene (abdominal-rektal muayene), nörolojik muayene, gaitada parazit, anal sfinkter tonusu, çocuk ebeveyn ilişkileri.

**Tedavi:** Diyet düzenlenmeli. Konstipasyonun giderilmeli. Davranışsal yaklaşımlar denenmeli. Ebeveyn çocuk etkileşiminin düzenlenmesi gerekir.

**Prognoz:** Davranışsal sorunları olanlarda kötüdür. Geç ergenlik sonrası nadiren görülür.

## 8 - Ergenlik

Pubescere; kıllarla kaplanma, kıllanma. Sözlük anlamı; bireyin üreme kapasitesine ulaşması sürecidir. Beden olarak erişkinliğe hazırlık sürecidir.

**Pubertede neler değişir:** Kemiklerdeki uzama, kas ve yap dokusundaki değişime bağlı beden değişimi, dolaşım ve solunumun güçlenmesi, gonadların ve üreme organlarının gelişimi, sinir sistemi ve endokrin değişiklikler.

Adolescere; büyümek, yetişkinliğe erişmektir. Zihinsel duygusal toplumsal ve bedensel olarak yetişkinliğe geçiş sürecidir.

**Erken ergenlik:** 12-14 yaş. Erinlik ile ilgili gelişmelerin yaşandığı dönemdir. Ergen bedeni ile meşgul ve kıyaslama içinde. Bir yandan büyüdüğü söyleniyor bir yanda çocukluk devam ediyor. Somut düşünceden soyuta geçiş vardır. Dini, politik, felsefi konulara ilgi vardır. Duygusal dalgalanma, otoriteye başkaldırı vardır.

**Orta ergenlik:** 15-17 yaş. Pubrte büyük oranda tamamlanmıştır. Hormonal aktivitedeki artışa bağlı dürtülerde şiddetlenme vardır. Çocukluk dönemindeki güçlü anne babanın eksik yetersiz taraflarının ön plana çıkışı vardır. Ayrışma, bireyselleştirme için değersizleştirme vardır. Akranlarına yaklaşma, hangi rol kendine uygun test etme, gruba bağlılık, farklıya tahammülsüzlük vardır.

**Geç ergenlik:** 18-21 yaş. Daha olgun kararlar alır ve çözümler üretir. Anne baba ile sorunlar azalmıştır. Kimliğin kazanılması, ben kimim, neyim soruları vardır. Meslek, karşı cinsle ilişki, yaşam biçimi, siyasi, dini, felsefi görüşlerin geliştirilmesi, toplumsal yerini belirlemeye ilişkin sorunların çözümü vardır.

## 9 - Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu

Gelişimsel motor koordinasyon bozukluğu olan çocuklar zıplamak, hoplamak, koşmak ve bir topu yakalamak gibi günlük yaşamın motor aktivitelerini kusursuzca yapmakta güçlük çekerler. Koordinasyon sorunları olan çocuklar aletleri doğru şekilde kullanmakta, ayakkabı bağlarını bağlamakta veya yazı yazmakta da zorluk çekerler. Gelişimsel koordinasyon bozukluğu olan bir çocuk sözel becerilerde üstün olsa da oturmak, emeklemek ve yürümek gibi motor gelişimin ana basamaklarını başarmada gecikme yaşayabilir. Bu nedenle; gelişimsel koordinasyon bozukluğu sporda ve hatta zayıf yazma becerisinde, okul başarısında düşük performans ile sonuçlanan kaba ve/veya ince motor becerilerinde becerisizlik olarak tanımlanabilir. 1930'larda herhangi bir özgül nörolojik bozukluk veya hasar ile ilişkilendirilemeyen beceriksiz motor davranışların olduğu durumu belirtmek için 'sakar çocuk sendromu' terimi kullanılmaya başlanmıştır.

Gelişimsel koordinasyon bozukluğu olan çocuklar kendi yaş grupları için tipik olan temel motor aktivitelerde ki beceriksizlikleri nedeni ile kendilerinden daha küçük çocukları andırabilirler. Gelişimsel koordinasyon bozukluğunun okul öncesi yaşlardaki tipik ince motor becerilerle ilişkili belirtileri; el aletlerini kullanmadaki becerisizlikleri ve düğme ilikleme ve fermuar kullanmadaki güçlükleridir. Daha büyük çocuklarda makas kullanma, saça şekil verme veya makyaj yapma gibi daha karmaşık öz bakım becerilerinde güçlükler ile kendini göstermektedir. Gelişimsel koordinasyon bozukluğu olan çocuklar spor dallarındaki becerisizlikler nedeni ile akranları tarafından dışlanmakta ve akran ilişkilerinde süregelen sorunlar yaşamaktadırlar. Gelişimsel koordinasyon motor beceriler bozukluğu kategorisinde yer alan tek bozukluktur.

**Epidemioloji:** Gelişimsel koordinasyon bozukluğunun yaygınlığı okul çağı çocuklarında yaklaşık %5 olduğu tahmin edilmektedir. Erkek ve kız oranı sağlık kurumuna yönlendirilmiş vakalarda daha yüksektir. Çalışmalarda erkek kız oranı 2/1 ile 4/1 arasında değişmektedir. Erkeklerin davranışları daha dikkatli incelendiği için bu oran daha yüksek çıkmaktadır.

**Binişik bozukluklar:** Gelişimsel koordinasyon bozukluğu ile konuşma ve dil bozuklukları arasında yakın ilişki vardır. Bazı çalışmalarda kaba motor sorunlar ve görsel motor koordinasyon sorunları, dil bozuklukları ile ilişkili bulunmazken, kollardaki ince motor becerilerle sözel anlatım ve alıcı dil bozuklukları arasında ilişki bulunmuştur. Gelişimsel koordinasyon bozukluğu ayrıca okuma bozuklukları, matematik bozukluğu ve yazılı anlatım bozukluğu ile ilişkilidir. Beklenenden daha yüksek oranlarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) da gelişimsel koordinasyon bozukluğu ile ilişkilidir. Gelişimsel koordinasyon bozukluğu olan çocuklarla yakında yapılmış bir çalışmada sürat gerektiren görevlerde başarılı olmak için motor becerilerin önemli olduğunu ancak motor koordinasyon gücünün derecesinin dikkatsizlik derecesi ile bağlantılı olmadığı gösterilmiştir. Bu nedenle gelişimsel koordinasyon bozukluğu ve DEHB eş zamanlı bulunma sıklıkları şansın çok üstünde olan farklı bozukluklar gibi görünmektedir. Akranları arasında dışlandıkları için akran ilişki sorunları sıktır. Koordinasyon sorunları olan ergenler özgüven düşüklüğü ve akademik güçlükler yaşamaktadırlar.

**Etyoloji:** Gelişimsel koordinasyon bozukluğunun nedenlerinin hem 'organik' hem de 'gelişimsel' etmenleri kapsadığına inanılmaktadır. Bu bozukluğun ortaya çıkmasını kolaylaştıran risk etmenleri arasında; erken doğum, hipoksi, perinatal malnütrisyon ve düşük doğum ağırlığı sayılabilir. Kötü prenatal öykü de etyolojide yer alır. Nörokimyasal anormalliklerin ve paryetal lop lezyonlarının da koordinasyon gücüne neden olduğu ileri sürülmektedir. Koordinasyon sorunları hiperaktivite sendromları ve öğrenme bozuklukları olan çocuklarda daha sık bulunmaktadır. Yakın zamanda yapılmış bir çalışma gelişimsel koordinasyon bozukluğu olan çocuklarda denge ile ilişkili belli kaslara (tibialis ant perine kasları dâhil) beyinden giden sinyallerin gönderilmesinde veya alınmasında sorun olduğu sonucuna varılmıştır. Bu bulgular gelişimsel koordinasyon bozukluğu için serebellumu fonksiyon bozukluklarının başlangıç noktası olarak işaret etmektedir.

**Tanı:** Gelişimsel koordinasyon bozukluğunun tanısı koordinasyon gerektiren aktivitelerde çocuğun yaşı ve zekâ seviyesinden beklenenden daha düşük performans görüldüğünde konmaktadır. Tanı koordinasyonundaki mevcut güçlüklerin doğrudan gözlenmesi kadar çocuğun erken motor dönüm

noktalarına ulaşmasındaki gecikmeye de dayanmaktadır. Gelişimsel koordinasyon bozukluğunun formal olmayan değerlendirilmesi çocuktan kaba motor koordinasyon (hoplama, zıplama ve tek ayaküstünde durma) ince motor koordinasyon (parmak şıklatma ve ayakkabı bağını bağlama) ve el göz koordinasyonu (topu yakalama, harfleri kopyalama) gerektiren görevleri yapmasını istemeyi kapsamaktadır. Performans düşüklüğü ile ilgili yargılar mutlaka çocuğun yaş grubu için beklenen düzeyi temel alınarak yapılmalıdır. Motor koordinasyon için özel olan; bender görsel motor gestalt testi, frosting hareket becerileri test bataryası, bruininks-oseretsky motor gelişim testi gibi testler yararlı olabilir.

**DSM-IV Tanı Kriterleri:** **A:** Motor koordinasyon gerektiren günlük etkinliklerde beceri ve yeterlilik, bireyin takvim yaşı ve ölçülen zekâ düzeyi göz önüne alındığında beklenenin önemli derece altındadır. Bu durum motor dönüm noktalarına ulaşmada belirgin gecikme (yürüme, emekleme, oturma) eşyaları düşürme, sakarlık, spor aktivitelerinde düşük yeterlilik gösterme veya kötü el yazısı ile karakterizedir. **B:** A tanı ölçütündeki bozukluk bireyin okul başarısını veya günlük yaşam etkilerini belirgin derecede bozar. **C:** Bozukluk genel tıbbi duruma (Serebral palsi, hemipleji veya musküler ditrofi) bağlı değildir ve yaygın gelişimsel bozukluk tanı ölçülerini karşılamamaktadır. **D:** Eğer zekâ geriliği varsa bile motor güçlükler bu durumla genellikle ilişkilendirilenden çok daha fazladır.

**Klinik belirtiler:** Gelişimsel koordinasyon bozukluğunun varlığını düşündüren belirtiler bazı vakalarda yenidoğan döneminde, çocuk motor koordinasyon gerektiren hareketleri yapmaya başladığında bariz olarak gözlenmektedir. Olmazsa olmaz klinik özellik belirgin olarak bozulmuş motor koordinasyon performansıdır. **Kaba motor becerilerle ilişkili belirtiler:** Okul öncesi yaşta; oturma, emekleme ve yürüme gibi motor dönüm noktalarına ulaşmakta gecikme, denge sorunları (düşme, sık yaralanma ve çok küçük çocuk gibi sendeleyerek yürüme), anormal yürüme biçimi (nesnelere çarpma, eşyalara hasar verme). İlkokul çağında; bisiklete binme ip atlama, hoplama, koşma, zıplama ve takla atmada güçlük, tuhaf veya anormal yürüyüş biçimi. Daha büyük yaşlarda; sporda beceriksizlik, bir topu atma, yakalama, tekmeleme ve vurma beceriksizliği. **İnce motor becerilerle ilişkili belirtiler:** Okul öncesi yaşta; giyinme becerilerini öğrenmede güçlük (bağcıkları, fermuarı kapatıp açma, düğme ilikleme), yemek yeme becerilerini öğrenmede güçlük (bıçak, çatal veya kaşık kullanma). İlkokul çağında; yapboz parçalarını birleştirme makas kullanma, legolarla bina inşa etme, resim çizme veya izlerin üzerinde kalemle geçmede güçlük. Daha büyük yaşlarda; öz bakım ile ilgili güçlükler (makyaj yapma saç kurutma tırnak kesme), çirkin veya okunaksız el yazısı, el aletlerini kullanmada, dikiş dikmede.——Büyük çocuklara akademik güçlükler ve sosyal dışlanmaya bağlı kötü akran ilişkileri gibi ikincil sorunlar göstermektedir. Motor koordinasyon bozukluğu olan çocukların bariz olmayan sosyal ipuçlarını anlamakta güçlüğüne sahip olmaya ve akranları tarafından sıklıkla dışlanmaya daha yatkın oldukları çok sayıda çalışmada bildirilmiştir.

**Ayrıncı tanı:** Serebral palsy, musküler distrofi, yaygın gelişimsel bozukluklar, zekâ geriliği, nöromusküler bozukluklar. Zekâ geriliği; yaygın gelişimsel bozukluklarda koordinasyon diğer becerilerle karşılaştırıldığında genellikle bariz bir güçlük gibi durmamaktadır. Nöromusküler bozuklukları olan çocuklar sakarlıklar veya motor dönüm noktalarına ulaşmakta gecikmelerden daha çok genel kas güçsüzlüğü sergileyebilirler. Son derece hiperaktif ve dürtüsel olan çocuklar motor aktivitelerinin yüksek seviyeleri nedeni ile fiziksel olarak daha dikkatsiz olabilirler. Kaba ve ince motor davranışlardaki beceriksizlik ile DEHB ilişkili gibi gözükmektedir.

**Gidiş ve sonlanış:** Bazı çalışmalar ortalama veya ortalamanın üzerinde zekâ kapasitesine sahip olan çocuklar için arkadaşlık ilişkileri geliştirmek için fiziksel aktivitelere dayanmayan taktiklerin geliştirildiği tatminkar bir sonuç bildirmektedirler. Sakarlık genellikle ergenliğe ve erişkin yaşama kadar sürmektedir. Gelişimsel koordinasyon sorunları olan bir grup çocuğun 10 yıldan uzun süre takip edildiği bir çalışmada sakar çocukların daha az hünerli kaldıklarını, denge kusurlarını sergilediklerini ve fiziksel olarak hantal olmayı sürdürdükleri bulunmuştur. Etkilenmiş çocuklar ayrıca akademik sorunları ve düşük benlik saygısını daha fazla gösterme eğilimdedirler.

**Tedavi:** Gelişimsel koordinasyon bozukluğu olan çocuklar için müdahaleler özgül motor görevler için algısal motor eğitimi hedefleyen görsel, işitsel ve taktik materyaller gibi farklı yöntemlerden faydalanmaktadır. Yakın yıllarda motor imgeleme eğitimi tedaviye dâhil edilmiştir. Bu yaklaşımlarda CD-

ROM kullanılarak görsel imgelem egzersizleri yaptırılır. Gelişimsel koordinasyon bozukluğunun tedavisi genellikle duyuşal bütünleştirme programlarının ve değiştirilmiş fiziksel eğitim değişik uyarlamalarını kapsamaktadır. Duyusal bütünleştirme programları sıklıkla uğraşı terapistleri tarafından uygulanmaktadır ve motor ve duyuşal fonksiyonlarının farkındalığını artıran fiziksel aktiviteler içermektedir. Uyarlanmış fiziksel eğitim programları çocukların takım sporlarının baskısı olmadan alıştırmalardan ve fiziksel aktivitelerden zevk almaların yardım etmeleri için geliştirilmiştir. Koordinasyon bozukluğu olan çocuklar ayrıca sosyal beceri gruplarından ve diğer bireylere yardımcı olma tutumu içindeki kişilerce yapılan müdahalelerden yarar görebilirler Montessori tekniği (Maria Montessori) özellikle okul öncesi çocuklarda motor beceri gelişimini ilerletebilmektedir çünkü bu eğitim programı motor becerilerinin gelişiminin üzerinde durmaktadır. Küçük ölçekli araştırmalarda ritmik koordinasyon araştırmalarının, motor hareketler için pratik yapmanın kelime işleme klavyelerinin kullanımının öğrenilmesinin yararlı olabileceğini ileri sürmektedirler. Ebeveyn danışmanlığı ebeveynlerinin anksiyetesinin ve çocuklarının yaşadığı sıkıntılar ile ilgili suçluluk hislerinin azaltılmasına ve farkındalıkları ile çocuklarının sorunları ile başa çıkma ile ilgili kendilerine güvenlerinin artmasına yardımcı olabilir. Gelişimsel koordinasyon bozukluğu olan çocuklarla yapılan yeni bir çalışma top yakalama becerisini artırmaya yönelik olarak hazırlanmış bilgisayar oyunu kullanmanın olumlu sonuçlarının olduğunu göstermiştir. Bu çocuklar görsel ip uçlarını nasıl kullanacaklarına dair özel talimatlar olmadan sanal yakalama ile ilgili pratik yaparak oyun puanlarını artırmayı başardılar. Bu sonuçtan belli tip motor görev koordinasyonlarının tedavisinde özel motor görevlerin çalışmasının olumlu etkilerinin olabileceği anlamı çıkmaktadır. **İlaç tedavisi:** gelişimsel koordinasyon bozukluğunda bozukluğa olumsuz katkısı olan veya bir tepki olarak bozukluğun sonucu olarak ortaya çıkan binişik bir durum olmadıkça (örnek: anksiyete veya depresyon) ilaç tedavisi endike değildir.

## 10 - İnsanın Sekiz Evresi

Erikson gelişmeyi insan yaşamının tümünü kapsayan bir süreç olarak görmüş, ergenlik çağından sonraki dönemlerin de temel özelliklerini, sorunlarını, bunalımlarını tanımlamıştır. Bireyi incelerken yalnızca çocukluk dönemlerine bakmamız yetmez. Bu bireyin bir geçmişi, şimdiki durumu bir de geleceği vardır. Erikson'un 'insanın sekiz evresi' başlığıyla geliştirdiği dönemler kuramı; normal ve anormal kişilik gelişimini açıklamaktadır. Erikson, insanın sekiz evresini benlik gelişiminin aşamaları olarak tanımlamıştır. Her evrede benlik, belli birtakım gelişmeleri tamamlamakta; sorunları çözmekte ve evreye özgü bir psikososyal dönemeci atlatmaktadır. Erikson her evrede benliğin karşılaştığı bir olumlu benlik ögesi bir de bunun karşıtını belirtmiştir.

**İnsanın sekiz evresi:** Temel güven (basic trust), özerklik (autonomy), girişim (initiative), çalışma ve yapıcılık (industry), kimlik (identity), yakınlaşma (intimacy), üretkenlik (generativity), benlik bütünlüğü (ego integrity).

### Temel güven (basic trust):

“Temel güven ya da güvensizlik”. Bebekte, toplumsal güven duygusunun ilk belirtileri beslenme uyku sindirim gibi işlevlerde düzen ve rahatlığın bulunuşudur. Bebek alıcı > anne vericidir. Böylelikle karşılıklı bir düzen ve denge sağlamaktadır. Düzenli alma-verme ilişkisi bebeğin zihninde annenin sürekliliğini sağlar. Böylelikle iki organizmanın bütünleşmesindeki temel öğeler: süreklilik, tutarlılık ve aynılıktır. Anne-çocuk ilişkisindeki bu süreklilik, tutarlılık ve aynılık çocukta temel güven duygusunun özünü oluşturur. Bu evredeki çocuk sanki kendi varlığını kendisine verilenlerle eş tutmaktadır; ‘Ben bana verilenim’.

Bu dönemin temel tehlikesi; çocuğun yeterli güven duygusunu kazanamayışı ve temel güvensizlik çekirdeğinin büyük oluşudur. Temel güven-güvensizlik çatışmasının çözümü için gerekli davranış örüntülerinin geliştirilmesi benliğin ilk görevlerinden biridir. Bebeklik çağında elde edilen güven duygusunun niceliği, bebeğe verilen besinlerin ya da sevgi gösterilerinin niceliğine değil, daha çok anne-çocuk ilişkisinin niteliğine bağlıdır. Çeşitli öreseyici olaylar da temel güvensizlik duygusunun çekirdeğini oluşturur. Önemli olan aradaki dengenin sağlanması, çocuğun kendi benliğini ve çevresini daha güvenilir olarak algılayabilmesidir.

### Özerklik (autonomy):

“Özerklik ya da utanç ve kararsızlık”. Bu dönemde devinim dizgileri gelişir. Çocukta işeme ve dışkılama işlevi gören büzgeç kaslar olgunlaşır. Büzgeç kasların olgunlaşmasıyla beraber çocukta işeme ve dışkılama isteğe bağlı olarak yapılabilir yani çocuk isterse tutabilir, isterse bırakabilir. Böylece birbirine karşıt iki istek, iki eğilim ortaya ortaya çıkmış olur. Çocuk birbirine karşıt iki eğilim arasında seçim yapabilme durumuna girmiş olur. Özerklik duygusu birbirine karşıt iki istek ve eğilimler arasında bir seçim yapabilme gücüdür. İlk toplumsal işlev örüntü almak ve almayı bilmektir. Bu evrede dışarıdan yapılacak denetim ve öğretiler çocuğun seçim yapabilme yetisini aşırı uçlara götürmeyen biçimde güven verici olmalıdır.

Çocuk içinde bulunduğu toplumun beklentilerine göre bazı şeyleri yapmayı, örneğin kakasını çişini uygun zaman ve yerde bırakmak üzere tutabilmeyi öğrenirken, ağır utandırmalar ve cezalarla karşılaşırsa, utanç ve kuşkuculuk duyguları yerleşir. Bu duyguların etkisiyle seçim yapabilme ve istenç (irade) yetilerinin gelişmesi kösteklenebilir. Bu evredeki tehlike utanç ve kuşkuculuk duygularının aşırı gelişmesidir. Özerklik duygusu bireyin yalnızca ayrımlaşmış bir varlık olduğunu algılaması değildir. Aynı zamanda, karşıt dürtü ve eğilimler arasında bir seçim yapabilmesi; benlik saygısını yitirmeden, utanç ve kuşkuya kapılmadan kendi kendini denetleyebilmesidir.

### Girişim (initiative):

“Girişime karşı suçluluk duygusu”. Çocuğun motor gelişmesi hızla olgunlaşırken cinsel organlara yönelik ilgileri de hızla artmıştır. Erkek çocuğun davranışlarında girici, atılgan özellikler ağırlık kazanır. Kızda ise ele geçirme ya da çekici oluş gibi davranış biçimleri gelişir. Bu evrede çocuk düşünce ve eylemde cinsel konulara, bilinmeyen şeyleri öğrenmeye, çevresini genişletmeye yöneltmiştir. Anne yalnızca çocuklukta bakım veren en yakın kişi değil, aynı zamanda karşı cinsten anlamı olan kişidir. Bu evre oedipus çatışmasının, iğdişlik korkusunun ve yasak sevgi kuralının algılandığı dönemdir. Bu dönemin üstesinden gelmek için; çocukluk cinselliği artık bırakılmalı yavaş yavaş ana ya da baba olma sürecine girilmelidir. Böylelikle çocuk benliği gelişir, üst benlik oluşmaya başlar. Çocuk içinde bulunduğu toplumun rollerini, işlevlerini kurallarına göre davranmayı, o toplum için geçerli araç-gereci kullanmaya ve kendisinden küçük çocuklara bakım vermeye yönelir. Çocukta giderek bir törel sorumluluk duygusu gelişmektedir.

Bu dönemdeki girişim duygusunun öncüleri: Cinsel konulara dalması, bitmek bilmez bir öğrenme tutkusunun ortaya çıkması, anne ya da baba yerine geçmeye özenmesi. Girişim insanoğlunun her öğrenmesinde, her eyleminde en önemli başlatıcı öğedir. Bu evrede oluşan temel toplumsal işlev-örüntü’ ‘becermedir.

Bireyin girişim ve becerme gücü ceza korkusu ve suçluluk duygusu ile kısıtlanır. Bu tür girişim kısıtlanması ve suçluluk duyguları kişinin edilgin, ürkek ve bağımlı kalmasına yol açar. Çocukluğun 3-6 yaşlarında gelişen olumlu benlik ögesi girişim duygusudur. Girişim duygusu özerk ve özgür düşünmek, geleceğe yönelik erekler beslemek ve eyleme geçmek için rahatlık ve güç sağlar. Bu dönemin tehlikesi aşırı suçluluk duygusunun gelişmesidir.

### Çalışma ve yapıcılık (industry):

“Beceriye karşı aşağılık duygusu”. O toplumda geçerli öğrenme alanı ne ise, o alanda çalışması, üretici olabilmesi için gerekli hünere kazanmalıdır. Klasik psikanalitik deyimle bu gizlilik döneminde çocuk çabucak ana baba olma ereklerini bırakır, unuttur; daha doğrusu bu erekleri olumlu eylemler doğrusunda yüceleştirir. Bu dönemde çocuğun karşılaşılabileceği tehlike yetersizlik ve aşağılık duygusudur. Çocuk eğer araç-gereç ve öğrenim dünyasına uyum yapamaz ve umudunu yitirirse, onları benimseyebilir. Bunun sonucunda aile içi bağımlılığa dönebilir.

### Kimlik (identity):

“Kimlik edinmeye karşı rol kargaşası”. Bu dönemde delikanlı kendisine ve başkalarına göre ‘ben kimim ve ne olacağım?’ sorularına yanıt arar. Eski özdeşimler delikanlının yeni değerlerine ve rollerine uygun nitelik kazandırılarak benimsenir. Yenileştirilen özdeşimlerle eski özdeşimler arasında bağlantı kurulur. Kimlik duygusu benliğin bu bütünleştirme yetisinin artan biçimlerde yaşanması, kimliğe yerleşmesidir. Bireysel benliğinde yerleşmiş olan süreklilik ve aynılık duygusu toplumsal yönden de kazanılır. Erikson’un kimlik duygusu olarak belirlediği duygu, eskiden çekirdek durumda var olan kimlik duygusuyla bu dönemde gelişen ve toplumsal anlam yüklenen kimlik duygusunun bütünleşmesi ve buna bağlı olan güven duygusudur. Kimlik duygusunun cinsel, toplumsal ve mesleki öğeleri vardır. Delikanlılık; kişinin toplumsal yerini, mesleki konumunu, cinsel kimliğini tanımaya, yerine oturtmaya çalıştığı bir dönemdir. İşte bu çabaya kimlik dönemeci denir. Kimlik kargaşası ise bir gencin bu dönemeci ağır bunalımlarla aşmaya çalışmak zorunda kaldığı bir durumdur. Kimlik kargaşası ruhsal çökkünlük, aşırı taşkınlık, antisosyal davranışlar, hatta şizofreniye benzer belirtilerle ortaya çıkabilir.



### *Yakınlaşma (intimacy):*

Yakın ilişkiler kurmaya karşı soyutlanma". Genç yetişkinlik çağında birey kendi kimliğini bir başkasının ya da başkalarının kimliği ile birleştirmeye hazırdır. Bu yakın ilişkiler kurma evresidir. Kimliğini bir başkasının kimliği ile birleştirirken, kendi kimliğini yitirme kaygısı yoktur. Kimliği tümden yok oluyormuş gibi kaygılar bulunmaz. Eğer bulunuyorsa o kişinin delikanlılık çağındaki kimlik bocalamasından henüz çıkmadığı, kimliğini bulamadığı anlaşılır. Kimliğin yitirileceği ya da yok olabileceği kaygısıyla kişi yakın ilişkiler kurmaktan kaçınabilir ya da bunu başaramayabilir. Bu da derin yalnızlık duygusuna ve kendi kendine kalmaya neden olabilir. Bu evredeki tehlike yakın ilişki kurabilmenin karşıtı olan yalnızlık duygusudur.

### *Üretkenlik (generativity):*

"Üretkenliğe karşı verimsizlik". Üretkenlik; yeni bir kuşağı oluşturmak, ona rehberlik etmektir. Üretkenlik kavramı üretim yapabilme ve yaratıcılık anlamlarını da içermektedir. Orta yaşları kapsayan bu evrede benliğin en önemli işlevi üretme, yaratma ve üretilen, yaratılan şeylere sevgi ile bağlanmadır. Bu evredeki tehlike kısırlık, verimsizlik, durağanlık ve benliğin yoksullaşmasıdır. Bu evrede olumlu yön üretkenlik, olumsuz yön durağanlık.

### *Benlik bütünlüğü (ego integrity):*

"Ego bütünleşimine (entegrasyonuna) karşı umutsuzluk". Yaşlılık dönemini kapsayan bu evrede, daha önceki evrede kazanılmış benlik özelliklerinin artık iyice olgunlaşması ve birbiri ile bütünleştirilmesi benliğin en önemli görevidir. Benlik bütünlüğüne ulaşmış kişi sonucu kesin belli olan gelecekte, yani ölümden ürkmez. Bu çağın tehlikesi, umut yitimi ve ölüm korkusudur. Yaşlılık çağındaki 'benlik bütünlüğü' duygusu ile bebeklik çağındaki 'güven duygusu' birbirine çok benzemektedir.

## 11 - Konuşma Ve Dile Özgü Gelişimsel Bozukluklar

**Normal konuşma gelişimi:** Agulama, babıldama, ekolali, jargon, sözcükler, sözcüklerin birleştirilmesi, cümle oluşturma. 1ay-1yaş: söz öncesi iletişim evresi. 2-3 ay: agulama. 4-6 ay: babıldama. 7-9 ay: evrensel heceler. 12-18 ay: 10-50 sözcük, jargon ve ekolali, konuşmanın %25'i anlaşılır. 2yaş: iki sözcüklü cümleler, jargon nadir, %60-70'i anlaşılır. 2-2,5 yaş: 2-3 sözcüklü cümleler, 400 kelime, isim ve zamir kullanımı. 2.5-3 yaş: çoğul ve geçmiş zaman kullanımı, yaş ve cinsiyeti bilir. 3-4 yaş: soru sorar, öykü anlatır. 4-5 yaş: 6-8 sözcüklü cümleler. Sözcük dağarcığının en iyi bilinen yordayıcısı okul başarısıdır. **Diğer yordayıcılar:** çocuklara öykü okunması, annenin sözcük sayısı, yüksek sosyoekonomik düzey, ilk çocuk olma, annenin sözlerinin niteliği ve karmaşıklığı.

Konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar 4'e ayrılır; sözel anlatım bozukluğu, karışık dili algılama-sözel anlatım bozukluğu, fonolojik bozukluk, kekemelik.

### Sözel anlatım bozukluğu:

Konuşma dili bozukluğu ya da gelişimsel ekspresif afazi olarak da adlandırılır. Zekâ gelişimi, işitme ve toplumsal ilişki kurma açısından belirgin bir sorunları bulunmamaktadır. Birincil sorun düşünce ve isteklerin konuşmaya çevrilmesinde beceri yoksunluğudur. Başkalarının konuştuklarını anlama düzeyleri yaş ile uyumludur. DSM-IV'e göre edinsel ve gelişimsel olarak iki ayrı tipe ayrılmaktadır. Üç yaş altında sözel anlatımda gecikme oranı %10-15. Erkeklerde daha sık.

**Etyoloji:** Genetik, çevresel faktörler.

**Klinik:** Sözcük dağarcığında kısıtlılık ve çeşitliliğin olmaması, yeni sözcüklerin öğrenilememesi, sözcük bulma hataları, kısa cümleler kurma ya da cümle çeşitliliğinde sınırlılık vardır. Belirgin nörolojik bulgular genellikle yoktur. Ancak algı, motor beceriler ve dikkat gibi alanlarda silik bulgular saptanabilir. Dilbilgisinin zayıf olması. Sözel olmayan zekâ ve alıcı dil becerilerine kıyasla sözel anlatım becerisinde belirgin gerilik vardır.

### Karışık dili algılama-sözel anlatım bozukluğu:

Sözel anlatım bozukluğu belirtileri yanı sıra dili algılama ile ilgili güçlükler de vardır. Dili algılama bozukluğu anlatım bozukluğuna göre daha az dikkat çekicidir. Çocuk kendine söyleneni yanlış şekilde yapabilir. Sorulara uygunsuz yanıtlar verebilir. Karşılıklı konuşmayı sürdürmez. Konuşulana duymuyor, konuşulana dikkat etmiyor gibi görülebilir. Sık kullanılan ya da soyut anlamlı kelimeleri zor öğrenirler. Karışık yönergeleri yanlış yorumlayabilirler. Karşılıklı konuşmaları takip etme ve anlatılan dersi izlemede zorluk yaşarlar.

12.-15. aya kadar babıldamayan, 18. aya kadar basit yönergeleri anlamayan, 2 yaşına kadar konuşmamış, 3 yaşına kadar cümle kurmamış, 4-5 yaşında basit öykü anlatamayan çocuklar ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir.

**Değerlendirme:** Çocuğun fiziksel sağlığı, gelişimi değerlendirilmeli. Görme ve işitmenin dâhil edildiği nörolojik incelemesi yapılmalı. Gelişimsel ve bilişsel testler uygulanmalı (Denver gelişimsel tarama testi, Ankara gelişim tarama envanteri, Goodenough-Harris insan resmi çizme testi). Alıcı dili değerlendirilmeli (Peabody resim kelime testi). Çocuğun bakımverenleri ile olan etkileşimi gözlenmeli. Çocuğun konuşma-dil patoloğu tarafından görülmeli.

SAB	KDA-SAB
Kısıtlı sözcük dağarcığı	Daha kısıtlı sözcük dağarcığı
Yeni sözcükler edinmede güçlük	Temel sözcük ya da cümleleri anlamada güçlük
Sözcük bulmakta güçlük	İşitsel işlemede sorunlar
Cümleleri üretme güçlüğü	Yönergeleri takip edememe
Kendini sözel olarak ifade edememe	

**Ayrııcı tanı:** Zekâ geriliği, işitme kaybı, bilingualizm, psikososyal yoksunluk, otistik spektrum bozuklukları, selektif mutizm, serebral palsi, Landau-Kleffner sendromu.

**Landau-Kleffner sendromu:** Edinsel bir bozukluktur ve prognozu birçok edinsel dil bozukluğundan kötüdür. Anormal EEG aktivitesi; özellikle uyku EEG'sinde temporal bölgede anormal aktivite vardır. Dil becerilerinde bozulma vardır. Vakaların yarısından çoğunda açık nöbet yoktur. Erken yaşlarda başlangıç kötü prognozu gösterir. İyileşme aylar yıllar içinde, dalgalı ve tedricidir.

**Eştanılar:** Okul öncesi dönemde en sık fonolojik bozukluk, öğrenme bozuklukları (en sık okuma bozukluğu), DEHB, davranım sorunları, gelişimsel koordinasyon bozukluğu, anksiyete, düşük benlik saygısı, akran ilişkilerinde zorluk.

**Tedavi:** Konuşma terapisi verilir, ebeveyn eğitimi yapılır, akranları ile sık teması sağlanmalı.

**Prognoz - SAB:** %50-%80'i okul öncesi dönemde normal düzeye geliyor. Dilbilgisi ve konuşmayı organize etme ile ilgili hafif rezidüel belirtiler sık. İyi seyirli olgularda okul döneminde belirgin problem beklenmiyor (hafif şiddetli okuma sorunları?). SAB anaokulu ya da ilkokulun ilk sınıflarına dek sürerse prognoz olumsuz. Bu olgularda okuma bozukluğu sık.

**Prognoz - KDA-SAB:** Seyri SAB'ye göre önemli ölçüde daha kötüdür. Eştanı oranı daha yüksektir. Dil gelişimi çok yavaştır. Dört yıllık bir izlem çalışmasında ancak %25'inde kısmi iyileşme görülür.

### Fonolojik bozukluk:

Konuşma seslerini gelişim dönemi ve lehçe ile uyumlu olarak çıkaramazlar. Sesin uyumsuz çıkması, yanlış vurgulama (örneğin /k/ sesi yerine /t/ sesi kullanımı) vardır. Sessiz harflerin söylenemez (Ahmet/Amet) Seslerin yer değiştirmesi ya da unutulması (Kitap/kipat) görülür.

**Epidemioloji:** Okul öncesi dönemde %3. 6-7 yaş çocukları %2. Ergenlerde %0.5. Erkeklerde daha sık 1.5/1 ile 4/1.

**Prognoz:** Hafif ve orta şiddette %75 altı yaşa dek düzelir. 8-9 yaşlara dek ani hızlanma ve platolar ile düzelme devam eder. Orta-ağır düzeyde olan vakalar konuşma-dil uzmanlarına yönlendirilir.

### Kekemelik:

Konuşmanın gerek akıcılık gerekse zamanlama yönünden yaşına uygun olmayan biçimde bozulmasıdır. Görülme sıklığı yaklaşık %1. Kız/erkek: 1/4. Başlangıç yaşı 2-7 yaş. %98'i 10 yaş altında başlar.

**Etyoloji:** Gelişimsel kekemelik, inme, kafa travmaları, duygusal travmalar (konversiyon). 19. yy: ağız ve dildeki anormallikler; ağız protezleri, dil ağırlıkları. 20. yy başları: nevroitik çatışmalara sekonder. Öğrenme modelleri: erken çocukluktaki normal akıcılık bozukluklarının çevre tarafından kekemelik olarak

adlandırılarak pekiştirilmesi. Genetik faktörler: fonolojik bozukluk ve SAB ve bunlara yönelik aile öyküsü ile de ilişkilidir. Kekemeliği olanların kızlarında %10, erkek çocuklarında %20. Monozigotlarda konkordans %77, dizigotlarda %32. Ayrı yetişen ikizlerde konkordans daha düşük. Aile öyküsü %50. Serebral dominans kuramı: Konuşmanın beyinde yeterince lateralize olmaması, konuşmanın her iki hemisferdeki temsilinin akıcılığı etkilediği. İşitsel geri bildirim kuramı: bozuk işitsel işlemeyle ilgili olarak konuşma ritminin açıklanamaması. fMRI ve MEG çalışmalarında sağ hemisferde hiperaktivasyon, sol frontal ve sol santral korteks arasında zamanlama sorunu. PET çalışmalarında ventral limbik kortikal ve subkortikal bölgelerde presinaptik dopamin yüksekliği.

**Klinik:** Ses ve hece tekrarları, sesleri uzatma, ünlemler, sözcük parçalanması, duraksamalar, dudakları büzme, çenenin itilmesi/atması, baş hareketleri, gövde hareketleri, uzuv hareketleri. Belirtiler azalabilir; koro halinde okuma, şarkı söyleme, fısıltılı konuşma, gürültü varlığında konuşma, tek başına konuşma. Belirtiler artabilir; telefon konuşması, topluluğa karşı konuşma, takdim yapma, otorite figürleri ile konuşma, formal sunumlar-iş görüşmeleri.

**Ayrıncı tanı:** Normal sınırlarda akıcı olmayan konuşma ile ayırt edilmelidir: kekeleyen çocuklar kelimenin tamamını ya da bir parçasını tekrar etme, ses uzatımları, parçalanmış kelimeler vardır, normal sınırdaki akıcı olmayan konuşmasa sıklıkla tam kelime ya da cümlecik tekrarı vardır ve nadirdir.

**Cluttering:** Karmakarışık hızlı konuşma: anlaşılabilirlik azalır, kişinin farkındalığı pek yoktur, öğrenme bozukluğu ile de ilişkilidir. 2-8 yaşlarında başlar ve 2/3'ü ergenliğe dek düzelir.

**Tedavi:** Çocuğa konuşma konusunda baskı yapılmaması, sabırla dinlemesi ve dikkatin konuşma üzerine çekilmemesi. Konuşma terapisi. Özgün bir ilaç tedavisi yoktur.

**Prognoz:** Gelişimsel kekemelik %80 iyileşir. Kızlarda iyileşme olasılığı daha yüksektir. Ergenlik sonrası iyileşme nadirdir.

## **12 - Kronik Pediatrik Hastalıklarda Psikiyatrik Yaklaşımlar**

Hastalığın akut ya da kronik olması, hayati tehlikenin var olup olmaması, görünür ya da kalıcı bir engele neden olup olmaması, çocuğun mizaç özellikleri, aile işlevselliği önemlidir. Kronik hastalığı olan çocuklarda psikiyatrik bozukluk görülme oranı %10-30.

**3 yaş altı çocuklar:** Bağlanma ve güven ilişkisinin kurulduğu, beden işlevlerinin düzenlendiği ve çevreyi araştırma ve öğrenme fırsatlarının arttığı dönemdir. Uyku ve beslenme zorlukları, regresyon görülebilir.

**3-6 yaş:** Terk edilme ve bedensel zarar görme kaygıları vardır. Benmerkezcilik belirgindir ve hastaneye yatış ve yapılan işlemler kötü bir davranışın sonucu olarak değerlendirilir. Hastalığı dıştan gelen işaretlerle anlar. Hastalığın adı ya da niteliği değil anne baba sevgisini kaybedip kaybetmedikleri, onlardan ayrı kalıp kalmayacağı, canlarının yanıp yanmayacağı ile ilgilidirler. Tedavi sırasında uygulanan işlemler ölüm tehdidinde göre daha fazla ön planda. Regresyon görülebilir. Bakımverene bağımlılığın artması neticesi bakımverene karşı kızgınlık oluşur. Duygularını sözelleştirme yetisi zayıftır; davranışları, oyun gözlemleri, çizdiği resimler vs. ile değerlendirilir.

**7-12 yaş:** Deneyimlerini düzenleme, sıraya koyma, kurallar önemlidir. Kontrolünü kaybetme ve ölüm korkusu vardır. Hastaneye yatmayı ve yapılan işlemlerin gerekliliğini kabul edebilirler. Hastalığın yanlış bir şey yapma ya da bulaşma ile olması düşünceleri vardır. Aileden ayrılık, terk edilme korkusu vardır. Hastalıklarını somut yakınmalar ile tanımlama ağırlıklıdır. Okul öncesine göre hastalığa ilişkin bilgileri fazladır ve hastalık ve tedavi süreci hakkında bilgilendirilmelidirler.

**Ergenlik dönemi:** Hastalığı anlamada kademeli olarak erişkin düzeyine ulaşırlar. Hastalığın kendisi temel sorundur. Bağımsızlığın kaybı, gelecek ile ilgili planların bozulması vardır. Cinsel gelişim süreci ile ilgili kaygılar vardır. Beden imgesi ve fiziksel görünüm önemlidir.

**Eğitim:** Okula devam etmeleri önemli. Çocuğun kendine güveni ve standart eğitim programından geri kalmaması sağlanmalı. Sağlıklı yaşlıları ile uyumlu ilişkiler kurulması için uygun ortamın bulunması gerekir. Regresyon, yadsıma görülebilir.

**Psikiyatrik bozukluk gelişimi için risk faktörleri:** Beden imgesinin etkilenmesi, yoğun ağrı ya da ağırlı müdahaleler, izolasyon, mobilasyonun azalması. Kronik hastalıkta psikiyatrik bozukluk riski ikiye, fiziksel deformiteye yol açması halinde üçe katlanıyor.

**Ebeveynler:** Çaresizlik, ebeveynlik becerileri konusunda özgüvenin azalması, eş ya da çocuklardan uzun süre ayrı kalma, çocuğun ölümü ile başa çıkamayacakları korkusu, yadsıma, anksiyete, depresyon, madde kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu, servisteki diğer ebeveynlere bağlanma, ortak yas tutma olması önemlidir. Risk faktörleri; hastalığın kalıtsal olması, anne babanın dini inançları, deformite ya da engellilik ortaya çıkması.

**KLP uygulamaları:** Bilgilendirme-belirsizliğin azalması, çocuğun bireyselliğine saygı gösterme-çocuğa destek olma dengesinin kurulması, anne babanın tedavisi, çocuğun hastalıkla ilgili duygularını dile getirmesine ortam hazırlama, kısa süreli ve sık ziyarete izin verilmesi, ebeveynlerin mümkün olduğunca 24 saat ziyaretine izin verilmesi, sağlık çalışanının optimist olması, günlük rutinlerin korunması, ağrının hızlıca tedavi edilmesi önemlidir.

**Çocuklarda ölümcül hastalık:** Ölüm; geri dönülmezlik, son bulma, kaçınılmazlık, nedensellik.

**Ölüm kavramı:** Beş yaş altı çocuklar ölümün ayrılma olduğunu bilirler ama tabutta bile yaşıyor olarak algırlar. Geçici, geriye dönülebilir, ancak diğer kişilerin başına gelen bir durum. Ölümün biyolojik bir süreç olarak kavramsallaştırılması 5-6 yaşlarında olur. Geri dönülmezlik, son bulma ve kaçınılmazlık 7-9 yaşları arasında kavranır. Erişkin tipi ölüm kavramı 9 yaş üstünde belirir. Yaş ile birlikte ölüm kavramı

biyolojik bir tasarımdan metafizik bir tasarıma doğru evrilir. Ölümcül hastalıklar ile karşılaşan çocuklar sağlıklı olanlara göre daha gelişmiş bir ölüm kavramına sahiptirler. Okul öncesi çocuk ölümle ilgili biyolojik bir kavrayışa sahip olmadıkları için bu anlayışı pekiştiren yorumlara dikkat etmek gereklidir. Ölen birinin nefes alamayacağı, yemek yiyemeyeceği, oyun oynayamayacağı, düşünüp hissedemeyeceği açıklanmalıdır. Tanıyı gizleme korku ve kaygıyı azaltmaz. Karmaşa, yalnızlık ve güvensizlik duyguları yoğundur. Hastalıklarına ilişkin açıkça ama aşamalı olarak konuşulması daha iyi uyumu öngörür. Hastalıklarının kendi hatalarından kaynaklanmadığı anlatılmalıdır.

**Ölüm:** Yadsıma, öfke, pazarlık, çökkünlük, kabul etme.

### **13 - Madde Kullanımı**

Neden madde kullanılıyor araştırılır. Bağımlılık ve kötüye kullanım değerlendirilir.

**Kullanılabilen maddeler:** Sigara, alkol, uçucular (baly, tiner, çakmak gazı), esrar, uyarıcılar (extazy, captagon), eroin, tıbbi kullanımı olan (morfin, benzodiazepin, barbiturat, propofol), kokain, lsd (halusinojen maddeler), kültüre özgü otlar (maraş otu).

Detox (arındırma) ve yerine koyma tedavisi verilir.

**Yerine koyma tedavisi:** Eroin bağımlılığının tedavisinde günümüzde kabul edilen tedavi şekilleri yerine koyma tedavisinde en sık kullanılan metadon (LAAM) ve parsiyel opiyat agonist olan buprenofindir. Antagonist olarak kullanılan madde; naltrekson.

## 14 - Öğrenme Bozuklukları

**Tanım:** Dinleme, konuşma, okuma, yazma, akıl yürütme ve matematik yeteneklerinin kazanılması ve kullanılmasında güçlüklerle kendini gösteren heterojen bir bozukluk grubu. DSM-IV'e göre yaş, zekâ ve eğitim durumu göz önüne alındığında beklenenin önemli ölçüde altında okuma, matematik ve yazılı anlatım yetersizliği olması. Duyu kusuru, nörolojik bir hastalık ya da bu belirtilere neden olabilecek başka bir psikiyatrik bozukluk bulunmaması veya belirtilerin şiddetinin bu durumlarla açıklanamaması. Öğrenme bozuklukları 3'e ayrılır; okuma bozukluğu, matematik bozukluğu, yazılı anlatım bozukluğu.

**Epidemioloji:** Sıklığı ortalama %8. Erkeklerde daha sık. En sık görülen tipi okuma bozukluğudur.

**Klinik: Bilgi işleme süreci:** bilginin alınması, bilginin düzenlenmesi, bilginin belleğe depolanması, bilginin aktarılması. Öğrenme bozukluğunda bu becerilerin bir kısmında ya da hepsinde sorun olabilmekte. Ortak tanıya karşın her olgu kendine özgüdür. Alt tipler birbirinden tam olarak ayrılmış durumları ifade etmemektedir. **Problem yaşanabilen yeti alanları:** işitsel ve görsel algı, bilginin işleme hızı, bilginin organize edilmesi, bellek, ince ve kaba motor beceriler, dikkat, soyutlama, sosyal yeterlilik. **Okul öncesi dönem:** konuşmada gecikme, sözcük dağarcığının yaşa uygun olmaması, sözcük bulmada (isimlendirmede) güçlük, nesne adları ve eylem sözcüklerini karıştırma, seslerin ardışıklığını öğrenmede zorluk (şeftali-feştali), sözcükleri doğru telaffuz edememe, dinlemekte ve dinlediğini aktarmada zorluk, renk, sayı, geometrik şekilleri öğrenme zorluğu, eşleştirme (benzer, farklı), sınıflandırma ve sıralama becerilerinde yetersizlik vardır. Zaman, mekân ve yön kavramlarını öğrenememe, el tercihinde gecikme, giyinmekte, düğme iliklemede zorluk, yap-boz, lego tarzı oyuncaklarla oynamakta zorluk çekme, kalemi düzgün tutamama, kesme, yapıştırma gibi el becerilerinin yetersiz olması, kaba motor becerilerinin yetersizliği, sık kaza geçirme vardır. Oyunları, rutin işleri kendiliğinden hatırlamada güçlük, dikkat eksikliği, hareketlilik, yaptığı işleri organize edememe, yaşına göre regresif tutumlar sergileme, jest ve mimikleri anlama zorluğu.

**Klinik (devam): Okul çağı dönemi:** sözcükleri oluşturan sesleri algılama ve telaffuz etmede (r,s,j) sorun yaşar. Sözcükleri farklı şekilde heceler (ba-y-rak). Kısa süre önce öğrendiği bir sözcüğü tanıyamaz. Sık okuma hatası yapar ve okuma hızı düşüktür. Heceleri, harfleri, satırları atlar. Okurken ya da yazarken bazı sesleri ya da harfleri (b-d-p, m-n, f-v) karıştırır. Sayı ya da sözcükleri ters okur. Sözcüklerin harf sırasını karıştırır (dolma-domla). Okuduğu ya da dinlediğini özetleyemez. Not almak istemez. Yazılı ödevleri uzun sürer. Düşüncelerini iyi ifade edemez. Saati, zaman kavramını öğrenmesi gecikir. Matematiksel sembolleri karıştırır. El yazısı çirkindir. Sağ-sol karıştırır. Ayakkabı-kravat bağlamakta zorluk çeker. Takım sporlarında başarısızdır. Günleri, ayları, alfabeyi öğrenmekte zorluk çeker. Arkadaş ilişkilerinde sorun yaşayabilir. Benlik saygısı düşüktür. **Ergenlik ve yetişkinlik:** uzun ve karmaşık yönergeleri anlayamaz. Açık uçlu sorulara iyi yanıt veremez. Önemsiz detaylara takılır. Doğru ve hızlı not alamaz. Yüksek sesle okumaktan kaçınır. Haritayı anlamakta, yollarını tahmin etmekte zorluk çeker. Kâğıt kalem kullanmadan matematik işlem yapmakta zorluk çeker. Ödev ya da işin son teslim tarihini unuttur. Randevulara gecikme, plansızlık, dağınıklık. Parayı idare edememe, işini sürdürmede zorluk. Vücut dilini kullanmada, kişisel mesafeyi algılamada, ince şakaları algılamada zorluk.

**Tanı:** Ayrıntılı öykü, klinik gözlem, nöropsikolojik testler ile tanı konur. Şimdiki başarısı ile potansiyeli arasındaki farklılığın ölçülmesi. Zihinsel işlevlerdeki gelişimsel dengesizliğe dikkat edilmesi. **Nöropsikolojik testler:** Wechsler zekâ ölçeği (WISC-R) kullanılabilir. Sözel zekâ puanı ile performans puanı arasında farklılık olması. Sözel ve performans puanı dengeli olsa bile alt testler arasında dengesizlik olması. Akademik başarı testleri çocuğun okuma, yazma, heceleme ve matematik becerilerini değerlendirerek akranları ile karşılaştırmaktadır.

**Eştanılar:** Öğrenme bozukluğu bulunan çocukların 1/3 ile 1/4'ünde DEHB eştanısı bulunmaktadır. Çalışmalar ortak kalıtımsal etkenlerin olduğunu desteklemektedir. Özellikle DEHB eştanısı olanlarda diğer yıkıcı davranım bozuklukları da sık görülmekte. Anksiyete, depresyon ve diğer içe yönelim belirtileri de daha fazla.



**Etyoloji:** Genetik etkenlerin önemli rol oynadığı düşünülmekte. Erkeklerin %30-40'ında, kızların %17-18'inde aile öyküsü var. Toplum geneline göre 5-12 kat artmış risk. Tek yumurta ikizlerinde konkordans %68-83. Çift yumurta ikizlerinde konkordans %23-38. Fonolojik farkındalık kuramı: fonolojik işlemler sırasında sol temporoparietal bölgede gerekli aktivasyon olmamaktadır. Temporal loblarda planum temporalede simetri ya da ters asimetri vardır. Sol sylvian fissur çevresinde ektojik hücreler, displaziler, polimikroglialar vardır. Planum temporale işitsel assosiasyon alanıdır ve işitsel uyarımların kavranmasından sorumludur. Bu bölgede işitsel fonemlerin görsel grafemler olarak haritalandığı düşünülmektedir. İnsan beynindeki en belirgin asimetri planum temporale asimetrisidir ve sol PT sağdakinden 1/3 büyüktür. Duyusal eksiklik kuramı; öğrenme bozukluğunun nedeni bilgi işleme hızının düşük olmasıdır. Buna göre sensorial uyaranların işleme hızı düşüktür.

**Ayırıcı tanı:** Fiziksel hastalıklar (anemi, hipotiroidi, B12 eksikliği vs), görme ve işitme problemleri, epilepsi, mental retardasyon, otizm spektrum bozuklukları, depresyon, anksiyete bozukluğu.

**Tedavi:** Psikoeğitim uygulanır. Düşük benlik saygısı, DEHB eştanısı gibi eşlik eden sorunların tedavisi yapılır. Bireysel eğitim programları düzenlenir. Okul ile ilgili yaklaşımlar denir.

**Prognoz:** Tamamen düzelebildiği gibi bazı olgularda sorunların devam edebildiği bildirilmektedir. Genel zekâ ve okuma bozukluğunun başlangıçtaki şiddeti erken yetişkinlikteki okuma düzeyini yordamaktadır.

## 15 - Travma

**Kelime anlamı:** Dıştan mekanik bir etki sonunda ortaya çıkan lokal yara, bir dokunun veya organın biçimini ve görevini bozan lezyon, organizmada darbeye oluşan bozukluk, canlı üzerinde beden ve ruh açısından önemli ve etkili yaralanma belirtileri bırakan yaşantı, bir doku veya organın yapısını veya biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yerel yaradır.

**Tarihçe:** 19.yy savaş gazileri ve kadınların stres yaşantılarında opiat kullanımı vardır. 1. Dünya savaşı; siper şoku ve asker kalbi; epinefrin enjeksiyonuna abartılı yanıt oluşmuştur. 2. Dünya savaşı; muharebe yorgunluğu, savaş nörozu, toplama kampı sendromu; tedavide barbiturat, amfetamin, insülin, eter, CO2

### DSM IV Tanı Kriterleri:

**A:** Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır. Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş, ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır (çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler).

**B:** Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:

—Olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı ya da algılar vardır. Not: Küçük çocuklar, travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler.

—Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme. Not: çocuklar, içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler.

—Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, halüsinasyonlar ve dissosiyatif “flashback” epizodlarını kapsar).

—Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma.

—Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme.

**C:** Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan) olması:

—Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları.

—Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları.

—Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama.

—Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması.

—İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları.

—Duygulanımda kısıtlılık (örn. sevmeye duygusunu yaşayamama).

—Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama).

**D:** Aşağıdakilerden ikisinin ( ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:

—Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük.

—İrritabilite ya da öfke patlamaları.

—Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme.

—Hipervijilans.

—Aşırı irkilme tepkisi gösterme.

**E:** Bu bozukluk, (B,C ve D Tanı Ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer.

**F:** Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

## 16 - Yıkıcı Davranış Bozuklukları

3'e ayrılır; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (dikkat eksikliği, hiperaktivite - impusivite, bileşik), karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, davranış bozukluğu.

### Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB):

**Tanım:** Temel olarak dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve fevrilikle seyreden, belirtileri 7 yaş öncesi başlayan önemli bir gelişimsel-ruhsal bozukluktur. Duygusal, bilişsel, davranışsal bozukluklara yol açan önemli bir tablodur. Hem klinik hem halk sağlığı açısından major bir sorundur.

**Temel belirtiler:** **Dikkat eksikliği ve dağınıklık:** yaş, IQ ve gelişim düzeyine göre değerlendirilmeli. Farklı boyutları söz konusu, bütün boyutlarda sorun olması gerekmiyor. En sık işitsel dikkat problemi var. Yaşla birlikte (12 yaşa dek) dikkat süresi artar. En hızlı gelişme dönemi 4-5 yaş arasındır. Bu çocuklar oyun çağında yeterince oyuna konsantre olamaz, okul döneminde ders dinlemek, tahtada yazılanları takip etmek, ödevleri akılda tutmak, verilen komutları takip etmekte, günlük programlarını düzenlemekte zorlanırlar.

**Hiperaktivite:** kaotik, aşırı ve amaçsız hareketlilik vardır, yaş ve gelişim düzeyine göre değerlendirmeli. Odanın içinde motor gibi sürekli hareket halinde olma, yerinde duramama, sınıf içinde gezinme vardır.

**Fevrilik (dürtüsellik/impulsivite):** sözel ve/veya eylemsel. Söz kesme, sürekli konuşma, tutturma nöbetleri, bekleyememe, sabırsızlık vardır.

DSM-IV'e göre; DEHB'nun üç alt grubu bulunmakta: 1-Dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip (%20-30). 2-Hiperaktivitenin ön planda olduğu tip (%15). 3-Bileşik (%50-70). Dikkatsizlik alt tipinde daha az davranışsal problemler görülür. Ancak daha fazla akademik sorun var.

**Epidemiyolojik çalışmalar:** Sıklık: %4-12 söz konusu, Türkiye'de %7. Erkeklerde 2-6 kat daha fazla.

**Etyoloji: Patofizyoloji:** çok iyi bilinmemekle birlikte, pek çok noropsikolojik çalışmada ve görüntüleme frontal/frontostriatal bağlantılarda sorundan söz etmiştir. Yürütücü işlevlerde bozukluk vardır. Yürütücü işlevler yukarıdan aşağıya kontrol edilen gelecekteki hedeflere ulaşmak için esnek bir yolun izlenmesine olanak tanıyan beceriler. DEHB'de en sık görülen yürütücü işlev bozukluğu yanıt inhibisyonudur. Yanıt inhibisyonu daha uygun yanıtın oluşturulabilmesi için süregelen yanıtın durdurulmasını kapsar. Bilişsel esneklik, duygu kontrolü, kendini kontrol. Dopaminin yürütücü işlevlerde kilit NT olduğu düşünülür. **MRI:** total beyin, corpus callusum, caudate, serebellar hacimde azalma. **PET:** DEHB'li erişkinlerde prefrontal kortekste metabolizma azalması, ve ergen kız DEHB lerede global metabolizma da azalma. **Katekolaminerjik disfonksiyon:** özellikle DA ve indirekt olarak NE önemli. Kortikal dopamin eksikliğinde sıçanlarda hiperaktivite, organizasyon sorunları vardır. NE fazik salınımı az ya da fazla ise dikkat bozuluyor. NE dopamin salınımını da kontrol eder. 5HT, Glycine, GABA'nın merkezi rolü yok. **Genetik faktörler:** psikiyatrinin en çok genetik-temelli bozuklukları arasındadır. DEHB'lilerin akrabalarında yüksek oranda DEHB, psikiyatrik bozukluk, okul başarısızlığı, öğrenme güçlükleri vardır. MZ > DZ daha fazla konkordans. Moleküler genetik çalışmaları; dopamine D4, ve dopamine transporter genleri aday genlerdir. Ayrıca bu polimorfizmi gösterenlerde semptomlar şiddetli seyretmektedir.——Riskli durumlar; 1500 gramdan düşük doğum ağırlığı, gebelikte sigara ve alkol kullanımı, ciddi kafa travması, menenjit, cerrahi girişimler.

**Eşlik eden psikiyatrik durumlar:** Karşıt gelme bozukluğu; %40-70. Davranım bozukluğu; %20-56. 1/4-1/3 ünde antisosyal davranışlar vardır. Bu grubun 2/3 tutuklanma öyküsü vardır. İyi tedavi olan DEHB, başlangıçta belirti şiddeti fazla ise bile, ergenlikte antisosyal eğilimler azdır. **Depresyon:** çok fazla komorbidite, ergenlikte sık, yaşam boyu prevalansı %23. DEHB'li ergenlerde genel popülasyonundan dört kat fazla depresyon riski var. **Anksiyete bozuklukları:** daha çok zayıf emasyon regülasyonu ile ilgili, %10-40. **Tik bozukluğu:** erken DEHB tik için bir risk faktörü. Tikli vakaların %25-85'inde DEHB var. Genelde tikler DEHB den 2-3 yıl sonra başlıyor. **Madde kullanımı:** bu grupta en önemli sorunlardan biri. Hem madde kötüye kullanımı, hem sigara kullanma açısından yüksek risk taşır. Özellikle komorbid durumların

eşlik ettiği vakalarda bu risk fazla. ADHD liler yaşıtlarına oranla iki kez daha fazla bağımlı. Tedavi olmuş DEHB lerde madde kullanım riski diğer gruptan az. **Sigara kullanımı:** komorbid bipolar veya davranım bozukluğu varsa genelde 16 yaş öncesi başlar, eğer komorbid durum yoksa 17-22 yaş arası başlar, genelde arkadaş çevresinin rolü büyüktür, sigara kullanımı kısmen self-medikasyon içindir. Kognitiv fonksiyonlar üzerine olumlu etkisi söz konusu. Tedavi gören olgularda sigara kullanım riski az.

**DEHB'lilerde görülen diğer sorunlar:** **Trafik kazaları:** çocukluğunda DEHB tanısı alanlarda risk yüksektir (alkol kullanımı, impulsivite, dürtüsellik). Kaza yapanların psikiyatrik muayenesinde en sık DEHB ve davranım bozukluğu tespit edilmiştir. DEHB'lerde araba kullanımı problemleri, fren yapmada yanlışlık, anlamlı olaylarla geç reaksiyon, daha az emniyet tedbiri alma ile ilgili. **Arkadaş ilişkileri problemi:** daha az sayıda arkadaş, daha zayıf psikososyal uyum. Anne- çocuk ilişkileri daha çatışmalı, özellikle karşıt gelme bozukluğu varsa. **Yaşam kalitesi:** normal kontrollerden daha düşük. **Cinsel sorunlar:** erken yaşta cinselliğe başlama (15 vs16), çok sayıda partner, her partner ile kısa süre, koruyucu kullanmama.

**Tedavi:** **Farmakolojik:** Psikostimulanlar: semptomimimetik ilaçlardır, intrasınaptik katekolamin artışı yaparlar. DA ve NE salınımını artırıp, geri alımını bloke ederler. Dopamin taşıyıcı proteini inhibe ederler. Metilfenidat; kısa - uzun etkili. Yan etkiler; iştah azalması, uykusuzluk, gelişim üzerine etkisi, kilo kaybına yol açmakta ancak boy üzerine etkisi olmadığı son çalışmalarda bildirilmiş. En etkin tedavi, yanıt %80 civarında. Tedavi süresi, hastanın yanıtına bağlı, genelde uzun sürelidir. Tatiller söz konusu. Atomoksetin: presinaptik NE taşıyıcısı inhibitörüdür. **Non-farmakolojik:** multimodal tedavi programları. Vakanın gösterdiği uyum güçlükleri ve davranışsal sorunlara yönelik eğitsel-terapotik programlar denir. İlaç tedavisi ile birlikte işe yaramaktadır.

**Prognoz:** 25 yaşında olguların %60'ında DEHB sürüyor. %25'inde antisosyal kişilik bozukluğu vardır.

Bitti