

PSİKOLOJİ ARAŞTIRMALARI

1. Sayı

2014 Mart

DEHB'İN PSİKOTERAPİSİNDE
İKİ FARKLI YAKLAŞIM:
BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ VE
GEŞTALT TERAPİ

POSTPARTUM
DEPRESYON

BAĞLANMANIN
NÖROBİYOLOJİSİ

PSİKODRAMANIN
EBEVEYNLİK TUTUMLARINA ETKİSİ

DİKKAT EKSİKLİĞİ ve HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU NEDİR?
NASIL BİR YOL İZLENMELİDİR?

İNTİHAR DAVRANIŞININ
ÇOCUKLUK VE ERGENLİK
DÖNEMİ YAŞANTILARI İLE İLİŞKİSİ

DİKKAT EKSİKLİĞİ ve
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA
KULLANILAN NÖROPSİKOLOJİK TESTLER

OYUN
ÇOCUK İÇİN HER ŞEYDİR

Editör

Yrd. Doç. Dr. Şaziye Senem BAŞGÜL

Yayın Kurulu:

Prof. Dr. M. Hakan TÜRKCAPAR

Prof. Dr. Mücahit ÖZTÜRK

Prof. Dr. Can TUNCER

Yrd. Doç. Dr. Şaziye Senem BAŞGÜL

Yrd. Doç. Dr. Özge MERGEN

Yrd. Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT

Yrd. Doç. Dr. H. Ulaş ÖZCAN

Öğr. Gör. Mehmet DİNÇ

Arş. Gör. Saadet YAPAN

Arş. Gör. Merih TOKER



0342 211 80 80

psikoloji.hku.edu.tr

psikolojigundemi@hku.edu.tr

Havalimanı yolu 27410 Şahinbey / Gaziantep

İçindekiler

1

ÖNSÖZ

2

DEHB'nin Psikoterapisinde
İki Farklı Yaklaşım:
Bilişsel Davranışçı Terapi ve
Geştalt Terapi

10

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite
Bozukluğu Nedir?

16

Dikkat Eksikliği ve
Hiperaktivite Bozukluğunda
Kullanılan Nöropsikolojik Testler

22

Postpartum
Depresyon

28

Bağlanmanın
Nörobiyolojisi

31

İntihar Davranışının
Çocukluk ve Ergenlik Dönemi
Yaşantıları İle İlişkisi

35

Psikodramanın
Ebeveynlik Tutumlarına Etkisi

39

Oyun
Çocuk İçin Herşeydir

ÖNSÖZ

Psikoloji;

“Evreni algılamak, canlıları anlamak, insanı tanımak ve aralarındaki ilişkileri yorumlamaktır.

Beynin gizemini anlamaya çalışmak, zekayı değerlendirmek ve öğrenmeyi irdelemektir.

Emriyodan başlayan gelişimi bebeklikten yaşlılığa takip etmek ve gelişimi bilmektir.

Duyguları tanımak, davranışları gözlemlemek ve tepkileri anlayabilmektir.

Anı yaşarken sürekliliği izlemektir.

Merak etmek, araştırmak,takip etmektir.

Sosyolojiyi, felsefeyi, mantığı bilmektir.

Normal ile normal olmayanı değerlendirebilmektir.

Öğrenmek, anlamak, yön vermek, destek olmak ve yardım etmektir.

İnsana ve hayata dair herşeydir...”

Psikoloji, okumanın ve araştırmanın yanısıra deneyimin paylaşılması ve uygulama ile öğrenilir. Başarılı ve empati kurabilen bir psikolog olabilmek için usta çırak ilişkisi çok önemlidir. Öğretim üyesi olarak görev yaptığım ve çok keyifle çalıştığım Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2008 yılında kurulmuş olup 2012-2013 döneminde Psikoloji alanında öğretim vermeye başlamıştır. Öğretim kadrosunda alanında oldukça deneyimli ve söz sahibi üç profesör, dört yardımcı doçent, bir öğretim görevlisi ve bir araştırma görevlisi hizmet vermektedir. Multidisipliner yaklaşım içerisinde, klinik deneyimin önemli olması, normal ve normal olmayanın ayırt edilebilmesi noktasında psikiyatrist ve psikolog işbirliği çok önemlidir. Bu ihtiyaçtan hareketle, üniversitemiz eğitim kadrosunda psikiyatrist ve psikologlar tamamlayıcı bir hizmet sunmaktadır. LYS’ de 2013-2014 Eğitim Öğretim döneminde Vakıf Üniversiteleri arasında 5.sıraya yükselen üniversitemizde Lisans ve Yüksek Lisans programında öğrenci yetiştirilmekte ve doktora programının açılması planlanmaktadır.

Psikoloji bilim dalının öğretim alanında yeni yer alan Hasan Kalyoncu Üniversitesi Psikoloji bölümü, kısa süre içerisinde oldukça deneyimli bir yapılanma ile kök salmaya başlamıştır. Bu süreçte öğretim üyelerinin deneyimleri ve öğrencilerin çabaları ile oluşan bilgi birikimini paylaşma ihtiyacı ile yayınlanmasına karar verilen “Psikoloji Araştırmaları” nın hazırlanmasında emeği geçen Mehmet Dinç, Saadet Yapan ve Merih Toker’e katkılarından dolayı teşekkür eder ve derginin sürekliliği ile alanımıza ışık tutmasını dilerim.

Yrd. Doç. Dr. Şaziye Senem BAŞGÜL

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

Editör

DEHB’NİN PSİKOTERAPİSİNDE İKİ FARKLI YAKLAŞIM: BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ ve GEŞTALT TERAPİ

Yrd. Doç. Dr. Özge Mergen

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi



Bilişsel Davranışçı Açından DEHB

Erişkin DEHB'nin bilişsel davranışçı modeli kişinin nöropsikiyatrik sınırlılıklarını, bunlarla ilgili geçmiş öğrenmeleri ve bu öğrenmeler yoluyla şekillenen davranış kalıplarını bir arada toplamaktadır. Modele göre hali hazırda dikkat, kendini kontrol edebilme ve düzenleme konularında nöropsikolojik sınırlılıkları olan kişiler küçük yaşlardan itibaren başarısız oldukları olayları ya da ilişki problemlerini tecrübe ederler. Defalarca tekrar eden bu zorluklar kişinin kendisiyle ilgili “başarısızım, sevilmem, anlaşılmam” gibi katı ve negatif bazı inançlar geliştirmelerine yol açar. Bu inançlar kişide kızgınlık, utanç, kaygı, üzüntü gibi duygulara yol açar. Kişi bu duygularla başa çıkmak için organize olmayı, plan yapmayı ya da ertelemeyi engellemeyi dener ancak nöropsikolojik sınırlılıkları nedeniyle bunu tek başına gerçekleştiremez ve kendisiyle ilgili katı ve negatif inançları bu yolla bir kere daha pekişir. İnançlar pekiştikçe günlük yaşamdaki işlev kayıpları da giderek artar (Safran ve ark. 2012: 8).

Bilişsel davranışçı terapiler, erişkin DEHB'nin tedavisi üzerine çalışmalar yaparken, bilişsel ve davranışçı olmak üzere iki ayrı alana odaklanırlar. Modelin bilişsel kısmında DEHB belirtilerini kötüleştiren düşünce ve inançlar üzerine odaklanılır. Bu düşünceler “bunu başaramayacağım”, “bunu yapmak istemiyorum çünkü istesem de yapamayacağım” ya da “bunu şimdi alsa bitiremem, sonra yapacağım” türünden kişinin yeterliliğine ya da organizasyon becerisine yönelik olabilir. Bu tür düşünceler çoğu zaman kişide olumsuz duygular uyandırabilir ve yerine getirilecek görevin tamamlanmasını engelleyebilir.

Tedavinin bilişsel kısmı bu düşüncelerin yeniden yapılandırılmasını ve işlevsel düşünme sistemlerinin geliştirilmesini içerir. Bunu yaparken düşünce kayıtları tutmayı, işlevsel olmayan düşünceleri fark etmeyi ve sorgulamayı öğreten ev ödevleri de tedaviye eşlik eder (Safran ve ark. 2012: 7).

Tedavinin davranışçı kısmında ise DEHB belirtilerini artıran ve baş etmesi daha güç hale getiren davranışlara odaklanılır. Bu davranışlar yapılması gereken işlerden kaçınmak ya da organizasyon yapmamak olabilir. Burada yapılacak şey belirtileri artıran davranışları belirlemek, sıklığını azaltmak ve yerine belirtileri yönetmede daha işlevsel davranış kalıplarını pekiştirmektir. Bunu yaparken seanslarda terapist ve danışan davranışları birlikte gözden geçirirler ve ortak hedefler belirlerler. Daha sonra bu hedeflere ulaşabilmek için yeni davranışların belirlendiği ve pekiştirildiği davranış değişikliği ödevleri üzerinde çalışırlar (Safran ve ark. 2012: 7).

Bilişsel terapiler formülasyonda ve tedavide geçmiş yaşantılarla düşünce kalıpları arasındaki ilişkiyi ele alır ve temelde değiştirilecek düşünce kalıplarına odaklanılır. Bundan farklı olarak Geştalt terapi ise gerek formülasyonda gerekse terapiye danışanın duygu düşünce beden bütünlüğüne ve kişinin çevreyle etkileşimine odaklanılır. Temel hedef belli davranışların ve düşüncelerin değişmesinden çok ihtiyaçları karşılamanın sorumluluğunu alma ve karşılamak için kendine uygun alternatifler üretme üzerine çalışır. Kişinin kendi sınırlı ve güçlü yanlarını bir bütün olarak kabul etmesini hedefler.

Geşalt Bakış Açısından DEHB

Bütüncül-Fenomenolojik-Varoluşçu Bakış Açılarında DEHB

Geşalt yaklaşımına göre DEHB'nin oluşumunda nöropsikolojik yatkınlıklar, bağlanmayla ilgili zorluklar ve çevresel sorunlar bir arada etkili olmaktadır (Kent-Ferraro & Wheeler, 2002:203). Kurama göre bir kişinin aldığı DEHB tanısı sadece nörolojik ya da doğuştan sebeplerle açıklandığında, onun fenomenolojisi ile ilgili bilgiler anlaşılabilir olur (Kent-Ferraro & Wheeler, 2002:204). Fenomenolojik bakış açısına göre kişinin çevresi içinde gerçekleşen tüm içsel yaşantılarının anlamı o kişiye özeldir ve aynı yaşantı başka birisi için farklı zamanlarda farklı anlamlara gelebilir (Passons 1975: akt. Daş 2002). Bu durumda DEHB tanısı almış farklı danışanlarla çalışırken, her birinin belirtilerinin oluşup yerleştiği süreçlerle, belirtileri yaşayış biçimleriyle ya da belirtilerin doğası ile ilgili farklılıklar gözden kaçacaktır. Bu da kişiye özgü değil belirtileri tedaviye yönelik girişimleri doğuracaktır. Bu nedenle Geşalt yaklaşımı doğuştan gelen nörolojik etkenleri reddetmez ancak fenomenolojiyi baz alarak alan kuramına dayandırır (Kent-Ferraro & Wheeler, 2002:202).

Kişi alan kuramına göre çevresi ile bir bütün olarak değerlendirilmelidir çünkü çevre; kişiyi, ihtiyaçları karşılamaya yönelik araçları ve ortamı içinde barındırır (Akman 2004). Geşaltın bütüncül bakış açısına göre yaşamdaki her tecrübenin bedensel, duygusal ve zihinsel bir bileşeni vardır; terapide amaç bu bileşenleri bütünleştirmek ve kişinin bulunduğu çevre içinde ihtiyaçlarını karşılayabilmesini sağlamak üzerine kuruludur (Clarkson & Mackewn 1993:111). Örneğin DEHB'de; kişinin bedenindeki hareketlilik, hissettiği kaygı ya da odaklanamaması ile ilgili düşünceler o kişinin içsel yaşantılar bütününe parçaları olabilir. Diğer yandan odaklanamamanın verdiği kaygıyı hareket olarak bedenine yansıtan bir kişinin sağlıklı temaslar kurmaması ve bu nedenle ihtiyaçlarını, bulunduğu çevreyi kullanarak karşılamaması da kişi-çevre bütününe elemanları olarak değerlendirilebilir. Geşalt terapisi ile bu elemanlar farkındalık kazandırma yoluyla netleştirilmeli, beden-duygu-düşünce arasındaki bağlantılar sağlanmalı ve bunların çevreyle teması etkilemiş biçimleri gene bütüncül bir çerçevede belirlenmelidir (Clarkson 1991:21-22).

Bütüncül ve Fenomenolojik bakış açıları DEHB'yi anlamadaki katkılarını baktıktan sonra Varoluşçu bakış açısının etkilerini de değerlendirmek yerinde olacaktır. Varoluşçu bakış açısına göre kişi olduğu gibi olma dürtüsüne sahiptir ve bu engellenirse kendini inkar etme, bastırma ya da kendinden utanma eğilimleri ortaya çıkabilir (Daş 2011a). Bu durumda DEHB'si olan bir kişiyi anlayabilmek için, belirtilerin altındaki varoluş mesajlarına karşı uyanık olunmalıdır. O kişinin nörolojik belirtilere sahip bir şekilde çevresiyle iletişim kurmaya

çalışırken çevreden aldığı tepkiler, bu tepkilerin yaratmış olabileceği utanç ve destek sistemleri dikkatle incelenmelidir. Örneğin bütünleşmemiş bir kendilik imajı olabileceği buna bağlı olarak dağılıp silinerek mi yoksa durmaksızın hareketlenerek mi var olduğu ve bunun altındaki utanç duyguları gözden geçirilmelidir.

Şekil – Fon İlişkisi

Geşalt yaklaşımı, algılayan kişinin alandan gelen uyarıcıları düzenleyerek ve yapılandırarak bazı uyarıcılara öncelik verdiğini öne sürmektedir (Polster ve Polster, 1974:29). Uyarıcı bombardımanındaki tüm uyarıcılar o an algılayan kişi için “fon”u oluşturur (Clarkson, 1991:5). Bu bağlamda uyarıcılar bedenden ya da dışarıdan gelen fiziksel uyarıcılar olabileceği gibi düşünceler, duygular da olabilir. Fonun sınırları olabildiğince geniştir ve bu fon içerisinde uyarıcılardan birinin diğerlerinden daha net, eksiksiz bir halde ön plana çıkmasıyla şekil oluşur (Polster ve Polster, 1974:29). Psikolojik açıdan sağlıklı olan bir kişide, ihtiyacın netleşerek ön plana çıkması ve uygun yollarla karşılanana ya da gerektiğinde ertelenene kadar da şekilde durması beklenir. DEHB söz konusu olduğunda ihtiyaçlar karşılanmasına fırsat olmadan fona geçebilmektedir. Bir danışanın benzetmesi aklındaki düşüncelerin windows programında açık unutulmuş pencereler gibi olduğu yönünde idi. Onun bundan şikayeti ise ya hepsini birden görmek zorunda olduğunu düşünmesi ya da hiç birini tam görememesi olmuştur.

Geşalt yaklaşımına göre uyarıcı bombardımanından hangi uyarıcının şekil haline getirileceği bir seçimdir ve kişiye bağlıdır (Clarkson ve Mackewn, 1993:41, Polster ve Polster, 1974:46). Algılama sırasında figür haline gelecek uyarıcı ve fonda kalacak uyarıcılar kişinin ihtiyaçlarına, ihtiyaçlarının farkındalık düzeyine göre şekillenir ve anlam kazanır (Daş, 2006:70; Clarkson ve Mackewn, 1993:59). Ayrıca bu figürün düzenlenmesi ve anlamlandırılması da yine kişiye özgü olacaktır (Sills ve ark.,1998; akt. Daş, 2006:51). Bu bakış açısı ile DEHB tanısı almış bir kişi ele alalım. Dikkat süreçlerindeki sınırlılıkla farkındalık düzeyi az olabilecek bu kişi ihtiyaçlarını da fark edemeyebilir ya da fark ettiklerini de kendi fenomenolojisindeki “bende dikkat eksikliği var istesem de yapamam” gibi bir bilgi nedeniyle sürdürebilecekken de ihtiyacı karşılama sürecini durdurabilir.



Farkındalık

Geşalt Terapisi'nin amacına ulaşabilmesi için kişinin ihtiyaçlarını, kendiliğinin parçalarını ve çevresini bilmesi gerekmektedir. Bu bilme, bilincine varma ve idrak sürecine ise farkındalık adı verilmektedir. Farkındalık sürecinde kişi ve çevresiyle ilgili birbirinden ayrı parçaların tek tek ya da bir bütün halinde kavranması söz konusudur (Polster ve Polster 1974:207). DEHB'ye bu açıdan bakılacak olursa şekil-fon ilişkisinde anlatıldığı gibi kendi ihtiyaçlarını fark etmede sıkıntıları mevcuttur. Bununla birlikte çevreyi ve çevrenin ihtiyaçlarını algılama, kendilerini içinde buldukları çevreyle bir bütün olarak görebilme becerileri sınırlı olabileceği söylenebilir.

Clarkson ve Mackew'a (1993:45) göre farkındalık şimdinin tecrübesidir ve farkındalığa odaklanmak, bir yandan kişinin yaşamla ilgili genel tecrübeleri bilmesini sağlarken diğer yandan onu "şimdi ve burada" tutar (Polster ve Polster 1974:211). Şimdinin tecrübesi olarak da o an duyularla temas edilebileceklerin farkında olunabilir. Böylece kişi kendinin farkına vardıkça yaşamındaki temel konuları içeriden bilebilmekte (Sakarya 2003) ve bu bilme eşliğinde ilerlemekte ve büyümektedir. Bu durumda DEHB tanısı almış kişilerde şimdi ve burada yaşantısının tek boyutlu olduğu ve sadece dürtüler doğrultusunda yaşandığı söylenebilir. Büyümenin ve gelişmenin önüne de dış dünyadaki uyaranlara duyarsızlaşmanın geçtiği belirtilebilir. Kişi tam anlamıyla şimdi ve burada olmak yerine "dağınık" kaldıkça kendinin farkına varamaz ve geçmişiyile geleceği arasındaki bağlantıları kuramaz.

Kişinin o anki ihtiyaçları, farkında olma konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Çünkü farkında olma kişinin fenomenolojisine ve ihtiyaçlarına göre ortaya çıkmaktadır. Önce kişinin ihtiyaçları fonda şekle gelir, kişi bunu duyumsar ve ihtiyacının farkına varır. Kişinin farkında olmadığı diğer tüm ihtiyaçları da bu noktada fonda, fonu oluşturur (Clarkson 1991: 32). Bununla birlikte kişinin fark ettikleri ancak ihtiyaçları doğrultusunda farkındalık sorumluluk almayla ve değişimi seçmeyle sonuçlanmaktadır (Daş, 2006:51). DEHB'de bu sonucu elde edebilmek için bir de nörolojik sınırlılıklarla baş etme eklenmelidir. Bu sınırlılıkla karşılanması gereken ihtiyaçlar şekilde yeterince kalıp farkındalık düzeyine ulaşmadıkça da kişi bu ihtiyaçların sorumluluğunu almayı öğrenemez ve değişim gerçekleşmez.

Farkındalık pek çok değişik boyutta incelenmekle birlikte, Polster ve Polster'a göre duyulara ve davranışlara, duygulara, isteklere, değerlere ve değerlendirmelere odaklanılarak çalışılabilir (1974:213). Duyular ve davranışların farkındalığı ile belirtmek istenen kişinin bir davranışı yaparken bedeninde ve çevresinde olup bitenleri bilmesidir. Duyular ise bedende ve çevrede bilinenlere eşlik etmektedir. Bu eşlik çoğu zaman duyguların duyularla karışmasına ve kişinin

fenomenolojisiyle ilgili atıflar yapmasına sebep olabilmektedir. Bu nedenle duyguların farkına varılması, farkındalıkların bütünleştirilebilmesi ve isteklerin belirlenebilmesi açısından önem taşımaktadır. DEHB'de kişi çevreye ve çoğu zaman da duygulara duyarsızlaşmıştır. Zihinsel ve bedensel duyular ön plandadır. Duyular duyulara ve çevrede bilinenlere eşlik etmediği için, DEHB tanısı almış kişiler, kendi fenomenolojilerine göre kendilerini ve başkalarını suçlama, zarar verme ya da sorumluluk almama eğiliminde olabilirler.

Tamamlanmamış İşler ve Sabitleşmiş Geşalt

Tamamlanmamış işler Geşalt yaklaşımına göre enerjinin nasıl kesildiğini ve bloke olduğunu açıklayan bir kavramdır (Clarkson 1991:42). Bilindiği gibi insan ihtiyaçlarını karşılayabilmek için temas döngüsünü tamamlama ve organizmanın akışkanlığını sürdürme eğilimindedir. Burada akışkanlıktan kasıt bir ihtiyacın gündeme gelmesi ve o ihtiyacın karşılanması için harekete geçilerek temasın sağlanması ve doyuma ulaşılmasıdır. Ancak bu koşul sağlandığı zaman, bir ihtiyaç karşılandığında fona geçer ve bir yenisi şekle gelir. Her hangi bir şekilde imkân varken temas gerçekleşemediğinde ve ihtiyaç karşılanmadığında kişinin psikolojik enerjisi ihtiyacın etrafında toplanır. İhtiyaç karşılanmak için basınç yapar ve karşılanmadıkça enerji orada sıkışır (Clarkson 1991:43). Enerji sıkışıp geçmiş bir ihtiyaç etrafında döndüğünde ise kişinin şimdi ve buradayı yaşayacak açıklığı ve esnekliği ortadan kalkar (Polster ve Polster 1974:38) ve böylelikle tamamlanmamış iş sürekli olarak tamamlanmak ister ve tamamlanana kadar da dikkati üzerine çeker (Clarkson ve Mackewn 1993:69). DEHB'de de kişinin kendi dünyasında yaşadıklarını bu kapanmamış geşalt aracılığıyla algıladığı bir süreçten bahsedilebilir. Örneğin ailesi ile yakın olma ihtiyacını annesinin uygun zamanlarını kollayamadan hoplayıp zıplayarak dur durak bilmeyerek gibi kendi yollarıyla karşılayamayan çocuk yeterince karşılanmamış olan yakınlık ihtiyacını büyüdüğünde de aynı yollarla karşılamaya çalışıyor olabilir. Aksine ailesinin şiddet içerikli davranışlarından kendini meydan okuyarak korumaya bir çocuğun kendini koruma ihtiyacını ileriki yaşlarında da uygun olmayan ortamlarda uygun olmayan şekillerde meydan okuyarak karşılayabileceği söylenebilir.

Geşaltın tamamlanamaması iki şekilde gerçekleşebilir: 1. geşaltın tamamlanmak üzere açık kalması, yani tamamlamaya uygun olmayan yöntemlerle tamamlanmaya çalışması; 2. geşaltın sabitleşmesi (Daş 2010). Perls'e göre tamamlanmamış işler zaman içinde alışılmış ve fark edilmeyen örüntülere dönüşür ve buna sabit geşalt adı verilir. Bunlara bir kişinin "hep" yaptığı davranışlar örnek gösterilebilir. Örneğin DEHB ele alındığında hep temas kesmek, hep duyarsız olmak, hep

sabit geŖalt örnekleri olabilir. Sabit geŖalt, kanıksanmış doğası gereği, ele alınmadıkça yaŖam boyu tekrarlanır (Clarkson ve Mackewn 1993:68).

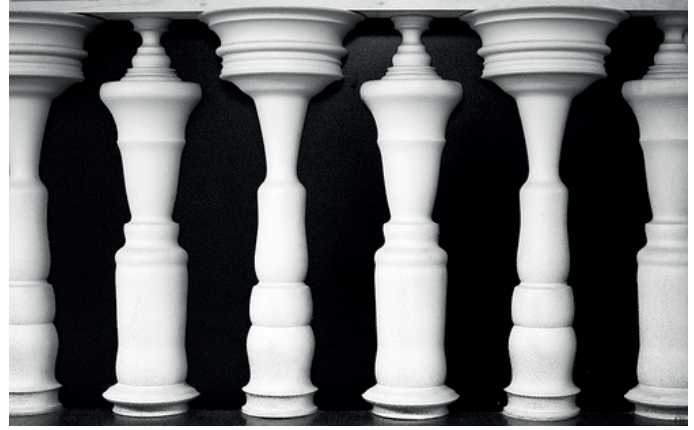
Temel bir ihtiyaç karŖılanmadan geŖaltın sabitleŖmesi, o ihtiyaın saptırılmasına, inkâr edilmesine ya da baŖka bir Ŗey ile yer deęiŖtirmesine sebep olabilir. Böylelikle ihtiyaç karŖılandıkında yaŖanacak olan tatmin tehlikeye gireceğinden kiŖi ihtiyaı ve ihtiyaın farkındalığını silebilir, tehlikeyi ortadan kaldırabilir. Bu durumda geŖaltın sabitleŖmesi, ihtiyaın farkındalığını ortadan kaldıracakı için, geŖaltın açık kalmasından daha avantajlıdır (Clarkson ve Mackewn 1993:70). Örneğin ailesi ile yakınlık kurma ihtiyaı olan DEHB'li ocuk bu ihtiyaı karŖılanmadıkça -dağınık tarzıyla da rtecek Ŗekilde- bir müddet sonra yakınlık ihtiyaını fark etmemeye ve bu sefer hayal kırıklığı ve utanç hissetmemek için daha da dağınık olmaya baŖlayabilir. Ancak daha sonra bu çocuğun içinde bulunduğu koŖullar deęiŖtięinde hala sanki eski koŖullar devam ediyormuŖ gibi davranıyorsa gemiŖe takılıp kalmıŖ demektir (Polster ve Polster 1974:52). Dolayısıyla bu kiŖi burada bir hata yaparak Ŗu an içinde bulunduğu koŖulları hesaba katmaksızın gemiŖteki koŖullar devam ediyormuŖ gibi gemiŖte yaratıcı uyum yoluyla geliŖtirdięi davranıŖları sürdürmektedir. Bu tür davranıŖlar kiŖinin güvende hissetmesine yol açsa da yeni durumlara uyum sağlamasını, bu yolla büyümesini ve geliŖmesini engeller (zer 2003). TamamlanmamıŖ iŖlerdeki ihtiyaç geŖaltın sabitleŖmesi sonucu farkındalık düzeyinden ıktıkı için karŖılanamaz ve her tekrar/deneme baŖarısızlıkla sonuçlanır. Bu durumda kiŖi ne hangi ihtiyaını karŖılaması gerektiğini ne de onu nasıl karŖılayacaęını bilemez (DaŖ 2010). Erken kapanma, temeldeki ihtiyaç hâli hazırda karŖılanmadıkı için tatmin edici olamaz.

TamamlanmamıŖ iŖlerin birikerek artması psikolojik sıkıntıların baŖ göstermesine ve büyümenin engellenmesine sebep olacaktır. KiŖide bedensel huzursuzluklar yaratabileceği gibi kiŖinin kendisini gergin ya da yetersiz hissetmesine de sebep olabilir (DaŖ 2010). Biriken ihtiyaçların karŖılanmasını sonraki bir tarihe ertelemek enerji sarfına neden olur. Enerjisini tamamlanmamıŖ iŖlerini ertelemek için kullanan bir kiŖi bugüne dikkatini yeterince ayıramayabilir. DEHB'ye eŖlik eden belirtiler arasında somatik belirtiler de ön plandadır. Bu nedenle, dağınıklık ve gerginliğe ek olarak, solunum sıkıntılarını, alerjiler; baŖ, boyun, sırt, eklem ve mide ağrıları görülebilir.

Kutuplar

Kutuplar özünde kiŖinin olayları ve olaylara ait algılarını sınıflandırdıkı kategoriler olarak tanımlanabilir. Çoğu zaman bu sınıflandırmalar iyi ya da kötü, ilginç ya da sıkıcı, değen ya da değmeyen, kabul gören ya da görmeyen gibi iki uçlu olarak ortaya çıkmaktadır. İki uçlu sınıflandırmalar zamanla sevgi ya da nefret gibi duyguların, kendilik ile ilgili iyi ocuk kötü ocuk

gibi algıların, dost dŖman ya da destek köstek gibi baŖkalarına ait atıfların kutuplaŖmasına yol açabilir ve kutuplaŖmalar yer yer deęiŖmez ve katı olabilir (akt. Polster ve Polster 1974:12). Örneğin DEHB tanısı almıŖ bir kiŖi de dikkat, organizasyon, hareketlilik gibi özellikleri bakımından diğerlerinden farklı olduğu için olumsuz tepkilere maruz kalma ihtimali yüksektir ve bu nedenle de kendisiyle ilgili kötü ocuk ya da anlaŖılmaz algısı geliŖtirebilir, çevresindekileri ise anlayıŖsız ya da dŖman olarak kategorize edebilir.



Bu Ŗekilde iki uçlu ve katı bir kutuplaŖmanın sonucu da kiŖinin var olan yapısına uygun olmayan tecrübelerin yaŖanması olabilir (Polster ve Polster 1974:12). Örneğin diğerlerini dŖman olarak sınıflandırmıŖ bir kiŖi diğerlerine güvenmemeyi seçebilir ve hali hazırda var olan destek ihtiyaının karŖılanmasını yzeyssel iliŖkiler kurarak engelleyebilir. Bir kutupla ne kadar zdeŖim kurarsak kuralım kutbun diğer ucu kaybolmaz, bir gölge gibi fonda durur ve zdeŖimin gücü arttıkça bu reddedilen kutup büyük bir enerjiyle Ŗekle ekilir. Sonunda da kontrolsüz bir Ŗekilde kendini gösterir (DaŖ, 2011). DEHB tanısı almıŖ bu kiŖinin, diğerlerine yansıttıkı dŖmanlık kutbuna sahip ıkmadıkını var sayarsak, destek ihtiyaı karŖılanmadıkında dürtüsel bir Ŗekilde diğerlerine dŖmanca davranabilir.

GeŖalt yaklaŖımına göre psikolojik sağlığın bir boyutu Ŗeklin ihtiyaç oldukça deęiŖmesi ve ihtiyaç karŖılandıkça yerini sonraki ncelikli Ŗekle bırakabilmesidir. Bu deęiŖiklik sırasında Ŗekil ve fon iki ayrı u yani kutup haline gelebilir. Böyle bir durumda ya duruma uygun olmayan bir Ŗekil (davranıŖ, duygu) ya da Ŗekil odağı olmayan bir durum (farkında olmama) ortaya çıkar. Ŗekil ve fon arasındaki kutuplaŖma arttıkça psikolojik sağlık bozulur (Sills, Fish ve Lapworth 1995:38). DEHB belirtileri de bu bilgilerle açıklanabilir. Tanı almıŖ kiŖiler Ŗekle gelen herhangi bir ihtiyaı fark edip o ihtiyaı karŖılamamzere yeterli süre odaklanamadıkları için ihtiyaçlar karŖılanamaz ve bu yolla da DEHB belirtilerinin Ŗiddetinin ve sıklığının artabileceği tahmin edilebilir. Kendi duygu ve isteklerine duyarsızlaŖmak, çevreyle alıŖveriŖi reddetmek, kendilik imajını

kendilik imajını yerine getirmeye odaklanmak ve belli özelliklerini görmezden gelmek psikolojik sağlığın bozulmasının sonuçlarına örnek olarak sayılabilir. Tek bir kutupta kaldıkça bunlara ek olarak sıfır noktasında kalmak ve yaratıcı tarafsızlığı yakalamak da dünyaya tüm tecrübelerle açık ve önyargısız bir şekilde yaklaşmak da zorlaşır. Devamlı olarak belli bir davranış örüntüsü baskın olur. Kişilik, yerleşik davranış örüntülerinin bir toplamı olarak düşünülebilir. Bu durumda DEHB açısından bakılacak olursa tek kutupta kalmak, başarısızlıkları tekrar etmek, organize olmamak, ihtiyacı fark etmemek, sürekli geleceği düşünerek kaygılanmak, kendini reddetmek kişilik boyutunda sıkıntılar olarak ortaya çıkabilir. Şüphesiz bunlar da psikolojik sağlık açısından olumlu değildir (Sills, Fish ve Lapworth 1995:38).

Psikolojik sağlığın bir boyutu da yaratıcı uyumdur. Yaratıcı uyum gösterebilen bir kişi, sadece kendi sorumluluğunu almakla kalmaz, kendisi ve çevresi arasındaki dengeye karşı da uyanık olur ve bu dengenin de işlevsel bir şekilde korunabilmesi için çabalar ve bunu yaparken de çevreyi değiştiremeyeceği için kendini düzenleme yoluna gider. Kutuplar bağlamında düşünülecek olursa kişi ve çevresi aslında iki kutup olarak değerlendirilse bile bu iki kutup arasında her hangi bir çatışma meydana geldiğinde çatışmanın çözümü için yapılacak seçim organizma ve kendi isteklerini düzenlemek üzere yapılmalıdır. DEHB tanısı almış kişiler kendilerini ayarlama becerisine sahip olmadıkları ve çevreyi fark edemedikleri için kendi çevreleriyle kutuplaşmayı sürdürme eğiliminde olabilirler.

Kendilik Gelişimi Kuramı ve DEHB

Geşalt kendilik gelişim modeli; fenomenolojik temellere dayanan, kişiyi beden-duygu-düşüce yapıları ile bir bütün olarak gören, kişinin kendisiyle ve çevresiyle olan temaslarında çevresiyle birlikte etkilenmesi esasını benimseyen, toplumsal-kültürel-manevi değerleri de alan kuramına göre etkileşimin bir parçası olarak kabul eden bir modeldir (Daş 2011b). Bu manada Perls, Hefferline ve Goodman'ın da belirttiği gibi kendilik, kişiyle çevreyi bütünleştiren bir temaslar sistemi olarak algılanmalıdır (akt. McConville 1995:7). Burada temas kişiler arasında olacağından, bu etkileşime intersubjektif yani karşılıklı subjektif etkileşim demek daha doğru olabilir (Wheeler 1997).

DEHB'li çocukların yapıları gereği sahip oldukları dikkat sıkıntıları ile hareketlilik ve dürtüsellik gibi özellikler, çocuğun ailesiyle, çevresiyle ve sınıfındaki kişilerle ilişkilerinde sorun yaşamasına uygun ortam hazırlar (Kanay, 2006). Aile içinde bu özellikler çocuğun doğası olarak görülmez ve yaramazlık ya da uygunsuzluk olarak etiketlenirse çocuk kendisiyle ilgili uygunsuz olduğuna, sevilmemesine ya da beceriksiz olduğuna ilişkin iç içe almalar geliştirebilir. Bu iç içe almalarla yönelik olarak davranmaya devam edecektir. Bu davranışlar aileyi ve sosyal çevreyi etkiledikçe karşılığında kişi, toplum dışında kalmaya,

hırçınlaşmaya başlayacaktır. Nitekim literatürde de belirtildiği gibi DEHB'li bireyin erişkin dönemde de psikolojik ve sosyal alanlar ile eğitim ya da meslek yaşamlarında yaşla birlikte artan şekilde (Bozbey-Akalın, 2005) sorunlar yaşadıkları bilinmektedir (Wender, 1995).

Alan kuramına göre bakıldığında intersubjektif alan bir bütündür (akt. McConville 1995:7). Destek sistemi de bu bütünün bir parçasıdır ve sağlıklı bir alanda güçlüklerin ve desteğin bir dengede olması beklenir. Destek bunun tersine hiç verilmediğinde ya da uygun olmayan yollarla verildiğinde utanca sebep olabilmektedir. Kişinin ihtiyaçlarının saygıyla karşılanmadığı ve var oluşunun onaylanmadığı her durum utançla sonuçlanabilir. Utanç yaşaması zor bir duygu olduğu için, kişi utancıyla farklı şekillerde baş etmeye çalışabilir (Wheeler & McConville 2002: 64).

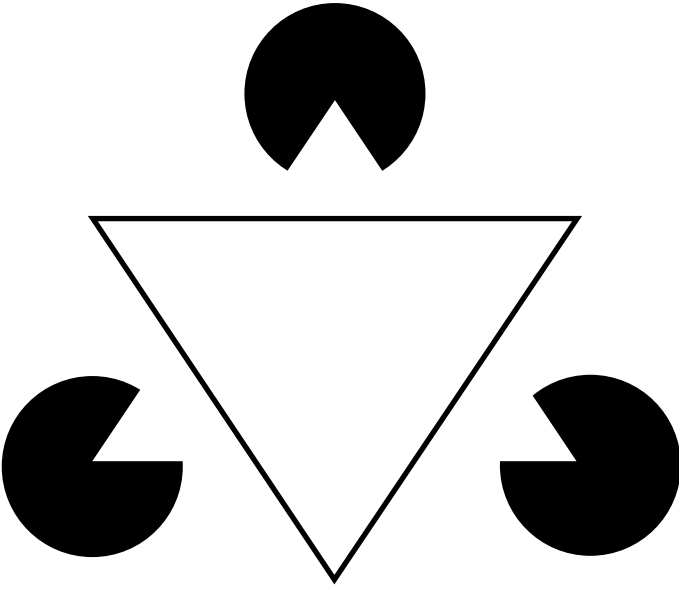
DEHB'li çocuklar sıklıkla zor çocuklar olarak görülürler (Low, 2008). Davranışlarının sonuçlarını düşünmeden hareket edebilirler. Kendisine söylenenleri dinlemiyormuş gibi görünürler. Arı'nın (2006) da çeşitli çalışmalardan derlediğine göre DEHB'li çocuk, çoğu zaman dürtüsellik de neden olduğu, kendisini kabul ettirebilmek ve insanlardan saygı görmek için arkadaşlarına karşı şiddet içerikli davranışlar sergiler. Bu çocuklar farklılıkları nedeniyle yaşamın birçok alanında diğer insanlardan sıklıkla eleştiri, ceza ve olumsuz tepkiler almaktadırlar. Sosyal çevresi tarafından çok sık eleştirilen, cezalandırılan hatta dışlanan DEHB'li çocuk, utanarak kendine olan saygısında kayıplar yaşarken bu durum için görünürde aldırılmaz ve vurdumduymaz davranışlar sergileyebilir (Arı 2006).



Formülasyon

Geşalt yaklaşımı dikkati ihtiyaç döngüsünden uyarlanmış bir dikkat döngüsü üzerinden ele almaktadır. Geşalt yaklaşımının öne sürdüğü DEHB kuramına göre (Kent-Ferraro & Wheeler, 2002:206-225), dikkatin oluşabilmesi için öncelikle zihinsel bir enerji gerekmektedir. Bu zihinsel enerjinin ortaya çıkması, dikkatin oluşum sürecinin başlangıcıdır. Dikkatin toplandığı noktada kişi ihtiyacını fark edebilir ve ihtiyacını karşılamak için gerekli davranışları ve karşıladığı anda elde edebileceği kazancı öngörür. Kişi o anda yapacağı bir muhakeme ile yaşayabileceği doyumunu ve kazançları tercih ederse, diğer olası davranışları fona gönderir. Bu seçim kişinin amacında kalabilmesini sağlar.

Zihinsel uğraşı başladıktan sonra kişinin, ihtiyacını karşılayabilmesi için önem arz eden uyarıcıları, önemsizlerden ayırt edebilmek üzere hazır ve uyanık olması gereklidir. DEHB’de zorlukların çoğu bu noktada gerçekleşir (Kent-Ferraro & Wheeler 2002:206). DEHB tanısı almış kişiler çoğunlukla belirledikleri hedefte kalmaz ve hedefe götüren uyarıcıları ayırt edecek beceriye sahip olmazlar.



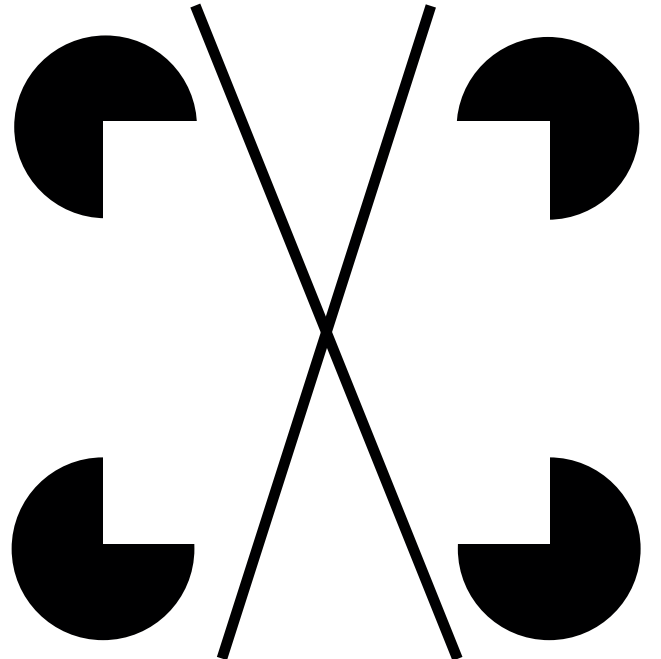
Hedefe gitmeye yardımcı olacak bilgiler ayırt edildikten sonra bu bilgilerin yorumlanması, sentezlenmesi, bilgiler ile amaç arasındaki ilişkilerin kurulması için zihin hareket halinde olmalı, odaklanmalı ve bilgi işlemeyi sürdürebilmelidir. Zihnin aktivitesi, işleme ve odaklanma, ihtiyaç karşılanana kadar eş zamanlı bir şekilde devam edebilir. Bu süreçlerle birlikte kişi hedefe kilitlenir, hedefle özdeşleşir ve enerjisini de hedefe yönlendirir.

Bu noktada kişi artık çevresiyle temas etmek için ona uyum sağlamalı, kendi davranışlarını çevresiyle uyumlu bir tempoda ve sıklıkta gerçekleştirmelidir. Kişi kendini temas ederken izleyebilmeli ve çevreyle uyumlu olan temaslarını çevreden geri bildirim olarak fark edebilmeli ve daha sonra da

çevreden geri bildirim olarak fark edebilmeli ve daha sonra da sürdürmek üzere bu temasları pekiştirmelidir. Son olarak, donanımının yeterli olup olmadığını fark edebilmeli ve ihtiyacın karşılanıp karşılanmadığını takip etmelidir.

Anlaşılabileceği üzere, şeklin oluşması ve dikkatin şekilde beliren ihtiyacı karşılamak üzere sürdürülebilmesi oldukça karmaşık bir süreçtir ve birbiriyle etkileşim içerisinde olan birçok elemanı içermektedir (Kent-Ferraro & Wheeler, 2002:219, 208). Buradan hareketle Kent-Ferraro & Wheeler (2002:221) DEHB’de yaşanabilecek zorlukların yukarıda anlatılan dikkat döngüsünün herhangi bir noktasında yaşanabileceğini, belirtilerin sadece bir aşamaya ait özellikte olmayabileceğini belirtmişlerdir (Kent-Ferraro & Wheeler, 2002:221).

Bu noktaya kadar Geşalt yaklaşımının üç temel bakış açısı, şekil fon ilişkisi, farkındalık, tamamlanmamış işler, kutuplar ve kendilik gelişimi kuramı çerçevesinde DEHB’yi kendi algımı da literatür bilgisine katarak yorumlamaya çalıştım. Görüyorum ki diğer ekollerin DEHB’ye bakışı, kişinin yaşadığı nörolojik belirtileri yönetmek ya da düşünceleri değiştirmek gibi tek taraflı olabilecek çözümler içeriyor. Vurgu ise rahatsızlığın yapısal olmasına yapılıyor. DEHB’ye Geşalt kuramı ile baktığımda DEHB’nin sadece belli tanı kriterleri ve geçmiş düşünce süreçleriyle açıklanamayacağını düşünüyorum. Biliyoruz ki bunlarla beraber her türlü geçmiş yaşantı, duygu, çevre ile ilgili faktörler ya da davranış repertuarının kısıtlı olması gibi etmenler de psikolojik rahatsızlıkları açıklamada önemli. Geşalt yaklaşımı DEHB tanısına takılmadan kişinin bütününe bakarak bu belirtileri hiç bir koşulda es geçmiyor ve bedenselleştirmenin bir tarz olarak kullanıldığı aile yaşantıları yoluyla da aynı tarzın travma olmaksızın öğrenilmiş olabileceği gerçeğini de göz önünde bulunduruyor.



DEHB' nin Geşalt Terapide Ele Alınışı

DEHB, temas sınırında yaşanan ve kişinin birisi ya da bir şeyle temas halinde kalamaması kendilik oluşumunun eksikliğine işaret eden bir sorundur. Kişinin kendisi ile ilgili doğru ve tamamlanmış bir kendilik imajının oluşturulması terapinin temel hedefi olmalıdır (Oaklander, 2006:191).

DEHB çoğu zaman teması engelleyen bir unsur olarak değerlendirilirken kimi zaman da belirtilerle ilgili çalışmalar kişinin farkında olmadan kullandığı temas biçimlerini anlamasını sağlayabilir. Bu alandaki çalışmalar yoluyla kişi çevresiyle ya da kendisiyle temasını ne şekilde aksattığını fark edebilir (Clarkson & Mackewn 1993:76).

Perls iyi bir terapistin hastanın sadece anlattıklarının içeriğini değil sesi, tınıyı ve duraksamaları da bir bütün olarak dinlediğini söyler ve sözel iletişimin genellikle yalan olduğuna vurgu yapar (Clarkson & Mackewn 1993:110). Ona göre gerçek iletişim sözlerin ötesindedir ve hastanın sesinin, hareketlerinin, duruşunun ve görünüşünün ne söylediği dinlenmelidir (Clarkson & Mackewn 1993:111).

DEHB'de sıkıntının büyüğü farkındalık ile ilgili olduğu için, beden terapide önemli bir araç olarak görülebilir. Danışanın söyledikleri ile sözel olmayan tepkileri uyumsuz olduğu, sessiz kaldığı, davranışlarında veya tavırlarında ani bir değişiklik olduğu durumlar terapistin uyanık olması gereken durumlara örnek olarak sayılabilir (Daş 2006: 256-257). Terapist bunları bir bütün olarak görebilirse duyguyu daha çabuk öğrenebilir ve bu yolla da o anki ihtiyaçlara ulaşarak danışanın yeni farkındalıklar yaratmaya ve sorumluluk almaya davet edebilir (Clarkson & Mackewn 1993:92).

DEHB tedavisinde esas amaç kendiliğin bütünleşmesini sağlamaktır. Bunun temelinde kişinin fiziksel, zihinsel ve duygusal özelliklerini, ihtiyaçlarını, tamamlanmamış işlerini, kördüğümünü yaratacağı dansa yansıtılabileceği görüşü yer almaktadır (Daş 2002). Hareket ve dans uygulamalarında da kişinin kendini bedeni ile ifade etmesine fırsat verilmekte ve bu uygulamanın özellikle beden zihin ve ruh bütünlüğünün sağlanmasında çok önemli rol oynadığı düşünülmektedir (akt. Daş 2002). DEHB ile çalışırken de duyu organlarına yönelik çalışmalar, nefes çalışmaları ve karar verme becerisini geliştirecek egzersizler mutlaka yapılmalıdır (Oaklander, 2006:195-197).

DEHB ile çalışan terapist, beden-duygu-düşünce bütünlüğünü yani bir yandan da yeni kendilik imajını sağlamaya çalışırken terapi sürecinde net bir duruş da ortaya koymalı ve duruşuyla güven vermelidir (Shub 1994:8). Terapi süresince kişinin DEHB belirtilerini destekleyen sabitleşmiş Geşalt'larının belirlenmesi ve nasıl yaratıcı uyumlar yaptığının araştırılması oldukça önemlidir (Shub 1994:4). Terapi sürecinde danışanın belirtileri, duyarsızlaşmaları ve sabitleşmiş geşaltları ile ilgili farkındalığının artmasıyla danışanın kendini suçlama

eğilimi ortaya çıkarsa bu suçlamaların düzeyi terapist tarafından dengelenmelidir (Shub 1994:16). Danışan davranışlarının, çevresi üzerindeki etkisini ve kendisini nasıl kısıtladığını fark ettikçe, davranışlarındaki teması bozan öğeleri belirledikçe davranışları ile ilgili sorumluluk almaya başlar (Shub 1994:17). Terapist danışanın hem duygusal konulardaki katılığı ve bunun getirdiği zorlukları hem de alternatifleri ve bunların getireceği rahatlıkları görmesini hedeflemektedir (Shub 1994:18). Bu süreçte danışan hayatında bazı değişiklikler yapmaya başlar, burada desteğin önemi büyüktür (Shub 1994:20).

Sonuç olarak söylenebilir ki DEHB tedavisinde amaç Geşalt'ın bütüncül fenomenolojik ve varoluşçu bakış açlarına uygun olarak, belirtileri sınıflandırmaktan ya da tamamen değiştirmekten öte danışanın kendini ve çevresini fark etmesini ve ona özgü bir şekilde anlamlandırmasını sağlayabilmektir. Bu yolla danışanın farkındalığı artacak, değişim için seçenekleri ortaya çıkacak ve büyüme gerçekleşebilecektir.



KAYNAKLAR

- Akman, Y. (2004). Alan Kuramından Yansımalar. *Temas: Geştalt Terapi Dergisi*, 1(3), 45 -58.
- Aktaş, C., Daş, C. (2002). Geştalt Temas Biçimleri Yeniden Düzenlenmiş Form'un Türk Örnekleminde Faktör Yapısı, Geçerliliği ve Güvenirliği. *Temas: Geştalt Terapi Dergisi*, 1(1), 83 -110.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2000). Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IVTR), Çev. Köroğlu, E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Arı, E. (2006). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları kaygı düzeyi, algıladıkları sosyal destek ve anababalık tutumlarının incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Bozbey-Akalın, A. O. (2005). Dikkat ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların abla ve ağabeylerinin sosyal beceri düzeyi ve kardeş ilişkileri. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Clarkson, P. (1991). *Gestalt Counselling in Action*. London: Sage Publications.
- Clarkson, P. & Mackewn, J. (1993) *Fritz Perls*. Sage Publication, London.
- Daş, C. (2004). Nefes Al-Ver ve Harekete Geç: Anksiyete ve Geştalt Terapisi. *Temas: Geştalt Terapi Dergisi*, 1(3), 127 -140.
- Daş, C. (2006). Bütünleşmek ve Büyümek: Geştalt Terapi Yaklaşımı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Daş, C. (2010). İhtiyaçlar Modülü Ders Notları. Geştalt Terapi Eğitimi.
- Daş, C. (2011a). Beden Dili Modülü Ders Notları. Geştalt Terapi Eğitimi.
- Daş, C. (2011b). Kendilik Gelişimi Modülü Ders Notları. Geştalt Terapi Eğitimi.
- Daş, C. (2011c). Temas Modülü Ders Notları. Geştalt Terapi Eğitimi.
- Daş, C. (2012). Geştalt Tanı Haritaları Ders Notları. Geştalt Terapi Eğitimi.
- Daş, C. (2002). Geştalt Grup Uygulamaları. *Temas:Geştalt Terapi Dergisi*, 1(1). 63-79.
- Davis C, Levitan RD, Smith M, Tweed S, Curtis C. (2006). Associations among overeating, overweight, and attention deficit/hyperactivity disorder: A structural equation modelling approach. *Eat Behav*; 7:266–274.
- Hechtman L, McGough JJ. (2007). Dikkat Eksikliği Bozuklukları. In: Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Çev: Öner Ö, Aysev A.). Aydın H, Bozkurt A. (Editörler)., 8.baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi.; 3183-3205.
- Kanay, A. (2006). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan 9-13 yaş grubu ilköğretim öğrencilerinin uyumsal davranışları, benlik kavramı ve akademik başarıları arasındaki ilişkiler. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Köroğlu E. (2009). Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Low, K. (2008). ADD and relationships learn about ADD and relationships. <http://add.about.com/od/adhdthebasics/a/BryanH.htm>.
- McConville, M. (1995). *Adolescence: Psychotherapy and the Emerging Self*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT. (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: Findings from multiplex families. *Am J Psychiatry*;162:1621–1627.
- Oaklander, V., (2006). *Hidden Treasure*. Karnac Books, Great Britain.
- Özer, S. (2003). Geştalt Terapi Yaklaşımı ve Direnç Kavramı. *Temas: Geştalt Terapi Dergisi*, 1(2), 19-36.
- Polster, E., Polster, M. (1974). *Gestalt Therapy Integrated*. New York: Vintage Books. New York.
- Safren AS, Perlman CA, Sprich S, Otto MW. (2012). Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu Yenmek: Terapist El Kitabı. Ankara:Hekimler Yayın Birliği.
- Sakarya, S. (2003). Doğurgan Deneyim "Farkındalık". *Temas: Geştalt Terapi*
- Sills, C., Fish, S., Lapwprth, P. (1995). *Gestalt Counselling* Winslow: Bicester UK. www.gestalt.org/yontef.html
- Shub, N.F., (1994). *The process of character work: an introduction*. Gestalt Associate Press.
- Stahl SM. (2003). *Temel Psikofarmakoloji*. (Çev: Taneli B, Taneli Y.). 2.baskı., Ankara, Yelkovan :Yayıncılık.; 59-467.
- Tamam L, Tuğlu C, Karataş C, Özcan S. (2006). Adult attention-deficit hyperactivity disorder in patients with bipolar I disorder in remission: Preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci*; 60:480–485.
- Wender P. H, (1995) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. Oxford University Pres, New York.
- Wheeler, G. (1997). Self and Shame: A Gestalt Approach. *Gestalt Review*,1(3), 221-244.
- Wheeler, G., (2002). *The Heart of Development Vol 1: Childhood*. Wheeler, G. & McConville, M (Eds.) *The Developing Field: Toward a Gestalt Developmental Model*. Gestalt Press, Cambridge.

DİKKAT EKSİKLİĞİ ve HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU NEDİR? NASIL BİR YOL İZLENMELİDİR?

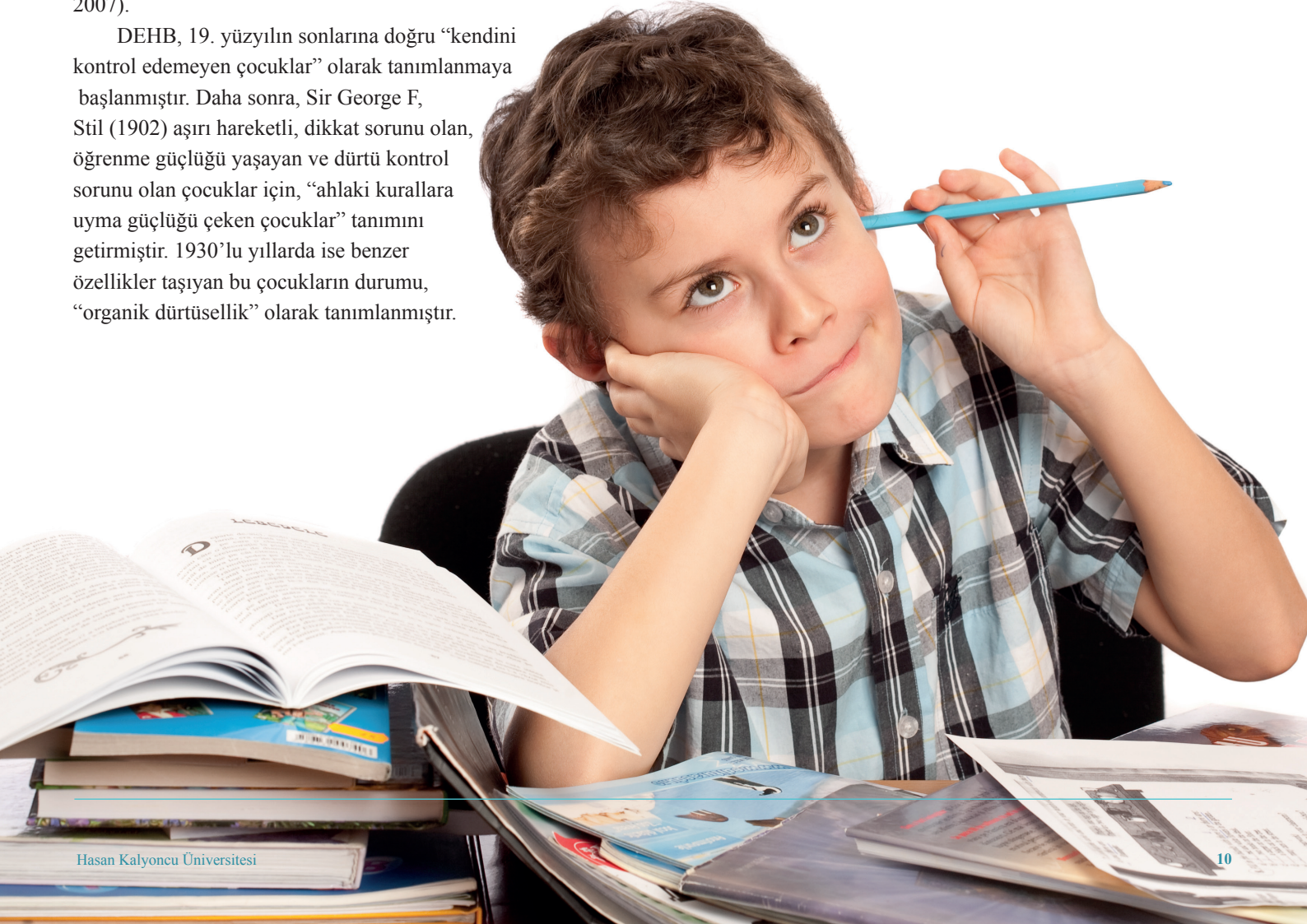
İclal Aydın

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB); okul öncesi dönem ve okul çağı çocuklarında belirgin hale gelen, çocukların gelişimsel düzeyine uygun olmayacak şekilde, aşırı hareketlilik, dikkat sorunları ve dürtü kontrol sorunları ile karakterize olan gelişimsel bir bozuluktur. Dikkat eksikliği, dikkatin yoğunlaştırılmasında ve dikkatin sürdürülmesinde sıkıntı yaşamakla ilgilidir. Hiperaktivite ise aşırı hareketlilik, kısa bir süre bir yerde oturmakta zorluk yaşamak, çok konuşma, sırasını bekleyememekle ilişkilidir. Dürtü kontrol sorunu, sonunu düşünmeden hareket etmek, sırasını bekleyememek, tehlikeli işlere ilgi duymak, korkusuz olmak ile ilgilidir (Öztürk, 2007).

DEHB, 19. yüzyılın sonlarına doğru “kendini kontrol edemeyen çocuklar” olarak tanımlanmaya başlanmıştır. Daha sonra, Sir George F, Stil (1902) aşırı hareketli, dikkat sorunu olan, öğrenme güçlüğü yaşayan ve dürtü kontrol sorunu olan çocuklar için, “ahlaki kurallara uyma güçlüğü çeken çocuklar” tanımını getirmiştir. 1930’lu yıllarda ise benzer özellikler taşıyan bu çocukların durumu, “organik dürtüsellik” olarak tanımlanmıştır.

Daha sonraki araştırmalar sonucunda, bu hastalığın beyin patolojilerinden kaynaklandığını bulgulamıştır. 1947 yılında bu araştırmaların sonuçlarına bağlı olarak, bu çocuklar, “beyin hasarlı çocuklar” olarak adlandırılmıştır. Daha sonrasında bu tanımın iyi bir tanımlama olmadığı kanaatiyle, “minimal beyin hasarı”, sonrasında ise “minimal beyin disfonksiyonu (işlev bozukluğu)” terimleri kullanılmıştır. Bu terimlerden sonra, bu hastalığa “hiperkinetik sendrom” adı verildi. Bu terime dikkat eksikliği semptomu da eklenince, hastalık son olarak “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” adını almıştır (Öztürk, 2007).



Epidemiyoloji

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, çocukluk çağının en sık görülen nöropsikiyatrik bozukluklarından. Rowland ve ark. (2002)'nin verilerine göre, dünya genelinde yaygınlığına bakıldığında, çocukların %5-12'sini etkilediği görülmektedir. Spetie ve Arnold (2007)'a göre, erkek/kız çocuklar arasında görülme sıklığı klinik örnekleme 3-5/1 ile 9/1 arasında değişkenlik gösterirken, toplum örnekleminde 2/1 olarak bahsedilmiştir (Spetie ve Arnold, 2007). Bunun sebebinin DEHB'nin kızlarda daha çok dikkat sorunları ile seyretmesi ve yıkıcı davranışların geri planda kalması veya olmamasına karşın erkeklerde hareketlilik ve dürtü kontrol sorunlarının ön planda olması ve yıkıcı davranışların daha sık görülmesi nedeniyle dikkat çekmeleri ve kliniklere daha sık başvurmaları olduğu düşünülmektedir. Albayrak ve Tolga Tahiroğlu (2003) tarafından yapılan Türkiye'de yapılan örneklem çalışmalarına göre, DEHB görülme sıklığı toplum örnekleminde, %8.1-8.6 olarak tespit edilmiştir; klinik örneklemlerde görülme sıklığı ise %8.6 ile %29.44 arasında değişiklik göstermektedir. Weiss ve Weiss (2002) 'in verilerine göre, çocukluk çağında DEHB tanısı konulan vakaların ergenlikte de DEHB tanısının görülme sıklığı %50 ile %80 arasındadır; ve bu vakaların yetişkinlikte görülme sıklığı %30 ile %50 arasında değişmektedir. Kennemer ve Goldstien (2005)'e göre, psikiyatrik örnekleme, yatarak tedavi gören hastalarda DEHB görülme sıklığı %2.1 iken, ayaktan tedavi gören hastalarda görülme sıklığı %50 olarak bulunmuştur.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun ortaya çıkmasında çeşitli etkenler rol oynamaktadır. Bu etkenler arasında, genetik faktörler, nörotransmitterler, organik etkenler, doğum öncesinde, doğumda ya da doğum sonrasında yaşanabilecek problemler ve çevresel faktörler yer almaktadır. Bazı reseptör ve taşıyıcı genlerin DEHB'nin etiyolojisinde etkili olduğu bilinmektedir. Dopamin reseptörleri D2, D3, D4, D5 ve dopamin taşıyıcılarının (DAT1) ve norepinefrin modülasyonunda rol oynayan genlerin dikkatin düzenlenmesinde rol oynadığı bilinmektedir (Kayaalp, 2008).

Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun büyük oranda genetik geçişli olduğunu göstermektedir. Genetik etkenler, Biederman ve Faraone (2002)'ye göre DEHB etiyolojisinin %80'ini oluşturmaktadır. Brady ve Golden'in (2001) bildirdiği üzere, yapılan ikiz çalışmalarında, tek yumurta ikizlerinde DEHB konkordansı %50-80, çift yumurta ikizlerinde ise %33 olarak bulunmuştur. DEHB tanısı alan çocukların kardeşlerinde DEHB görülme sıklığı ise %32 olarak tespit edilmiştir (Brady ve Golden, 2001).

Organik faktörlerin, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda rol oynadığı bilinmektedir. Liningston ve ark.(1948) 'nin hayvanlar üzerinde yaptıkları lezyon çalışmaları ve beyin hasarı bulunana çocuklar üzerinde yapılan klinik

çalışmaların sonucunda bölgesel beyin lezyonları ile aşırı hareketlilik, dikkat dağınıklığı ve dikkat eksikliği belirtileri korele bulunmuştur .

Literatürde çevresel faktörlerin de DEHB etiyolojisinde etkili olduğunu gösteren araştırmalar yer almaktadır. Güçlü ve Erkıran (2005) DEHB'li çocukların ebeveynlerinde kişilik bozukluklarının görülme sıklığını araştırmışlardır. Çalışmanın bulgularına göre, DEHB tanısı alan çocukların babalarında antisosyal kişilik bozukluğu, histrionik kişilik bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Güçlü ve Erkıran, 2005).

Birçok çalışma, doğum öncesi ve doğum anında meydana gelen sorunların DEHB ile olan ilişkisini araştırmıştır. Breslau ve ark., (1996) yaptıkları çalışmada, düşük doğum ağırlığı, fetal sıkıntı ve hamilelikte yaşanan ailevi sorunlar gibi doğum öncesi ve doğum anında yaşanan problemlerin kritik bir önemi olduğu sonucuna ulaşmıştır. Swanson ve ark. (2000) , doğum öncesi ve doğum anında yaşanabilecek sorunların, genetik etkenlere katkısı olduğu ve genetik yatkınlıkla etkileşimde bulunduğu alternatif bir etiyoloji olarak söz etmiştir .

Klinik Bulgular ve Tanı

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklar, ev, okul veya arkadaş ilişkilerinde sorunlar yaşarlar. Akademik başarıları, kapasitelerinin altındadır. Dikkatlerini toparlayamadıkları için sınavlarda basit hatalar yaparlar. Ödevlerini tamamlamakta güçlük çekerler. Dış etkenlerle dikkatleri kolaylıkla dağılıbilir. Arkadaşlarıyla oyun oynarken sıralarını beklemede, oyunun kurallarına uymada sıkıntı yaşarlar. Eşyalarını sıklıkla unuturlar ve kaybedebilirler. Yaşlarına göre fazla hareketlidirler. Tehlikeli işlere ilgilidirler. Dur ve yapma sözünü genellikle dinlemezler. Anne babalar, çocuklarını tedaviye genellikle ilköğretim döneminde getirirler. Fakat DEHB'nin başlama yaşı 7 yaş öncesindedir. DEHB tanısı alan çocukların bebeklik dönemine bakıldığında uyku problemleri, yemek yemede zorluklar, huzursuzluk, aşırı hareketlilik gibi şikayetler olduğu ve daha bebeklik döneminde ailelerin zorluklar yaşadıkları görülmektedir. Bu şikayetler yaş ilerledikçe değişmekte ve farklı formlar almaktadır. Okul öncesi dönemde bu çocuklar, bir yerde kısa bir süreliğine oturamazlar. Kıpır kıpırdırlar. Ev içinde koltukların tepelerinde gezerler, koşuştururlar, tehlikeli hareketleri vardır. Yemek yenirken yerlerinde bir süreliğine oturamazlar. Oyun oynarken sıralarını bekleyemezler. Çok konuşurlar. Sorulan sorunun sonunu dinleyemezler. Bir başkası konuşurken dinlemiyormuş gibi görünürler, dikkatleri hep başka yerdedir. Oyuncaklarından çabuk sıkılırlar, hemen başka bir oyuna geçerler. Korkusuz ve meraklıdırlar. Bu yüzden sonunu düşünmeden hareket ederler ve bazen başlarına bela açabilirler (Öztürk, 2007).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı, alınan anamnez ve DSM kriterlerine göre konmaktadır. DEHB ile ilgili DSM IV'te yer alan kriterler Tablo 1'de gösterilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994).

Tablo 1: DSM IV Tanı Kriterleri

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır.

(1) Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Dikkatsizlik

- (a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez, okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.
- (b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınıktır.
- (c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
- (d) Çoğu zaman yönergeleri izlemek ve okul ödevleri, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevleri tamamlayamaz.
- (e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.
- (f) Çoğu zaman sürekli mental (zeka) çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
- (g) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder. (Örneğin oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç-gereçler)
- (h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınıktır.
- (i) Günlük etkinliklerde çoğu zaman unuttandır.

(2) Aşağıdaki hiperaktivite - impulsivite (dürtüsellik) semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Hiperaktivite

- (a) Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- (b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- (c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır. (Ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir.)
- (d) Çoğu zaman, sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- (e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.
- (f) Çoğu zaman çok konuşur.

İmpulsivite (Dürtüsellik)

- (g) Çoğu zaman sorulan soruların soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.
- (h) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.
- (i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer. (Örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar.)

B. Bozulmaya yol açmış olan hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır (örn., okulda/işte ve evde).

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

E. Bu semptomlar sadece bir yaygın gelişimsel bozukluk, şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn., duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, disosiyatif bozukluk ya da bir kişilik bozukluğu).

Alt Tipler

DEHB kişide baskın olarak görülen belirtilere göre 3 alt tipe ayrılır. Bunlardan ilki Bileşik görünümdür. Bu alt tipte, DSM kriterlerine göre son altı ay içerisinde hem dikkatsizlik hem de hiperaktivite/impulsivite belirtilerinin karşılanmış olması gerekmektedir. İkinci alt tip ise Dikkatsizliğin baskın olduğu görünümdür. Bu görünümde kriter, son altı ay içerisinde dikkatsizlik tanı ölçütü karşılanmış fakat hiperaktivite/impulsivite tanı ölçütleri karşılanmamıştır. Hiperaktivite/impulsivitenin baskın olduğu görünüm de bir diğer alt tiptir. Bu alt tipte beklenen, son altı ay içerisinde, hiperaktivite/impulsivite tanı ölçütlerinin karşılanmış olmasına karşın dikkatsizlik tanı kriterlerinin karşılanmamış olmasıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994).

DSM 5'teki Değişiklikler:

2013 yılında yayınlanan DSM 5 DEHB tanı kriterlerinde DSM IV ile bazı ortak ve farklı noktalar bulunmaktadır. DSM 5'te, DSM IV'te yer alan aynı 18 semptom korunmuştur ve her birinde en az 6 semptomun gerekliliğinin olduğu iki kategoride (dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik-dürtüsellik) toplanmaya devam etmektedir. Bu benzerliklerin yanı sıra bazı değişiklikler de yapılmıştır. Bu değişiklikler şöyle sıralanabilir: (1) kriter maddelerine örnekler eklenmiştir; (2) semptomların birden fazla ortamda görülme gerekliliği daha fazla vurgulanmıştır; (3) başlangıç yaşı "on iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur" şeklinde değiştirilmiştir; (4) otizm spektrum bozukluğuna, komorbid tanı olarak yer verilmiştir; (5) 17 yaş ve üzeri gençlerde ve erişkinlerde, her bir kategori için 5'er kriter yeterli görülmüştür; (6) DEHB nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında yer almaktadır ve DSM IV'te yer alan "Genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar" başlıklı bölüm kaldırılmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanıda, çocuğun özellikle okul öncesi dönemdeki normal bir hareketlilikle DEHB'ye bağlı hareketliliğin ayırt edilememesinden kaynaklı sorunlar yaşanmaktadır. Burada ayırıcı özellik, DEHB'de hareketlilik süregündür ve farklı ortamlarda görülmesi gerekir. Ayırt edilmesi gereken bir diğer sorun da uyum bozukluğudur. Uyum bozukluğunda süre 6 aydan kısa iken DEHB'de daha uzun sürmektedir. Özgül öğrenme güçlüğü'nün de DEHB'den ayırt edilmesi gerekmektedir. Özgül öğrenme bozukluğunda tek bir alanla (okuma, yazma, matematik gibi) ilgili sorunlar yaşanırken, DEHB'de yaşanan sorunlar tek bir alanla kısıtlı değildir. Çocuklarda görülen depresyon ve anksiyete bozuklukları da aşırı hareketlilik, dürtü kontrol sorunları ve dikkatsizlik gibi sorunlara yol açabileceğinden ayırıcı tanıda düşünülmesi

gerekir. Fakat depresyon ve anksiyetenin diğer belirtileri bu noktada ayırt edicidir. Ayırıcı tanıda düşünülmesi ve sorgulanması gereken önemli diğer rahatsızlıklar arasında, mental retardasyon, karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), davranım bozuklukları (DB), otizm spektrum bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları yer almaktadır. Bu bozukluklar komorbid olarak da görülebilmektedir. Psikiyatrik rahatsızlıklara ek olarak tıbbi rahatsızlıklardan da ayırt edilmesi gerekmektedir (Kayaalp, 2008).

Eş Tanı

Komorbidite (eş tanı) göz önüne alındığında, Hetchman ve ark. (2005) ve MTA Cooperative Group tarafından yapılan araştırmalara göre, DEHB tanısı almış çocukların %50'sinde KOKGB, %20-25'inde bipolar ve duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, öğrenme bozukluğu, %2'sinde Tourette Sendromu görülebilmektedir (Hetchman ve ark., 2005 ve MTA, 1999).

Psikometrik Değerlendirmeler

DEHB tanısı konulurken anne-baba, çocuk ve öğretmen tarafından doldurulan bazı ölçekler ve testler kullanılmaktadır. Achenbach Çocuk Davranım Değerlendirme Ölçeği, Connors Değerlendirme Ölçeği, Pelham'ın Yıkıcı Davranış Bozuklukları Ölçeği, DEHB belirtilerini saptamak amacıyla kullanılan ölçeklerdir. Bu testler her ne kadar patognomik olmasalar da tanı koymada yardımcı materyaller olarak kullanılmaktadırlar (Kayaasp, 2008).

Tedavi

Tedavi ile ilgili atılması gereken ilk adım ailenin hastalıkla ilgili bilgilendirilmesidir. Böylelikle hastalığın semptomlarını tembellik, yaramazlık şeklinde etiketlenmenin önüne geçilerek sorunun çözümüne odaklanılmış olur. Tedavi süreci aileye anlatılarak sürecin doktor-aile-çocuk-öğretmen işbirliği içerisinde yürütülmesi gerekir. DEHB'de tedavi yöntemleri olarak ilaç tedavisi, aile eğitimi, özel eğitim, destekleyici ve davranışçı teknikler kullanılmaktadır (Öztürk, 2007).

İlaç Tedavisi:

İlaç tedavisinde, psikostimulanlar, antidepresanlar, antipsikotikler gibi farklı grup ilaçlar kullanılmaktadır. En sık kullanılan ilaç grubu psikostimulan ilaçlardır. Adrenerjik reseptörler (dopamin ve norepinefrin) üzerinden etki ederler. İştahsızlık, kilo kaybı, uykusuzluk, mide bulantısı, çarpıntı, baş ağrısı, sersemlik gibi bazı yan etkili olabilir. Yan etkiler göz önüne alınarak doz ve alım saatinde bazı düzenlemeler yapılabilmektedir. Komorbid durumlarda, antidepresanlar ve antipsikotikler kullanılmaktadır (Kayaalp, 2008).

Aile Eğitimi:

Aile eğitimi ilaç tedavileri düzenlendikten sonra tedavide atılması gereken ikinci önemli adımdır. Aile eğitimi, anne-babanın DEHB'li çocuğa karşı davranışlarının ve yaklaşımlarının düzenlenmesi ile olur. Aile eğitiminde ailelerin edinmeleri gereken yaklaşımlar için aileye kazandırılması gereken bazı temel ilkeler aşağıda yer almaktadır:

Ailenin çocuğunun DEHB olduğunu kabul etmesi gerekir. Kabullemek yerine sorunu görmezden gelmek, saklamak gibi tavırlar sorunun daha da büyümesine neden olacaktır.

•Ailenin DEHB'yi tanımasını sağlamak gerekir. DEHB'nin nedenleri, belirtileri ve çözümü hakkında ailenin bilgilenebilmesi çocuğu suçlayıcı (şımarıklık, terbiyesizlik, tembellik gibi) bir takım etiketlemeler kullanmak yerine çocuğun davranışlarının anlaşılması ve çocuktan beklentilerinin, çocuğun özel durumunun göz önüne alınarak gerçekçi olması sağlanmalıdır.

•Evde bazı kuralların konulması ve buna uyumunun sağlanmasıdır. Evde bazı alışkanlıkların ve yapılması gereken işlerin kurallara bağlanması işlerin düzenlenmesini sağlar. Kurallar net, açık ve anlaşılır olmalıdır. Kurallar zaman limitleri ile belirlenmelidir ve bu zamanlara itina ile uyulmalıdır.

•Sonu tehlikeli davranışlardan çocuğun bilgilenebilmesini ve farkındalığını artırması için ailenin destek olmasını ve tehlikeli davranışlar konusunda çocuğun uyarılması gerekir.

•Anne babanın, çocuk için sorun oluşturabileceğini düşündüğü (tehlikeli) durumlara karşı çocuğu hazırlamalıdır. Sonuçlarını anlatmalı ve mümkünse o durumlardan uzak durması sağlanmalıdır.

•Çocuğun, ailesinin kendisini sevdiğinden emin olmalıdır.

•Ailenin çocuğuna zaman ayırması ve birlikte yapılabilecek aktivitelerin (sinemaya gitmek, sohbet etmek, oyun oynamak vs.) desteklenmesi yararlı olacaktır.

•Anne baba, çocukla aktif olarak ilgilendiği zamanların dışında da çocuğa karşı olan tutumları çok önemlidir. Baştan savma, önemsememe, dinlememe gibi davranışlardan uzak durulmalıdır.

•Anne babanın çocukla iletişim kurarken, konuşurken göz teması kurması önemlidir.

•Anne babanın çocuğa karşı tavrı yumuşak ve saygılı olmalıdır.

•Çocuğa karşı anne babanın sabırlı olması gerekir.

•Anne babanın çocuğuna sevdiğini ve ilgilendiğini göstermesi (sarılmak, kucaklamak gibi) önemlidir.

•Çocuğun olumlu davranışlarını fark etmek ve onları övgü içeren sözlerle teşvik etmek gerekir.

•Aile çocukla empatik bir şekilde onu anladığını göstererek duygularını paylaşmalıdır.

•Çocuktan mükemmel davranmasını beklememek gerekir.

•Ailenin çocuğuna güvenmesi ve ona güvendiğini göstermesi önemlidir.

•Aile çocuğun pozitif yanlarını, özelliklerini fark etmeli ve bu davranışlarını desteklemelidir.

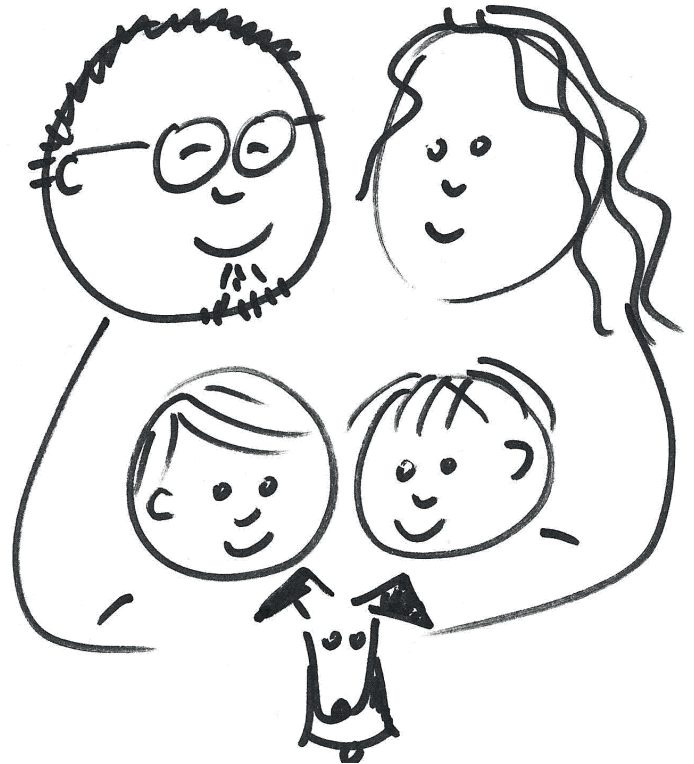
•Anne baba, çocuğuna uygun olmayan isimlerle (beceriksiz, inatçı, aptal, tembel gibi) hitap etmemelidir.

•Ailenin çocukla mücadele etmemesi gerekir. Ortada sanki bir savaş varmış gibi anne babanın kendi doğrularında çocukla inatlaşması çok yanlış bir tutumdur (Öztürk, 2007).

İlaç tedavisinin ve aile eğitiminin yanı sıra öğrenme güçlüğü yaşayan çocuklarda özel eğitim de gerekli olabilir. Kalabalık sınıflarda öğrenme sıkıntısı yaşayan çocuklara bireysel eğitim desteği sağlanabilir. Olumsuz davranışlarının olumlu davranışlarla değiştirilmesi için ise bazı davranışçı teknikler kullanmak yardımcı olabilir (Öztürk, 2007).

Prognoz

Çocukluk ve ergenlik döneminden sonra, erişkinlik dönemine girilmesi ile birlikte, DEHB 3 farklı şekilde seyrebilmektedir. Bunlar şu şekilde gruplandırılabilir: (1) Erken erişkinlik döneminin başında var olan belirtiler söner. (2) Erişkinlik döneminde de belirtiler devam eder. Belirtilerin sürmesi sosyal ve duygusal bir takım sorunlara yol açabilmektedir. (3) Var olan belirtilere bazı komorbid durumlar (alkol/madde kötüye kullanımı, antisosyal kişilik bozukluğu gibi) eklenebilir. Ayrıca, prognozun kişiden kişiye göre değişebileceği unutulmamalıdır (Güler, 2008).



KAYNAKLAR

- Albayrak, EC. (1998). Bursa ilinde bir ilkokul örneğinde dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve ilgili sosyodemografik özellikler. (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- American Psychiatric Association, (2013). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. American Psychiatric Association, Washington DC.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, (1994). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. Ed. E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- Biederman, J., Faraone, S.V. (2002). Current concepts on the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 6 (Suppl 1):7-16.
- Bradly, J.D., Golden, C.C. (2001). Biological contributions to the presentation and understanding of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review. *Journal of Clinical Psychology*, 21:907-929.
- Breslau, N., Brown, G.G., DelDotto, J.E., et al. (1996). Psychiatric sequelae of low birth weight at 6 years of age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24:385-400.
- Güçlü, O., Erkıran, M. (2005). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan çocukların ebeveynlerinde kişilik bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, 8:18-23.
- Güler, Filiz. (2008, 25 Şubat). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Erişim tarihi: 5 Aralık 2013, HYPERLINK "<http://www.genbilim.com/fen-bilimleri/tip/dikkat-eksikligi-hiperaktivite-bozuklugu/>" <http://www.genbilim.com/fen-bilimleri/tip/dikkat-eksikligi-hiperaktivite-bozuklugu/>
- Hecthman, L., Etcovitch, J., Platt, R., et al. (2005.) Does multimodal treatment of ADHD decrease other diagnoses? *Clinical Neuroscience Research*, 5:273-282.
- Kayaalp, L. (2008). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar*, 62:147-152.
- Kenemer, K., Goldstien, S. (2005). Incidence of ADHD in adults with severe mental health problems. *Applied Neuropsychology*, 12:77-82.
- Livingston, R.B., Fulton, J.F., Delgado, J.M.R., et al. (1948). Stimulation and regional ablation of orbital surface of frontal lobe. *The Frontal Lobes/27 Editor: JF Fulton Williams & Wilkins Company, Baltimore, MD, p. 405-420.*
- Öztürk, M. (2007). Anne Baba ve Eğitimciler için Çocuk Psikiyatrisi (7. Baskı). İstanbul: Uçurtma Yayınları.
- Rowland, A.S., Lesesne, C.A., Abramowitz, A.J. (2002). The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8:162-170.
- Spetic, L., Arnold, E.L. (2007). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lewis’s Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook/IV Editors: A Martin, RW Fred Williams & Wilkins, Philadelphia, p. 430-54.*
- Swanson, J.M., Oosterlaan, J., Murias, M., et al. (2000). Attention deficit/hyperactivity disorder children with a 7-repeat allele of the dopamine receptor D4 gene have extreme behavior but normal performance on critical neuropsychological tests of attention. *Proceedings of the National Academy of Science*, 97:4754-4759.
- The MTA Cooperative Group, (1999). A 14-Month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56:1073-1086.
- Weiss, G., Weiss, M. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook/III Editor: M Lewis Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, p. 645-670.*
- Yolga Tahiroğlu, A. (2003). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocukların sosyodemografik özellikleri, eşlik eden bozukluklar ve tedavi yaklaşımları. (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). Çukurova Üniversitesi, Adana.

DİKKAT EKSİKLİĞİ ve HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA KULLANILAN NÖROPSİKOLOJİK TESTLER

Nihan Kavurmacı

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

Bir bozukluk tanımının, geçerli olabilmesi için iki özelliği karşılaması gerektiği düşünülmektedir: 1-psikometrik olarak geçerli olması ve işlev bozukluğuna yol açması (bu DEHB için gösterilmiştir); 2-bu bozukluğun olduğu bireylerde bilimsel olarak gösterilebilen biyolojik ya da psikolojik bozukluk bulunması. (Kafa karışıklığına yol açmamak amacıyla, bilimsel bakış açısıyla, en temel otonom işlevlerden en karmaşık bilişsel işlevlere kadar tüm beyin işlevlerinin biyolojik temelleri olması gerektiği akılda tutulmalıdır). İkinci koşulun sağlanıp sağlanmadığının araştırılması için beyin görüntüleme çalışmaları, genetik çalışmaları ve nöropsikolojik değerlendirme çalışmaları sürdürülmektedir(Işık Taner, Soykan Aysev, 2007).

Yürütücü işlevler yüksek dereceden, yukarıdan aşağıya kontrol edilen ve gelecekteki hedeflere ulaşabilmek için esnek bir yolun izlenmesine olanak veren becerileri içerir. Yürütücü işlevlerin biyolojik temelini prefrontal-dorsalstriatum arasındaki eksitatörglutamaterjik sinir döngüleri ve dorsomedialtalamusla bağlantılar oluşturur. Bilişsel eksiklikler özel bir işlev alanını etkilerken, yürütücü işlevler davranışın tüm yönlerini etkilemektedir. Yürütücü işlev bozukluklarının sosyal işlevler üzerine olan etkisi, benmerkezci ve dürtüsel davranışlarla ve kayıtsız ya da empatiden yoksun tutumlarla ortaya çıkmaktadır (Lezak1995, Eslinger 1996)

DEHB olgularında yürütücü işlevlerde sorun olduğuna dair kanıtlar, bu işlevleri ölçen testlerde DEHB olgularının daha kötü performans göstermesine ve beyin bölgelerinin normal kontroller göre farklı olduğu bulgusuna dayanmaktadır. DEHB’de sık görülen yürütücü işlev bozukluğunun yanıt inhibisyonu olduğu düşünülmektedir. Yanıt inhibisyonuna ilişkin sorunları çalışma belleği ve planlama sorunlarını izlemektedir. Kavramsallaştırma, perseverasyon, kurulumu sürdürme, öğrenme, soyutlama yeteneğine ilişkin alt alanlar, akıl yürütme, problem çözme, zihinsel esneklik, yaratıcılık, karar verme, bozucu etkiye karşı koyabilme, tepki ketlemesi, zamanda ve mekanda olayları bütünleştirebilme, akıcılık yürütücü işlevlerin diğer fonksiyonlarıdır. (Işık Taner, Soykan Aysev, 2007)

Nöropsikolojik çalışmalarla DEHB’de bilginin işlenmesine yönelik süreçlere ilişkin bozukluklar güvenilir ve etkili bir

şekilde saptanabilmektedir. DEHB’de nöropsikolojik işlev bozukluğu tanımları araştırmaların temelindeki kuramsal eğilimleri yansıtmaktadır.

Nöropsikolojik değerlendirme sonuçları, bazı DEHB olgularında, yürütücü işlevlerden sorumlu beyin bölgesinin yani frontal kortekste gerçekleşen işlev bozukluğunu açıklayacak niteliktedir (Kılıç, 2005).

DEHB gibi çok boyutlu heterojen bir klinik tablo da bilgi işlemenin birçok aşamasında bozukluklarsaptanmakta bu da beyinde dağılmış işlev ağlarının dinamik bir etkileşimi ile açıklanabilmektedir (Brown, 2006).

Nöropsikolojik ölçme ve değerlendirmede, tanıya ilişkin zor soruların yanıtını bulabilmek amacıyla; beyin, zihinsel işlevler ve davranış arasındaki ilişkileri incelenmektedir. Nöropsikolojik testler birçok zihinsel sürecin sayısallaştırılmasını; dikkat, bellek, yönetici işlevler ve üst-biliş gibi zihinsel süreçlerin ölçülmesini sağlamaktadır. Bu süreçlerin standardize testler, görevler ve ölçümler kullanılarak sayısal değerlere dönüştürülmesi, ortak bir bilimsel dilin oluşturulmasını; bilimin iletilebilirlik, tekrarlanabilirlik ve sağlanabilirlik ölçütlerin karşılanması sağlamaktadır.

Nöropsikolojik testlerden hangisi ve/veya hangilerinin DEHB ve alttiplerine duyarlı olduğunun da belirlenmesi gerekmektedir (Karakaş, 1988).

DEHB’de kullanılan Nöropsikolojik Testler

Önceleri DEHB’nin ailenin hatalı eğitim metotlarından da kaynaklandığı düşünülüyordu. Ancak son 30 yılda yapılan bilimsel araştırmalar DEHB ’nin yapısal bir sorun olduğunu açıkça ortaya koymuştur. Bu araştırmalar beyin kan akımı ve glikoz (şeker) metabolizmasındaki bozukluklar üzerinde yoğunlaşmıştır. Beyindeki bu fonksiyonel bozulmaya hamilelikte kullanılan ilaç veya toksik maddeler, annenin gebelikte geçirdiği enfeksiyonlar, zor doğum, düşük doğum ağırlığı ve bebeğin geçirdiği Merkezi Sinir Sistemi Enfeksiyonları (menenjit, ensefalit gibi) neden olabilmektedir. DEHB’nin en önde gelen nedeninin ise genetik geçiş olduğu düşünülmektedir.

Stroop Testi

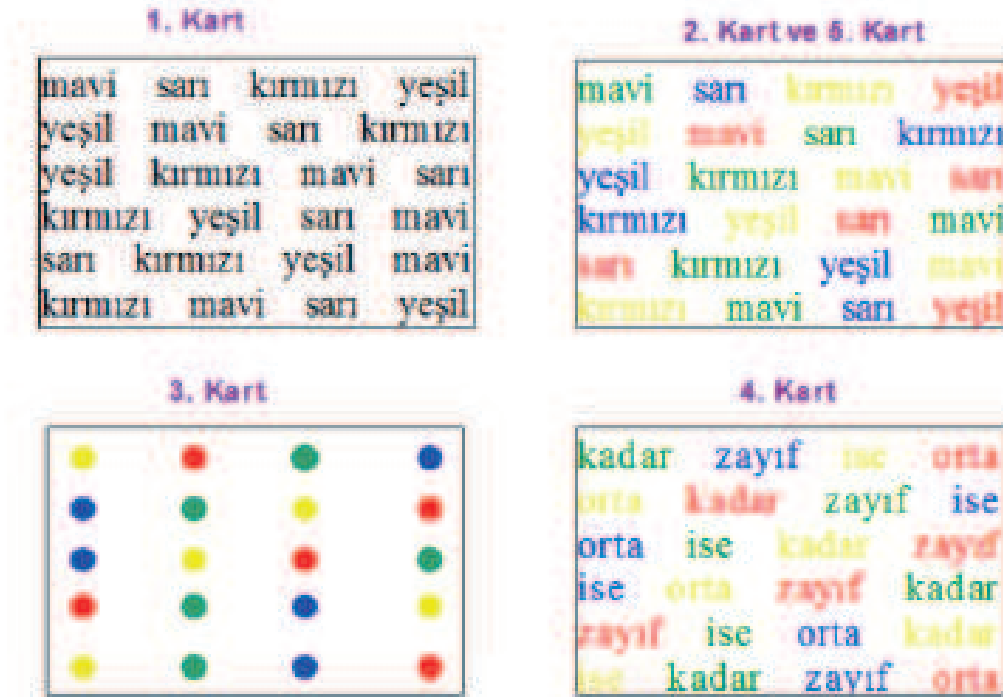
Stroop testi ilk olarak Stroop (1935) tarafından bir deneysel görev olarak geliştirilmiştir. Stroop etkisi, kelimenin yazılışında kullanılan renk ile kelimenin ifade ettiği renk farklı olduğunda elde edilmektedir. Stroop bozucu etkisi olarak bilinen olay ketleme yapamamaktan; renk isimlerini söylemenin, renkleri ifade eden kelimeleri okumadan daha uzun zaman almasından kaynaklanmaktadır. Stroop etkisi güvenilir bir davranış fenomenidir; bu etki, değişik uyarıcı ve tepki koşulları altında, kolaylaştırıcı ve ketleyici etkilerin bulunduğu durumlarda elde edilmektedir.

Stroop testi algısal kurulum değişen talepler doğrultusunda ve bir 'bozucu etki' etki altında değiştirebilme becerisini; alışılmış bir davranış örüntüsünü bastırabilme ve olağan olmayan bir davranışı yapabilme yeteneğini ortaya koyar. Stroop etkisi, rengi söylemeye odaklanan bireyde aynı zamanda renk ismi okuma eğiliminin de bulunmasından kaynaklanmaktadır. Bu eğilime rağmen renk söyleyebilme; esnekliği, algısal kurulumu, dikkat ve davranışı kaydırabilme yeteneklerini gerektirmektedir. Bu yeteneklerin bulunmadığı durumdaysa perseveratif, stereotipik ve uyumsuz olmayan davranışlarla motor hareketleri düzenleme ve kontrol etme güçlüğü ortaya çıkmaktadır. Stroop etkisi özetle bireyin bilişsel katılık ve esneklik derecesini yansıtmaktadır (Regard, 1981).

DEHB'de Stroop Testi kullanılarak yapılan 12 çalışma incelendiğinde, bunlardan sadece ikisinde bozucu etki görülmemiştir (Sergeant, Geurts ve Oosterlaan, 2002). Bu sonuçlar testin DEHB'ye duyarlı olduğuna işaret etmektedir.

Yapılan bir çalışmada Stroop Testi'nin birinci alt testi olan kelime okuma testinde DEHB grubu ve normal kontroller arasında süre, hata ve düzeltme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, ikinci alt testi olan renkli kelime okuma alt testini DEHB grubu normal kontrollere göre daha uzun sürede tamamlamış ve bu alt testte daha çok düzeltme yaptıkları saptanmıştır. Karelerin rengini okuma alt testinde DEHB olan erişkinler normallere göre daha çok hata yaparken, kelimelerin rengini söyleme alt testini normallere göre daha uzun sürede tamamlamışlardır. Stroop Testinde referans puan ortalamaları açısından da kontrol ve DEHB grupları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Öncü ve ark, 2004).

Şekil 1: Stroop Testi TBAG Formu



Ölçtüğü Bilişsel Özellikler;

- Odaklanmış dikkat
- Tepki ketlemesi
- Bozucu etkiye direnç
- Bilgi işleme hızı

Wisconsin Kart Eşleme Testi

Wisconsin Kart Eşleme Testinin ilk şekli Berg tarafından 1948 yılında geliştirilmiş, teste son şeklini Heaton (1981) vermiştir. WKET'nin ilgili olduğu beyin alanı, frontal bölgedir.

Ölçtüğü bilişsel özellikler;

- Karmaşık (yönetici) dikkat,
- Özellik belirleme,
- Yürütücü işlevler,
- Kavramsallaştırma,
- Soyut düşünme.

WKET, yetişkinlerde soyut akıl yürütme yeteneğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Grant ve Berg 1948, Berg 1948). Strateji oluşturma ve iptal etme yeteneğiyle zihinsel esneklik gibi frontal lob işlevlerini değerlendirmede kullanılan bir nöropsikolojik testtir. Test, 64 çift tepki kartından ve dört uyarıcı karttan oluşmaktadır. Hastadan her bir tepki kartını doğru olduğunu düşündüğü dört uyarıcı karttan biriyle eşlemesi istenir. Doğru eşleme kategorisi test boyunca değişmektedir (Heaton, 1981).

Şekil 2: Wisconsin Card Sorting Test



Raven Standart Progresif Matrisler Testi

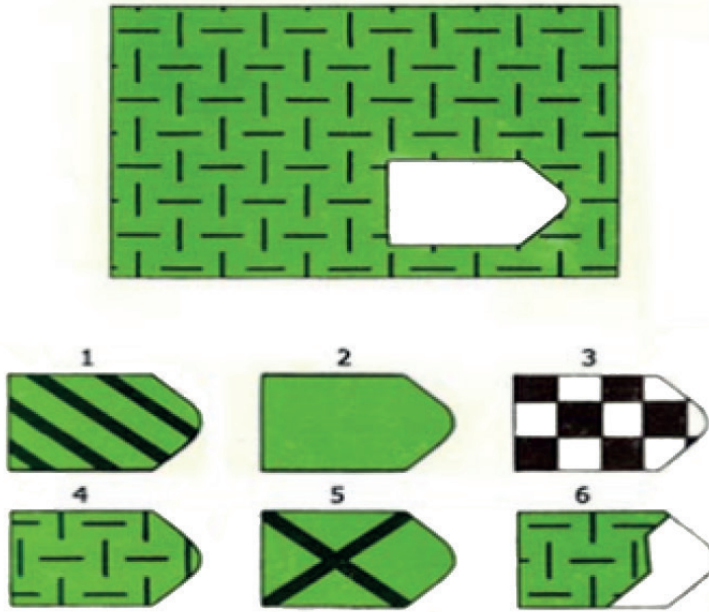
Raven Standart Progresif Matrisler Testi, Court ve Raven tarafından ilk olarak 1938’de kullanıma sunulmuştur (Raven, Court, 1992). RSPM’in duyarlı olduğu beyin alanı; Sağ hemisfer, Parietal Lob, Yaygın Beyin Alanlarıdır (Baddeley, Wilson ve Watts, 1995; Moscovitch ve Winocur, 1992).

RSPM, analitik irdelemeyi, problem çözmeyi, düzenli düşünme ve soyutlama ile zihinsel faaliyet hızını ölçmektedir. Testin, irdeleme, düzenli ve doğru düşünme yeteneği, zihinsel beceri ve faaliyet hızını; akademik başarı ya da sözel yetenekten bağımsız olarak ölçtüğü kabul edilmektedir (Lezak, 1995; Raven, Court ve Raven 1993) Sayılan özelliklerinden ötürü RSPM literatürde genel yetenek testi olarak sınıflandırılmaktadır. Çeşitli araştırmalarda RSPM’in analitik zeka için en uygun ölçme aracı olduğu sonucuna varılmıştır (Carpenter, Just ve Shell, 1990).

Bu doğrultuda RSPM’in ölçtüğü bilişsel özellik ve süreçler;

- Görsel mekansal algılama,
- Kategori değiştirebilme,
- Çalışma belleği,
- Soyutlama ve irdeleme,
- Genel yetenek.

Şekil 3: RSPM Nöropsikolojik Test Örneği



RSPM, yürütücü işlevlerin içinde bulunan, çalışma belleğine duyarlı bir nöropsikolojik test olduğundan dolayı, DEHB'nin değerlendirilmesinde kullanılır (Karakaş, 2000).

Wechsler Bellek Ölçeği Geliştirilmiş Formu

WMSR, Weschler tarafından ilk olarak 1945 yılında geliştirilmiştir. WMS-R belleğin ölçülmesi bakımından en kapsamlı ve psikometrik bakımdan en gelişmiş ölçme aracıdır. Bireysel olarak uygulanan WMS-R'deki 13 alt testten 21 puan elde edilmektedir. Bu alt testlerde sözel ve görsel bellek, anlık hatırlama veya gecikmeli hatırlama olarak ölçülmekte, test ayrıca, bellek süreçleriyle yakından ilişkili olan dikkat ve konsantrasyon konusunda ölçümler sağlamaktadır (Karakas,2004).

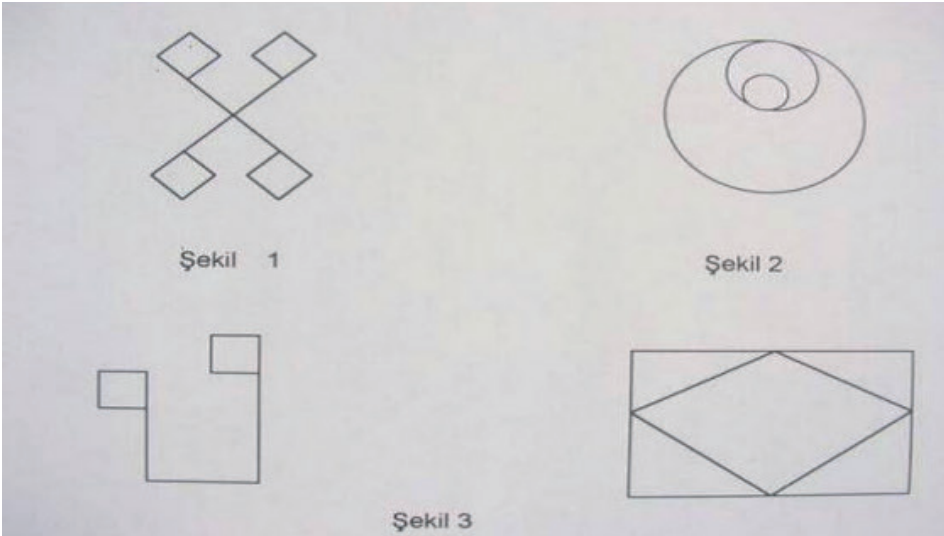
WMS-R'in ilgili olduğu beyin alanı;

- Temporal lob,
- Hippokampus,
- Limbik sistem yapıları,
- Frontal lob,

WMS-R'in ölçtüğü bilişsel özellik

- Dikkat,
- Konsantrasyon,
- Sözel bellek,
- Görsel bellek,
- Anlık bellek,
- Gecikmeli bellek.

Şekil 4: WMS-R Test Örneği



Bahsi geçen tüm nöropsikolojik testler, ağırlıklı olarak dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun, dikkat eksikliğinin ön planda olduğu duruma yönelik yordayıcılarıdır. Bilindiği üzere DEHB'nin organik bir bozukluktur ve nöropsikolojik testler, yaygın beyin alanlarında veya spesifik beyin alanında ölçümler yaptığı, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlandığı için, DEHB'nda tanısız alanda yardımcı olabilirler.

Yukarıda değinilen nöropsikolojik testlerin Türkiye örnekleme temel alınarak kullanılabilir yaş dönemleri;

Wisconsin Kart Eşleme Testi (WCST) İlgili Yaş Dönemleri

20-78 yaş

Stroop Test TBAG FORMU

6-11 yaş

20-82 yaş

Weschler Bellek Ölçeği Geliştirilmiş Formu (WMS-R)

20- 74 yaş

Raven Standart Progresif Matrisler Testi (RSPM)

6-15 yaş

20-85 yaş

değinilen her nöropsikolojik test için ayrı yaş aralıklarındadır (Karakas,2004).

KAYNAKLAR

- Işık Taner Y., Soykan Aysev A. (2007). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Golden Print.
- Ercan E. S. (2008). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. İstanbul:Doğan Egmont Yayıncılık.
- Köroğlu E, (2012). Klinik Psikiyatri. Ankara: HYB yayıncılık.
- Karakaş, S. (2004). Bilnot Bataryası El Kitabı: Nöropsikolojik Testler için Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları (1. baskı). Ankara.Dizayn Ofset.
- Sadock B.J.,Sadock V.A. (2003). Concise Textbook Of Clinical Psychiatry (Second Edition). Philedelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Brown T.E.(2006).Executive Functions and Attention Deficit Hyperactivity Disorder:Implications of two conflicting views. International Journal of Disability, Development and Education, Cilt 53, Sayı 1: 35-46.
- Kılıç B. G. (2005). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Nöropsikolojisine İlişkin Kuramlar ve Araştırmalar, Türk Psikiyatri Dergisi.

POSTPARTUM DEPRESYON

Merih Öner TOKER

Araştırma Görevlisi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji



Doğum; kadının hayatındaki biyolojik, psikolojik ve ekonomik anlamdaki değişiklikler olarak tanımlanan bir dönemdir. Yaşamdaki gelişimsel kriz olarak adlandırılan doğum, annenin hayatındaki stres faktörleriyle biçimlendiğinde önemi büyük olabilecek sıkıntılar çıkmaktadır. Sertbaş (1994), annenin karnında gelişen bebeğin varlığını, gebeliğe özgü fizyolojik ve hormonal değişikliklerin yanında psikolojik değişikliklere de neden olduğunu dile getirmiştir. Özkan (1993), Kadının gebelik sürecinde, kendi ailesiyle ilgili geçmiş veya şimdiki tutumlarını, yaşadığı duyguların gebelik sürecinde çok etkisi olduğunu söylemiştir. Doğumdan sonra kadının hayatında çok büyük hassasiyet söz konusudur. Değişen psikolojik süreçlere bazı kadınlar kolay uyum sağlarken bazı kadınlarda da hafif, orta ve şiddetli düzeyde sıkıntılar görülebilmektedir. Steiner ve Yonkers (1998), postpartum dönemde; postpartum (blues) , postpartum depresyon ve postpartum psikoz olarak 3 kategoriye ayırmasına rağmen; postpartum başlangıçlı akıl hastalığı

kavramının tanınması yakın zamanda olmuştur. DSM IV'te mizaç bozuklukları kapsamında semptomların doğum sonrası ilk 4 hafta içinde başladığı "postpartum başlangıçlı" grup tanımlanmaktadır (APA, 1994).

Postpartum depresyon mizaçta kararsızlık, eleştiriye aşırı duyarlı olma, sürekli ağlama krizleri, irritabilite, anksiyete, yorgunluk, uyku bozuklukları ve dikkatte yoğunlaşma problemleri ile karakterize nispeten hafif bir bozukluktur (Miller ve Rukstalis, 1999 & Williams ve Casper, 1998 & Llewellyn ve ark., 1997). Epperson, (1999) Postpartum depresyonu; yaşamdan keyif almada isteksizlik, uyku bozukluğu, isteksiz kilo kaybı, enerji kaybı, gerginlik, yetersizlik hissi, suçluluk hissi, konsantrasyon kaybı ve ölüm düşünceleri ile tanımlamıştır. Bunun aksine bazı annelerde depresyonun mizaçta yükselmeye görülebilmektedir (Parry, 1999). Doğum sonrasında normal sayılabilecek yakınmalar mevcuttur bunlar ile depresyon arasındaki semptomları dikkatli gözlemleyip gerekli tedaviye başlanmalıdır.

Postpartum depresyon, doğumdan sonraki haftalarda ortaya çıkmaktadır ve en az 2 hafta sürmektedir (Kara ve ark., 2001 & Jones and Venis, 2001). Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) kriterlerine göre, postpartum depresyonun tanı kriterleri major depresyonun kriterleriyle aynıdır, en az 2 hafta belirtiler sürmelidir ve bunun yanında işlevsellikte azalma olmalıdır. Bu semptomlar DSM IV (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı)'te şu şekilde sunulmuştur:

A-Aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygu durumu ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

1- Ya hastanın kendisinin bildirmesi(örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum,

2- Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da çoğuna ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözlemesi ile belirlendiği üzere)

3- Perhizde değilken önemli derecede kilo alımı ya da kilo kaybının olması (örn. ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahının azalmış ya da artmış olması.

4- Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması,

5- Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk yada ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir),

6- Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması,

7- Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil),

8- Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinin azalması ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemlemiştir),

9- Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmeye yönelik özgül bir tasarının olması.

B-Bu semptomlar bir mikst epizodun tanı ölçülerini karşılamamaktadır,

C-Bu semptomların, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal-mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olması.

D-Bu semptomlar bir madde kullanımının (kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (hipotroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. ,

E- Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz.

Postpartum psikoz hastalığına sahip kadınlar sürekli kafa karışıklığı içerisindeyler, dengesiz ruh hali, kışkırtma, tuhaf davranışlar gibi tipik psikotik özellikler de içerebilirler. DSM IV (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı)'te aynı psikozdaki gibi delüzyonlar, halüsinasyonlar, dezorganize konuşma, katatonik davranış olarak gösterilmiştir. Annelik hüznü genellikle gebelik sonrası beklenen, geçici bir durum olarak kabul edilir fakat böyle bir durumda sosyal ve profesyonel destek almayan annelerde depresyon ve ileri dönemde psikoza neden olabilmektedir (Altınay, 1999; Sadıkoğlu, 2006).

Postpartum depresyon hem anne ile çocuk arasındaki bağın gelişimi açısından düşünüldüğünde göz ardı edilemeyecek kadar ciddi bir boyuttadır. Bu dönemde kadınlar çok duygusaldır ve çok duyarlıdır, bu yüzden depresyon riski artmaktadır. (Danacı ve ark., 2000). Postpartum depresyonun ortaya çıkmasında birçok etken bulunmaktadır. Dünder , 2002 ; Vieira, 2003 ve Brott, 2003 Depresyonun ortaya çıkmasında biyokimyasal faktörler, psikososyal faktörler, düşük gelir düzeyi, örselleyici yaşam olaylarının etkili olduğunu ve doğum sonrası depresyonun % 5 ile % 25 arasında değiştiğini bildirmektedirler. Postpartum depresyonun ortaya çıkmasında sosyal destekte çok önemlidir. Özellikle sosyal desteğin yanında istenmeyen evliliklerden meydana gelen gebelik intihar riskini artırmaktadır (Kaplan, H.I, 1998). Herbert (1994), bu dönemdeki sosyal desteğin annenin yakın çevresi tarafından gerek ev işlerine yardım gerekse bebek bakımına yardımı içermektedir. Gülseren (1999) ise sosyal desteğin annelerde annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusunu artırarak depresyon görülme sıklığını artırmaktadır ve bebeğin sağlığını olumlu yönde geliştirmektedir. Cutrano (1986), sosyal desteğin annenin doğum sonu dönemde kadının annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusunu artırarak depresyonu önlediğini söylemektedir. 2007 yılında yapılan bir çalışmada, annenin evlenme yaşı arttıkça sosyal destek düzeyinin arttığını ve bunun beraberinde depresyon düzeyinin azaldığı ile ilgili ilişki bulunmaktadır. Yapılan bir diğer çalışmada ise; gerçekleşen doğum sayısının ve mevcut çocuk sayısının artmasının postpartum depresyonun ortaya çıkmasında etkili olduğu belirlenmiştir (Danacı ve ark., 2000; Dünder, 2002). Literatüre bakıldığında gebelik sırasında kaygı düzeyi yüksek olan kadının ve sosyal desteği yetersiz kadının doğum komplikasyonlarının daha yüksek orandadır buna bağlı olarak sosyal desteğin gebelik sırasındaki kaygı ve stresin etkisini azaltmada önemli bir faktördür. (Daş, 2000).

Biyolojik olarak düşünüldüğünde ise doğum sonrasında östrojen ve progesteron düzeylerinin ani düşüşünden dolayı Harris'in (1989), yılında endokrin bir fenomen olacağını düşünmektedir. Bazı çalışmalarda postpartum hüznü hastaları ve kontroller arasında belli günlerde bakılan östrojen ve progesteron düzeyleri açısından farklılık bulunmamaktadır Heidrich ve ark. (1994); O'Hara ve arkadaşları (1991a). Yapılan bir çalışmada annelik hüznü olan hastalarda yüksek prepartum ve düşük



postpartum progesteron düzeyleri bildirilmiştir (Harris ve ark. 1994). Nott ve arkadaşları da (1976) bir çalışmada doğum sonrasında progesteron düzeyinde düşmenin olduğunu ve bununla ilişkili olarak doğum sonrası ilk 10 gündeki depresyonun şiddeti arasında vurgu yapmıştır.

Harris (1993), de bazı kadınların doğum sonrası ve doğum öncesi dönemde tiroid işlevlerinde patolojik değişikliklerin olduğunu söylemişlerdir. Literatürlere bakıldığında postpartum depresyonun tiroid bozukluğunun depresyonla ilişkisi olabileceği düşünülmüştür (Harris, 1993). Kanda bulunan östrojen hormonunda doğum sonrasındaki düşüklüğün yine PPD ile ilişkili olduğu üzerinde durulmuştur (Sichel ve ark., 1995). Yine bunun yanında postpartum depresyonun gonadallarla ilgili hormonun düşmesi sonucunda mizaç bozukluğuna yola açabileceği ve bununla birlikte serotonerjik sistemde değişikliklere sebep olabileceği üzerinde durulmuştur (Dean ve ark., 1989). Bu tür hastalarda hafif veya orta düzeyde gitmesine rağmen hastane yatışı gerçekleşebilir. PPD için kişisel ve ailesel depresyon öyküsü riski artırmaktadır. Depresyon öyküsü olan kadınların %30 a varan kısmında postpartum depresyon görülmektedir (O'Hara, 1986). Diğer risk faktörleri postpartum sosyal desteğin zayıf oluşu, stresli veya olumsuz yaşam olayları, bebekte meydana gelen sağlık sorunları ya da huysuzluk, istenmeyen gebelikler, gebelikte preeklampsi gibi ciddi tıbbi komplikasyon öyküsü ve acil sectio girişimidir (Stowe ve Nemeroff 1995, Wolman ve ark.1993, Campbell ve ark. 1992,

Martin ve ark. 1989, Stein ve ark. 1989, Knight ve ark. 1987, Watson ve ark. 1984). O'Hara ve arkadaşları da (1991a). Risk etmenleri kadının ailesindeki sıkıntılar, kendinin ya da eşinin işsizliği, evlilikle ilgili sorunların olması, yaşamsal olayların olması, daha önceki gebeliklerde depresyon geçirilmesi, anne sütü şile besleyememe, annenin erkenden iş hayatına dönmesi, zor doğum eylemi, riskli gebelikler, adölesan gebelikler, aile içi çatışmalar, doğumda sağlık ekibinden yeterlik desteği alamama gibi riskler altındadır. (Vural ve Akuzu, 1999)

Kadında artan prolaktinin iritabilitenin, depresyon ve libido azalması ile ilişkisi olduğu öne sürülmüştür ve emziren kadınlarda hormonların postpartum depresyon semptomlarına yol açabileceği ileri sürülmüştür (Koppelman ve ark., 1987). Alder ve Cox (1983) yılındaki çalışmalarında kısmen emziren kadınlarda daha çok depresif semptom bildirmişlerdir. Postpartum depresyonu, Edinburgh Postpartum depresyon ölçeğiyle ölçülmektedir. Bu ölçek 1987 yılında Cox tarafından geliştirilmiştir. Ölçek kadınlarda doğum sonu depresyonu taramayı amaçlamaktadır. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması Engindeniz (1996) tarafından yapılmıştır. Ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Maddeler 4'lü likert biçiminde değerlendirilmekte ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 30'dur. Ölçeğinkesme noktası 12 olarak hesaplanmaktadır. Bu puanın üzerinde puan alan bireyler depresyon yönünden risk grubu olarak kabul edilmektedir.



Ayrıca Beck ve Gable, (2000) tarafından geliştirilen doğum sonrası depresyon tarama ölçeği de kullanılmaktadır. 35 maddeli, 7 alt ölçekli ve her alt ölçeğinde 5 madde bulunan, 5 dereceli (1-5), Likert tipi bir kendini bildirim ölçeğidir. Her madde, annenin bebeğinin doğumundan sonraki duygularının nasıl olduğunu tanımlamaktadır. Ölçeğin yanıtlanmasında kadından, her madde için, son iki haftadan beri yaşadığı duyguları en iyi tanımlayan durumu işaretlenmesi istenilir. İşaretlenen sayılar toplanarak bireyin toplam ölçek puanı hesaplanır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 35-175 arasındadır (Beck and Gable 2000). Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ve Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği doğum sonrası depresyonu taramada önerilen güçlü tarama araçlarıdır (Munoz et al. 2006, Sanders 2006).

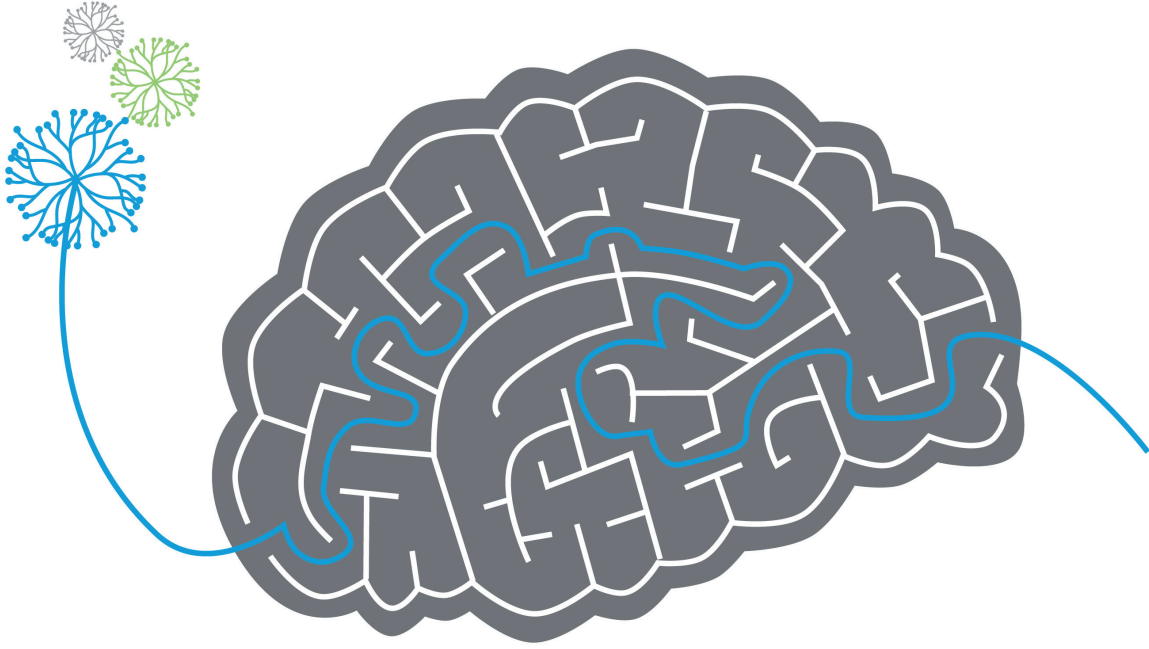
Depresyon hastalığının da yaşanan sorunlar gibi postpartum depresyon tedavi edilmediği takdirde kronik, tekrarlayıcı ve ilerleyici bir hastalık olabilmektedir ve buna bağlı olarak kadının yaşam kalitesini düşürmekte, intihar ve bebeğine zarar verme risklerini artırmaktadır (Lee, DTS; Chung, 1999). Kadının tedaviye yakınlık göstermesi açısından bireysel ve sosyal destek almasını farmakoloji tedavi ve sosyal desteklerden yararlanılmadığıdır. Bu dönemde anneler çocuklarında ayrı kalacak korkusuyla tedaviye yanaşmamakta, kendilerini başarısız hissetme, utanma, bu hastalıktan dolayı etiketlenme korkusundan dolayı tedaviye yaklaşmamaktadırlar (Beck, 2001; Matthey et al., 2004; Riecher-Rössler and Hofecker Fallahpour, 2003).

Annelik hüznünün tedavisinde ise, bu durumun normal olduğunu ailesine bile psikosozal destek veren destekleyici psikoterapi uygulanır (Williams ve Casper, 1998). Bunun yanında postpartum depresyonun ya da psikozun gelişimini engellemek adına çok dikkatli izlenmelidir. Depresif semptomları olan kadınların tedavi başlarında ilk önce geçmiş psikiyatrik öyküsü incelenip, kişilik bozukluğunun var olup olmadığı, alkol ve madde kötüye kullanımı var mı? geçmişte ailede hastalık öyküsü olan kişiler var mı? gibi sorular incelenmelidir. Sosyoekonomik risk faktörleri belirlenmelidir (Paykel ve ark., 1980).- Geriye dönük yapılan taramalara bakıldığında eğer kişi daha önce depresyona girdiyse kişinin postpartum depresyon dönemine girmesi 3-4 kat daha fazladır. Ve bu yüzden en riskli dönem olmakla birlikte 6. Aya kadar uzayabilmektedir (Özkan, 1993). Tiroid hastalığının semptomları sıklıkla perinatal mizaç bozukluklarının semptomları ile örtüştüğünden laboratuvar tetkikleri yapılmalıdır (Harris ve ark. 1992). Risk altında olduğundan şüphelenilen kadınlarda postpartum semptomları kadının yakınları tarafından dikkatlice izlenmelidir. Risk gruplarından olan kadınlarda, doğumdan hemen sonra farmakolojik tedaviye başlanmalıdır. Postpartum depresyonda emzirme çok önemlidir. Bebeğin aç kalmaması bir yana ileride oluşabilecek suçluluk duyguları bu durumda stres faktörü olacaktır. Fakat ilaç tedavisinde bebeğe zarar verme olasılığı yüksek olduğundan EKT, postpartum depresyonunda emziren anneler için bir sıkıntı oluşmadığından risk oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,(4. Baskı DSM-IV),Washington DC, American Psychiatric Association.
- Beck, C.T.(2001). Predictors of postpartum depression, an update. *Nursing Research*. 50:275-285.
- Beck, C.T., Gable,,R.K.(2000). Postpartum Depression Screening Scale: Development and psychometric testing, *Nursing Research* 49: 272-282.
- Brott, A.(2003). Postpartum blues and depression, what a father can do? (Erişim:14 Ocak 2004). http://www.postpartum_blues_and_depression.
- Campbell, S.B., Cohn, J.F., Flanagan, C. ve ark. (1992). Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Development and Psychopathology*, 4:29-47.
- Danacı, A., Dinç, G., Deveci, A., ve ark. (2000). Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 11(3):204-211.
- Daş, Z.(2000). Gebeliğin Psikososyal ve Kültürel Boyutu.(IV. Baskı) Edi. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
- Dean, C., Williams, R.J., Brockington, I.F. (1989). Is puerperal psychosis the same as bipolar manic-depressive disorder? A family study. *Psychol Med*, 19:637-647.
- Dündar, P.(2002). Yarı-kentsel bir bölgede postpartum depresyon prevalansı ve risk faktörleri. (Erişim:11ocak 2004).<http://www.dicle.edu.tr/halks/>
- Epperson, C.N. (1999). Postpartum major depression: Detection and treatment. *Am Fam Physician* ,59: 2247-2257.
- Harris, B. (1993). A hormonal component to postnatal depression. *Br J Psychiatry*, 163:403-405.
- Heidrich, A., Schleyer, M., Springler, H. ve ark. (1994). Postpartumblues: relationship between non-protein bound steroid hormonesn plasma and postpartum mood changes. *J AffectmDisorder*, 30:93-98.
- Jones, H.W., Venis, J.A.(2001). Identification and classification of postpartum psychiatric disorders. *Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services* 39(12):23-30.
- Campbell SB, Cohn JF, Flanagan C ve ark. (1992) Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Development and Psychopathology*, 4:29-47.
- Kara, B., Çakmaklı, P., Nacak, E.(2001).Doğum sonrası depresyon.(Erişim:27 Ocak 2004). <http://www.ttb.org.tr/STED/> .
- Martin, C.J., Brown, G.W., Goldberg, D.P., ve ark. (1989) Psychosocial stress and puerperal depression. *J Affect Disord*, 16:283- 293.
- Matthey S, Kavanagh DJ, Howie P et al. (2004). Prevention of postnatal distress or depression: An evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journalof Affective Disorders* 79: 113– 126.
- Michels, R.(1989). *Psychiatry. Vol 2, Chapter 120: The Psychiatric Aspects of Obstetrics and Gynecology içinde, Revised Edition, J.B.Lİppincott Co, 1-11.*
- Munoz, C., Agruss, J., Haeger, A. et al. (2006). Postpartum depression: detection and treatment in the primary care setting. *The Journal for Nurse Practitioners* 247-253.
- Karaçam, Z., Öz, F., Taşkın, L.,(2004). Postpartum depresyon: önleme, erken tanı ve hemşirelik bakımı. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 14(3): 14-24.
- Kennedy, R. ve Suttentfield, K. (2006).Postpartum DepressioN, *Medscape General Medicine Journal*, 3(4). Erişim: 27.06. 2006.<http://medscape.com>.
- Knight, R.G., Thirkettle, J.A. (1987) The relationship between expectations of pregnancy and birth, and transient depression in the immediate post-partum period. *J Psychosom Res*, 31:351-357.
- Lee, D.T.S., Chung, T.K.H.(1999). What should be done about postnatal depression in Hong Kong? *HKMJ*, 5: 39-42.
- Llewellyn, A.M., Stowe, Z.N., Nemeroff, C.B. (1997). Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry*, 58 (Suppl 15):26-32.
- Llewellyn, A.M., Stowe, Z.N., Nemeroff, C.B. (1997). Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry*, 58 (Suppl 15):26-32.
- Miller, L.J., Rukstalis, M. (1999). Beyond the "blues": hypothesesabout postpartum reactivity. *Postpartum Mood Disorders*, Miller LJ (Ed), 1. baskı, Washington DC, American PsychiatricPress, Inc, s.3-19.
- O'Hara, M.W., Schlechte, J.A., Lewis, D.A. ve ark. (1991b). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental and hormonal variables. *J Abnorm Pscyh*, 100:63-73.
- Özkan, S.(1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezoon Psikiyatrisi. ROCHE Müstahzarları Sanayi A.Ş, İstanbul, 203- 207.*
- Paykel, E.S., Emms, E.M., Fletcher, J. ve ark. (1980) Life events and social support in puerperal depression. *Br J Psychiatry*,136:339-346.
- Sanders, L.B.(2006). Assessing and managing women with depression: A midwifery perspective. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51: 185-192.

- Sertbaş, G.(1998). Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk- sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. Türk Hemşireler Dergisi 48(6):16-19.
- Spinelli, M.G. (1997). Interpersonal pschotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. Am J Psychiatry, 154:1028- 1030.
- Stowe, Z.N., Nemeroff, C.B. (1995) Women at risk for postpartum-onset major depression. Am J Obstet Gynecol, 173:639-645.
- Stein, A., Cooper, P.J., Campbell, E.A. ve ark. (1989). Social adversityand perinatal complications: their relation to postnataldepression. BMJ, 298:1073-1074.
- Vieira, T.(2003). Becomes grief. Awhonn Lifelines 6(6): 506-513. Feski A, Harris B, Walker R ve ark. (1984) "Baby blues" and hormone levels in saliva. J Affect Disord, 6:351-355.
- Vural, G. ve Akkuzu, G. (1999). "Normal Vajinal Yolla Doğum Yapan Primipar Annelerin Doğum Sonu 10. Günde Depresyon Yaygınlıklarının İncelenmesi", Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(1); 33-37; 1995.
- Watson, J.P., Elliott, S.A., Rugg, A.J. ve ark. (1984). Pscyhiatric disorderin pregnancy and the first postnatal year. Br J Psychiatry,144:453-462.
- Williams, K.E., Casper, R.C. (1998). Reproduction and its psychopathology. Women's Health: Hormones, Emotions and Behavior, Casper RC (Ed), 1. baskı, Cambridge University Press, s.14-35.
- Wisner, K.L., Wheeler, S.B. (1994). Prevention of recurrent postpartum major depression. Hosp Community Psychiatry, 45:1191-1196.
- Wolman, W., Chalmers, B., Hofmeyr, G.J. ve ark. (1993). Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: a randomized, controlled study. Am J Obstet Gynecol, 168:1388-1393.
- Riecher-Rössler, A., Hofecker- Fallahpour, M.(2003). Postpartum depression: Do we still need this diagnostic term? Acta Psychiatrica Scandinavica 108 (Suppl. 418): 51–56.
- Sichel, D.A., Cohen, L.S., Robertson, L.M. ve ark. (1995). Prophylacticestrogen in recurrent postpartum affective disorder. Biol Psychiatry, 38:814-818.



BAĞLANMANIN NÖROBİYOLOJİSİ

Beyzanur Albayrak

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

Bugün Bowlby'nin bağlanma teorisinin literatürde büyük bir yer tutuyor olması, bize ortaya koyduğu kuramın hala ne kadar etkili ve geçerli olduğunu gösterir (Sayar & Tüzün, 2006). Kuram, bebek ve bakım veren arasında gelişen psikobiyolojik süreç ve bu sürecin gelişmekte olan bebeğe etkisi üzerinde durmaktadır (Schore, 2000). İnsanların doğumla birlikte getirdikleri birçok güdüler vardır; uyumak ve yemek yemek nasıl giderilmesi gereken güdüler ise, bağlanma da aynen bu güdüler gibi insanın gidermesi gereken bir ihtiyaçtır. O halde, bağlanma ihtiyacı bebeğin yaşamı için bir temel oluşturmaktadır. İnsan yavrusunun bağlanma gereksinimi, diğer canlılara göre biraz daha uzun sürmektedir. Bu süreç, bebeğin doğumunu takip eden iki yıl boyunca devam etmektedir. Bu iki yıl; bebeğin fiziksel, zihinsel ve duygusal gelişimi açısından çok önemli bir dönemdir. Bu dönemde bebeğin fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi kadar, bakım verenine kurduğu bağımlı ilişki de gelişimi için büyük bir gereksinimdir. Bu bağımlı ilişki; bebeğin bakım verenine olumlu tepkiler vermesi, zamanının büyük bir kısmını onunla geçirmesi, korku duyduğu bir durumda bakım verenini araması ve yine bakım vereni tarafından sakinleştirilmesini kapsayan bir ilişkidir (Sayar & Tüzün 2006, Soysal ve ark. 2005).

Harlow da yaptığı bir çalışma sonucunda; duygusal yakınlığın, biyolojik ihtiyaçlarımız (açlık, susuzluk vb.) kadar, hatta

belki onlardan daha da fazla bir gereksinim olduğunu söylemiştir. Harlow çalışmada bir grup bebek maymunu, telden yapılan ve süt veren vekil bir anne ve süt vermeyen fakat yumuşak ve sıcak bir vekil anne ile aynı odaya koymuştur. Daha sonra yaptığı gözlemler sonucunda Harlow; maymunların süt içmek için telden anneye gittiklerini, fakat hemen sonra da yumuşak ve sıcak olan vekil anne ile vakit geçirmeyi seçtiklerini gözlemlemiştir. Bu çalışmadan anlayacağımız üzere, biyolojik gereksinimlerin yanında psikolojik olarak da bebekler annenin varlığına ve sıcaklığına karşı büyük bir gereksinim içindedirler (Hock, 2005).

Bebekler, bakım verenine bağlanmaya genetik bir şekilde doğarlar. Bakım veren kişi; anne, baba ya da bebeğin bakımıyla yakından ilgilenen bir diğer kişi olabilir. Bağlanma; doğumla biyolojik olarak gelen, bebeğin dış dünya ile ilişki kurması için ona yardımcı olan motivasyonel bir sistemdir. Bu bağlanma, bebeğe (a) bir bağlanma figürü ile yakınlık kurma arayışı, (b) güvenlik arayışı -bebek üzgün olduğunda, bakım vereni tarafından sakinleştirilebilmesi gibi- ve (c) kendine ve bakım verenine dair kendilik oluşumu bebeğe dünyayı keşfetmesi için güvenli bir yer oluşturmasını sağlar. Bakım veren ile bebeğin bağlanması; biyolojik, davranışsal ve psikolojik faktörleri içeren karmaşık bir sistem olarak tanımlanmaktadır (Siegel, 2001).

Bir diğer taraftan; bebek ile bakım vereni arasında kurulan bu ilk ilişki, bebeğin gelecekteki ilişkileri için de bir kaynak oluşturmaktadır. Bu bağlamda; bakım veren kişi, bebek için kendisi dışında ilk var olan kişiyi, var olan yüzü, sesi ve hatta ilişkiyi temsil etmektedir (Snyder, Shapiro & Treleaven, 2012). Bunun yanısıra, bakım verenin bebekle kurduğu bu ilişkide “sözel olmayan davranış” yani duyguların paylaşımı da çok önemlidir. Bakım verenin; yüz ifadesi, bakışları, ses tonu ve mimikleri ile bebeğe karşı duyarlı olduğunu göstermesi, direkt olarak bebeğin beynine sinyaller yollar ve bebeğin beyinde bir harita oluşturur. Bebek ve bakım verenin beyinlerinde oluşan bu sinyaller, bir uyum içerisinde birbirini tamamlar. Bu uyuma, simbiyotik deneyim adı verilir. Bu karşılıklı ilişki nörolojik seviyede incelendiğinde, beynin sağ hemisferlerinin aktive olduğu ve bebek ile karşılıklı olarak birbirlerine sinyal verdikleri bilinmektedir. (Siegel, 2001).

Annenin görsel, kokusal ve diğer duyuşal ipuçlarından bebeğin ihtiyaçlarını anlayabilmesi, güvenli bir anne-bebek bağlanması için temeldir. Bununla birlikte, annenin bebeğine karşı gösterdiği davranışlar ve beyin seviyesindeki tepkiler bebeğin gelişimi için önemli bir belirleyicidir. Annenin beyinde hormonal seviyede verdiği bu tepkiyi anlamak için birçok fMRI çalışması yapılmış ve ortak bir sonuç elde edilmiştir. Birçok hayvan çalışmalarının da desteklediği gibi; mesocorticolimbic dopamin sisteminin, beyindeki ödül sistemini aktive ettiği ve böylece de annelik davranışını motive ettiği bulunmuştur. Diğer bir çalışmada, striatumun (midbeyindeki dopamin nöronları; putamen ve caudate head) annenin kendi bebeğinin yüzünü gördüğünde aktive olduğu görülmüştür (Fonagy ve ark., 2011).

Bağlanma sürecini nörobiyolojik seviyede incelersek eğer; memeliler üzerinde yapılan bir araştırmaya göre, bir kuzunun doğumundan iki saat sonra annesine karşı devam eden seçici bir bağ geliştirdiği gözlenmiştir. Bu geliştirilen bağ, doğum sırasında annenin vajinasından omuriliğine doğru uyarılması ile beyin sapındaki noradrenalin hücrelerinin (A1, A2 ve A6) aktive olması ve bu aktivasyonun da beyinde hipotalamus ve olfactory bulb'daki paraventricular nucleus'ü uyardığı bulunmuştur. Paraventricular nucleus'un uyarılmasının ise, GABA ve noradrenalin salınımını uyararak, annelik davranışını ortaya çıkaran oksitosin salınımını arttırdığı ve bununla birlikte, olfactory bulb'daki oksitosin salınımının da annenin bebeğe karşı agresif davranışlarında azalmayı sağladığı bulunmuştur (Kendrick ve ark, 1997). Bir diğer taraftan, süt salınımında ve emzirmede etkili olduğu bulunan prolaktin ve oksitosin hormonları da, annelik davranışının gelişimindeki en temel nöroendokrinlerdir (Insel and Young, 2001).

Prolaktin ve oksitosin hormonları bağlanmanın gerçekleşmesinde rol oynayan iki önemli hormondur. Bu roller; (a) beyindeki ödül/bağlanma sistemini aktive etmek ve (b) nörodavranışsal sistemi etkisiz hale getirerek sosyal kaçınma

davranışını kontrol etmek olarak tanımlanabilir. Kemirgenler üzerinde yapılan bir çalışmaya göre; oksitosin ve vasopressin'in, annelerin yavrularına karşı olan hoşnutsuzluk ve isteksizlik davranışlarını azalttığı ve katılımcı yani bakım verici davranışlarını da arttırdığı gözlemlenmiştir (Fonagy ve ark., 2011).

Son olarak bağlanma üzerine yapılan çalışmalar göstermiştir ki; bakım veren ve bebek arasında gelişen bu bağ, bebeğin ilerideki ruh sağlığı ve adaptasyonu açısından önemli bir yerde durmaktadır. Bebeğin ruh sağlığını etkileyen bu annelik davranışlarında nöroendokrin seviyesinin ve motivasyon-duyuşal nörolojik seviyelerin etkili olduğu bulunmuştur. Hayvanlar üzerinde incelenen bu bağlanma davranışı; annenin bebeğe gösterdiği davranışlar ve davranışların beyin seviyesindeki etkileşimi (okitosin hormonu ve stres-ödül sistemi) ve bebeğin yaşamı boyunca stresle baş edebilme ve sosyal ilişkilerini yönetebilme becerilerinde belirleyici bir rol oynamaktadır. İnsanlarla yapılan çalışmalarda; bebeklerin yolladıkları sinyaller ile annelerin annelik davranışları gösterimi arasındaki uyumun, kişilerin iyilik hallerini yaşam boyunca etkilediği bulunmuştur (Shir ve ark., 2011)

Yapılan birçok çalışma sonucunda; bağlanma içinde hem biyolojiyi hem de psikolojiyi barındıran karmaşık bir ilişki olarak tanımlanabilir. Annenin bebeğine karşı gösterdiği her türlü davranış, bebeğin beyinin bilişsel ve duyuşal alanlarında önemli değişimler yaratmasının yanısıra, onun gelecekteki ilişkileri ve kişiliğinin oluşumu için de önemli bir yapılanma oluşturur.



KAYNAKLAR

- Fonagy, P., Luyten, P., Strathearn, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*: Vol. 32(1), 47-69.
- Hock, R. R. (2005). *Forty studies that changed psychology. Explorations into the history of psychological research*. Pearson Practice Hall, 5th edition. 126-131.
- Insel, T. R. ve Young, L. J. (2001). The neurobiology of attachment. *Macmillian Magazines: Perspectives*: Vol. 2, 129-132.
- Kendrick, K., Da Costa, A. P. C., Broad, K. D., Ohkura, S., Guevara, R., Levy, F. Keverne, E. B. (1997). Neural control of maternal behaviour and olfactory recognition of offspring. *Brain Research Bulletin*: Vol. 44, 383-395.
- Sayar, K. ve Tüzün, O. (2006). Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam*; 19(1): 24-26.
- Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human development*: Vol. 2, No1. 23-34.
- Shir, A., Hendler, T., Feldman, R. (2011). Specifying the neurobiological basis of human attachment: Brain, hormones, adn behavior in synchoronous and intrusive mothers. *Neuropsychoparmacology*: 36, 2603-2615.
- Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, mindsight and neural integration. *Infant Mental Health Journal*: Vol. 22(1-2), 67-94.
- Soysal, A. Ş., Bodur, Ş., İşeri, E. ve Şenol, S. (2005). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bakış. *Klinik Psikiyatri*; 8; 88-89.
- Synder, R., Shapiro, S., Treleaven, D. (2012). Attachment theory and mindfulness. *Journal of child familiy study*: 21;709-717.

İNTİHAR DAVRANIŞININ ÇOCUKLUK VE ERGENLİK DÖNEMİ YAŞANTILARI İLE İLİŞKİSİ

İclal Aydın

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

İntiharın genel tanımı, insanın bilinçli olarak ve kendi iradesiyle kendi yaşamını sonlandırma eylemidir. İntihar kelimesi, İngilizce ve Fransızca'da kullanılan 'suicide' kelimesi ile dilimize girmiştir. İntihar kelimesinin kökü, Arapça 'nahr', yani 'kurban' kelimesidir.

Psikanalitik kuramın kurucusu Sigmund Freud, intiharı depresyonun bir sonucu olarak görmektedir. Freud'a göre, depresyon oral ve anal dönem fiksasyonuna dayanır. Depresif kişiler bu dönemlerde, nesne kaybına uğramıştır. Kaybedilen nesneye karşı düşmanca duygular kişinin kendisine dönmektedir. Bu kişilerde saldırganlık ve öfke duyguları yoğun şekilde bastırılmıştır; süpereo (üstbenlik) saldırganlık duygularının dışarıya çıkmasına engel olmaktadır. Bastırılan saldırganlık duyguları egoya (benlik) yöneltilir. Üstbenliğin baskılarına, eleştirilerine, dayattığı suçluluk ve aşağılanma duygularına dayanamayan benlik intihar girişiminde bulunur. Freud intiharı, "sadistik bir üstbenlik tarafından benliğin kurban edilişi" olarak ifade etmektedir (aktaran Demirel Özsoy ve Eşel, 2003)

Psikanalitik eğilimli Menninger de 'Man Against Himself' adlı kitabında intiharı, başka bir kişiye duyulan öfkenin içe yöneltilmesi ve cezalandırılması, yani 'homisid' olarak tanımlamaktadır. Menninger, intiharı tetikleyen üç kaynaktan bahseder: başkasını öldürme isteği, başkaları tarafından öldürülme isteği, kendini öldürme isteği. İntiharın bir başka tanımını da Rigel yapmaktadır. Rigel'e göre, bir insanın yaşamına son verebilmesi ancak hastalık halinde olmasıyla mümkündür. Rigel bu ruhsal rahatsızlığa, "presuisidal sendrom" adını vermektedir. Presuisidal sendromun belirtileri şunlardır: daralma ve kısıtlanma; ketlenmiş ve kişinin kendisine yöneltilmiş saldırganlık; intihar düşlemleri. Scheidmann'a göre ise intihar, kişinin dayanılmaz acılara katlanmak yerine yaşamını sonlandırmayı tercih etmesidir. İntihar, nesne ilişkileri kuramı açısından tanımlanırsa, asıl amacın ölmek arzusu değil çatışmalı bir ilişkiyi değiştirme amacıdır. Temeli ilk nesne ilişkilerine dayanmaktadır (aktaran Sarandöl, 2003).

İntihar, biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve felsefi etmenlerle örülü karmaşık yapıya sahip bir eylemdir.

Alex Lickerman (2010), intihar etme sebeplerini altı alt başlıkta toplamaktadır: (1) depresif duygu durumu, (2) psikotik durum, (3) dürtüsellik, (4) yardım çağrısına cevap alamama, (5) ölmeye dair felsefi bir arzu, (6) bir hata yapmış olmak.

İntihar davranışı, içinde düşünce, hayal etme, eğilim, girişim ve tamamlama gibi kademeli parçaları barındırır. İntihar girişiminde bulunan kişi eğer ölürse intihar eylemi tamamlanmış olur; ancak kişi girişimde bulunmasına karşın kurtarılsa (ölmezse) intihar davranışı tamamlanmamış olur. İstatistiklere göre intihar edenlerin %80'i intihar etmeyi daha önceden düşünmüş ve hayal etmiştir. İntihar etmeyi düşünenlerin/hayal edenlerin %20'si ise intihar girişiminde bulunmuştur (Demirel Özsoy ve Eşel, 2003).

İntihar davranışını tetikleyen faktörler 'risk faktörleri' olarak ifade edilir. Risk faktörlerine maruz kalma oranı, sıklığı, şiddeti intihar davranışını etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği risk faktörleri şunlardır:

- Düşük sosyoekonomik durum ve eğitim seviyesi; işsizlik
- Sosyal stres
- Ailede, sosyal ilişkilerde ve destekleyici sistemlerdeki problemler
- Travma, fiziksel ve cinsel istismar
- Kişisel kayıplar
- Depresyon, kişilik bozuklukları, şizofreni, alkol ve madde bağımlılığı gibi mental bozukluklar
- Değersizlik veya umutsuzluk hisleri
- Cinsel yönelimle ilgili meseleler (homoseksüellik gibi)
- Kişiyeye özgü davranışlar (bilişsel ve özellikleri)
- Yargı bozukluğu, dürtü kontrol problemleri ve kendine zarar verme davranışları
- Zayıf baş etme becerileri
- Fiziksel rahatsızlık ve kronik ağrı
- Diğer insanların intihar davranışına maruz kalmak
- Kendine zarar vermede kullanılacak araçlara ulaşma
- Tahripkar ve şiddet içeren olaylar (savaş ya da afet/felaket) (WHO, 2006).

Bu derleme yazısında, çeşitli araştırmaların sonuçlarından yararlanarak, çocukluk ve ergenlik dönemi yaşantılarının intihar düşüncesine, algısına, eğilimine ve girişimine olan etkisi üzerinde durulmaktadır. Bu bağlamda incelenecek konular şunlardır: bağlanma, yetiştirme tarzları ve aile dinamikleri ve travmatik yaşantılar.

Bağlanma

Bağlanma stilleri ile ergenlerde intiharı hayal etme davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmanın sonuçlarına göre, korkulu veya kaygılı bağlanma, güvenli veya kayıtsız bağlanmaya göre ergenlerde intiharı hayal etme davranışını anlamlı şekilde desteklemektedir. Ayrıca, intiharı hayal etme davranışının şiddeti korkulu bağlanma ile pozitif korelasyona sahipken; güvenli ve kayıtsız bağlanma ile negatif şekilde ilişkilidir (Lessard ve Moretti, 1998).

Ergenlerde bilinen risk faktörleri ile intihar düşüncesinin varlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmanın bulgularına göre, ait olma duygusu (sense of belonging) intihar düşüncesinin varlığını yordayan en önemli risk faktörleri arasındadır (Shimshock ve ark., 2011).

Nicholas Bendit, kronik intihar düşüncesinin örtülü belleğin bir ürünü olduğundan bahseder. Bendit'e göre kronik intihar düşüncesinin temelinde yatan neden kişinin erken yaşlarda deneyimlediği ve geliştirdiği bağlanma şeklidir. Kronik intihar düşüncesi ile bağlanma deneyimi arasındaki ilişki örülü bellek vasıtasıyla kurulmaktadır (Bendit, 2011).

İntihar ile bağlanma arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmanın sonucuna göre, daha önce intihar girişiminde bulunmuş ergenlerin bağlanma figürlerini "az güvenli hissedilen" olarak algıladıkları görülmüştür (West ve ark., 1999).



Aile Dinamikleri ve Yetiştirme Tarzları

Aile yapısı ve aile içi ilişkilerin intihar düşüncesi ile ilişkisini araştıran bir çalışmanın bulguları gösteriyor ki, iyi aile ilişkileri ile ergenlerde intihar düşüncesi arasında ters orantı vardır. Aile ilişkilerinden memnun olduklarını ifade eden ve ebeveyniyle iletişimi kuvvetli olan ergenlerde intihar düşüncesinin görülme sıklığı belirgin şekilde azdır. Araştırmanın ulaştığı bir diğer bulgu, biyolojik anne-babanın olduğu aile, ergenler için en ideal aile yapısıdır. Buna ek olarak, tek ebeveynli (sadece annenin ya da sadece babanın olduğu) ailede yetişen ergenlere göre üvey anne/babanın olduğu ailede yetişen ergenlerde intihar düşüncesinin görülme sıklığı anlamlı şekilde daha fazla bulunmuştur (Samm ve ark., 2010).

Ulusoy ve ark. (2005), ergenlerdeki intihar algısı üzerine yaptıkları çalışmada, aile içi ilişkiler ve ebeveynin çocuk bakım tarzının da içinde olduğu birçok faktörün lise son sınıf gençliğinin intihara bakış açısını nasıl etkilediğine bakmışlardır. Aile içi ilişkilerle intihar algısı arasındaki ilişkiye göre, birbiriyle anlaşamayan ebeveynlere sahip ergenlerde intiharı normal bir davranış olarak algılama eğilimi görülmüştür. Ebeveynlerin birbirine şiddet uyguladığı aile ortamında yetişen gençlerin intiharı normal bir davranış olarak gördükleri bulgulanmıştır. Bunun yanı sıra, ebeveyni tarafından şiddete maruz kalan ergenlerde intiharın normal bir davranış olarak algılama eğilimi artmaktadır. Ergenlerin aile bireyleriyle anlaşma düzeyi ile intihara teşebbüs edenlere saygı duyma düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında, aile bireyleri ile anlaşamayan ergenlerin intihara teşebbüs eden kişilere daha fazla saygı duydukları görülmüştür.

Araştırma kapsamında, intihar algısını etkilediği düşünülen bir diğer faktör ise ebeveynin çocuk bakım tarzlarıdır. Elde edilen sonuçlara göre, kullanılan otorite tipi (baskıcı-otoriter, izin verici ilgisiz, izin verici hoşgörülü, yetkin tatlı sert) ile intihara bakış açısı arasında anlamlı bir ilişki vardır. İzin verici ilgisiz otoritenin kullanıldığı ailede yetişen gençler, en yüksek oranla intihar davranışını normal olarak algılama eğilimi göstermektedirler. İntiharı normal bir davranış olarak görme eğilimini artıran ikinci otorite tarzı baskıcı-otoriter yetiştirme tarzıdır. İzin verici hoşgörülü ebeveyni sahip ergenlerde oran daha düşükken; yetkin tatlı sert ebeveyni olan gençlerde intiharı normal görme eğilimi en düşük düzeyde bulunmuştur (Ulusoy ve ark., 2005).

Travmatik Yaşantılar

Evans ve ark. (2005) fiziksel veya cinsel istismara uğramış ergenlerin, istismara uğramamış ergenlere nazaran daha çok intihar düşüncesi ve/veya davranışı geliştirdiğinden bahsetmektedir. Ayrıca, düşük özgüvenin, istismarla intihar düşüncesi/davranışı arasında aracı bir role sahip olduğundan söz etmektedir.

Breine ve Runtz, çocukluk dönemi cinsel istismara maruz kalmış danışanların (%55), istismara uğramamış (%23) olanlara göre en az bir kere intihar girişimine daha meyilli olduklarını rapor etmiştir. Cinsel istismara ek olarak fiziksel istismar ve cinsel ilişki de mevcutsa, intihar eğilimi daha güçlü olmaktadır. Ayrıca, çocukluk çağı cinsel istismarın, düşük özgüven, suçluluk duygusu, kendini ayıplama, güçsüzlük algısı ve kişilerarası işlevsel problemlerle sonuçlanmakta ve kendine zarar verme davranışını tetiklemektedir (Briere ve Runtz, 1986).

Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarının travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerilerinin intihar davranışlarıyla olan ilişkisini inceleyen bir araştırmanın sonuçları gösteriyor ki, sorun çözme becerisindeki yetersizlik hem intihar düşüncesini hem de girişimini yordarken; travmatik yaşam olayları sadece intihar girişimini yordamaktadır. Diates-stres modeli kapsamında sonuçlar incelendiğinde, hem intihar düşüncesi hem de intihar girişimi, sorun çözme becerisi yetersiz olan ve fazla travmatik olaya maruz kalan hastalarda daha yoğun görülmektedir (Eskin ve ark. 2006).

Yanık ve Özmen (2002) genel psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk istismarı/ihmal ile intihar, kendine fiziksel olarak zarar verme davranışı ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkileri incelemiştir. Araştırmanın sonucuna göre, cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve ihmal ile intihar girişimi öyküsü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kendine fiziksel olarak zarar verme davranışı ve dissosiyatif yaşantılar ile cinsel, fiziksel ve duygusal istismar aralarında ilişkili bulunmuştur.

Sonuç

İntihar davranışının bileşenleri çeşitli risk faktörlerinden oluşmaktadır ve çözümlenmesi karışık bir eylemdir. Çoğu zaman kökenini ilk çocukluk yaşantılarından almaktadır. Bağlanma stilleri, cinsel/fiziksel/duygusal istismar ve ihmallerden kaynaklı travmalar, içinde bulunulan aile dinamikleri ve ebeveynlerin çocuk yetiştirme/bakım verme tarzları, erken yaşantıları oluşturur. Olumsuz yönde şekillenen çocukluk ve ergenlik deneyimleri, ileriki yaşlarda intiharın en önemli sebeplerini oluşturmaktadır. Bu bilgiler ışığında, aile, toplum ve sosyal devlet politikaları kapsamında, doğru ebeveyn tutumları ile ilgili gerekli bilgilendirmeler yapılmalı ve istismara karşı hukuki önlemler alınmalıdır.

KAYNAKLAR

- Bendit, N. (2011). Chronic suicidal thoughts and implicit memory: hypothesis and practical implications. *Australasian Psychiatry*, 19 (1), 25-29. doi:10.3109/10398562.2010.526717
- Briere, J., Runtz, M. (1986). Suicidal thoughts and behaviours in former sexual abuse victims. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 18(4), 413-423. doi:10.1037/h0079962
- Demirel Özsoy, S., Eşel, E. (2003). İntihar (Özkıym). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 175-185.
- Eskin, M., Akoğlu, A., Uygur, B. (2006). Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 266.
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K. (2005). Suicidal phenomena and abuse in adolescents: A review of epidemiological studies. *Child Abuse & Neglect*, 29(1), 45-58. doi:10.1016/j.chiabu.2004.06.014
- Lessard, J. C., Moretti, M. M. (1998). Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: Attachment patterns and clinical implications. *Journal Of Adolescence*, 21(4), 383.
- Lickerman, A. (2010, Nisan). The six reasons people attempt suicide. Erişim Tarihi:15 Ocak 2013, HYPERLINK "<http://www.happinessinthisworld.com/2010/04/25/the-six-reasons-people-attempt-suicide/#.UPdXVx0z17s>" <http://www.happinessinthisworld.com/2010/04/25/the-six-reasons-people-attempt-suicide/#.UPdXVx0z17s>
- Samm, A., Tooding, L., Sisask, M., et al. (2010). Suicidal thoughts and depressive feelings amongst Estonian schoolchildren: effect of family relationship and family structure. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19 (5), 457-468. doi:10.1007/s00787-009-0079-7
- Sarandöl, A. (2003). İntihar. Birinci Basamak İçin Psikiyatri, 2(1), 32-45.
- Shimshock, C. M., Williams, R., Sullivan, B. B. (2011). Suicidal thought in the adolescent: Exploring the relationship between known risk factors and the presence of suicidal thought. *Journal Of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(4), 237-244. doi:10.1111/j.1744-6171.2011.00310.x
- Ulusoy, D., Özcan Demir, N., Görgün, B. A. (2005). Ergenlik döneminde intihar algısı: Lise son sınıf gençliği örneği. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 22(1), 259-270.
- West, M. L., Spreng, S.W., Rose, S. M., et al. (1999). Relationship between attachment-felt security and history of suicidal behaviours in clinical adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44 (6), 578-582.
- World Health Organization. (2006). Preventing suicide: A resource for counsellors. USA: WHO.
- Yanık, M., Özmen, M. (2002). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihtimal yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 140-146.

PSİKODRAMANIN EBEVEYNLİK TUTUMLARINA ETKİSİ

Necla Taşpınar Göveç

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi



Çocuk yetiştirmek, yetişkinlerin karşılaştığı en zorlu yaşam görevlerinden biridir. Uzun yıllar süren bu görevde çoğu kişi başarılı olmak ister. Çocuk yetiştirmeye başlama zamanı ile ilgili olarak çok tartışmalar olmuştur. Günümüzde çocuk yetiştirme işinin anne karnına düşmeden önce başladığı kanıtlanmıştır. Çocuğun yetişmesi sırasında ebeveynler çeşitli zorluklarla karşılaşır. Bu sorunlara uygun şekilde yaklaşmak her zaman mümkün olmayabilir. Bu durumda çocuk gelişimini bilmek ve uygun çocuk yetiştirme tutumlarını benimsemek çok önemlidir. Çocuk yetiştirme tutum ve davranışları çoğunlukla anne-babalarından kazanmış oldukları alışkanlıklar yaşama dair kendi beklenti ve idealleri ile oluşur. Bu tutumlar oldukça durağan, kapalı, katı özellikler taşır. Anne-baba tutumları ailelerin geçmiş yaşam kalıpları ile örülüdür (Özbek ve Leutz, 1987).

Ebeveynin aile ortamına ilişkin bilinçli ya da bilinçli olmayan eğilimleri, çocuğun gelişiminde doğrudan rol oynayan öğelerdir. Çocuk yetiştirme ile ilgili bir eğitim çalışmasında

annelere didaktik, kavramsal bir öğretim yönteminin yaşama aktarım açısından işlevsel olması güç olmaktadır. Görsel ve işitsel eğitim araçları kullanılsa dahi salt bilgi aktarımı düzeyinde gelişen bir öğretim süreci, belki bilgilerde değişim sağlamakta, ancak davranış düzeyinde değişim sağlayamamaktadır (Bruner ve Arık, 1991).

Bu makale, annelerin kendi annelik süreçlerinde yaşadıkları duygularının farkına varmalarını ve davranışlarına tercihleri doğrultusunda yön vermelerini sağlamada psikodramanın etkisini değerlendirmek amacıyla yazılmıştır. Öncelikle psikodramanın ne olduğunun anlatılması makaleyi anlamak için yararlı olacaktır.

Psikodrama, -diğer bir ifadeyle spontan tiyatrodan- yararlanılarak gerçekleştirilen ruhsal geliştirme/tedavi yaklaşımıdır. Bu uygulamanın amacı, kişilerin, katarsis (duygusal boşalım) sağlamaları, içgörü kazanmaları ve böylelikle daha sağlıklı bir takım davranışlara yönelmeleridir (Dökmen, 1995).

Psikodrama grup ya da bireysel danışmanlıkta problemleri incelemek için oyunusal hareketleri kullanan bir methodur. Psikodramanın prensipleri tarihsel süreç içinde Jacob L. Moreno (1898-1974) tarafından geliştirilmiştir (Praman, 2002).

Moreno'ya göre psikodramanın temel amacı, insanların spontanlıklarını ve yaratıcılıklarını geliştirmelerine fırsat sağlamaktır. Psikodramada grubu oluşturan üyeler, bir takım ruhsal sorunlarını canlandırarak etkileşimde bulunurlar. Sorunları anlatmaktan ziyade rol oynamak esastır. Duygu ve heyecanla yüklü geçmiş yaşantıları, çatışmaları dramaya dökerek "şimdi ve burada" yeniden yaşatması yöntemin artırıcı (katartik) işlevini ortaya çıkarır. Ayrıca psikodrama, güncel sorunlarla ve çatışmalarla veya gelecekle ilgili korkuları, güçlükleri de ele alarak bireyi hazırlamayı, problemlerde baş edebilme yollarını incelemeyi ve onları deneme olanağı da verir (Schützenberger-Ancelin, 1995).

Psikodramada kişilerin birbiriyle etkileşim içinde olması ve tüm bunları oyunlaştırarak yeniden yaşaması, değerlendirmesi ve yeni durum içinde yaşantısını sorgulaması söz konusudur. Psikodrama oturumları; ısınma, oyun ve görüş (rol geri bildirim-paylaşım) aşamalarından oluşur. Ancak bazı durumlarda bir oturum, yalnızca ısınma ve görüşme aşamalarından ya da yalnızca oyun ve görüşme aşamalarından oluşabilir.

Psikodramanın temel işlevleri;

Katarsis sağlama ve içgörü kazanma,
Gerçeği test etme ve alternatif düşünce oluşturma,
Öğrenme/Davranış değişikliği.

Moreno'ya göre bir psikodrama oturumunun gerçekleştirilebilmesi için sahne, yönetici, protogonist, yardımcı oyuncular ya da yardımcı benler ve grup üyeleri şeklinde beş temel öge/araç gereklidir (Dökmen, 2005).

Psikodramada davranış ve düşünce değişikliğine yol açan üç tane teknik vardır. Bunlar rol değiştirme, eşleme ve ayna tekniğidir.

Psikodrama ile amaçlanan şey;

Kişinin iç görü kazanması,
Alternatif düşünceler oluşturmaları,
Gerçeği test etmesi ile davranış değiştirmesidir.
Bu durumların oluşabilmesi için de bu 3 temel teknik kullanılır.

Psikodramanın Kuralları

Protogonistin çatışmasını konuşarak değil oynayarak dile getirmesi,
Şimdi ve burada ilkesine göre çalışma yapmak,
Gerçeğin öznel bir kavrayış olduğu,
Psikodramanın bir aktarım yöntemi olduğu kadar bir dizginleme yöntemi olduğu,
Protogonistin aktardığı sorun grup içinde çalışıldıktan sonra mutlaka paylaşım yapılması,
Protogonistin, kendisiyle ilgili gerçeği aktarırken, sahneyi, zamanı, yeri ve yardımcı egoları kendisinin seçmesine olanak tanınması en önemli kurallardan bazılarıdır.
(Buchanan, 1984 & Dökmen, 1995) (akt. Gökler, 2011)

Psikodramanın Aileye Bakışı

Aileler toplum sistemleri içinde yer alan ve kendi içinde alt sistemlere ayrılan birimlerdir. Sistemlerin genel bir özelliği olarak; sistem içinde bireylerin birbirleri ile etkileşimi söz konusudur. Aile ilk olarak birbirlerini seçmiş bir çift ile başlar ve sonrasında aileye çocuklar eklenirler. Ailenin ilk oluşumunda seçimler önemli bir yer tutmaktadır. İlk olarak çiftler birbirini seçmektedir. Çocuklar doğduktan sonra, çocuklarla ebeveynler arasındaki seçimler de belirginleşmeye başlar ve aile içinde farklı koalisyonlara dayanan farklı alt sistemler görülür (Dokur ve Profeta, 2006). Burada seçimlerin sebebinde tele ve aktarım ilişkileri önemli bir yer tutar. Moreno'ya göre tele, iki insanın birbirlerinin iç dünyalarını, neler hissettiklerini karşılıklı olarak yaşamaları demektir. Moreno, empatinin tek yönlü olduğunu telenin ise iki yönlü olduğunu belirtmekte, empatiyi telenin bir bileşeni saymaktadır (Dökmen, 2005).

Moreno gelişim psikolojisi hakkındaki düşüncelerinde, kişiliğin gelişimine dair iki temel özelliğin varlığını kabul eder. Bunlardan ilki kişiler arası ilişkilerin gelişmesi (sosyo-emosyonel sistem), diğeri ise rol öğrenimi sırasında elde edilen deneyimler (rol geçimi) (Özbek ve Leutz, 2003). Moreno'ya göre kültür rolden doğar. Rol patolojileri sorunlu yapıyı anlamak için önemlidir. Aile içinde hangi rollerin alındığı, bunların nasıl alındığı, nasıl ortaya konulduğu, hangi rollerin alınmasına izin verilmediği gibi durumlar çok önemlidir (Turan, 2006).

Moreno, rol eğitiminin psikodrama grubu dışında olan grupla etkileşimi sağladığına inanır. Rol dönüşümü sayesinde diğerlerine karşı daha hassas oluruz, empati kapasitemiz ve sorumlu davranışımız güçlenir. O, bunun merhametli ve destekleyici bir çevreye liderlik edeceğine inanmaktadır (Praman, 2002).



Rol Kategorileri

Moreno; rolü, bireyin belli bir anda, başka insanlar ya da nesnelere de bulunduğu belli bir duruma tepki verirken gösterdiği işlev biçimi olarak tanımlar (Özbek ve Leutz, 2003). Diğer bir ifade ile Moreno'ya göre rol, kişilerarası bir yaşantıdır, sosyal yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır; hatta sosyal yaşam rollerden ibarettir. Sosyal etkileşim ve gelişme ortamında ortaya çıkmakta olan roller, sosyal etkileşimin gözlenebilir üniteleridir (Dökmen, 1995).

Moreno, insandaki ruhsal patolojileri rol gelişim kuramına göre açıklar.

Moreno'ya göre, rol kategorileri Birincil (Primer) ve İkincil (Sekonder) olmak üzere ikiye ayrılır:

Birincil Rol kategorilerini, "somatik roller", "psişik roller", "sosyal roller",

İkincil Rol kategorilerini de, "psikodrama roller", "konserve roller", "rollerin göreceliği" olarak sınıflandırır (Özbek ve Leutz, 2003).

Ebeveynin Önemi

Rollerden kaynaklanan patolojilerin doğmasında ailenin etkisi çok büyüktür. Ailenin de neden bu şekilde bir etkiye sahip olmasının birçok nedeni vardır. En önemli neden onların da ailelerinden bu şekilde öğrenmeleridir. Anne-babalar kendi çocukluklarında bazı rolleri alamadıkları için çocuklarına verememektedirler. Bazen çocuklukta karşılaşılan zorlu yaşam koşulları, travmalar ebeveynlerin çocuklarının büyümesi sırasında neye nasıl tepki vereceklerini bilememelerine neden olabilir. Örneğin; çocuğa kontrolcü yaklaşmak, aşırı merak duygusu ile çocuğun sınırına müdahale etmek, çok aşırı korumak, normal davranışları ayırt edememekten kaynaklanan hatalar yapmak gibi. Bazen de ebeveynler çocuklukta alamadıkları duygusal ihtiyaçları çocukları üzerinden temin etmeye çalışırlar. Çocuklarda bazen bu beklentiye uygun şekilde davranabilirler bu durumda da aile içindeki roller birbirine karışır. Psikodrama çalışmalarında anne-babalar travmaya uğradıkları, zor geçirdikleri çocukluk yıllarıyla ilgili çalışmalarla acılarıyla yüzleşmeyi ve yüklerini boşaltmayı öğrenirler. Çocukluklarında alamadıkları bu rolleri almaya cesaretlenirler.

Rol kuramına göre annenin çocuğu ile kurduğu ilişki çok önemlidir. Eğer anne çocuğuna olumlu bir ilişki kurarak cesaret veriyor ise çocuğun bu rolleri alabildiği görülür. Annenin çocuğuyla ilişkisinde kaygı ve endişe yaşamaması ve bu şekilde bakım vermesi bu rollerin alınmamasından kaynaklanan patolojilere neden olmaktadır.

Grup çalışmalarında aile içindeki her bir bireyin rollerinin değerlendirilerek annelerin ve babaların çocuklarıyla ilişkide yaşadıkları sorunları çözümlemeye psikodramanın çok önemli bir yeri vardır. (Gül, 2010) Grup çalışmalarında sağlıklı ebeveyn tutumları ele alınarak çalışılır. Sağlıklı ebeveyn tutumlarından en önemlisi demokratik anne-baba tutumudur.

Bu tutumda ebeveyn çocuğuna içten sevgi ve saygı duyar ve bunu şartsız olarak gösterir. Çocuğun ilgi ve ihtiyaçlarına karşı duyarlıdır (Kuzgun, 1972). Ebeveynler spontan ve yaratıcıdır. Bu ebeveynlerin alabildikleri roller fazladır ve rol gelişimine açıktırlar. Çocuklarını da bu konuda destekler ve cesaretlendirirler. Çocuk annesinin yardımcı egosudur, zaman zaman bu değişebilir. (Turan, 2006)

Tartışma ve Sonuç

Psikodrama ile yapılan grup çalışmaları sonucunda; sağlıklı ebeveyn tutumlarının gelişmesine olumlu katkı sağladığına yönelik veriler elde edildiğine dair birçok çalışma vardır. Çalışmalardan çıkan ortak sonuçlara göre; psikodrama grup üyelerinin tümü tarafından farkındalığa ve öğrenmeye yol açmaktadır. Psikodramada kullanılan rol değiştirme, eşleme gibi teknikleri grup üyelerinin birbirlerinin davranışlarından nasıl etkilendiklerini anlamalarını sağlamada yararlı olmaktadır. Rol değiştirme ile anneler çocuklarının gözünden kendilerini görme fırsatını yakalamaktadırlar. Anneler kendi içinde bulunduğu rollerin dışına çıkarak çocuklarının subjektif gerçekliğini deneyimlemektedirler. Anneler rol eğitimi ile yanlış olan tutum ve davranışlarını fark etme ve değiştirme imkânı bulmaktadırlar.

Ebeveynlere yönelik yapılan diğer çalışmalarda (Örn; yazılı belgelerde, konferanslarda, interaktif seminerlerde vb. ortamlarda) çözümler sadece öneri olarak kalır. Dinleyiciler de bilişsel anlamda olan bitenin farkına varıp, kendi yanlışlarını ya da eksiklerini fark ederler. Psikodrama oturumlarında ise anneler, çocukları ile yaşadıkları sorunların çözümünde etkin bir şekilde yer alarak deneyimleme imkânı bulurlar.

Sonuç olarak anne-babalık doğuştan getirilen bir yetenek değil sonradan kazanılmış bir rol olduğundan gerek bireysel psikodrama gerek de grup psikodraması ile çalışmaları ile ebeveynlerin kendi içsel süreçlerine eğilip yaşadıkları sorunları çözerek iç görü kazanmaları, çocukları ile olumlu ilişki kurma ve doğru ebeveyn tutumları benimsemeleri sağlanmaktadır.



KAYNAKLAR

- Arık, A. (1991). Öğrenme Psikolojisine Giriş. İstanbul: Edebiyat Fakültesi Basımevi.
- Bruner, J.S.(1991). Bir Öğretim Kuramına Doğru. (Çev: F, Varış., T, Gürkan.). Ankara Üniversitesi.
- Dokur, M., Profeta, Y. (2006). Aile ve Çift Terapisi. İstanbul: Morpa Yayınları
- Dökmen, Ü. (2005). Sosyometri ve Psikodrama,. (7. Baskı). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Gül, E. (2010). Moreno'nun Rol Kuramı Üzerine Yapılandırılmış Psikodramatik Anne-Baba Okulu Uygulama Modeli. (Yayımlanmamış Psikodrama Tezi). İstanbul.
- Gökler, B. (2011). Çocuk ve Ergenlerle Grup Psikoterapisi ve Psikodrama. Psikodrama Dergisi Sayı:3
- Kuzgun, Y. (1972). Anne-Baba Tutumlarının Kendini Gerçekleştirme Düzeyine Etkisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Eğitim Enstitüsü, Ankara.
- Özbek, A., Leutz, G. (2003). Psikodrama, Grup Psikoterapisinde Sahnesel Etkileşim (2. Baskı). Ankara: Ayrıntı Basımevi.
- Praman, R. (2002). An Introduction For a Domestic Violence Treatment Program for Offenders. (Ssccc.com/ptp.doc).
- Parman, T. (2006). Psikanalitik Psikodrama, Psikanaliz Yazıları, Kitap Dizisi 12, Bağlam Yayınları s.59-66.
- Schützenberger-Ancelin, A. (1995). Psikodrama:Yöntemlerin Bir Özet Sunumu. (Çev: Prof. Dr. Özbek, A., Bulut, I., Aktaş, A.M., Kumbasar, H.). Grup Psikoterapileri Derneği Yayını No:4.
- Turan, P. (2006). Çocuk Psikodramasında Ebeveyn Psikodraması. (Yayımlanmamış Psikodrama Tezi). İstanbul.

OYUN ÇOCUK İÇİN HER ŞEYDİR

İlayda Çevirici

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi



Oyun Çocuğu

Oyun çocuğun en doğal öğrenme ortamıdır (Yörükoğlu, 2010). Oyun çocuk için önemli bir keşif, iletişim ve kendini anlatma; kısacası öğrenme aracıdır. Çocuğun oynadığı oyuncaklar, onun eğitsel çevresinin bir parçasıdır. Değişik yaşlardaki oyun ilgi alanları, onların büyüme ve gelişmelerini yansıtmaktadır. Bu durum gerek kırsal, gerek kentsel kesimlerde; gerek sosyoekonomik ve kültürel düzeyi düşük veya yüksek kesimlerde; kısacası dünyanın her yerinde aynıdır (14. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi, İstanbul Üniversitesi). Okul öncesi çağ adı verilen üç ile altı yaş arası, çocukluğun en renkli dönemlerinden biridir. Bu dönemde çocuk konuşkan, cıvı cıvı ve yaşam doludur. Sokulgan ve sevimlidir. Durmadan sorar: “Anne bu ne? Baba bunun adı ne? Neden? Niçin?” sorularının ardı gelmez.

Sık sık büyüklerin sözünü keser, “Baba bana da söyle!” diye araya girer. Sonu gelmez bir öğrenme açlığı vardır. Her şeyi bilmek, tanımak ister. Anne-babayı bunalıncaya dek sorar. Özerklik döneminin inatçılığı ve olumsuzluğu gitmiş, onun yerini söz dinlerlik almıştır. Karıştırıcılığı sürse de iki yaş çocuğunun kırıcılığı ve zararlılığı kalmamıştır. Uğraşları amaca yöneliktir. Girişken ve yardıma hazırdır. Kendi işini kendi görmeye bayılır. Annenin ayağına dolaşır, ama tutturuculuğu azalmıştır. Yaramazlıkları hep sevimli yaramazlıklardır. Hep “Ben!, Ben!, Benim!, Benim!” diyen iki yaş çocuğu gitmiş yerine “Ben de, Ben de, Biz, Bizim” diyen toplumsal bir yaratık gelmiştir. Anne çocuğu her an denetlemek zorunda değildir. Durmadan konuşup sorduğu gibi, gün boyu yorulmadan,

usanmadan oynar. Oyunlarında arkadaş arar. Bu nedenle eve sığmaz olur. İkili ve üçlü oyunlar başlar. Yaşlılarıyla ilişki kurmaya birlikte oynamaya ve paylaşmaya yatkındır. Başka bir deyişle, toplumun küçük bir üyesi olma yolundadır. Bağımsızlığı artmıştır. Kendi yemeğini kendi yer. Çişini ve dışkısını haber verir. Kendi başına giyinmeye çabalar. Elini kolunu daha becerikli kullanır. Yürümesi ve koşması daha dengelidir. Masallara, öykülere, çizgi filmlerine ilgi başlar. Masallardan ve hele korkulu öykülerden hemen etkilenir. Öcüler, cinler, hortlaklar onun için korkutucu gerçek varlıklardır. Bu çağ çocuğunun çok canlı bir hayal gücü vardır. Duyduklarını abartır, gördüklerini çarpıtarak aktarır. Olmamış şeyleri olmuş gibi anlatmaya bayılır. Yeni öğrendiği şeyleri durmadan yineler. Kendiliğinden sözler uydurur. Dinlemez görünürken duyar, bir duyduğunu bir daha unutmaz. Çok canlı hayal gücü nedeniyle çabuk korkar, çabuk etkilenir. Deneyimlerinin az, düşünce yeteneklerinin kısıtlı oluşu nedeniyle her şeye kolay kanar. Gerçekle gerçek olmayı karıştırır. Bu çağ çocuğu çizikler, sıyrıklar ve küçük yaralanmalardan çok etkilenir. Bir damla kan görse avaz avaz ağlar, ilaç sürsün diye annesine koşar. Bu çağ çocuğunda benlik duygusu yavaş yavaş gelişmeye başlar. Her şeyden önce kız veya erkek olduğunu ayırt eder. Kız ve erkek ilgileri iyice belirir. Bu çağda kız-erkek oyunları sürerse de erkeklerin ayrı, kızların ayrı kümelerde toplanmaya başladıkları görülür (Yörükoğlu, 2010). Arkadaşlık ilişkisi çerçevesinde rekabet ve kıskançlık iki yaş ile beş yaş arasında artmaktadır. Beş yaşından itibaren çocuklar rekabet duygusunu ve davranışlarını daha fazla dengeleyebilmektedir. Çocuklarda yaşın ilerlemesiyle birlikte arkadaş ilişkilerinde meydana gelen önemli değişiklikler çocuğun bilişsel yapısıyla birlikte değerlendirilen bir konudur. Rol yapma, olumlu sosyal değişmelere tesir eder ve rol yapma becerisi yaşa ve bilişsel gelişime bağlıdır (Aydın, 2005).

Çocuk İçin Oyun Ne İfade Eder?

Maria Montessori, oyun için “Çocukların en ciddi işidir” demiştir. Çocuk oyun sayesinde diğer insanlarla ilişki kurmayı öğrenecek, zihnini çalıştıracak, yetişkinlerin dünyasını anlamaya başlayacaktır. Bunu psikanalizin babası Sigmund Freud da belirtir. Oyun çocuğun küçük dünyasıdır. Bu küçük dünyada çocuk aslında gerçek dünyadaki rollerin provasını yapar. Gerçek dünya ile fantastik dünyayı ayırırken duygularını keşfeder (Sayar ve Bağlan, 2012). Oyun büyümenin toplumsal bir parçasıdır. Oyunlar kuralların öğrenildiği, yarışma ruhunun kazanıldığı ve fiziksel dünyanın tanıtıldığı küçük bir evrendir. Oyun öncelikle çok küçük bir bölgede oynanır, sonra yakın çevrede sürdürülür, en sonunda büyük sosyal gruplarda yapılır. Bir çocuk için oyundan daha yapıcı boş zaman değerlendirme yolu bulunamaz. Çocuk içlerindeki aşırı enerjiyi boşaltmak amacıyla oyun oynarlar. Gelecekteki yaşam tarzı ve kültürel davranışlar için prova yaparlar. Oyunlarla çocuklar duygularını tanır ve duygularını kontrol etmesini öğrenir (Karabekiroğlu, 2013)

Oyuncak Seçerken Nelere Dikkat Edilmeli?

- Çocuğun yaşına, ilgisine, becerisine uygun olmalıdır.
- Çocuk oyuncak karşısında başarısızlığa düşmemelidir.
- Çocuğun ilgi alanı dahilinde uzun süre kalmamalıdır.
- Sağlam ve dayanıklı olmalıdır.
- Çok yönlü olmalı ve çocuğun hayal gücünü engellememelidir.
- Oyuncak çocuğu ürkütmeyen, sevimli olmalıdır.
- Sade, ayrıntısız, köşeleri yuvarlak olmalıdır.
- Çocuğun kuvveti ile orantılı olmalıdır (Özkaynak, 2013)



Oyun Döneminde Kazanılan Yetenekler

3. Yaş

Küplerden bir köprü kurabilir.
Ayakkabısını ayağına geçirebilir, düğmesini ilikleyip çözebilir.
Çizilen bir çemberi bakarak çizer.
Soyadını söyler. Kız veya oğlan olduğunu bilip söyler.
Söylenen üç sayıyı ezberden yineler.
“Benim bir bebeğim var” gibi kısa cümleleri yineleyebilir

4. Yaş

Bir kareyi kalemle kopya edebilir.
Bir kağıdı köşeden katlayabilir.
Söylenen sayıyı yineleyebilir.
Dört nesneyi veya parmağını sayabilir.
Üç parçalı bir bul-tak bulmacasını yapabilir.
Uzun bir cümleyi yineleyebilir.
“Acıkınca ne yaparsın?”, “Uygun gelince ne yaparsın?”,
“Üşüyünce ne yaparsın?” gibi soruları yanıtlar.

5. Yaş

Bir üçgen çizebilir.
Çöpten insan resmi çizebilir.
Yaşını bilir. Sabahı akşamı ayırır.
Dört rengi yanlışsız bilir.
Ayakkabı bağcıklarını bağlar.
Dört parçalı bir bul-tak bulmacasını yapar.
On küple bir kule yapar.

6. Yaş

Paraları tanır.
On parmağını yanlışsız sayabilir.

Çocukla İletişime Geçmede Oyunun Rolü

- Dirençli ya da isteksiz olan bir çocukla ilişki kurmak;
- Çocuğun kısıtlamalara, sınırlara ve diğerlerinin beklentilerine verdiği tepkileri araştırmasına yardımcı olmak;
- Çocuğa, ince ve kaba motor becerileri ve/veya görsel-algısal becerileriyle ilişkili güçlü ve zayıf yönlerini keşfetmesi için bir fırsat sağlamak;
- Çocuğa görevlere katılma, dikkatini toplama ve sebat etme becerilerini tanıması için fırsat sağlamak;
- Çocuğun iş birliği ve ortak çalışma gibi sosyal becerileri denemesine ve hayal kırıklığı, hevesin kırılması, başarısızlık ve başarıya uygun tepkiler vermeyi denemesine yardım etmek;
- Çocuğun problem çözme ve karar verme denemelerine yardım etmek;
- Çocuğun, aile içi şiddet, cinsel örselenme yabancı tehlikesi gibi yaşam olayları veya ilgili konular hakkında bilgi edinmesini sağlamaktır (Geldard, 2011).



Çocuklar Yaşlarına Uygun Oyun Araç ve Etkinlikler ile Sorular ve Olaylar Üzerinde Hakimiyet Duygusu Kazanabilmektedirler.

- Söz konusu geçmiş olayları veya travmayı, yeniden canlandırarak, dışı vurarak veya açıklayarak tekrar yaşamak. Bu süreçte, çocuğun o olayda ne gibi farklı bir rol üstlenseydi kendini daha iyi hissedeceğini hayal etmesi gerekebilir. Değişen rolünün etkisini yaşamasına olanak tanıyan bir etkinlikte bulunması, hayalinde o olaya da travma üzerinde egemenlik duygusu yaşamasını sağlar (Geldard, 2011).

Çocuğun geçmiş olaylar üzerinde hakimiyet duygusunu kazanabilmesi için, güçlü rolleri içeren hayali ortamların yaratılmasını sağlayan araçlar kullanılmalıdır.

- Kitaplar ve öyküler, çocukları anlatılanın içeriğini değiştirmeye cesaretlendirebilir. Çocuk, kendisi için isteyebileceği sonuçları, öyküdeki karakterlere yansıtabilir.
- Çocuk yaptığı resimler yoluyla, yaşadığı travmatik olayları anlatabilir. Bu resimlerde, çocuk kendisini güçlü veya denetim sahibi olarak temsil edebilir.
- Hayali yolculukta, çocuğun önemli yaşam olaylarını yeniden gözden geçirmesi istenir. Hayalinde, önceden güçsüz olduğu durumlarda denetim veya güç kurduğu duygusunu kazanması amacıyla yeni davranışlar kazanabilir.

- Hayali –miş gibi yapma oyunlarında güçlü roller canlandırabilir.
- Boyama ve kolaj, resim yapmaya benzer şekilde kullanılabilir.
- Kuklalar ve pelüş oyuncaklar, çocuğun güçlü rolleri benimsemesini sağlar.
- Kum havuzu, çocuğun kendini sınırlanmış hissedebileceği fantezi ortamları yaratmasına fırsat sağlar.
- Semboller ve figürler, kuklalarla aynı şekilde kullanılabilir ve daha büyük çocuklar için uygundur (Geldard, 2011).

Fiziksel ifade yoluyla güç kazanma amacı:

Çocuklar çevrelerini etkileme yeteneklerinin farkına varınca kendilerini güçlü hissederler.

- Çocuk, bir hamur topağına vurarak onu yassı hale getirebilir.
- Çocuk, parmak boyalarını kullanarak yapmış olduğu resimde çarpıcı bir değişiklikler yapabilir veya resimdeki imgelerin üzerlerini karalayarak onu yok edebilir.
- Hayali –miş gibi yapma oyunu oynamakta olan küçük bir çocuk, elindeki oyuncak kılıçla bir mindere saldırabilir.
- “İyi” ve “kötü” kuklalar arasında sahne savaşlar canlandırılabilir. Aynı çalışma, daha büyük çocuklarda figürlerin kullanımıyla da yapılabilir.
- Kum havuzunda oynarken çocuk, figürleri veya nesnelere yok etmek ya da gizlemek için kuma gömebilir (Geldard, 2011).

Duyguları ifade etmenin cesaretlendirilmesi amacı:

Duygularını ifade etmeleri için çocukları cesaretlendirip, onlara bu konuda yardım etmenin oldukça önemli ve yararlı olduğu bilinmektedir. Bu amaç doğrultusunda çalışırken bazı araç-gereç ve etkinlikler diğerlerine göre daha etkili olabilir. Örneğin:

- Hamur öfke, üzüntü, korku ve kaygının ifade edilmesini destekleyebilir.
- Resim yapmak, çocuğun düşüncelerini yansıtabilmesinin yanı sıra, duygularıyla da temas geçmesini sağlayabilir.
- Parmak boyama keyif, kutlama ve mutluluk duygularının ortaya çıkarılmasına olanak tanıyabilir.
- Boyama ve kolaj sırasında çocuk, malzemenin dokusu ile duyguları arasında bağlantı kurabilir (Geldard, 2011).

Problem çözme ve karar verme becerilerinin geliştirilmesi amacı:

Çocuğun seçenekleri araştırması, seçimler yapması, riskler alması, baş etmesi ve davranış değişikliklerini gerçekleştirmesi gerekecektir. Bu amaçlarla kullanılacak uygun araç ve etkinlikler şunlar olabilir:

- Kırmızı başlıklı kızın, kurdu tuzağa düşürerek büyükannesini kurtarması gibi farklı çözümlerin araştırıldığı kitaplar ve öykü anlatımları.

- Çocuğun problemlerin çözümüne yönelik olarak karakterler arasında diyaloglar oluşturabileceği kukla ve pelüş oyuncaklar
- Daha büyük çocuklarda kukla ve pelüş oyuncaklara benzer şekilde kullanılabilen semboller ve figürler
- Çocuğun farklı gereksinimleri karşılayabilmesi amacıyla, içinde bulunduğu durumu görsel açıdan yeniden düzenleyebileceği kum havuzu çalışması
- Çocuğu doğrudan problem çözme ve karar verme becerilerine yönlendiren çalışma kağıtları (Geldard, 2011).

Sosyal becerilerin geliştirilmesi amacı:

Uyumlu sosyal becerileri geliştirebilmesi için çocuğun, toplum içindeki davranışının sonuçlarını anlaması ve yaşaması gerekir. Bu yönde bir gelişimin sağlanması amacıyla aşağıdaki yöntemler kullanılabilir:

- Çocukla oyun oynayıp ona geri bildirim vermek
- Küçük çocukların sosyal becerileri öğrenebilmelerine ve bu öğrendiklerini uygulayabilmelerine yardımcı olan hayali –mış gibi yapma oyunları
- Sosyal açıdan kabul gören davranışları öğrenmeleri ve uygulayabilmeleri için kukla ve pelüş oyuncaklarla oynanan oyunlar
- Belirli sosyal becerileri konu alan çalışma kağıtlarının kullanımı (Geldard, 2011).

Benlik kavramının ve benlik saygısının oluşturulması amacı:

Travmalar ve örseleyici yaşantılar karşısında, çocuğun benlik kavramının ve benlik saygısının olumsuz yönde etkilenmesi neredeyse kaçınılmaz bir durumdur. Burada araç ve etkinlikler, çocuğun kendini destekleyecek; kendi güçlü ve zayıf yanlarını keşfetmesine, kabul etmesine ve bunlara değer vermesine olanak sağlayacak nitelikte olmalıdır. Bu amaçlar için uygun araç-gereç ve etkinlikler aşağıda belirtilmiştir:

- Çocuğa gelişmiş olan güçlü yanlarını fark etmesini sağlayacak karikatürler çizdirilebilir. Örneğin, çocuk bebeklikten şu ana kadar nasıl ilerlediğini gösteren ve önemli dönüm noktalarını vurgulayan bir resim yapabilir.
- Parmak boyama özel bir beceri gerektirmediğinden, çocuğun ürettiği herhangi bir şey kabul edilebilir bir ürün olabilir.
- Çocuğun kendine özgü becerilerini ortaya koymasına ve başarı duygusunu yaşamasına fırsat veren oyunlar seçilebilir.
- Hayali –mış gibi yapma oyunu, çocuğun lider veya yardımcı gibi rollere girebilmesini ve kendine özgü güçleri keşfetmesini sağlayabilir.
- Boyama ve kolaj, parmak boyamaya benzer şekilde kullanılabilir.
- Özellikle benlik saygısı ve benlik kavramıyla ilişkili sorunların ele alındığı çalışma kağıtları kullanılabilir (Geldard, 2011).

İletişim becerilerinin geliştirilmesi amacı:

Genellikle çocuklar öykülerini etrafındakilere anlatırken, dinleyenler bu öyküyü karmaşık, tutarsız ve bazen de inanılması zor bulabilirler. Çocuğun anlattığı öykünün düzenini, öyküyle ilgili önemli temaları, çocuğun önemli olaylarla ilgili kavrayışını ve yaşantılarının farklı aşamalarında çocuğun kendisini nasıl hissettiğini vurgulamaya yardımcı olabilecek etkinliklerden yararlanabilir. Örneğin;

- Öykü anlatımı, çocuğun iletişim becerilerinin gelişimine yardım eder.
- Hayali yolculuk, çocuğun başından geçenleri anımsamasını ve bu hatırladıklarına yönelik algılarını daha rahat ele almasını sağlar.
- Hayali –mış gibi yapma oyunu, dramatik tol yapma yoluyla iletişimin arttırılmasına teşvik eder.
- Minyatür hayvanlar, genellikle çocuğu ilişkileriyle ilgili algılarını dile getirmeye cesaretlendiren bir görünüm sunar.
- Kukla ve pelüş oyuncaklar, karakterlerin duygularını ve algılarını ifade eden sözcükleri kullanmak için çocuğa yardım eder, çocuğun kendi algılarını karakterler üzerine yansıtmasını sağlar.
- Kum havuzunda sembollerin kullanılması, çocuğun yaşadığı olayların görüntüsünü oluşturmasına ve bunları kronolojik bir düzene koymasına yardım edebilir. Bu görüntü, daha sonra çocuğun kendi öyküsünü anlatmasını ve böylece iletişim becerileri konusunda uygulama yapmasını kolaylaştırılabilir (Geldard, 2011).

İçgörünün geliştirilmesi amacı:

Çocuğun kendine ve diğerlerine ilişkin içgörü ve anlayış geliştirmesi için, önemli olaylarda kendisinin nasıl bir rol aldığını ve deneyimlerinin daha geniş sosyal sistemler içerisinde nasıl bir karşılık bulduğunu anlaması gerekir. Örneğin;

- Kitaplar ve öykü anlatımı, insan davranışlarının gerçek doğasını ve davranışların sonuçlarının kaçınılmazlığını göstermesi bakımından, içgörü geliştirmek amacıyla kullanılabilir.
- Resim yapma, çocuğun olaylarda kendi rolüyle ilgili içgörü kazanmasını sağlar. Bu amaçla çocuk, geçmişte yaşadığı olayların sırasını gösteren bir karakter çizmeye teşvik edilebilir.
- Hayali yolculuk, çocuğun yaşadığı olaylara ilişkin anılarını anımsamasını ve böylece içgörü kazanmasını sağlar.
- Hayali –mış gibi yapma oyununda çocuk, oyundaki diğer kişilerin rollerine bürünerek kendisi ve diğerlerinin davranışları hakkında içgörü geliştirme olanağı bulur.
- Minyatür hayvanlarla oynarken, çocuğun hayvanları yan yana veya birbirinden uzağa yerleştirmesi, ilişkilere dair içgörü kazanmasını kolaylaştırır.
- Küçük çocuklar için kukla ve pelüş oyuncaklar; daha büyük çocuklar için de semboller ve figürler, hayali –mış gibi yapma oyununa benzer bir şekilde kullanılarak içgörü geliştirilmesi amacıyla kullanılabilir.
- Kum havuzunda çalışmalar sırasında çocuk, yaşadığı olayları anlatan sahneler oluşturarak bu olaylara ilişkin içgörü geliştirebilir (Geldard, 2011).

KAYNAKLAR

- Aydın, B. (2005). Çocuk ve Ergen Psikolojisi. İstanbul: Atlas Yayın Dağıtım.14. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi, İstanbul Üniversitesi Çalışma Grubu.
- Bayrak, G., Başgöl, Ş., Gündüz, T. (2011) . Ailede Cinsel Eğitim. İstanbul: Timaş Yayınları
- Gelder, K., Geldard, D. (2011). Çocukla Psikoteröpatik Görüşme: Giriş Niteliğinde Uygulamalı Bir Rehber (Çev. Erden, G., Kudia-ki Ç.). Türk Psikologlar Derneği Yayınları
- Karabekiroğlu, K. (2013). Çocuğun Ruhsal Gelişimi. İstanbul: Say Yayınları
- Özkaynak, Ö. (2013). Çocuk ve Ergen Psikolojisi. İstanbul:Ekinoks Yayınevi
- Sayar, K., Bağlan, F. (2012). Koruyucu Psikoloji. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Yörükoğlu, A. (2010). Çocuk Ruh Sağlığı. İstanbul: Özgür Yayınları



0342 211 80 80

psikoloji.hku.edu.tr
psikolojigundemi@hku.edu.tr

Havalimanı yolu 27410 Şahinbey / Gaziantep



Hasan Kalyoncu Üniversitesi Psikoloji Bölümü

www.hku.edu.tr

Havalimanı Yolu PK 27410 Şahinbey/GAZİANTEP

Telefon: +90 (342) 211 80 80

E-mail: info@hku.edu.tr