HP HUMANİTE PSİKİYATRİ TIP MERKEZİ

ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİ

Prof.Dr.Sedat Özkan

Hastalıktan hayata...

Ekip olarak hepimiz, bilimin, güven ve sevginin en yüksek değerler olduğu inancı ve gururu ile sağlık ve mutluluk için...

ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİ

Çocuk psikiyatrisi çocukların büyüme dönemindeki psikososyal gelişmelerinin takip edilmesi ve muhtemel problemlerin çözümlenmesi ile uğraşan uzmanlık dalıdır. Ebeveyn-çocuk ilişkilerinin kısmi veya tamamen tıkandığı, çocuğa karşı yer yer yanlış tutumlar veya istenmeyen davranışların geliştiği dönemler olur. Çocukları bebeklikten alıp ergenlik çağının sonuna kadar getirişimiz uzun ve kimi zaman da çetin bir yolculuktur. Bu sırada sorunlar ortaya çıkabilir ve ailenin mutluluğunu etkileyebilir. Bu dönemlerdeki davranışlarımız çocuğun psikososyal gelişiminde derin izler bırakır. Erken tanı ve tedavinin gelecekte tedaviye ihtiyaç duyan veya ilerlemiş psikiyatrik problemlerin önlenmesi, çocuğu daha başarılı ve özgüvenli bir sosyal birey olarak topluma kazandırılması, öğrenme kabiliyeti ve okul başarısının artırılması, çocuk psikiyatrisinin toplumun içinde yaşayan her birey için önemini göstermektedir. Ruhsal gelişimin başlangıcında bebeğin annesi ve babasıyla bedensel ve duygusal iletişimi önemlidir. Bebeğin yeme, uyuma, dışkılama gibi temel beden işlevlerine ilişkin bozukluklar, anne ile olan ilişkisindeki sorunlara karşılık gelir. Bu bağlamda, her belirti gibi, bu bozukluklar hem dengeyi sağlamaya yararlar , hem de anneye yönelik bir çağrıya karşılık gelmektedirler. Bu çağrıların çözümü için çocuk psikiyatrisi devreye girer.

Zaman geriye işlemiyor... Anne babalar olarak ilk yapılması gereken şey, bir yerlerde bir sorun olabileceğini erkenden fark etmek ve sağlıklı gelişimin önündeki tıkanıkları açma yollarını aramaktır. Erken başvuru kayıpları en aza indirir ve tedavi başarısını arttırır. Aşağıda çocuk ve ergenlik döneminde meydana gelebilen sorunlar yer almaktadır.

1.DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE (DEHB)

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu son on yıl içerisinde ailelerin çocuk psikiyatrisi kliniklerine danışma nedenlerinin başında gelmektedir. Çocuk psikiyatrisi uzmanları tarafından da en çok araştırma yapılan konulardan biri haline gelmiş, oluşum nedenleri, belirtileri, uzun dönemde nasıl bir gidişat izlediği, diğer hastalıklarla ilişkisi ve tedavisi en fazla araştırılmış hastalıklardan biridir. Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınlarında okul çağı çocuklarının % 3-5`inde görüldüğü bildirilmektedir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu aşırı hareketlilik, dikkat sorunları ve istekleri erteleyememe (dürtüsellik) belirtileri ile ortaya çıkan psikiyatrik bir bozukluktur. Dikkat eksikliği; ders çalışmama, dalgınlık, unutkanlık, okul başarısızlığı; hiperaktivite aşırı hareketlilik, çok konuşma, her işi hızlı yapma çabası, acelecilik ile; dürtüsellik ise sıra bekleyememe ve istekleri erteleyememe ile kendini gösterebilmektedir.

Bir çocukta, gençte ve erişkinde dikkat eksikliği hiperaktivite (DEHB) var denilebilmesi için bu belirtilerin yedi yaşından önce başlamış olması, en az 6 ay süreyle devam ediyor olması gerekir. Bu belirtiler normal bir çocukta beklenenden daha şiddetli olmalı ve çocuğun okul, ev ve yaşıt ilişkileri gibi birçok alanda mevcut ve günlük yaşamını etkiler boyutta olmalıdır. Örneğin, çocuğunuz evde zaptedilemez ve çok hareketli iken okulda yerinde oturabiliyorsa bu durum bizi ev içi yaşanan dinamikleri (örneğin sınır koyma problemlerini) düşündürebilir. Belirtilerin erken yaşam evrelerinde başlaması ve çocuğunuzun girdiği ortamlardan kısmen etkilenmesi bu durumun yapısal ve DEHB açısından mutlaka incelenmesi gerektiren bir durum olduğu konusunda sizleri alarm edici olmalıdır.

DEHBA belirtileri göz önünde tutularak üç alt grupta incelenebilir.

1) *Hiperaktif impulsif tip*
2) *Dikkat eksikliği*
3) *Kombine tip*

Hiperaktivite belirtileri sıklıkla yaşamın ilk yaşlarından itibaren görülmeye başlanır. Bazı aileler anne karnında dahi çocuğun hareketlerinin fazlalığını anımsayabilirler. Genellikle bebeklik dönemlerinde huzursuz, yeme problemi yaşayabilen, uyku sorunları olan ve öfke nöbetlerinin sizler tarafından kontrol altına alınması zor olan çocuklardır. Öncelikle ayırt edilmesi gereken şey, her hareketli çocuk hiperaktif değildir. Bazı çocukların doğuştan hareketlilik düzeyi yüksek olabilir. Hiperaktif olmayan hareketli çocuğun hareketliliği uyumlu, amaca yönelik ve devamlılığı olan bir hareketliliktir. DEHB'da ise keyfi bir hareketlilik söz konusudur. Bir anne çocuğunu şöyle tanımlıyordu, "futbol maçında en fazla koşan o, ancak topun peşinden değil". Ortam ne kadar sınırlayıcı ve dikkat yoğunlaştırılması gerekiyorsa çocuğun hareketliliği o kadar artar.

DEHB'nın en önemli belirtilerinden birisi de düşünmeden hareket etmektir. Örneğin topun ardından caddeye koşma, soruyu bitmeden cevabını yapıştırma, söz kesme, ilk aklına geleni söyleme gibi. Bu çocukların disiplini daha zordur. Sizler tarafından söylenilenleri dinleyemedikleri için kendilerinden ne istendiğini de bilmezler. Yeterince bilgi edinmeden, bilgiyi gözden geçirmeye vakit ayırmadan karar vermeye kalkışırlar. Sonuç olarak kararlarında ve cevaplarında başarısız olurlar. Bu zekâlarının yetersiz olasına değil dikkat ve sabırlarının eksik olmasına bağlıdır.

Okul öncesi çocukta aileler çocuklarının hiç yerinde durmadıklarını, sürekli bir koşturma halinde olduklarını ve onları durdurmanın çok zor olduğunu ifade ederler. Aileler bu çocuklarla baş etmede çoğunlukla yetersiz hissedip kendi öfkelerini kontrol etmekte zorluk yaşayabilirler. Aslında yaramazlıklarından öte yapısal zorluklarından dolayı çoğu yaşantıda olumlu geri bildirim almaktan mahrum kalan bu çocukların yetersizlik duygularının çekirdekleri küçük yaşlarda oluşmaya başlar ve küçük yaşlarda ailelerin öfkeleriyle tanışırlar. Bu öfke gelecekteki kişisel hayatlarına da taşınır.

DEHB' nin oluşmasında en önemli faktör kalıtımdır. DEHB'nin genetik dışı nedenleri düşük doğum ağırlığı, gecelikte toksinlere maruz kalma, doğum travmaları, kafa travmaları gibi biyolojik nedenlerdir.

DEHB Değerlendirilmesi;

DEHB değerlendirilmesi çocuk ve aileyle psikiyatrik görüşme yapılması, çocuğun gelişimsel ve tıbbi öyküsünün öğrenilmesi, öğretmenden bilgi alınması ve gereken inceleme ya da testlerin yapılmasını kapsar.

DEHB tanısı ve tedavisi sürecinde tüm hastaların bir pediatrist tarafından genel fizik muayenelerinin yapılması; boy, kilo, kan basıncı, nabız ölçümlerinin yapılarak tedavi sürecinde gerekli sıklıklarla izlenmesi önemlidir.

Çocuk, ebeveyn ve öğretmen tarafından doldurulan bazı form ve ölçekler ayrıntılı bilgi alınması için kullanılabilir. Çocuğun zihinsel kapasitesi ve akademik başarısı arasında farklılık olup olmadığının belirlenmesi ve eşlik eden öğrenme bozukluğunun varlığının tespiti için ayrıntılı testler yararlı olabilir.

DEHB'ye neden olan ya da DEHB belirtilerini taklit eden bir bozukluğun bulunup bulunmadığının belirlenmesi gereklidir. Geçirilmiş ensefalit, kurşun entoksikasyonu, ciddi kafa travması sonucu oluşan dil ve motor bozukluklar gibi nörolojik bozukluklarla birlikte dikkat eksikliği görülebilir. Tiroid hormon düzeyi yüksekliği, hiperaktivite ve ajitasyona neden olabilir. Klinik olarak şüphelenilen olgularda tiroid fonksiyon testlerine bakılmalıdır.

Klinik olarak epilepsiden şüphelenilen olgularda veya geçirilmiş nöbet öyküsü olan çocuklarda EEG ve/veya nörolojik muayene istenebilir.

Eğer sizler çocuğunuzda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu veya davranış sorunları olduğu konusunda şüphe içindeyseniz "acaba yakında geçer mi? " diyerek kendinizi oyalamayın. Bu belirtileri çocuğunuzda gözlemliyorsanız bir çocuk ve ergen psikiyatrisine başvurun. Çünkü zaman çocuklarımız için gerçekten önemli.

2.YAYGIN GELİSİMSEL BOZUKLUK

Yaygın gelişimsel bozukluklar terimi, tipik olarak hayatın ilk bir yılında başlayan sosyal, iletişimsel ve bilişsel gelişimde duraklama ve sapmanın görüldüğü bir gurup nöropsikiyatrik hastalığı tanımlar Çocuk ve ergen psikiyatrisinde erken tanının önemli olduğu acil hastalıklardan birisidir. Aşağıda belirtilen hastalık baslıklarını içeren bir bozukluktur.

**Otistik Bozukluk*
**Asperger Sendromu*
**Rett Sendromu*
**Dezintegratif Bozukluk*
**Başka Türlü Adlandırılamayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk*

Bu sendromun tamamlayıcısı olarak OTİZM daha iyi bir terim olarak görülmekle birlikte, otistik bozukluk kendisi ayrı bir tanı kategorisi olarak kabul edilmiştir

Otistik bozukluk çocukluk çağı nöropsikiyatrik bozukluklardan birisidir, belirtileri yaşamın ilk üç yılında başlar.

Otizm tanısının konulabilmesi için iletişimde ve sosyal alanlarda sorunlar olması, yineleyici sınırlı ilgi ve davranışların bulunması ve bunların 30 ay öncesinden beri görülüyor olması gerekmektedir. İlk kez 1943 yılında Leo Kanner 11 olgusunda bu durumdan bahsetmiştir. İlk kez 1980 yılında psikiyatri sınıflama sistemleri içinde yer almıştır. Ailenin ilk çocuğu olması, ailenin inkar etmesi, ailede iki dilin konuşulması, çocuğun entelektüel düzeyinin görece olarak yüksek olması vakaların tanınmasını geciktiren faktörlerdir.

Yaygın gelişimsel bozukluğu olan her bireyin klinik özellikleri diğerinden farklıdır. Bu nedenle buradaki tanımlamalar yol göstericidir.

Bebeklerdeki Davranışlar

Bebeklerin çoğu sakindir, bunlara melek gibi bebekler denebilir, daha azınlıktaki grup ise gece gündüz bağırır ve sakinleştirilmeleri zordur.

Altlarının değiştirilmesinden, giydirilmekten ve yıkanmaktan hoşlanmayabilirler.

Anne ona yaklaştığında kucağa alınma hareketi yapmayabilir.

Işıklar, parlayan dönen herhangi bir nesne onları büyüleyebilir, ancak öteki bebeklerin ilgisini çeken diğer şeylere kayıtsız kalabilirler.

Çok erken dönemde televizyona ve müziğe aşırı bir ilgi gösterebilirler.

Anneleriyle göz teması kısıtlı olabilir.

Gördükleri ilgilerini çeken şeyleri anneye işaretle gösterme ve eğlenceyi paylaşma davranışı yoktur.

"Ce" yapmak ya da el çırpmak gibi bebek oyunlarında anne babalarının hareketlerini onlarla birlikte yapmazlar.

Normal bebeklerde birinci yaşın sonlarına doğru başlayan olağan konuşma seslerinin tonlama örüntüsü ve çeşitliliği gelişmez.

Normal bir bebek yaşamın ilk 3 ayında, annesine bakar; annesi onunla konuşurken gülümser, "agu"lar. Daha ileri aylarda ise her fırsatta kucağa alınmak için kollarını kaldırır, hazırlanır. Tanıdığı kişileri görünce heyecanlanır. İnsanlarla ilişki kurmaktan hoşlanır. Yalnız bırakılınca ağlar, sinirlenir. Oysa otistik bebeklerde bunların tam aksine, kucağa alınmaya karşı isteksizlik gösterme, kucağa alınınca huzursuzluk gösterme veya uygun beden duruşu göstermeme en belirgin özelliklerdir. Otistik bebekler, genellikle çevreleri ile ilişki kurmaz. İnsanların konuşmalarına tepki vermezler. İnsanlar ile göz kontağı kurmaz, çok uzun süre boş bakışlarla oturabilirler.

Sosyal İletişimde Eksiklikler

Mesafeli olanlar başka insanlar yokmuş gibi davranırlar ; seslenildiğinde, kendileriyle konuşulduğunda yanıt vermezler.

Yüzlerinde duygu ifadesi azdır, dokunursanız geri çekilebilirler.

Ulaşamadığı bir şey istediklerinde sizi çekerek götürüp, istediğini aldıklarında yeniden görmezden gelebilirler.

Otistik bozuklukları olan tüm çocuklar ve yetişkinler iletişim sorunları yaşarlar

Konuşma gelişiminde gecikme ve anormallik çok sık görülür. Konuşma güçlüklerinin şiddeti değişkendir.

Stereotipiler (tekrar davranışları)

Kolları ve elleri kanat çırpar gibi sallama
Sallanma
Aşağı yukarı zıplama
El şaplatma
Parmak ucunda yürüme
Kendi etrafında ya da nesnelerin etrafında dönme
Ellerde garip hareketler

Steroipik hareketler el sallama, parmak ucunda yürüme, objeleri döndürme gibi hareketleri içerir.

Bu aktiviteler çocuğun davranış tarzını oluşturur ve zamanının çoğunu kaplamaktadır.

Aileler sıklıkla şöyle söyler.

- *'Onu kendi haline bıraktığımızda çok iyi fakat birisi onu kucağa aldığı zaman hemen ağlamaya başlıyor'*
- *'Onu kucağa aldığımız zaman kaskatı kesiliyor'*
- *'Ne olduğunu bilmiyorum fakat sanki burada değil gibi'*

Çevresindeki insanlara sanki mekanik bir eşyaymış gibi davrandığı gözlenir, insanlar onun için sadece ihtiyaçlarını karşılamaya yarayan birer araçtır.

Tipik olarak erken okul öncesi dönemde yaşıtlarıyla ilişki kurmakta zorlanırlar. Bu özellik, ergenlik ve erişkin dönemde de devam etmektedir.
Otistik çocukların neredeyse tamamına yakını dil gelişiminde geri kalmıştır. Otistik çocukların, yaygın olarak 2 yaşından önce birkaç kelimeleri vardır. 1 yaşındaki çocukta olan 1-30 kelime söyleyebilme ; 2 yaşında beklenilen iki kelimelik cümle kurma, komutları anlama, 20-100 kelime kullanabilme ; 3 yaşında 200 üstü kelime kullanma bu çocuklarda henüz gelişmemiştir

10 yaşında otistik bir kızın, kan almak isteyen bir hemşirenin kendisine 'bana elini ver, acımayacak' demesi üzerine panik belirtileri göstermesi ve onu iyi tanıyan bir başka kişinin`işaret parmağını uzat' demesi üzerine rahatlaması konuşulan dilin anlamını kavramadaki zorluğa iyi bir örnektir.

Karşılarındaki insanların duygularını, düşüncelerini, inançlarını anlayabilmek ve bunlara ait doğru soruları sormak onlar için çok zor olduğunda yapabildikleri susmak ya da cevapları bilinen soruları yinelemek olmaktadır.

Tedavi:

Çocuğun işlev düzeyi ve problem alanlarına uygun müdahele ve tedavi programı geliştirip, çocuğun ve ailenin baş etmelerine aktif katkıda bulunulması tedavinin ana hedefidir.

• *Aileler genelde çok zor durumdadır ve sıklıkla alternatif tedavilere başvurur.*
• *Bunun sebebi alternatif tedavi uygulayanların büyük ümitler vadetmesidir.*
• *Tam etkinliği tespit edilmiş, bütün olgularda işe yarayan tek tür tedavi yoktur, ancak bireylerin özellikleri ve işlev düzeyine göre iyi yapılandırılmış eğitsel programlar yararlıdır.*
• *Çok erken yaşta başlanan programlarla, sosyal becerileri, dil ve iletişimsel becerileri artırmak ve olumsuz davranışları azaltmak hedeflenmelidir.*

Eğitim programları göstermektedir ki yapılandırılmış ortamlarda uyumlu davranışların görülme oranı çok artmaktadır.

Özel eğitimsel amaçların uygulanmasıyla davranışsal ilerlemeler gözlenebilmektedir.

• *Otizmde temel bozulma sosyal alanda olduğundan, bu alanda çalışma yapılmadan hiçbir program etkili olmamaktadır.*
• *Örnek teşkil etmek, rehberlik, rol-değişimi bu amaçla kullanılan tekniklerden bir kaçıdır.*
• *Seanslar dışı ebeveynin ciddi ve aktif katılımı gelişmede çok önemlidir.*
• *Tek bir yöntemin etkin olduğunu gösteren çalışmalar olamamakla beraber, en etkin program aşağıdaki niteliğe sahip programlardır:*

1) Sosyal beceriyi artırma programları, seans dışı, natural ortamda ve pek çok ortamda gerçekleşmeli.
2) Aile bireyleri ve yaşıtlar bu programda yer almalı .
3) İşlevsel, spontan, kişinin başlatacağı etkileşimlere önem atfetmeli .
4) Bu yaklaşımlar son araştırma verileri ve bilgi ile donatılmalı, özellikle sosyal iletişimsel beceriler ve problem davranış ,duygu regulasyonu önemsenmelidir.

Sosyal beceri edinme ve iletişimsel becerileri edinme programları temel olmakla birlikte bu çocukların motor becerileri, özbakım becerileri kazanmasında zorluk olduğundan bu alanlarda da eğitsel programlar düzenlenmesi uygundur. Aileyi bilgilendirme ve destek programları ihmal edilmemelidir. Spora yönlendirmek, yaş büyüdükçe akademik becerilere yönelik eğitsel programlarda yararlıdır.

Bireyin bireysel farklılıklarını belirlemek ve buna uygun eğitim programını bir an önce hazırlayıp uygulamaya geçirmek bireyin eğitim ve öğretim hayatında daha hızlı ve daha kısa sürede yol almasına olanak tanıyacaktır. Aynı zamanda erken eğitim ailelerin, çocuklarının ihtiyaçlarının zaman fark etmeden farkına varmaları ve çocukları için gerekli eğitim ortamlarını hazırlayabilmeleri açısından da büyük önem taşımaktadır.

Ailede yer alan diğer bireylerin geç konuşması, bazı şeylerin gerçekleşmesinin beklenmesi gibi tanı ve terapi sürecinin gecikmesine yol açacak nedenlerden uzak durup hızlı hareket edilmesi gerekmektedir. Ayrıca konuşma terapisine başlamak için bireyin bazı becerilere sahip olması gerektiği doğru değildir. Özel eğitim ve konuşma terapisi aynı zamanda başlamalı ve beraber devam etmelidir.

Yaygın gelişimsel bozukluk belirtilerini çocuğunuzda gözlemliyorsanız durumu ertelemek çocuğunuz açısından tedavi başarısını ve gelecekteki hayata uyumunu azaltır. Beyin gelişiminin en hızlı olduğu beş yaşına kadar olan dönemde erken bir eğitim programı ile var olan yapısal eksikliklerin yerine konması, ileride bu hastalıkla birlikte görülebilecek psikiyatrik hastalıklarında ortaya çıkmasını azaltır.

Unutmayın Otizm yalnızlık ya da kader değildir. Otizm farklılıktır.

3.ÇOCUK VE ERGENLERDE DEPRESYON

Çok yakın zamana kadar çocuklarda depresyon görülmediği düşünülmekteydi. Erişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da depresyon görülebilmektedir.

Erişkinlerde ergenlerde ve çocuklarda depresyonun temel belirtilerinde önemli benzerlikler olmasına karşın yaşa bağlı belirgin farklılıklar da vardır. Çocukların ve ergenlerin yaşam deneyimleri erişkinlerden az olduğundan ve onlar duygusal durumlarını sözel olarak erişkinler kadar iyi anlatamadığından depresyonlarını genellikle davranışlarıyla gösterirler.

Depresyondaki bir çocukta eskisine oranla huzursuzlukta artış, daha sinirli ve gergin olma, söz dinlememe gibi davranışsal belirtiler olabilir. Ayrıca her çocuk ve ergenin depresyonu birbirinden ayrıdır. Kimi çocuk depresyondayken aşırı durgun ve halsiz olurken, kimi çocukta bunun tam tersi yerinde duramama ve huzursuzluk durumu görülür. Bu belirtileri çocuğunuzda gözlemliyorsanız çocuk ve ergen psikiyatrisine başvurmanız faydalı olacaktır.

- *Kendini mutsuz ve boşlukta hissetme*
- *Eskiden zevk aldığı şeylerden zevk alamama ya da eskisi kadar hoşlanmama*
- *Gelecekten umutsuz olma*
- *Değersizlik düşünceleri: sık sık evde kimse tarafından sevilmediğinden ya da kardeşinin daha çok sevildiğinden bahsetme*
- *Suçluluk duyguları; tüm olumsuzluklardan kendini suçlu bulma*
- *Sık sık ölümden ve kendini öldürmekten söz etme; örneğin, "ölsem de kurtulsam" demesi. Çocuk ve ergenlerin kendini öldürmekten ve ölümden söz etmeleri mutlaka önemsenmelidir. Sadece bu belirti bile gizli kalmış bir depresyonun habercisi olabilir.*
- *İntihara kalkışma ya da kendine zarar verici başka davranışlarda bulunma (kolunu jiletleme)*
- *Anne babayı sindirene kadar uğraşma, yakın ilişkilerde bozulma, sık tartışmalar ve küsmeler*
- *Gergin sıkıntılı ve huzursuz olma ; "of sıkıldım" sözcüğünü sıkça kullanma*
- *Bedensel yakınmalar: sık sık baş ağrısı, karın ağrısı ya da yorgunluk hissetme. Bedensel yakınmalar çocuğun içindeki sıkıntıdan kurtulmak için bir çeşit yardım talebidir. Özellikle kuralcı ve baskıcı anne babaların çocuklarında daha sık görülür.*
- *İştah değişiklikleri; eskiye oranla daha az ya da fazla yemek yeme*
- *Uyku bozuklukları; gece geç uyuma, zor uyanma, yalnız uyuyamama, uykuya dalmadan önce ve uyku sırasında korkma, geceleri sık sık kötü rüyalar gördüğünü söyleme*
- *Kendine güvende azalma*
- *Sinirlilik ve öfke patlamaları*
- *Aşırı alınganlık*
- *Derse ilgide azalma ve ders başarısında düşmeler*
- *Arkadaş ilişkilerinde bozulma ya da olumsuz arkadaşlıklar kurma, kendini yalnız hissetme*

Depresyondaki bir çocukta tutturmalar sık görülür, ancak bunlar normal bir çocuğun tutturmasından farklıdır. Normal bir çocuk istediği bir şeyin olması için bir süre ısrar eder, yapılmadığında kabul edip bekler. Depresyondaki bir çocuk ise amaçsızca herhangi bir şey için tutturur. Tek bir amacı vardır; içindeki mutsuzluğu ve sıkıntı duygusunu onu çok seven insanlara yansıtmak…

Depresyondaki çocukların yakın akrabalarında özellikle başta anne olmak üzere birinci derece akrabalarında daha fazla depresyona rastlanmaktadır. Benzer şekilde depresyondaki erişkinlerin çocuklarında normal erişkinlere göre daha sık depresyon görülmektedir. Eğer bu belirtileri çocuklarınızda gözlemliyorsanız en yakın zamanda çocuk ve ergen psikiyatrisine başvurmanız faydalı olacaktır.

4.DAVRANIM BOZUKLUĞU

Davranım bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde insanlara ve hayvanlara yönelik saldırgan davranışlar, güvenliği tehdit, hırsızlık ve kuralların ciddi bir biçimde ihlal edilmesi görülür. Çoğu zaman başkalarına karşı kabadayılık eder, gözdağı verir ya da gözünü korkutur. Çoğu zaman kavga dövüş başlatır. Başkalarının ciddi bir biçimde fiziksel olarak yaralamasına neden olabilecek bir silah kullanmıştır (değnek, taş, kırık şişe, bıçak, vs). insanlara ve hayvanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır. Başkasının gözü önünde hırsızlık yapma, birini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlama meydana gelmiş olabilir. Ciddi bir hasar vermek amacıyla isteyerek yangın çıkartma, ya da başkalarının malına mülküne zarar verme gerçekleşmiş olabilir. Bir başkasının mülküne zorla girme, sık yalan söyleme olabilir. On üç yaşından önce ailenin yasaklarına karşın çoğu zaman geceyi dışarıda geçirme, sık okuldan kaçma, ya da en az iki gece evden kaçma gibi davranışsal belirtiler gösterebilirler. Davranım bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin önemli bir kısmında dikkat eksikliği hiperaktivite bulunmaktadır. Bu sorunlarda çocuk ergen psikiyatrisi devreye girer.

5. ÇOCUKLARDA ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Çocukluk çağında kaygılar, endişeler, korkular oldukça yaygındır. Oyun döneminde ortaya çıkan canavarlar, oyun hatta latent dönemde görülen karanlık ve hırsız korkuları gibi bu korkuların bir kısmı belli dönemler için normal sayılmaktadır. Diğer yandan bazı psikiyatrik bozukluklar çerçevesinde ortaya çıkan korku, koşullara göre şiddeti ve yol açtığı kaçma ve kaçınma davranışlarının özellikleri bakımından normal ölçüyü aşabilir. Çocukluk dönemlerinde bu korkuların değerlendirilmesi ve başa çıkma stratejileri korkuların ileri yaşama büyüyerek taşınmasına engel olur.

5.1. Sosyal Fobi

Kaygıya yol açan sebep sosyal bir ortamda olduğunda ve yoğun utanma duygularına yol açtığında sosyal fobi akla gelmelidir. Sınıfta arkadaşlarının önünde konuşma, tahtaya yazı yazma, toplum içinde yemek yeme, birileriyle tanıştırılma, okul tuvaletlerini kullanma, öğretmen ya da karşı cinsten arkadaşlarıyla konuşma sırasında yaşanan yoğun kaygı belirtileri gösterirler. Bu ortamlara girmek istemezler, girdiklerinde ise yoğun bir sıkıntı yaşarlar. Bu sıkıntıya kalp çarpıntısı terleme, kızarma, ses tonunda titreme, boğazda düğümlenme, ateş basması, dona kalma gibi bedensel belirtiler eşlik edebilir. Sosyal fobide kişinin başlıca korkusu başkalarının yanında küçük düşeceği sıkıntı ya da utanç duyabileceği şeklinde davranacağı ile ilgilidir. Bu yoğun kaygı çocuk ve ergeni bu durumlardan uzak durmaya yöneltir. Sonuçta uzak durduğu ortamlardan kazanacağı deneyimleri kazanma şansını kaybeder ve sosyal becerileri de gelişemez. Derste hak ettikleri başarıyı kendilerini sözlü olarak ifade edemedikleri için gösteremeyebilirler.

5.2. Panik Bozukluğu

Panik bozukluğunda beklenmedik bir anda ortaya çıkan panik nöbetleri görülür. Bu ataklarda nefes darlığı çarpıntı, göğüs ağrısı, sersemlik, çevreyi olduğundan daha farklı algılama, sıcak ya da soğuk basması, terleme, karın ağrısı, uyuşma, boğuluyor gibi olma gibi belirtiler görülebilir. Bu belirtiler hasta tarafından kalp krizi geçirdiği, boğulduğu gibi bir tehlike sinyali olarak algılandığından kişi ölüm korkusu çıldırma ya da kontrolünü kaybetme gibi duygular yaşar. Hastanın yaşadığı bu atak sıklıkla 10 dakika içinde en yüksek seviyeye ulaşır ve kademeli olarak sonlanır. Hastalar atakların tekrarlayacağı ile ilgili endişe duyabilirler.

5.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

Obsesyon insanın zihnine zorla giren, kendisine rahatsızlık verdiği ve kaygı yarattığı halde çabalamasına karşın kendisini kurtaramadığı yineleyen düşünceler, imajlar ve dürtülerdir. Saplantı, takıntı anlamında kullanılmaktadır. Kompulsiyon ise böyle bir saplantıyı kovmak, etkisizleştirmek ve kaygıyı azaltmak için kişinin kendini yapmaktan alıkoyamadığı , iradesi dışında tekrarladığı hareketlerdir. Obsesyonların içeriğinde rahatsız edici cinsel içerikli düşünceler, dini içerikli düşünceler, saldırganlık, hastalanma mikrop kapma korkusu olabilir. Bu düşüncelerin yarattığı sıkıntıyı azaltmak için sayı sayma, aşırı temizlik uğraşısı, simetri, sık kontrol etme, aşırı düzenlilik şeklinde davranışlar gösterebilirler.

Kendilerini sıkıntıya sokacak bir düşünceyi aileleri tarafından yanıtlansa da yineleyici bir şekilde sorabilirler. Aileler tedaviye yanlış bir inanç olarak eğer herkes çocuğun bu belirtilerine razı olur ve yardımcı olursa belirtilerin ortadan kalkabileceğini düşünürler. Bu şekilde yaklaşan bir aile çocuğun kaygısını azaltmakta etkili olamaz. Çocuk ailesini işbirliği yapmaya zorlayabilir, böylece hasta ve aile kendini patolojik ritüellerin arasında bulur.

Aile çocuğun isteklerinin ciddi bir rahatsızlığın parçası olduğunu anlamayabilir. Buna ek olarak aileler çocuğun istekleri, düşünce ve davranışları komik ve gereksiz bulduğundan bu düşüncelerin sadece gelişim içinde bir faz olduğu şeklinde yanlış bir güvence verebilir. Subklinik obsesyon ve kompulsiyon benzeri davranışları semptom olarak kabul etmeyip minimize edebilirler. Çocuklarının düşünce ve davranışlarındaki kontrolü kaybettiklerini ve hasta olduklarını öğrenmek aileler için acı ve korku dolu bir andır , ancak bu sıkıntılar benzer şekilde çocuklarınıza acı vermektedir. Bu belirtileri çocuğunuzda gözlemliyorsanız çocuk ve ergen psikiyatrisine başvurmanız önemlidir.

5.4. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu

Ayrılık kaygısının temel klinik görünümü evden ya da temel bağlanma figüründen ayrı olunca şiddetli korku ve sıkıntı yaşamasıdır. Evden ya da bağlandığı kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde yineleyici bir şekilde aşırı sıkıntı duyarlar. Bağlandıkları kişileri yitireceğine ya da onların başına bir iş geleceğine ilişkin sürekli ve aşırı bir kaygı duyarlar. Kaybolmak kaçırılmak gibi kötü bir olayın bağlandığı başlıca kişiden ayrılmasına yol açacağına ilişkin sürekli kaygı duyarlar. Ayrılma korkusundan dolayı sürekli olarak okula ya da başka bir yere gitmek istememe ya da gitmeyi reddetme davranışı sergilerler.

Tek başına kalma, evde bağlandığı kişiler olmaksızın kalma ya da kendisi için önemli insanlar olmadan diğer ortamlarda bulunma konusunda isteksizlik gösterme ve bu konuda yoğun bir korku yaşama mevcuttur. Bağlandığı kişinin yakınında olmadan uyuyamama olabilir. Ayrılıkla ilgili kâbuslar görebilirler. Bağlandığı kişiden ayrıldığında ya da bir ayrılık beklendiğinde tekrarlayıcı bir şekilde baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı ya da kusma gibi fiziksel belirtiler gösterebilirler.

Annesinden ayrılma deneyimi yaşamamış bir çocuk için okula başlarken belirtiler kendisini çok şiddetli olarak gösterebilir. Okul reddi ve aşırı bedensel şikâyetler aile ve çocuğu tedavi aramaya yönelten en sık sebeplerdir. Ayrılık kaygısı yaşayan çocuklar erişkinlikte depresif bozukluklar ve sosyal fobi ve diğer kaygı bozuklukları geliştirme açısından risk altındadır.

6. ELİMİNASYON (DIŞA ATIM) BOZUKLUKLARI

6.1. Enüresis (idrar kaçırma)

Çocuklarda en az beş yaşından sonra, yineleyici bir şekilde, istemsiz ya da amaçlı olarak, gündüz ve /veya gece yatağa ya da giysilere idrar kaçırılması olarak tanımlanabilir. Bu durumun hastalık olarak kabul edilmesi için en az ardışık üç ay, haftada iki kez ortaya çıkan bir sıklıkta olması ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntı oluşturması gerek toplum içinde gerekse diğer işlevsellik alanlarında bozukluğa yol açması gerekmektedir.

Yapılan araştırmalarda enüresisli çocuklarda daha çok uyum sorunları, davranış problemleri, zaman içerisinde özgüvende azalma, sosyal izolasyon, akranları tarafından dışlanma, ceza ve reddedilme gibi ebeveynler tarafından olumsuz tutum ve davranışlara maruz kalma görülmüştür. Psikiyatrik bozuklukların enüretik çocukların % 20 sinde gözlendiği bildirilmiştir.

6.2. Enkopresis (dışkı kaçırma)

Çocuğun kakasını tutma ve bırakma işlemini kontrol edebileceği yaşa gelmiş olmasına karşın istemli ya da istem dışı olarak kakasını uygun olmayan yerlere yapma olarak belirlenen bir bozukluktur. Çocuk dört yaşında ya da ona eşdeğer bir gelişim düzeyindeyken en az üç ay süreyle en az bir kez bu davranışı gösteriyorsa ve bu davranış genel bir tıbbi bir duruma bağlı değilse enkompresis tanısı koymak uygun olur.

Ebeveyn ve çocuk arasındaki inatlaşma, yeterli bağırsak kontrolünü sağlayan çocuklarda bazen dışkıyı depolamalarına ve yaşanan strese karşılık uygunsuz yerlere yapmalarına neden olur. Annenin çocuğun otonomisine karşı geliştirdiği ambivalan tutum, annenin katı mükemmeliyetçiliği, zorlayıcı tuvalet deneyimleri önemli faktörler olabilir. Bu durumu çocuğun sizlere gönderdiği ilişkinizle ilgili önemli bir sinyal olarak algılamak en doğru yaklaşımdır ve bu noktada çocuk-ergen psikiyatrisi devreye girer.

OKUL BAŞARISI

-Ben söylemesem dersler aklına bile gelmiyor...
-Başarısız...
-Sorumsuz...
-İsteksiz...
-isterse yapar ama istemiyor...

Bu cümleler kimi evlerde sıkça dile getirilir. Aslında tüm bunları söylemeden önce düşünülmesi gereken bir yerlerde sorunlar olabileceği ihtimalidir. Okul sıralarında öğrenme sürecinde beynimizin birçok bölümü aktif halde çalışmaktadır.

• Konuya odaklanacak ve bilgiler dikkat süzgecinden geçip alınacak (dikkat sistemi)
•Alınan bilgiler sonradan hatırlanmak üzere depolanacak (bellek sistemi)
•Depolanan bilgi, yazılı ve sözlü olarak ifade edilecek (dil sistemi)
•Motor sistem ile parmaklar kalemi tutabilecek
•Yüksek düşünme sistemi ile beyin sorulan soruyu algılayacak, yargılama sürecinden geçecek, var olan bilgi deposundan uygun cevaplar çıkabilecek, alınan bilgiler uygulamaya geçebilecek
•Tüm bunların sonucunda aileden, arkadaş çevresinden, öğretmenden gelen geri bildirimler motivasyon kaynağı olacak.

Duruma buradan bakacak olursak aslında hiçte kolay değil. Her bir sistem yeteneklerin gelişmesi için ve sistemin devamlılığı için çalışır. Ancak herhangi birinde sorun varsa performans düşer. Çocuk zorlanıyorsa çalışma isteği azalır. Zaten zorlanan çocuk birde ailesi tarafından sorumsuzlukla suçlandığında motivasyonda beraberinde azalır. Öğrenme profilinin şekillenmesinde aşağıdakiler önemli yer tutar;

o Zekâ düzeyi
o Yapısal bozukluklar (dikkat eksikliği hiperaktivite, özel öğrenme güçlüğü)
o Aile hayatı ve stres düzeyi
o Kültürel etmenler, başarıya verilen değer
o Arkadaşlar, grup içinde yer edinme
o Sağlık (görme, işitme kusurları vs)
o Duygular(mutsuzluk, kaygı düzeyi)
o Eğitimsel ortam

Çocuk ve ergen psikiyatrisi bu zorluğun nereden kaynaklanıyor olabileceğini araştırır. En sık karşılaştıklarımız;

• Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu
• Özel öğrenme güçlüğü
• Zeka geriliği
• Major depresyon
• Kaygı bozuklukları gibi bozukluklardır.

Çocuğunuzun okulda başarısız olduğunu düşünüyorsanız, kaynaklarına ilişkin etkili değerlendirme ve çözüm yöntemleri için bir uzmana danışabilirsiniz.

14-ERGENLİK

Ergenlik, çocuklukla yetişkinlik arasındaki geçiş dönemidir. Ergenlik döneminde temel olarak kişinin çocuksu tutum ve davranışlarının yerini yetişkinlik tutum ve davranışları almaya ve cinsiyet yetileri kazanılmaya başlanır.

Çocuklar yaklaşık 10-12 yaşına geldiklerinde bir takım bedensel ve ruhsal değişiklikler gözlenmeye başlanır. Bedensel değişiklikler ile ruhsal değişiklikler her zaman birbirine paralel seyretmez. Bazı çocuklarda önce bedensel değişiklikler gözlenirken bazılarında bedensel değişikliklerden önce ruhsal, duygusal değişikliklere rastlanır. Ergenin var olan ruhsal ve bedensel değişikliklere verdiği tepkiler de oldukça farklıdır. Yaşadığı çocukluk dönemi, kişiliği, yaşadığı çevrenin özellikleri ve anne baba tutum ve davranışları ergenin bu değişikliklere vereceği tepkilerde belirleyici unsurlardır.

Yetişkinliğe giden bu zorlu yolda, anne-babalar ergenin zarar görmeden yol almasını arzu ederler. Bu nedenle, ebeveynlerin yakın desteği ergenin bu sıkıntılı yolculuğunda en büyük destek olacaktır. Anne ve babalar çözmekte zorlandıkları bir sorun olduğunda, problemi görmezlikten gelme yerine araştırma ve çözüm bulma yolunu seçmelidir. Bunun için çözüm yolları aranmalı, gerektiğinde profesyonel bir yardım almaktan kaçınılmamalıdır.

Erken tanı ve tedavi yoluyla ilerlemiş psikiyatrik problemlerin önlenmesi, gencin daha başarılı ve özgüvenli bir sosyal birey olarak topluma kazandırılması, ergen psikiyatrisinin toplumun içinde yaşayan her birey için önemini göstermektedir.

Ergenlik dönemini kendi içerisinde üç evreye ayırarak değerlendirebiliriz:

Ön Ergenlik Dönemi (12-14 yaş):

- *Ergenin ilgisi bedenine dönüktür.*
- *Dürtü gücündeki artışla birlikte kontrol kaybı korkusu gözlenebilir .*
- *Nedensiz ağlamalar görülebilir .*
- *Cinsiyet rolleri daha ayrıntılı öğrenilir .*
- *Kızlarda daha kadınsı tutum görülür .*
- *Her iki cins kendi hem cinsi ile arkadaşlık kurar.*
- *Anne baba ilişkilerinin sıklığında çocukluğa göre azalma olabilir .*
- *Duyguları ve öfkeyi kontrol edememe, şiddetli duygular görülebilir .*
- *Karşı cinse ilgisi artar, dış görünüş önem kazanır.*
- *Arkadaşlarının onayını kazanmak ve sosyal ilişkilerde popüler olmak girişimleri artar.*
- *Ebeveynler ile çatışma ortaya çıkar .*
- *Kendilik imajı ile çatışma görülebilir .*

Ergenlik Orta Dönemi (15 - 16 yaş):

- *Soyut düşünce başlar.*
- *Aileden bağımsız olabilme çabası görülür.*
- *Ebeveynin değer yargıları sorgulanır.*
- *Arkadaş ve grupla özdeşleşme, onları örnek alma önem kazanır .*
- *Kimlik arayışı nedeniyle özdeşim kuracağı modele ihtiyaç duyar.*
- *Kendi hem cinsi ile sırdaşlık yapar .*
- *Erkeklerde geçici eşcinsel deneyimler görülebilir .*

Ergenlikte Son Dönem (17 - 19 yaş):

•Cinsel çatışmalar azalır.
•Sağlam bir kimlik algısı oluşur .
•Romantizm ön plandadır.
•İlk ciddi aşk görülebilir .
•Ergen, kendi ilgi ve yeteneklerini daha gerçekçi olarak tanır.
•Gelecek kaygıları, evlilik, mesleki seçim kaygıları öne çıkar.
•Bağımsızlık pekişir ve ikinci bireyselleşme dönemi doğar.
•Kendi kararlarını verme ve seçim yapma konusunda gencin çelişkileri giderek azalır.
•Cinsel çatışmalar azalmıştır ve yaşam değerleri ile ilgili sorgulamalar artmıştır.

Ergenliğe giriş insan yaşamının en karmaşık ve zorlayıcı dönemlerinden biridir. Ergenlik hızlı bedensel ve gelişmelerin gözlemlendiği, bu gelişmeye çevresel –tepkisel koşulların etkisinin olduğu, ebeveynle görüş ayrılıklarının olduğu bir dönemdir. Ancak sağlıklı ergende bütün bunlara rağmen okul, aile ve sosyal açıdan işlevsellikte bozulmanın olmadığı bir dönemdir. Bu nedenle yaşanan her bir sorun, bir rahatsızlık göstergesi olmayabilir. Ancak bazı belirtilere dikkat etmek gerekmektedir.

• Açıklanamaz, aşırı düzeyde isyan davranışı
• Aileden ve arkadaşlardan uzaklaşma
• Evden kaçma
• Sürekli bir can sıkıntısı ve konsantre olamama hali
• Madde ve alkol kullanımı
• Okul başarısında açıklanamaz bir düşüş
• Görünüşüne alışılmadık bir şekilde önem vermeme gibi durumlarda dikkatli olunmalı ve bir uzmana danışılmalıdır.

Ergenlerde en çok psikiyatrik başvuruya neden olan sorunlar arasında şunlar sayılabilir:

• Ders başarısızlığı
• Sigara / madde kullanımı
• Kurallara uymama
• Kendine ve çevreye zarar verici davranışlar
• Denetimsiz ve erken yaşta başlayan cinsellik
• Arkadaş ilişkisi kuramama ve devam ettirememe

14.1. ERGENLIK ÇAĞINDA GÖRÜLEN RUHSAL SORUNLAR

Ergenlik döneminde ruhsal bozukluk oranı bilimsel araştırmalara göre %8 ile %21 arasında bulunmuştur. Çocukluk döneminde erkeklerde kızlara oranla daha fazla ruhsal sorun gözlenirken ergenlikte kızlarla erkekler arasında önemli bir farklılık bulunmamıştır.

14.1.1. DEPRESYON

Depresyon; duygularda karamsarlık ve çöküntünün oluşmasını, düşünce ve hareketlerdeki yavaşlamayı anlatan ruhsal bir rahatsızlıktır. Çocukluk döneminde depresyon daha nadir görülürken, ergenliğe geçişte depresyonda artış görülmektedir.

Ergenlikteki depresyon genellikle belirli durumlara bağlı olarak görülmektedir. Depresyon ergenin hayatındaki önemli bir kayba bağlı olabileceği gibi, bilinen bir neden olmaksızın da ortaya çıkabilir. Ailede yaşanan sorunlar, öz güvenin yetersizliği ve okul başarısızlığı depresyona neden olabilir.

Ergende kendini değersiz bulma, suçluluk hissetme, umutsuzluk, intiharı düşünme, öfke ve hırçınlık gösterme gibi belirtiler mevcutsa ve bu duyguların süresi on beş günü geçiyorsa ve bu tabloya uyku düzeninde bozulma, iştahta değişiklik gibi bozukluklar da ekleniyorsa ergenin geç kalınmadan psikiyatrik bir yardım alması konusunda desteklenmesi gerekir. Depresyon üzüntü gibi algılanıp kolaylıkla gözden kaçabilir. Oysa depresyon tedavi edilmesi gereken, ciddi bir ruhsal hastalıktır.

14.1.2. DAVRANIŞ BOZUKLUĞU

Davranış bozukluğu (DB) başkalarına zarar verici davranışlarla birlikte_ toplumsal kural ve normların sürekli şekilde ihlal edildiği bir bozukluktur. Ergenlikte sıklıkla görülmektedir. Davranış bozukluğunun görülme sıklığı; 18 yaşın altında erkekler için %6-16, kızlar için %2-9 olarak bildirilmektedir.

DB gösteren ergenlerin genellikle düşük sosyoekonomik düzeyden gelmekte olan parçalanmış ailelerin çocukları olduğu bildirilmektedir. Bu gençlerin anne-babalarında antisosyal kişilik özellikleri, alkol-madde bağımlılığı, depresyon, kişilik bozukluğu gibi bir takım ruhsal bozukluklar görülebilmektedir. Ebeveynler çoğu kez çocuklarına karşı ilgisizdir. Çocuğa hiçbir şekilde disiplin uygulanmamış ve sınır konmamıştır. Bu tarz bir aile ortamında yetişen çocuklar talepkar ve yıkıcı olmakta ve engellenmeye karşı tolerans geliştirememektedirler.

Bazı ergenlerde ise davranış bozukluğu ailenin aşırı disiplinli ve korumacı tutumuna karşı ergenin saldırganca tepki göstermesi şeklinde görülebilir. Bazen de sevgi ve ilgiden uzak bir ortamda yetişen ergenin duygusal bir bağ kuramamış olmasıyla ilişkili olabilir. Fiziksel ve cinsel tacize uğramış ergenler de davranım bozukluğu gösterebilirler. Aynı zamanda birçok bilimsel çalışma da televizyonda görülen şiddetin çocuklarda ve gençlerde görülen saldırganlık eğilimini artırabildiğine işaret etmektedir.

Davranış bozukluğunun psikiyatrik tedavisinde genellikle çok yönlü bir terapinin uygulanması gerekir. Bu tedavide ergenle birlikte sorunlu davranışlarda etken olan aile, çevre, okul ve toplumun hedef alındığı çok boyutlu bir terapi ile daha etkin bir sonuç elde edilebilmektedir.

14.1.3. KARŞIT OLMA KARŞI GELME BOZUKLUĞU

Sık sık hiddetlenme, ebeveynleri ile tartışmaya girme, büyüklerin isteklerine ve koydukları kurallara karşı gelme, olumsuz davranışları için başkalarını suçlama, isteyerek başkalarını kolayca kızıp alınma, genellikle başkalarına karşı öfkeli ve intikam isteği ile dolu olma gibi davranışların en az dördünü altı aydır gösteren ergenlerde bu bozukluktan bahsedilebilmektedir.

Bu hastalığın sıklığı %2-16 düzeyindedir. Tedavisinde ise davranış problemlerinin çözümü ve uyum becerilerinin arttırılması ve aile içi ilişkiler ve ebeveynlik becerileriyle ilgili anne-babaya danışmanlık verme esastır.

14.1.4. YEME BOZUKLUKLARI

ANOREKSİYA NERVOZA

İştahsızlık ve kilo kaybı gibi genel tıpta çok sık görülen şikayetlerle seyreden bir psikiyatrik bozukluktur. Anoreksiya nevroza; kilo almaktan aşırı korkma, bireyin vücut ağırlığını ve biçimini yanlış değerlendirmesi, aşırı zayıflamış olduğu halde halen kendini şişman olarak olarak değerlendirmesi gibi belirtilerle görülmektedir.

Anoreksiya 10-30 yaşları arasında, sıklıkla 12-18 yaşlarında görülür. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre %95 fazladır.

Anoreksiya nervozalı hastaların kiloları ve vücut biçimleriyle ilgili aşırı zihinsel uğraşları vardır. Hastalar kilo almamak için zorlu ve sıkı diyet uygularlar.Kilo kaybını takip eden yaklaşık 1.5 yıl içinde hastaların % 30-50'sinde aşırı yeme atakları ortaya çıkar.

Şişmanlamak karşısındaki aşırı korku nedeniyle bu yeme ataklarından sonra kendini kusturma, laksatif ve diüretik kullanma oranı sıktır.

Anoreksiya nervozalı hastalarda depresif belirtiler de sıklıkla görülmektedir. Ayrıca, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete ve hipokondri anoreksiya nervozaya sıklıkla eşlik eden ruhsal bozukluklar arasındadır.

Hastalığın başlangıcına sıklıkla stresli bir olay neden olabilmektedir. Bu hastalığın oluşumunda aile dinamikleri ve biyolojik faktörler de önemli rol oynamaktadır. Ergenlik dönemi sorunlarıyla baş edebilmede yetersiz olan, sosyal çevrede ince olmanın önemli olduğu kişilerde anoreksiya nervozanın daha sık geliştiği söylenmektedir. Kültürün de bu hastalığın gelişmesinde önemli olduğu vurgulanmaktadır. Batılı değerlerin egemen olduğu dünya görüşüyle yetişmiş ergen kızlarda anoreksiya nervoza daha sık görülmektedir.

Tedavinin birinci amacı hastanın vücut ağırlığının düzeltilmesi, ikinci amacı bireyin zayıflamayla ilgili uğraşılarının azaltılması ve psikoterapi yardımıyla sağlıklı bir kendilik ve beden algısı geliştirebilmesidir. Tedavinin diğer amaçları ise fiziksel yan etkiler ile birlikte olan psikiyatrik bozuklukların (majör depresyon) tedavisidir. Bazı ciddi vakalarda hastane yatışı gerekebilir.

BULİMİA NERVOZA

Bulimia nervosa, (kusma hastalığı) aşırı yemek yedikten sonra, kişinin istemediği fazla kilolardan kurtulmak için kusmasının yol açtığı bir hastalıktır. Kişi aşırı yedikten sonra aldığı kalorilerden kurtulmak için kusar ya da laksatif kullanır.

Bulumikler yaptıkları her şeyi başkalarını rahat ettirmek için yaparlar ve duygularını sürekli saklarlar. Kusma işlemi; tıpkı ağlama, bağırma ya da öfke duyma gibi, bir tür duyguların dışavurumu olarak da algılanabilir.

Bulimia nervosa'da da zayıflama pek görülmez. Anoreksiya'da olduğu gibi, bulimia da ergenlik döneminde başlar. Bu durum çoğunlukla kadınlarda görülse de, erkeklerde de rastlanabilir. Bulimia 15-30 yaşları arasında görülür ve kadınlarda erkeklere göre on defa fazla rastlanır.

Tedavide öncelikli amaç düzenli yeme alışkanlığının kazandırılması, hastayı kontrolsüz yeme atakları ve açlık periyotlarından koruyabilmektir. Tedavinin başlangıcında önemli olan hastanın kilosunun sabit tutulmasıdır. Psikoterapi bireyin ihtiyaçlarına, aileye ye sosyal çatışmalara yönelik düzenlenmelidir. Kısa süreli antidepresan tedavi bulimik davranış şeklinin düzeltilmesinde yardımcı olabilir.

14.1.5. İNTİHAR

İntihar, bireyin yaşamına istemli olarak son vermesidir ve temelinde benliğe yönelmiş bir saldırganlık ve yok etme eylemi bulunmaktadır.

İntihar girişimi olan ergenlerin %90'ının duygudurum bozukluğu ve/veya alkol veya madde kullanımı gibi psikiyatrik bir tanısı bulunmaktadır. İntihar davranışının nedeni olarak biyolojik, genetik ve psikososyal faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. İntihar olgularının çoğunda depresyon, alkol bağımlılığı ve şizofreni gibi bir psikiyatrik bozukluğun olduğu bilinmektedir.

Kızların erkeklere oranla daha sık intihar girişiminde bulunmakta olduğu görülmüştür. Ölümle sonlanan intiharlar erkeklerde daha sıktır ve genellikle silahla kendini vurma şeklinde olmaktadır.

İntihar riskinin yüksek olabileceğini gösteren durumlar şöyledir:
- Depresyonda olan bir hastada ağır bunaltı, umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk duygularının olması
- Daha önce başarısız olan intihar girişimlerinin olması
- Hastanın ölmek isteğini belirtmesi

İntiharla baş edebilmeyle ilgili belli başlı öneriler şöyledir:
1. Bu eğilimi taşıyan gençlerle iletişimde olmak çok önemlidir. Onlarla yapılan konuşmaların içeriği değerlendirme, yargılama ve benzeri tavırlardan uzak olmalıdır. Bu gibi ergenleri destekleyici, onlarla yakın ilişki kurmaya yönelik bir iletişimde bulunmak esastır. Bu şekilde intihar girişimlerinden önceden haberdar olunarak engellenebilir.
2. Ergenin sorunlarıyla sağlıklı biçimde baş edebilmesine yönelik başa çıkma becerileri edinmesinde yol gösterici olmak önemlidir.
3. Gevşeme tekniklerinin ve kendine güvenini desteklemek için güvenli davranış tekniklerinin öğrenilmesi destekleyici olabilir. Depresyon intihar eğilimini güçlendirebildiği için bir psikiyatristten yardım istemek uygun olacaktır.

14.1.6. OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK

Obsesyon (saplantı) irade dışı gelen, bireyi tedirgin eden, benliğe yabancı, bilinçli çaba ile kovulamayan, yineleyen düşüncelerdir. Kompulsiyon (zorlantı) ise saplantılı düşünceleri engellemek için yapılan, istenç dışı yinelenen hareketlerdir.

Obsesif kompulsif bozukluğun ortalama başlama yaşı 10 yaştır. OKB'ye erkek çocuklarda kızlardan daha sık rastlandığı bildirilmiştir.

OKB'si olan gençlerde konuşma genellikle düzgün ve aşırı kibardır. Ayrıntılara çok fazla dikkat ederler. Düzenli ve çok titizdirler. Gencin aklı sürekli düşüncelerine takıldığından bu saplantılarından oldukça rahatsız olmaktadır. Düşüncelerden kurtulmak için sürekli bir takım hareketleri yineler. Örneğin erkekleri düşünmenin çok ayıp olduğunu düşünen bir genç kız, bu düşünceden kurtulmak için banyoda yıkanırken bu düşüncelerin onu pislettiğini düşünerek defalarca sabunlanır.

Düşüncede kararsızlık dikkati çeker. Kapılar, pencereler, ocak defalarca kontrol edilir. Bazı gençlerde sayı sayma bir tutku halini alır. Apartmanların kaç kat olduğunu, yerdeki kaldırım taşlarını sayar. Sık sık ellerini yıkar. Genç bunların anlamsız ve saçma olduğunun farkındadır, ama bu düşünce ve davranışlara çoğunlukla engel olamaz.

Obsesif kompulsif bozukluğun psikiyatrik tedavisinde bireysel psikoterapi, farmakoterapi ve bilişsel davranışçı yaklaşımlar genellikle en çok tercih edilen tedavi biçimleridir.

14.1.7. ALKOL VE UYUŞTURUCU MADDE BAĞIMLILIĞI

Alkol ve uyuşturucu madde kullanımı ergenlik döneminde rastlanılan en önemli psikolojik sorunların başında gelmektedir. Bu sorunun temelinde iki temel etken vardır: ergen ruhsal sıkıntılarını gidermek ve rahatlamak için alkol ve/veya uyuşturucu maddeden medet umabilmektedir. İkincisi ise ergenin arkadaş grubunda alkol ve uyuşturucu madde kullanan gençler olmasıdır. Alkol ve uyuşturucu madde kullanımı sonucu ergenin düşünce, davranış ve duygularında ciddi değişiklikler meydana gelmektedir. Ergenin bu maddelere bağımlı hale gelmesi çok ciddi tıbbi ve psikiyatrik bir soruna işaret etmektedir. Alkol ve madde bağımlılığının tedavisinde ilaç tedavisi yanında bireysel ve grup psikoterapilerinden de faydalanılmaktadır. İleri vakalarda kısa ve uzun süreli hastane yatışları gerekebilir.

14.1.8. SINAV KAYGISI

Liseye ve üniversiteye giriş sınavları gibi sistemli çalışmayı gerektiren, rekabet içeren ve gelecek üzerinde önemli etkileri olan sınavlar ergenlik dönemine denk gelmektedir. Kendi iç ve sosyal dünyasında çeşitli çatışmalar yaşayan çocuğun artık üstesinden gelmesi gereken zorlu bir dönem vardır. Sınav kaygısı; edinilen bilgilerin sınav esnasında etkili bir biçimde kullanılmasına engel olan ve başarının düşmesine yol açan yoğun kaygıdır.

Sınav kaygısının nedenleri arasında:

- *Zamanı etkin ve doğru kullanamama*
- *Fizyolojik ihtiyaçları (uyku, dinlenme, sosyalleşme gibi) karşılayamama*
- *Aşırı beklenti ve mükemmeliyetçi tutum*
- *Felaketçi yorumlar bulunmaktadır.*

Çocuğun Sınav Kaygısı Yaşadığını Gösteren Belirtiler:

- *Ders çalışmaktan rahatsızlık duyma.*
- *Ders çalışmayı erteleme.*
- *Derslerle ilgili konuşmalardan kaçırma.*
- *Uzun saatler çalışmasına rağmen verim alamama .*
- *Başarıda düşüş .*

Ergenler için başarısızlık durumlarında yeni gelişmekte olan kimlik ve özgüven darbe alır ve buna bağlı olarak psikososyal ve psikiyatrik sorunlar baş gösterebilir. Uyum ciddi olarak etkilenir. İsteksizlik, korkular, içe kapanma görülebilir. Bu nedenle sınav başarısızlığı sonrası ve bu dönem boyunca psikolojik destek ve profesyonel yardım önem taşır. Zamanını doğru kullanma, dikkati odaklama, doğru nefes ve beden kullanımı ve gevşeme teknikleri hem sınav esnasında hem de öncesinde kaygıyı azaltmada öğrenciye çok faydalı olacaktır.

Ergenlik döneminde mükemmeliyetçi tutum, aşırı beklenti ve zorlamalar olumsuz etki yapacak ve çocuğun hem performansını hem de kendine güvenini olumsuz yönde etkileyecektir.

14.2. ERGENLİK VE STRES

Ergenlik dönemine ilişkin stres yaşantıları, gündelik sıkıntılar ve gelişimsel stres olmak üzere iki grupta incelenebilir.

Gündelik sıkıntılar: Ergenlerin gündelik sıkıntıları anne-baba ilgisizliği, anne babanın ergenden yüksek beklentileri, ailenin sosyal ve ekonomik durumu, yüzeysel arkadaşlık ilişkileri, öğretim yaşamından bıkkınlık, akademik başarısızlık, gelecek endişesi ve zaman baskısı neden olabilmektedir.

Gelişimsel stres:

Ergenlik döneminde en yaygın stres nedeni, hızlı ve yaygın gelişimdir Ergenlerin bir takım gelişim görevleri bulunmaktadır.

- *Sevme, sevilme ve sevgisinin başkaları ile paylaşmasını öğrenme*
- *Değişken toplumsal gruplara dahil olma, bu gruplardaki değişik rolleri ve kendi rolünü öğrenme ,*
- *Kendi cinsinin biyolojik ve psiksosyal rolünü öğrenerek buna uygun davranışlar ve tavırlar geliştirme*
- *Başkalarına ve topluma karşı ödevlerini kavrayacak bir vicdan duygusu, ahlak anlayışı ve değerler sistemi geliştirme*
- *Uygun bir bağımlılık-bağımsızlık tarzı geliştirme ve yürütme*
- *Fiziksel görünüşünü kabul etme ve bedenini etkili bir biçimde kullanma*
- *Dil, sayılar, şekiller v.b simgelerle düşünmesini, bunları etkili bir biçimde kullanmasını öğrenme ve soyut kavramları anlama, oluşturma yeteneğini geliştirme*
- *Fiziksel çevre ve dünyasını keşfedip kontrol etmesini öğrenme*
- *Eş seçme, evlenme, aile kurma gibi sosyal rollere hazırlık*
- *Bir meslek seçme ve çalışma hayatına hazırlık*

Ergenlik dönemine özgü olan bu gelişimsel görevlerin başarılı bir şeklide yerine getirilmesi ergeni mutlu kılmakta ve ilerde karşılaşacağı görevlerde de başarılı olmasını kolaylaştırmaktadır. Başarısız olması ise mutsuzluk ve topluma uyum sorunlarının yanı sıra sonraki gelişim görevlerinin başarılmasını güçleştireceği düşünülmektedir.

Ergenlik döneminde stresle başa çıkma

Yapılan araştırmalarda , benlik saygısı düşük, depresif , sosyal destekten doyum sağlayamayan ve toplumsal uyumu zayıf olan ergenlerin çoğunlukla kaçınma stratejisini kullandıkları görülmektedir.

Ergenlerin, etkili olmayan başa çıkma stratejilerini kullanmaları, onların kişilerarası ilişkilerini sınırlandırmakta, daha sonra karşılaşabilecekleri stresli yaşantılarda başa çıkma becerilerini ve kaynaklarını kullanma ve geliştirme fırsatlarını da azaltmaktadır. Bunun yanı sıra ergenlik döneminde bilişsel alanlarda soyut zekanın gelişmesiyle ve deneyim artışıyla birlikte başa çıkma stratejilerinde çeşitlilik ve özellikle de sorun çözme becerilerinde artış gözlenmektedir.

Ergenlerin stresle başa çıkarken yararlandıkları en etkili kaynaklardan birini sosyal rol modelleri olduğu söylenebilir. Sosyal rol modelleri, ergenleri için aynı zamanda sosyal destek kaynaklarıdır.

Sosyal destek; bireye bilgi verme, duygusal destek, maddi yardım, takdir, bireyin sorunları ile başaçıkmasına yardım etme , bireye model olma, sosyal ilgi biçiminde görülen çok boyutlu bir kavramdır. Ergenlerin en önemli sosyal destek kaynakları aile, arkadaşlar ve öğretmenleridir.

İlgili araştırmalar incelendiğinde, ergenlerin en sık kullandığı etkili ya da etkisiz stresle başaçıkma stratejilerinin gevşeme, kendine güven, sorun çözeme, mizah, akran desteği, eğlence, şiddete veya dine yönelme, madde kullanımı, duygusal boşalım ve dikkati başka yöne çekme olduğu görülmüştür.

14.3. ERGENLİK VE ARKADAŞ İLİŞKİLERİ

Ergenlik dönemindeki arkadaşlık çocukluk dönemi arkadaşlığından farklıdır. Bu dönemde bireyler için paylaşım çok önemlidir. Arkadaşlıklar; notlar, zamanlarını nasıl geçirdikleri, katıldıkları sosyal etkinlikler, toplumsal alanda nasıl davrandıkları gibi ergenlerin yaşantısının büyük bölümünü etkilemektedir. Ergenlikle beraber arkadaşlık ilişkileri hem daha önemli hem de daha karmaşık bir hale gelmektedir. Arkadaşlığın boyutları ve şekli değişmektedir. Arkadaşlık ilişkileri ilerleyen yıllardaki romantik ve cinsel ilişkiler için de temel oluşturmaktadır.

Her yaştaki çocuk bir yere ait olma isteğindedir. Çocuklar ergenlik dönemine yaklaştıklarında arkadaşlıklarda samimiyet daha fazla artar ve daha önemli hale gelir. 13-17 yaş arası dönemde arkadaşlık; müzik, giyim veya dış görünüm, sosyal etkinlikler gibi alanları daha çok etkiler. Ait olunan arkadaş grubu ergenin kişilik gelişimi ve çevresi ile ilişki kurma biçimi üzerinde etkili olmaktadır. Ergenin içinde bulunduğu arkadaş grubu ayna görevi üstlenerek ergenin kendisini tanımasını ve kendini değerlendirmesini sağlar. Bu durum sonrasında genç yetişkinlerde kimlik duygusunun oluşmasında önemli rol oynar.

•Arkadaşlık kurmakta zorlanan gençlerin öz güvenlerinin daha düşük olduğu, okulda daha başarısız oldukları, daha fazla devamsızlık yaptıkları ve daha fazla suça yönelik davranışta bulundukları görülmektedir.

•Birçok ebeveyn çocuklarının arkadaşlarının hayatlarında çok fazla etkisi olduğunu ve bu nedenle kendi rollerinin azaldığını düşünür. Aynı zamanda,çocuklarının kurdukları arkadaşlıkların onlara zarar vermesinden endişe duyarlar.

Çocuğunuzun sağlıklı arkadaşlıklar kurabilmesi için:

•Çocuğunuzun arkadaşlarını tanıyın
•Çocuğunuzun arkadaşlarının ebeveynlerini tanımaya çalışın
•Çocuğunuzla arkadaşlar, arkadaşlık ve seçim yapma üzerine konuşun
•Çocuğunuza zor bir durumdan nasıl kurtulabileceğini öğretin
•Riskli ve sağlıklı olmayan davranışlarını engelleyebilmek için arkadaşlıklarını gözlemleyin
• İyi arkadaşlıklar açısından örnek olun

14.4. ERGENLİK VE AİLE İLİŞKİLERİ

Ergenlik dönemi aile ile ilişki dinamiklerinin değiştiği bir dönemdir. Çocuklar anne ve babasının değer yargılarını sorgulayabilmekte ve bununla bağlantılı çatışmalar yaşayabilmektedir. Bu dönemde tartışmalar, kavgalar sık olabilmekte ve ebeveynler çocuklarından sıklıkla yakınabilmektedir.

ERGENLİĞİN İLK YILLARINDA EBEVEYNLERİN ÇOCUKLARI İÇİN DÜŞÜNCELERI:

• Asi ve hırçın
• Duyguları değişken
• Alıngan, karamsar
• Sıkılgan, durgun ve dalgın
• Başına buyruk ve sorumsuz
• Banyoya girmiyor
• Olur olmaz her şeye ağlıyor
• Ders çalışmıyor
• Süse düşkün
• Çok geziyor

Çocuklarınız İle Etkili İletişim İçin Ailelere Öneriler:

•Davranışlarının size kasıt değil, dönem özellikleri olduğunu unutmayın .
•Çocuğunuza güvenin ve inanın.
•Dinleme becerilerinizi geliştirin .
•Kimseyle kıyaslamayın .
•Sorunları başka insanlar yokken konuşmaya çalışın .
•Yalnız kalmasına izin verin, ısrarla odasına girmek istemeyin .
•İkiniz de sinirliyken konuşmayın .
•Arkadaşlarını eleştirmeden önce tanışın .
•İnternet kullanımı ile yalnızca sizin kararınızı ön plana almayın, ortak karar almaya çalışın .

•Bedeni ile ilgili görüşlerini konuşmaya çalışın .
•Her gün bir süre öğüt vermeden baş başa sohbet edin .
•Meslek seçimi ile ilgili olarak yeteneklerini ön plana çıkarmaya çalışın .
•Büyük misyon ve sorumluluklar vermeyin.
•Çocuklar bu dönemde var olmak, fark edilmek ve güvenmek ister; kabul edin .
•Suçlayıcı , yargılayıcı " sen " iletileri yerine kendi duygu ve düşüncelerinizi açıklayabileceğiniz "ben " iletileri vermeye çalışın .
•Kazanma ve kaybetme yarışına girmeyin; sorun çözme yöntemleri üzerine birlikte düşünün .
•Suçlamayın, azarlamayın, tehdit etmeyin, eleştirmeyin, utandırmayın , yargılamayın ve dalga geçmeyin .
•Emretmeyin seçenek sunun .
•Kazanmasını istediğiniz iyi alışkanlıklar ile ilgili örnek olun, yönlendirin, güven verin, takdir edin .
•Özgürlük alanı sunun .
•Hata yaptığında suçlayıcı bir tavır takınmak yerine, onun düşüncelerini dinlemeye çalışın.
•Çocuğunuzun sorumluluk sahibi bir birey olabilmesi için, onu sürekli korumak yerine getirebileceği sorumluluklar verin.
•Yaşadığı sorunlar karşısında baş edebilmeyi öğrenmesi için nerede hata yaptığı ve bunun sonuçlarının neler olabileceği konusunda somut biçimde konuşun .
•Çocuğunuzun bir sıkıntı ya da paylaşmak istediği bir konu olduğunda sizinle rahat biçimde konuşabileceğine dair onu cesaretlendirin.
•Davranışlarında hata gördüğünüzde bunun sonuçlarının büyük boyutlara ulaşmasını beklemeden yerinde bir müdahalede bulunmaya çalışın .

ANNE-BABALARIN YARDIM ALMASI GEREKEN KONULAR

- *Ergenin evdeki bireylerle iletişimini kesmesi*
- *Beslenme alışkanlıklarında ciddi değişiklikler ortaya çıkması*
- *Şiddete yönelik davranışlar sergilemesi*
- *Okula gitmemesi*
- *Cinsellikle aşırı uğraş halinde olması*
- *Sinir krizleri geçirmesi*
- *Kanunlara aykırı davranışlarda bulunması*
- *Depresif bir ruh halinin gözlemlenmesi*

PROF. DR. SEDAT ÖZKAN
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı Kurucusu ve Başkanı (1989-2011)
Onkoloji Enstitüsü Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı Başkanı (1993-2011)
Avrupa Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Birliği Yönetim Kurulu Üyesi
2005 Avrupa Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Kongresi Başkanı
2011 Dünya Psiko-Onkoloji Kongresi Başkanı
Psikososyal Onkoloji Derneği Başkanı
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Derneği Başkanı
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Derneği Kongreleri Başkanı
Humanite Psikiyatri Tıp Merkezi Direktörü

Prof.Dr.Sedat Özkan

Özkan, İstanbul Amerikan Robert Kolejinde 1973 yılında lise öğrenimini tamamlamıştır. Robert Kolej Bilim Büyük Ödülü ve TÜBİTAK proje ödülü sahibidir.

1979 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun olmuş, 1984 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nde psikiyatri uzmanı olmuştur.

1984-1986 yılları arasında Adana'da zorunlu devlet hizmetini yapmış, bu sürede servis sorumluluğu yanı sıra seminerler ve eğitimler düzenlemiştir.

1986 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ne dönmüş ve doçent olmuştur.

1988-1989 yılları arasında GATA Haydarpaşa'da askerlik yapmıştır.

Özkan 1993 yılında profesör ünvanını almasının ardından 1995-1998 yıllarında Psikiyatri Anabilim Dalı ve Psikiyatri Vakfı başkanlığı yapmıştır. Psikiyatri yataklı servis uygulamalarını koğuş anlayışından çıkararak belirli hastalık ve hasta gruplarına özelleştirmiş, daha hümanist uzmanlaşmayı ve sürekli gelişmeyi sağlamaya açık bir sistem geliştirmiştir.

Prof. Dr. Sedat Özkan, tıp ve uzmanlık eğitimi üyeliği süresince şu yurt dışı kuruluşlarda eğitim almış ve çalışmıştır:

- Christ's College-Cambridge, England
- University Dept. of Psychiatry, Guys Hospital, London, England
- St. Olave's Hospital, London, England
- Bexley Mental Health Hospital, Kent, England
- University of Oslo, Norway (Dünya Sağlık Örgütü burslusu olarak)
- St. James University Hospital, Leeds, England (Leeds General Infirmary " ve York'daki Epilepsy ve E.E.G. Center'da Prof. Parsonage'nin yanında çalıştı)
- University of Manchester, Psikoonkoloji Eğitimi, England
- University of Pennsylvania, Philadelphia, USA-Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Kognitif Terapi Eğitimi (acil psikiyatri, konsültasyon liyezon psikiyatrisi, kognitif psikoterapi alanlarında misafir öğretim üyesi olarak çalıştı. Bu süre içerisinde konsültasyon-liyezon psikiyatrisi bölümünün klinik ve eğitim etkinliklerine katıldı. Araştırma görevlilerine dönük klinik süpervizyon sağladı, akademik etkinliklere katıldı. Bu dönem içinde "Cognitive Therapy Center"da Prof. A.Beck ile çalıştı)

İstanbul Tıp Fakültesi'nde Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı'nın kurucusu olan Özkan yine ülkemizde ilk ve tek olan Onkoloji Enstitüsü bünyesinde "Psiko-onkoloji Bilim Dalı" başkanlığını ve enstitü bümyesinde yüksek lisans eğitimi sorumluluğunu da yürütmüştür.

Ülkemizde gün geçtikçe yaygınlaşan ve yerleşiklik kazanan bu önemli disiplinlierin önderliğini yapan Pro. Dr. Sedat Özkan, 1990 yılından bu yana ulusal konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve psikosomatik tıp bilimsel aktivitelerini (sempozyum, kongre, mezuniyet sonrası eğitim, kurs vb.) yürütmektedir.Uluslararası bilim topluluklarında 100'ün üzerinde tebliğ sunmuştur. Dört kitabı vardır. 1993 yılında yayınladığı "Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi" kitabı dünyada ilklerdendir. 180'in üzerinde araştırması psikiyatri ve psikosomatik tıp alanın 22 kitapçığı vardır.

Öncülüğünü yaptığı bu alandaki yüzlerce çalışmaları, araştırmaları, yayınları ve girişimleri sonucu 2005 yılında 8. Avrupa Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Kongresinin (EACLLPP) ve 2011 yılında 13. Dünya Psikoonkoloji Kongresinin (IPOS) başkanlığını yaparak bu kongrelerin ülkemizde gerçekleşmesinin sağlamıştır. 5 yıl için Avrupa KLPP yönerim kurulu üyeliğinde bulunmuş ve bu alanlarda öncülük etmiştir. Avrupa ve Dünya Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikoonkoloji Bilim Topluluğu'nda ülkemizi temsil etmektedir.

Prof. Dr. Sedat Özkan, alanında liderlik yapmış, ülkemiz tıp ve biliminin evrensel standartlara ulaştırılması ve toplumda ruh sağlığı bilincinin gelişmesi konusunda dikkat çekici, çarpıcı ve yaratıcı çalışmalara imza atarak, bilimsel hayatımıza ve düşünce dünyamıza yeni ufuklar kazandırmıştır.

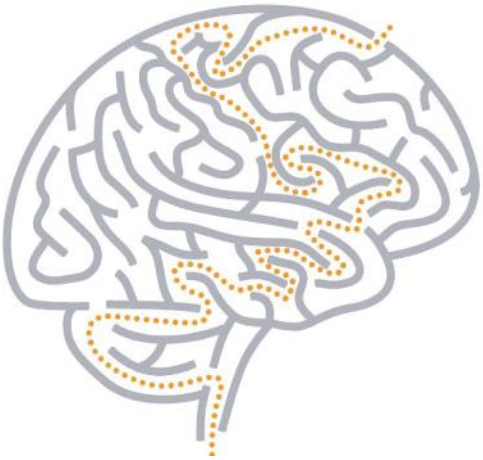
Hekimler, hastalar, aileler ve topluma dönük düzenlediği toplantılarda psikiyatriyi geleneksel anlamından öte çağdaş, evrensel standartlara yükseltmeyi, hastalıklara ve yaşama psikolojik bakış açısına geliştirmeyi hedeflemiştir. İstanbul Üniversitesi bünyesinde Hasta Okulu programının psikiyatri alanının sorumluluğunu 1997 yılından bu yana sürdürmektedir.

Psikiyatrinin toplumun hizmetine sunulmasını ve toplumsal sorunların bilimsel humanistik ve çağdaş yöntemlerle çözümlenmesine yönelik olarak kullanılması doğrultusunda projeler yürütmüştür. Ayrıca, görsel ve yazılı basında topluma dönük aydınlatıcı yüzlerce konuşma, sunu ve danışmanlığı olmuştur.

Prof. Dr. Sedat Özkan Türkiye'de iki yeni bilim dalı kurmuş bir öğretim üyesidir. Türkiye'de Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikoonkoloji'nin kurucusu, lideri ve yürütücüsüdür. Alanında ilk olan kitapları, yüzlerce çalışması, yayınları, eğitimleri, ulusal kongre başkanlıkları, aldığı ödülleri, uluslar arası temsilcilikleri, üniversitesi için ulusal düzeyde çalışmaları ile öncü bilim adamıdır. Binlerce öğrenci, yüzlerce uzman ve öğretim üyesi yetiştirmiştir. Ulusal düzeyde görsel ve yazılı basında programlan ile düşünce dünyası ve yaşam biçiminin çağdaşlaştırılması ve Türkiye'nin batı standartlarına ulaşması doğrultusunda seçkin çalışmalar yapmıştır.

Çalışmaları, ilkeleri, araştırmaları, yayınları, değerleri, sorumlulukları, başkanlıkları, uluslararası temsilcilikleri ile hizmetlerini Istanbul Üniversitesi'nde, çeşitli hastanelerde ve kurduğu Humanite Tip Merkezi'nde sürdürmektedir. Humanite Tip Merkezi, onyıllara dayanan mesleki ve bilimsel birikimi bireyin, ailenin, toplumun sağlığına sunmayı amaçlamaktadir. Bu merkez, ülkemiz psikiyatrisinde "Gün Hastanesi" modelini sunmaktadır. Özkan, evrensel, bilimsel ilkeler, ahlaki ve insani ilkeleri tavizsiz benimsemiş, adanmışlık ruhu ile mesleğini yürüten, emek, aşk ve bilimi bütünleştiren anlayışla çalışmakta ve yasamaktadır.

Prof. Dr. Özkan evli ve 4 çocuk babasıdır. Eşi Prof.Dr.Mine Özkan hem hayat arkadaşı, hem meslektaşı olup, İstanbul Tıp Fakültesi Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı ve Onkoloji Enstitüsü Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı başkanıdır.



Psikiyatri ve psikolojide

yepyeni bir uygulama başlattık.

GÜN HASTANESİ MODELİ.

Hastaneye yatış gereksinimini azaltan Gün Hastanesi Modeli

ile günlük yoğun gözlem, günübirlik gözlem

ve tedavi imkanı sunuyoruz.

ÖZEL HP HUMANİTE TIP MERKEZİ

Beden - Beyin - Ruh Bütünlüğü

Esentepe Gazeteciler Sitesi Matbuat Sokak No: 25 Esentepe - Şişli - İstanbul
O 212 274 78 78

www.humanitepsikiyatri.com

BİLİMSEL ADRES

Humanite Psikiyatri

www.humanitepsikiyatri.com

ÖZEL HP HUMANİTE TIP MERKEZİ

Psikiyatri, Çocuk Psikiyatrisi, Psikoloji, Dahiliye, Nöroloji, Çoçuk Sağlığı

Beden-Beyin-Ruh Bütünlüğü
GÜN HASTANESİ MODELİ

AKADEMİK KADROMUZUN SUNDUĞU ÜST UZMANLIK HİZMETLERİMİZ

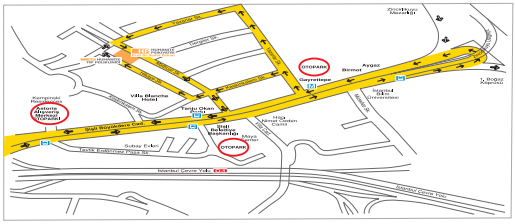
Psikoterapi Birimi (Medikal Psikoterapi Aile ve İlişki Terapisi Bilişsel Davranışçı Terapi Grup Terapileri)	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (Psikocerrahi, Nöropsikiyatri, Psikokardiyoloji, Kadın Doğum Psikiyatrisi, Dahili Tıpta Psikiyatri)	Psikosomatik Tıp (Stres, Ruhsal Kökenli Bedensel Hastalıklar, Ağrı Bozuklukları)
Dahiliye & Biyokimya Laboratuvarı	Klinik Psikiyatri (Duygudurum,Kaygı, OKB, Psikotik Boz. Depresyon)	Nöroloji Psikoloji - Nöropsikoloji Laboratuvarı
Gün İçi Gözlem ve Günübirlik Yatış Servisi	Kanser Psikiyatrisi	Mezuniyet Sonrası Eğitimler Kurs - Staj - Süpervizyon
Alkol, Madde, İnternet Bağımlılığı Bağımlılık Danışmanlığı	Rehabilitasyon ve Uğraş Terapisi	Psikoyaşam Eğitim Seminerleri
Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi	Acil Psikiyatri	EEG
Ruhsal Travma Birimi	TMS	Yaşlılık Psikiyatrisi
Cinsel İşlev Bozukluğu	EMDR	Psikodiyet

KLİNİK HATTI
0212 274 78 78

GENEL KOORDİNATÖR
0532 734 68 06

UZMAN DOKTOR DANIŞMA HATTI
0544 542 43 69

Esentepe Mh. Gazeteciler Sitesi Matbuat Sokak No:25
Esentepe – Şişli – İstanbul Telefon: 0212 274 78 78



Prof.Dr.Sedat Özkan