



Özel Eğitime Gereksinimi Olan Çocukların Değerlendirilmesinde Klinik Psikologların Rolü*

Melda Akçakın**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Bu makalede, zihinsel özürlü çocukları değerlendirme sürecine, tanı konmasına, ailenin bilgilendirilmesine ve eğitim planının yapılmasına değinilmektedir. Ayrıca, zeka özürü ve farklı psikolojik belirtiler nedeniyle ailelerin, ebeveynlerin ve kardeşlerin yaşadıkları güçlüklerle yer verilmiştir. Tanı koymanın önemi vurgulanırken, tanı ve tedavi sürecinde çocuğun sadece zihinsel kapasitesinin değil, kişilik özelliklerinin de dikkate alınması gerektiği üzerinde durulmaktadır. Aileye, okula ya da ilgili kuruluşlara bilgi verilirken çocuğun olumlu özelliklerine de yer verilmesi ve çözüm önerileri getirilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır. Makalede, özel eğitime gereksinim duyan çocukların değerlendirilmesi, konuyla ilgili kaynaklar ve yazarın deneyimleri çerçevesinde ele alınmaktadır.

Anahtar sözcükler: *Zihinsel Özur, Değerlendirme, Psikolojik Belirtiler, Ailenin Yaşadığı Güçlükler.*

The Role of Clinical Psychologist in the Assessment of Special Needs Children

Abstract

This paper presents a brief review on the individual and family assessment, diagnosis and education planning of mentally retarded children. The importance of the diagnosis process and the consideration of child's personality characteristics together with his/her mental capacity in this process are specifically emphasized. It is also crucial to focus on the positive personality characteristics of the child while informing the family or the referring institution. In addition, the variety of psychological symptoms in mental retardation and the difficulties of parents and siblings are also discussed with regard to the author's personal experience in the field and review of the relevant literature.

Key words: *Mental Disability, Assessment, Special Needs Children, Psychological Symptoms, Parents and Siblings.*

* 8. Ulusal Özel Eğitim Kongresinde sunulmuş konferanstan özetlenmiştir, 1998 Edirne.

**Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Otistik Çocuklar Tanı Tedavi Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara

Klinik psikologlar, temel psikoloji eğitiminden sonra, psikopatoloji, psikolojik testler, ruhsal tedaviler ve araştırma alanlarında özel beceri ve bilgi kazandırmayı amaçlayan ve uygulama deneyimini de içeren bir eğitimden geçerler. Psikoloji lisans eğitiminden sonra klinik psikoloji alanında yüksek lisans ve doktora eğitimini tamamlamış psikologlara klinik psikolog denilir (Savaşır, 1979).

Klinik psikologlar, yoğun olarak yetişkin ve çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları (psikiyatri) kliniklerinde çalışmalarının yanısıra, nöroloji, cerrahi, rehabilitasyon, pediatri gibi kliniklerde de giderek artan sayılarda çalışmaya başlamışlardır. Ayrıca, okul öncesi, ilköğretim, lise ve yük-

ların ilk sıralarda yer aldığı görülür.

Kliniklere başvuru sıklıklarına bakıldığında (Tablo I), zeka sorunuyla gelen çocukların bazı çalışmalarda birinci sırada (Avcı, 1992; Kürşad, 1979; Epir, 1974), bazılarında üçüncü sırada yer aldıkları bulunmuştur (Erol, 1988; Sonuvar, Yörükoğlu, Öktem ve Akyıldız 1982). Ülkemizde çocuklarda kronik hastalıkların sıklığı üzerine yapılan bir çalışmada 37623 çocuk taranmış ve 786 çocukta zihinsel motor geriliği olduğu saptanmıştır. Genel olarak diğer çalışmalarda zihinsel motor geriliği sıklığı % 2.1 olarak bulunurken, çocukluk çağında görülme sıklığının % 2 ile % 4 arasında değiştiği bildirilmiştir (Ro-Codec, 1997).

Tablo 1. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dallarına başvuran çocuklarda belirti görülme sıklığı

	N	Zeka Özürü %	Enüresis %	Sinirlilik %	Kekemelik %
Epir 1974	107	30	6	16	26 *
Kürşad 1979	451	8.98	8.87	8.76	4.38
Sonuvar ve ark. 1982	2367	12.5	21.3	8.2	16
Erol 1988	720	11.25	13.5	12.08	8.61
Avcı 1992	415	15.7	11.2	9.2	5.5
Tanrıöver 1996	514	- **	11.72	10.3	12.79

sek öğrenim ve eğitim kurumları, suçlu çocuk ve yetişkinlere yardımcı olabilmek için cezaevleri, yaşlılar ve özel bakım evleri gibi kurumlar klinik psikologların çalışma alanlarındandır (Cansever, 1982).

Klinik psikologlar, ister çocuklarla ister yetişkinlerle çalışsınlar, hizmet verdikleri bireylerin bir kısmı özürlü bireylerdir ve bu özürlü bireyler içinde de ağırlığı zihinsel özürlü bireyler oluşturmaktadır. Ülkemizde, çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları kliniklerine başvuran çocukların yakınmaları incelendiğinde, zeka özürlü çocuk-

Zihinsel Özürlü Çocukları Değerlendirme

Zihinsel özürlü çocukların önemli bir kısmı gelişimlerdeki bir aksama (çoğunlukla konuşma gecikmesi), eğitim sorunu ya da okulda başarısızlık yakınmalarıyla kliniklere getirilmektedir. Kliniğe getirilen çocuklar standart bir değerlendirme sürecinden geçirilirler. Tablo 2'de bu değerlendirme aşamasındaki adımlar sunulmuştur. Klinik psikolog, konuşma gecikmesi ve okul başarısızlığı yakınmalarıyla gelen çocukla-

rı diğer çocuklarda olduğu gibi, ayrıntılı olarak değerlendirme durumundadır. Değerlendirmede birinci adım, çocuğun gelişim, kişilik özellikleri, sorunun ne zaman başladığı ve çevresine uyum yetilerine ilişkin öyküsünün ailesinden ayrıntılı olarak alınmasıdır. İkinci adım olan çocukla iyi bir ilişki kurmaya yardımcı olacak oyun oynama ve istediği resmi yapma çalışmasının ardından, üçüncü adımda, ülkemizde kullanılan ve çocuğun yaşına uygun olan değerlendirme araçları (İnsan Resmi Çizme Testi - İÇT, Cümle Tamamlama Testi - CTT ve Bender Ges-

Tablo 2. Değerlendirme aşamaları

- 1- Gözlem
- 2- Öykü alma
 - Aileyle ve çocukla Görüşme
- 3- Kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi (Kullanılan Araçlar)
 - İnsan Resmi Çizme Testi
 - Cümle Tamamlama Testi
 - CAT (Bellak & Bellak , 1971)
 - CBCL (Achenbach, 1991 a; Erol, Aslan ve Akçakın, 1995)
 - TRF (Achenbach, 1991 b)
- 4- Görsel motor- Görsel bellek (Kullanılan Araçlar)
 - B-G (Bender, 1938; Yalın, 1980)
 - Benton (Benton, 1974 ; Erol, Akçakın ve Söhmen 1977)
- 5- Gelişim düzeyi ya da zihinsel yönden değerlendirme (Kullanılan Araçlar)
 - AGTE (Savaşır, Sezgin & Erol 1994)
 - Peabody (Katz, Önen, Demir ve Perihan, 1974)
 - SB (L-M) (Terman ve Merril, 1973)
 - WISC-R (Wechsler, 1974 ;Savaşır ve Şahin, 1988)
- 6- Uluslararası sınıflandırma sistemlerine göre DSM IV (1994)
 - ya da ICD 10 (1992) tanı ölçütleri
- 7- Konsultasyon
 - Çocuk nörolojisi konsultasyonu
 - Odyolojik değerlendirme
- 8- Ayırıcı tanı
- 9- Aileyi bilgilendirme
- 10- Eğitim planının yapılması

talt Görsel Algılama Testi - B-G (Bender, 1938; Yalın, 1980)) uygulanır.

Gelişim gecikmesi ya da okul başarısızlığı sorunu ile gelen çocuklara işbirliği yapma derecesine göre, hiç konuşmuyor ve verilen komutlara uymuyorsa, gelişim tarama envanterleri; konuşmuyor ancak komutlara uyuyorsa Peabody Resim Kelime testi (Katz, Önen, Demir ve Perihan, 1974) uygulanabilir. Okul çağındaki çocuklara ise Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R) uygulanmaya çalışılır. Ancak çocuğun iletişim kurmada ciddi sorunları ya da işbirliği yapmada güçlükleri varsa Stanford Binet (S-B) uygulanması daha uygun olur.

Zihinsel yönden değerlendirme, zeka testleri, çocuğun başardığı ve başaramadığı maddelerin analizi, ele alınan çocuğun zihinsel yönden güçlü ve zayıf yanları hakkında ipuçları verir (Wenar, 1994). Zeka testleri özel alanların işlevleri hakkında bilgi vermekle birlikte genellikle bütünsel olarak zihinsel işlevlerini değerlendirir. Diğer kişilik özellikleriyle karşılaştırırsa, zeka test sonuçları oldukça durağandır. Bu değişmezlik yaş büyüdükçe daha belirginleşir (Halperin ve McKay, 1998). Diğer bir deyişle, okul öncesi dönemden çok, okul çağlarından itibaren altı yaş sonrasında daha iyi bir yordama yapılabilir. Altı yaş sonrasındaki zeka test sonuçlarıyla 18 yaşındaki zeka test sonuçları arasında daha güçlü bir ilişki vardır (Mussen, Conger ve Kagan, 1974).

Zeka test puanları bireyin o andaki zihinsel işlevlerini tanımlar ve çocuğun ruhsal durumuna, çevresel koşullara ya da uygulanan eğitim programına göre değişebilir (Halperin ve McKay, 1998). Zeka testleri zeka bölümü katsayısına (ZB) bakmaksızın çocuğun düşünme stili hakkında önemli ipuçları verir. Düşünme sti-

li, psikolojik sağlıkla ya da bozuklukla yakından ilgilidir. Zeka da kişiliğin bir parçasıdır. Örneğin, dürtüsel çocuk, genellikle hemen aklına geleni söylerken, obsesif bir çocuğun çeşitli seçenekler sunduğu gözlenir.

Zeka testleri klinisyenler için zengin bir gözlem olanağı sağlar, kişinin sorunlarla nasıl başettiği, keyifli mi, mutsuz mu çalıştığı, kendi içinde daha başarılı olduğu ya da zorluk çektiği alanlar hakkında bilgi verir. Ayrıca, klinisyen çocuğun çalışma alışkanlıklarını değerlendirir. Bazı çocuklar çok fazla desteğe ihtiyaç duymazken, bazı çocuklar daha güvensizdir ve sürekli olarak doğru yapıp yapmadıkları konusunda destek ve onay ararlar (Wenar, 1994).

Birey sadece zeka test puanlarıyla değil, uyum işlevleriyle de değerlendirilmelidir. Bireyin zeka özürünün değerlendirilmesinde zeka testlerinin tek başına yeterli olmadığı düşünülmektedir. Zeka testlerine ek olarak uyum gücünün de değerlendirilmesinin gerekliliği üzerinde durulmaktadır. Bu konuda, Batı ülkelerinde Vineland Uyum Davranış Ölçeği, günlük yaşam becerilerinin, iletişim becerilerinin sosyalleşme düzeyinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu alanda kullanılan diğer bir ölçek de Amerikan Zeka Özürlüler Derneği'nin Uyum Davranış Ölçeğidir (Helperin ve Mckay 1998). Ülkemizde Vineland Uyum Ölçeğinin Türkçe'ye kazandırılma çalışmaları sürmektedir, ancak halen çevreye uyumu değerlendirmede yaygın olarak kullanılan bir ölçek yoktur.

Psikolojik test uygulamaları sonucunda, diğer klinik değerlendirmelerden farklı olarak, davranışın standart ve objektif ölçümleri elde edilir. Test verileri, kişinin zihinsel, bilişsel, akademik ve kişilik özellikleri hakkında önemli bilgiler sağlar. Bu veriler, tedavinin gelişimini

değerlendirmede, tedavi planının yeniden değerlendirilmesinde, bireyin değişen gereksinimlerini değerlendirmede son derece yararlıdır (Halperin ve Mckay, 1998). Klinisyenin zeka özürü tanısını kesinleştirmeden önce çocukta özellikle özgül öğrenme güçlüğü, depresyon, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yaygın gelişimsel bozukluğun olmadığı konusunda ayırıcı tanı koyması gerekir.

Tanı Koyma ve Aileyi Bilgilendirme

Tanı koyma, çocuğun geleceğini doğrudan etkileyeceği için çok önemli bir aşamadır. Tanı konusunda karar verirken tek bir zeka değerlendirmesi yeterli değildir, belli aralıklarla yapılan en az iki uygulamada benzer sonuçlar bulunması gerekir. Ayrıca, diğer çevreye uyum ölçütlerini de dikkate alarak tanıyı kesinleştirmek daha doğrudur. İki uygulama sonucunda karar verilmesinin klinik uygulamalarda daha güvenilir olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde zeka testi eğitimi olarak uygulama yapan psikolog sayısı halen azdır. Klinik ortamda, sık olmasa da zaman zaman, olması gereken eğitim düzeyi konusunda doğru karar verilmemiş olan çocuklarla karşılaşmaktadır. Tanı koyma önemli bir karar aşamasıdır, çünkü bu, ailenin gelecekle ilgili eğitim planlarını yeniden gözden geçirmesine neden olur. Çocuğuyla ilgili aile ile görüşülürken, onlardan kendi gözlemlerine göre çocuklarını değerlendirmeleri istenir ve neleri yapıp neleri yapmadığı, akademik ve sosyal becerilerinin ne olduğu konuları birlikte yeniden gözden geçirilir. Klinisyenin yaptığı değerlendirme sonucuyla, ailenin yaptığı değerlendirme arasındaki benzerlikler ve farklılıklar tartışılır. Çocuğun seviyesine uygun olarak neleri yapabileceği aileyle birlikte gözden geçirilir.

Aileye bilgi verilirken, zeka testi sonuçları

ZB puanı olarak ifade edilmez, zeka düzeyi için hafif ya da orta derecede özürlü gibi ifadeler kullanılır. Çocuğun kişilik özellikleri dikkate alınarak ve gözlenen olumlu özellikleri de vurgulanarak, bu zeka düzeyindeki çocuktan neyin beklenebileceği tartışılır (Cansever, 1982). Görüşme sonucunda, aile klinisyenin yanından çaresizlik ve umutsuzluk duygularıyla değil, konuyla ilgili bilgilenmiş ve çocuğuyla nasıl baş edeceğini bilen, neler yapacağı konusunda bir fikir sahibi olmuş ve bir şeyler yapmaya hevesi artmış olarak ayrılmalıdır.

Çocuğun zeka düzeyi bildirilirken, özellikle de zeka özürlü bir çocuğun sonucu bildirilirken, psikolog empati kurmaya ve durumu paylaşmaya özen gösterir. Psikolog yüzlerce vaka görüp bu tür durumları kanıksamış olsa bile, aile için, hele çocuk ilk kez değerlendiriliyorsa, verilen bilgi yepyeni bir bilgidir. Sonuç asla mekanik bir biçimde bildirilmemelidir. Her çocuk ailesi için büyük önem taşır ve biriciktir. Değerlendirme sonucunu bildirme görüşmesinde, önce çocuğun olumlu özellikleri daha sonra zorluk çektiği alanlar paylaşılır. Bu koşullarda ailenin neler düşündüğü, neler yapmayı planladığı gözden geçirilir. Çocuk için en uygun eğitim olanaklarının neler olabileceği ve ülkemizin koşullarında varolan seçenekler konusunda da bilgilendirme yapılır.

Özürlü çocukların aileleri ile yapılan görüşmelerde çocuklarla ilgili ailenin beklentilerinin yeniden gözden geçirilmesi gerekir. Sürekli başarısızlıkla karşılaştıklarından hevesleri kırılmış ve çaresizliği öğrenmiş olabilirler. Çocuğun hevesinin ve motivasyonunun nasıl artırılacağı konuşulmalıdır. Bu yüzden, çocukların hoşlandığı oyunların araştırılması ve en çok nelerden zevk aldıklarının bulunması yararlı olur. Yapabildikleri, başarabildikleri şeylerin de olduğu-

nun farkına varmaları çocukların coşkusunu ve motivasyonunu artırır. Bu süreçte en olumsuz durum çocukların ve ailelerin hevesinin kırılmasıdır. Böylesi bir durum gelişmeyi olumsuz yönde etkiler.

Ailelerin dikkat etmeleri gereken bir nokta da, çocuklarına tutarlı ve kesin davranabilmelelidir. Bu nokta bütün çocukların yetiştirilmesinde gerekli ve önemlidir. Ancak bu, özürlü çocuklar için çok daha önemlidir. Çocuklar, yapılması gereken ve gerekmeyen şeyleri ayırt etmeyi ancak anne babalarının tutarlı, kesin ve net davranışları sayesinde öğrenirler.

Hem zihinsel özürde hem de diğer özürlerde erken tanı çok önemlidir. Çocukların zorlukları ne kadar erken dönemlerde fark edilirse ve ne kadar erken eğitime başlanırsa o kadar iyidir (örneğin, Down sendromlu çocuklarda, bebeklik döneminde eğitime başlanmaktadır).

Test Raporu

Zeka test sonuçları çok özel ve gizli kalması gereken bilgilerdir. Başka bir meslektaşına konsültasyon isteyen hekime veya ilgili başka birine bilgi verilirken ayrıntılara kaçmadan, çocuğun fiziki gelişiminin yaşına uygunluğu, hevesli çalışıp çalışmadığı, klinik psikologla kurduğu ilişki hakkında bilgi verilmeli ve test uygulaması sırasındaki gözlemler kısaca aktarılmalıdır. Raporunda, adli vaka olmadıkça, test puanının yazılması uygun değildir. Değerlendirme raporu yazılırken çocuğun seviyesinin bildirilmesi, olumlu güçlü yanları hakkında bilgi verilmesi ve bazı eğitim önerilerinde bulunulması gerekir. Zeka testi sonucu bireye ait çok özel bir bilgidir ve bu tür bilginin kapalı bir zarf içinde gönderilmesi en uygundur. Ülkemizde zaman zaman yanlış uygulamalarla karşılaşılmaktadır. Örneğin bir anne, üzerinde "IQ = 52" yazan bir say-

fa uzatarak “acaba çocuğumun zekası arttı mı, tekrar zeka testi uygulanabilir mi?” türünden sorular sorabilir veya “çocuğunuz zeka özürü, okuyamayacak dediler, siz ne düşünüyorsunuz?” diyerek, fikrinizi almaya çalışabilir.

Eğitim Planının Yapılması

Görüşmenin ilerleyen aşamalarında, aileyle çocuğun zeka düzeyi, yapılması gerekenler, gerekli tutum ve davranışlar hakkında konuşulduktan sonra, çocuğun ne tür bir okula gideceği konusu gündeme gelir. Zeka düzeyi 70 ile 80-85 arasında olan çocuklar “normal” sınıfa devam ederken bireysel desteğe gereksinimleri vardır. Bu grup çocuklar sıklıkla okul başarısızlığı yakınmasıyla kliniklere getirilirler. Bazı ailelerde anne babanın çocukla birlikte ders çalışması (anne ya da baba öğretmen olsa bile) anne baba çocuk ilişkisini bozduğundan uygun değildir. Böyle durumlarda bireysel öğretmen tutulması daha yararlı olabilir. Bazı çocukların da özel eğitim desteğine ihtiyaçları olabilir.

Çeşitli ölçekler aracılığıyla, okula giden çocukların öğretmenlerinden genel durumlarına ilişkin bilgi alınır. Bu bilgi genellikle öğretmenlere gönderilen açık uçlu, çocukları tanıtıcı bir form (Teacher Rating Form - TRF - Öğretmen Değerlendirme Formu) kullanılarak elde edilir. Ayrıca hiperaktiviteyi değerlendirmeye yönelik formlar da öğretmenleri tarafından doldurularak gönderilir. Gerekirse öğretmenle telefon görüşmesi ve okul ziyareti yapılır. Bu bilgiler dikkate alınarak, aile ile birlikte, çocukları için en uygun yöntemin ne olabileceği konuşularak karar verilir. Zekası sınır düzeyde olan çocukların öğretmenleri genellikle nasıl davranmaları ve ne yapmaları gerektiği konusunda sorular sorarlar, hatta bazen çocuğun özel eğitim sınıfına gönderilmesini isterler. Bu tür öğretmenlere çocuğun

durumunu bildirir bir değerlendirme raporunun yollanması yararlıdır. Gerekliyorsa, okuduğu sınıfı tekrarlaması önerilebilir.

Hafif zeka özürü olan çocuklara, özel eğitim desteğiyle, normal sınıflarda deneme fırsatının verilmesi gerekir. Ancak ülkemizde kaynaştırma programlarının işlevsel olarak çalıştığını söylemek zordur. Orta ve bazı hafif zeka özürü çocukların da ilkokullarımızda olan, ancak sayısı giderek azalan özel eğitim sınıflarına devam etmesi uygun olur. Bu seviyedeki çocukların öğretmenleriyle de işbirliği yapılması gerekir.

Okul seçimi ve özel eğitim kurumu seçiminde aileye rehberlik yapılması, ancak son kararın aile tarafından verilmesi daha doğru bir yaklaşımdır. Gerekli olursa, seçilen bir kaç okulu inceleyerek, çocukları için en uygun buldukları, en içlerine sinen okulu seçmeleri önerilir.

Özellikle erken tanı konularak zamanında özel eğitime başlayan üç yaş öncesi çocuklarda, verilen özel eğitimin çocuğun kişiliğinin gelişmesine de fırsat verecek bir nitelikte olmasına özen gösterilmelidir. Bu aşamada küçük çocukların bireysel farklılıkları ve farklı zihinsel, ruhsal gereksinimleri dikkate alınmalıdır. Küçük çocukların yakınlık, sıcaklık, oyun ilişkisi beklentileri, büyük çocuklardan daha fazladır ve bu tür özellikler onların sağlıklı ruhsal ve kişilik gelişimleri için zorunlu koşullardır. Yaşları gereği doğal öğrenme yolları oyun ilişkilerinden geçer ve büyük çocuklar gibi küçük çocuklar da oyun ilişkilerinde daha fazla öğrenirler. Çocuğun gereksinimlerini tam olarak anlamak çok önemlidir. Çocuklarla standart bir ilişki kurulamaz ve standart bir öğretim yolu da yoktur. Öğretmenlerin sıcak ve yakın olmalarının yanısıra, uyguladıkları tekniği çocuğun gereksinimlerine göre değiştirebilecek bir donanıma sahip olma-

ları beklenir. Ancak bu koşullar sağlandığında çocuklar daha iyi öğrenebilir ve öğrendiklerini daha iyi özümleyerek genelleyebilirler.

Zeka Özürü ve Psikolojik Sorunlar

Zeka özürlü bireyler arasında psikolojik sorunlara, genel nüfusta olduğundan daha sık rastlanır (Borthwich ve Duff, 1994). Ancak oranlar çalışmadan çalışmaya farklılık göstermektedir. Geçmiş araştırmalarda % 10 dan % 60'a kadar değişen oranlarda zeka özürü sıklığı bulunmuştur. Zeka özürlü çocuklar arasında, hiperaktivite ve kendine zarar verici davranışlar, normal çocuklara oranla daha sık görülmektedir. Ülkemizde bir çocuk ruh sağlığı kliniğine başvuran zeka özürlü çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada bu gruptaki çocukların % 59'unda psikiyatrik belirtilerin de mevcut olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada zeka özürlü çocuklar arasında aşırı hareketlilik, enürezis, uyumsuzluk, saldırgan davranışlar gibi belirtilerin daha çok olduğu bulunmuştur (Akçakın, 1988).

Zihinsel özürlü çocukların ruhsal sorunlarının tedavisinde, davranış tedavileri etkili yöntemlerden biridir. Zaman içerisinde davranışın fonksiyonel analizinin yapılması ve davranışın meydana geldiği ortamda davranıştan önce var olan koşulların ve olayların ayrıntılı olarak incelenmesi yararlıdır (King, State, Shak, Davanzo ve Dyken, 1997).

Terapötik yaklaşımlarda duyguların ifade edilmesinin pekiştirilmesine, kendine olan güvenin ve bireysel bağımsızlığın artırılmasına ve sosyal etkileşimlerin genişletilmesine çalışılır. Bilişsel terapiler depresyonun tedavisinde etkilidir. Kas gevşeme teknikleri kaygıyı azaltmada yararlı olabilir. Zihinsel özürlü bireyler de terapötik ilişkiden yararlanır. Onların güçlüklerinin sadece zihinsel işlevlerde olduğu unutul-

mamalıdır (Reber, 1992). Bireysel terapilerde özel uyarlamalar faydalıdır. Somut ve destekleyici müdahaleler uygun olur. Bu tür uygulamalardan bir çok zihinsel özürlü bireyin faydalandığı görülmüştür (Nezu ve Nezu, 1994). Ancak, bütün bu çabaların zihinsel özürlü bireyin var olan potansiyelini en üst düzeyde kullanmasını sağlamak için yapıldığı unutulmamalıdır. Diğer bir deyişle, bu tür uygulamalar çocuğun zeka düzeyini artırmaz, ancak var olan potansiyeli etkili kullanmasına yardımcı olur.

Ailelerin Duyguları

Geçmiş çalışmalarda özürlü çocukların aileler üzerindeki etkileri de incelenmiştir. Birçok aile, çocuklarının zeka özürlü olduğunu duyduklarında hayatlarının en büyük şokunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Raech, 1966). Klinik çalışmalar, çocuğun tanısı öğrenildiğinde ilk davranışın bir şok yaşamak olduğunu, daha sonra bunun yerini şaşkınlık ve duygusal küntülüğün aldığını ve çoğu ailenin başlangıçta buna inanmadıklarını göstermektedir (Blacher, 1984). Anne babalar belki de inanmadıkları için, zeka özürünün tıbbi bir tedavisi ya da bir çeşit terapisi olduğunu düşünerek değişik meslek mensuplarına başvururlar ve doktorlara giderler (Anderson, 1971). Kısaca, diğer tür kayıplarda olduğu gibi, özürlü çocuk ailelerinde de sağlıklı çocuğun kaybı yaşanır; aileler genellikle şok, yadsıma, kaygı, kızgınlık, depresyon ve kabul gibi aşamalardan geçerler (Kubler-Ross 1970).

Klinik gözlemlerimize göre çoğu ebeveyn suçluluk duyguları hisseder. Anne babalar ilk krizi çocuklarının özürlü olduğunu öğrendikleri zaman yaşarlar. Anababa adayları, sözelleştirmeseler bile sağlıklı bir çocuk hayal ederler ve çocuklarının geleceği ile ilgili normal eğitim koşulları tasarlarlar. İkinci krizi ise çocuk için

beklentilerini ve umut ettiklerini yeniden gözden geçirdikleri zaman yaşarlar. Daha sonra da gündün güne karşılaştıkları sorunlarla başederken güçlükler yaşarlar. Yıllar geçtikçe ailelerin çoğunluğu karşılaştıkları sorunlarla başatme mekanizmaları geliştirmelerine karşın, bazı anababaların zaman zaman çocuklarının okula başladıkları dönemde, ergenlik döneminde ve askerlik çağında, geçmişteki kadar yoğun olmasa bile, geçmişte hissettiklerine benzer duygularını yeniden yaşadıkları gözlenmektedir.

Bazı çalışmalar, ailede özürü bir çocuğun olmasının ebeveynler için önemli bir stres kaynağı olduğunu göstermektedir (Crnic, Friedrich ve Greenberg, 1983). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, ailede stresi yordayan değişkenler, çocuğun durumunu kadere (dışsal bir nedene) atfetme, tanıdaki güçlükler ve bu alanda erken ve örgün eğitim olanaklarının eksikliği olarak bulunmuştur. Özürün derecesi de stresi yordayan önemli değişkenlerden biridir. Bulgular, eğitilebilir çocuk yerine öğretilbilir ve otistik bir çocuğa sahip olmanın stresi arttırıcı bir etken olduğunu göstermiştir (Akkök, Aşkar ve Karancı, 1992). Stresli yaşam koşulları bireylerin depresyon, kaygı gibi psikolojik sorunları yaşamalarına zemin hazırlar (Breslau ve Davis, 1986). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada otistik çocuğu olan annelerin depresyon puanları, kontrol grubuna oranla daha yüksek bulunmuştur. Otistik gruptaki çocukların, otizmlerinin yanısıra ağır zeka özürlerinin de olduğu durumlarda, zeka özürü olmayan otistik gruba göre annelerin depresyon puanlarını daha da yükselmiştir. Ayrıca bu tür anababaların kaygı ve obsesyon puanlarında da yükselmeler olduğu saptanmıştır (Akçakin ve Erden 2001). Akkök ve arkadaşları (1992) ile Akçakin ve Erden'in (2001) çalışmaları, annelerin, çocuklarının zeka özürlerinin

ağırlığı ya da geriliğinin derecesinden çok daha fazla etkilendiklerini düşündürmüştür.

Ancak araştırmalarda anababaların depresyon ve kaygı düzeyleriyle ilgili olarak tutarlı sonuçlar bulunmamıştır. Bazı çalışmalarda özellikle annelerin depresyon ve kaygı düzeyleri yüksek bulunurken (Fisman, 1989), diğer çalışmalarda kontrol gruplarına göre fark bulunmamıştır (Bristol, Gallaher ve Schopler, 1988; Gowen Martin, Goldman ve Appelban, 1989).

Zeka özürü dışında diğer başka belirtilerle çocuklarını çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları kliniklerine getiren anne babalarda patolojik olmakla beraber nevroitik belirtiler, kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (Akçakin, 1984). Ailede bir bireyde sorun olduğunda doğal olarak bundan ailenin diğer bireyleri de etkilenmektedir. Bu sadece özürü çocuklara sahip olmaya özgü bir durum gibi gözükmemektedir. Tam tersine evde bir sorun varken, sanki hiç birşey yokmuş gibi etkilenmemenin patolojik olduğu düşünülebilir.

Klinik gözlemler, zaman içinde klinikte birlikte çalışılan ailelerin, özellikle de annelerin, kendilerini inanılmaz derecede geliştirdikleri, maksimum performanslarını kullandıkları, çocuk yetiştirmede uzman oldukları ve özürü çocukları olan diğer ailelere yardım etmeye çalıştıkları hatta sağlıklı çocukları olan ailelere bile yardımcı olduklarını göstermektedir. Akkök de (1997) farklı özelliği olan (farklı türde özürü olan) çocukların anne babalarının, çok özel ve güçlü bir grup olduğunu belirtmiştir.

Bir derleme yazısında, ülkemizde özürü çocukların aileleriyle yapılan 40 çalışma gözden geçirilmiştir. Sonuç olarak anababaların çocuklarının eğitim programlarına aktif olarak katılmalarının önemi vurgulanmış, ülkemizde anne

babalarla yapılan çalışmalar ve günlük yaşamdaki uygulamaların arttığı bildirilmiş, bu çalışmaların gerek araştırma gerekse uygulama düzeyinde başarılı olması ve yaygınlaştırılmasının ancak toplumun konuyla ilgili bilgilerinin, farkındalığının ve duyarlılığının artırılması ile mümkün olduğu sonucuna varılmıştır (Sucuoğlu, 1997).

Zihinsel özürlü çocukların kardeşleriyle yapılmış çok az sayıda çalışma vardır (Eisenberg, Baker ve Blacher, 1998). Bir çalışmada, zihinsel özürlü çocukların kardeşlerinin yeterli ve uyumları incelenmiştir. Bulgular, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında zihinsel özürlü kardeşi olan çocukların yeterli ve uyum düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır (Hannah ve Midlarsky, 1999). Çalışmaların bir kısmında, zihinsel özürlü kardeşi olan çocukların kaygı düzeylerinin yüksek, kendilik değerlerinin düşük olduğu ve bazı davranışsal sorunlar yaşadıkları (Lavigne ve Ryan, 1979) ve saldırganlık düzeylerinin, bedensel yakınmalarının ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Breslau ve Prabucki, 1987; Cleveland ve Miller, 1977; Gold, 1993; McHale ve Gamble, 1989). Zihinsel özürlü çocukların kardeşleri üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu bildiren çalışmalar da vardır. Bu çalışmalarda kardeş(ler)i zihinsel özürlü olan çocukların daha anlayışlı, duyarlı ve olgun oldukları, daha fazla sorumluluk aldıkları, bireysel farklılıkları daha kolay kabul ettikleri, sosyal yönden daha yeterli oldukları, kişilik gelişiminde olumlu deneyim kazandıkları ve gelecekle ilgili daha gerçekçi oldukları bildirilmiştir (Cleveland ve Miller 1977; Wilson, Blacher ve Baker, 1986; Ferrari, 1984; Eisenberg ve ark, 1998).

Bazı anababalar, sağlıklı çocuklarından özürlü çocuklarının sorumluluğunu almalarını

beklerler. Bu konunun da ailelerle gözden geçirilmesi gerekir. Sağlıklı kardeşlerden, anababalara benzer şekilde özürlü çocuğun bakım sorumluluğunu almaları beklenmemelidir. Sağlıklı çocuğun, kardeşinin güçlüklerini ve ona nasıl yardım edebileceğini bilmesi yeterlidir. Özürü olmayan çocuğun sağlıklı yetişebilmesi için sosyal çevresi, arkadaş ilişkileri desteklenmeli ve ders dışında hoşlanacağı faaliyetlere katılmalarına yardımcı olunmalıdır. Sonuç olarak araştırmalar, ailede özürlü bir birey olduğunda, zaman içinde, ailenin çoğunlukla özürlü çocuğu dikkate alarak yeniden organize olduğu ve gelişimlerini diğer aileler gibi sağlıklı biçimde sürdürdüklerini göstermektedir.

Sonuç

Zihinsel özür tanısı koymak çocuğun geleceğini etkileyecek hayati bir karar olduğundan, gereken özen ve titizliğin gösterilmesi ve çocuğun zeka düzeyinin yanısıra kişilik özelliklerinin de dikkate alınması gerekir. Çocuk aileyle birlikte ve çocuğun çevreye uyum düzeyi göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Aileye ya da okula bilgi verirken, test raporu yazarken çocuğun olumlu özellikleri üzerinde de durulmalı ve mutlaka çözüm önerileri getirilmelidir. Aileyle birlikte, çocuk için uygun eğitim koşulları araştırılmalıdır. Ailenin eğitime aktif olarak katılımını ve ailenin yeni duruma uyumunu sağlamak için, ailenin gereksinimi doğrultusunda danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. Bu hizmetler çocuk ve ailenin yeni duruma daha kısa sürede uyum sağlamasına, enerjilerini daha uygun kullanmalarına ve psikolojik yönden daha sağlıklı gelişmelerine yardımcı olacaktır.

Kaynaklar

- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, V.T: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the teacher's report form and 1991 profile*. Burlington, V.T: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Akçakin, M. (1984). Ailelerin psikiyatrik belirtiler yönünden incelenmesi. *III. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları*, İstanbul.
- Akçakin, M. (1988). Zeka gerilikleri. M. O. Öztürk (Ed.), *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nurol Matbaacılık.
- Akçakin, M. & Erden, G. (2001). Otizm tanısı konmuş çocukların anne ve babalarındaki ruhsal belirtiler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 1, 2-10.
- Akkök, F. (1997). Farklı özelliği olan çocuk ve anne babalarının yaşadıkları. A. N. Karancı (Ed.), *Farklılıkla Yaşamak*. Ankara: Şelale Matbaacılık.
- Akkök, F., Aşkar, P. & Karancı, A. N. (1992). Özürlü bir çocuğa sahip anne-babalardaki stresin yordanması. *Özel Eğitim Dergisi*, 2, 8-12.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (1994). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı, (DSM IV)*. E. Köroğlu (Çev.). Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Anderson, K. A. (1971). The shopping behavior of parents of mentally retarded children: The professional person's role. *Mental Retardation*, 9, 3-5.
- Avcı, A. (1992). *A.Ü.T.F. çocuk psikiyatrisi kliniğine başvuran hastaların belirti dağılımı ve sosyo demografik özellikleri*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, A.Ü.Tıp Fakültesi
- Bellak, L., & Bellak, S. S. (1971). *Children's apperception test*. New York: C.P.S. Inc.
- Bender, L. A. (1938). A visual motor gestalt test and its clinical use. *American Orthopsychiatric Association, Research Monographs*, 3.
- Benton, A. L. (1974). *Revised visual retention test manual*. New York: Psychological Corporation.
- Blacher, J. (1984). Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps: Fact or artifact. *Mental Retardation*, 22, 55-68.
- Breslau, N., & Davis G. C. (1986). Chronic stress and major depression. *Archives of General Psychiatry*, 43, 309-314.
- Breslau, N. & Prabucki, K. (1987). Siblings of disabled children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1040-1046.
- Bristol, C. M., Gallagher, J. J., & Schopler, E. (1988). Mothers and fathers of young developmentally disabled and nondisabled boys: Adaptation and spousal support. *Developmental Psychology*, 24, 3, 441-451.
- Bortwich, ?? & Duff, S. A. (1994). Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 17-27.
- Cansever, G. (1982). *Klinik Psikolojide Değerlendirme Yöntemleri*. İstanbul: Gözlem Matbaacılık.
- Cleveland, D. W & Miller, N. (1977). Attitudes and life commitments of order siblings of mentally retarded adults: An exploratory study. *Mental Retardation*, 15, 38-41.
- Crnici, K., Friedrich, W. & Greenberg, M. (1983). Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping and family ecology. *American Journal of Mental Deficiency*, 85, 410-415.
- Eisenberg, L., Baker, B.L., & Blacher, J. (1998). Siblings of children with mental retardation living at home or in residential placement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 355-363.
- Epir, S. (1974). *Bir çocuk sağlığı kliniğine başvuran çocuklarla ilgili incelemeler*. 10. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Ankara.
- Erol, N. (1988). Çocuk psikiyatrisinde demografik özellikler ve belirti dağılımı. *Ankara Tıp Bülteni*, 10, 13-24.
- Erol, N., Akçakin, M., & Söhmen, G. (1977). Benton görsel bellek testinin kent toplumunda 8-10 yaş gruplarına uygulanması üzerine bir ön çalışma. *XIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı*. Ankara: Ajans Türk.
- Erol, N., Arslan, L., & Akçakin, M. (1995). The adaptation of the child behavior checklist among 6-18 years old Turkish children. *European Network of Hyperkinetic Disorders*. Fotorotor. Egg Zurich: Switzerland.
- Ferrari, M. (1984). Chronic illness: Psychosocial effects on siblings. Chronically ill boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25, 459-476
- Gold, N. (1993). Depression and social adjustment in siblings of boys with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 147-163.
- Gowen, J. W, Martin, N. J, Goldman, B. D, & Appelbann, M. (1989). Feelings of depression and parenting competence of mothers of handicapped and nonhandicapped infants: A longitudinal study. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 3, 259-271
- Halperin, J. M., & McKay, K. E. (1998). Psychological testing for child and adolescent psychiatrist: A review of the past 10 years. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 37, 575-584.

- Hannah, M. E., Midlarsky, E. (1999). Competence and adjustment of siblings of children with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 104, 22-37.
- ICD-10. (1992). *Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması*. Ankara: Medikomat.
- Katz, J., Önen, F., Demir, N. & Perihan, A. (1974). A Turkish peabody picture vocabulary. *Hacettepe Bulletin of Social Sciences and Humanities*, 6, 129-142.
- King, B. H., State, M. W., Shak, B., Davanzo, P., & Dyken, S. E. (1997). Mental retardation: A decade of progress, Part I. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 36, 1656-1663.
- Kubler-Ross, E. (1970). *Death and dying*. New York: MacMillan Company.
- Kürşad, N. (1979). *Çocuk psikiyatrisinde belirti dağılımı ve toplumsal özellikler*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, A.Ü.Tıp Fak.
- Lavigne, J. V., & Ryan, M. (1979). Psychological adjustment of siblings of children with chronic illness. *Pediatrics*, 63, 616-627.
- McHale, S. M., & Gamble, W. C. (1989). Sibling relationships of children with disabled and nondisabled brothers and sisters. *Developmental Psychology* 25, 421-429
- Mussen, P. H., Conger, J. J., & Kagan, J. (1974). *Child Development and Personality*. New York: Harper & Row Publishers.
- Nezu, C. M. & Nezu, A. M. (1994). Outpatient psychotherapy for adults with mental retardation and concomitant psychopathology: Research and clinical imperatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 34-42.
- Raech, H. (1966). A parent discusses initial counseling. *Mental Retardation*, 2, 25-26
- Reber, M. (1992). Mental retardation. *Psychiatry Clinic North America*, 15, 511-522
- Ro-Codec, ??? (1997). *Çocuklarda kronik hastalıkların sıklığı tarama çalışması: 1996-1997*. Ankara Medico Graphics.
- Savaşır, I. (1979). Klinik psikoloji. *Psikoloji Dergisi*, 6, 10.
- Savaşır, I., Sezgin, N., & Erol, N. (1994). *Ankara Gelişim Tarama Envanteri*. Ankara: Rekmay Ltd. Şti.
- Savaşır, I., & Şahin, N. (1988). *Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R)*. Ankara: Milli Eğitim Basımevi.
- Sonuvar, B., Yörükoğlu, A., Öktem, F., & Akyıldız, S. (1982). Hacettepe çocuk ruh sağlığı kliniğinde 2 yıl içinde görülen çocukların demografik özellikleri. *Psikoloji Dergisi*, 13, 33-39
- Sucuoğlu, B. (1997). Özürlü çocukların aileleriyle yapılan çalışmalar. A. N. Karancı (Ed.), *Farklılıkla Yaşamak*. Ankara: Şelale Matbaacılık.
- Tanrıöver, S. (1996). K. T. Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine iki yıl içinde başvuran çocukların demografik özellikleri ve başvuru yakınmaları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2, 69-72.
- Terman, L. M., & Merrill, M. A. (1973). *Stanford-Binet Intelligence Scale*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Wechsler, D. (1974). *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised*. New York: The Psychological Corporation.
- Wenar, C. (1994). *Developmental psychopathology: From infancy through adolescence*. New York: Mc Graw-Hill Inc.
- Wilson, J., Blacher, J., & Baker, B. L. (1986). Siblings of children with severe handicaps. *Mental Retardation*, 27, 167-173
- Yalın, A. (1980). *Epileptik çocukların tanısında Bender-Gestalt testinin kullanımı*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü.