

T.C
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**KARIN AĞRISI ŞİKAYETİYLE HASTANEYE BAŞVURAN ÇOCUK VE
ERGENLERDE FİZİKSEL SEBEP BULUNANLARLA BULUNMAYANLAR
ARASINDAKİ DEPRESYON, ANKSİYETE VE SOMATİZASYON DEĞERLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

MERVE TEKEN

İSTANBUL, 2016

T.C
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**KARIN AĞRISI ŞİKAYETİYLE HASTANEYE BAŞVURAN ÇOCUK VE
ERGENLERDE FİZİKSEL SEBEP BULUNANLARLA BULUNMAYANLAR
ARASINDAKİ DEPRESYON, ANKSİYETE VE SOMATİZASYON DEĞERLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

MERVE TEKEN

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. ŞAZİYE SENEM BAŞGÜL

İSTANBUL, 2016

KABUL VE ONAY

Merve Teken..... tarafından hazırlanan “*Karın Ağrısı Şikayetiyle Hastaneye Başvuran Çocuk ve Ergenlerde Fiziksel Sebep Bulunurlarla Bulunmayanlar Arasındaki Depresyon Anksiyete ve Somatizasyon Değerlerinin Karşılaştırılması*” başlıklı bu çalışma ~~23.09.2016~~ tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Mücahit Öztürk.....
(Başkan)

Doç. Dr. Fazıye Senem Başgöl.....
(Üye)

Yord. Doç. Dr. Nestihan Arıcı Özcan.....
(Üye)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım. /./... /./..

Doç. Dr. Mazlum ÇELİK
Enstitü Müdürü

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Karın Ağrısı Şikayetiyle Hastaneye Başvuran Çocuk Ve Ergenlerde Fiziksel Sebep Bulunanlarla Bulunmayanlar Arasındaki Depresyon, Anksiyete Ve Somatizasyon Değerlerinin Karşılaştırılması” başlıklı çalışmanın tarafımda, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım. 10/10/2016

MERVE TEKEN

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın amacı karın ağrısı şikayeti olan çocuklarda, karın ağrısına yönelik fiziksel sebep bulunan çocuklarla, bulunmayan çocukların depresyon, anksiyete ve somatizasyon değerlerinin belirlenmesi ve karşılaştırılmasıdır.

Araştırmanın planlanmasında ve yürütülmesinde bana yardımcı olan tez danışmanım Doç. Dr. Şaziye Senem Başgöl'e, bu süreçte desteklerini esirgemeyen sevgili ablalarım ve meslektaşlarım Necla Taşpınar Göveç'e, Arzu Aydınoglu'na, ve yine meslektaşım olan sevgili arkadaşım Duygu Uzuner Mutlu'ya çok teşekkür ederim.

Tez yazım sürecimde çocuklarımla ilgilenerek tezime zaman ayırmamı sağlayan anneme, ve de hayatımın her alanında olduğu gibi tezimin tüm aşamalarında da sonsuz bir sabır ve fedakarlıkla ihtiyaç duyduğum tüm desteği sağlayan canım eşime çok teşekkür ederim.

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, karın ağrısı şikayetiyle hastaneye başvuran çocuk ve ergelenlerde, karın ağrısıyla ilgili fiziksel sebep bulunanlarla, fiziksel sebep bulunmayanların depresyon, anksiyete ve somatizasyon düzeylerini belirlemek ve karşılaştırmaktır. Ayrıca sosyodemografik değişkenlere göre (yaş, okul başarısı, kardeş sayısı, anne baba birlikteliği, anne baba eğitim durumu, aile gelir durumu, fiziksel ve psikiyatrik bir hastalığın varlığı) depresyon, anksiyete ve somatizasyon değerlerinin ilişkilerini incelemektir

Araştırmanın örneklemini Batman'da özel bir hastanenin pediatri servisine karın ağrısı şikayetiyle başvuran 8-15 yaş arası çocuklardır. Araştırmada 24'ünde fiziksel sebep bulunan, 24'ünde fiziksel sebep bulunmayan 48 çocuğun verileri değerlendirilmiştir. Çocuklarda fiziksel sebep varlığını öğrenmek için, kan tahlili, tam idrar tahlili ve ultrason sonuçlarına bakılmıştır. Bu üç tetkikten en az birinde fiziksel bir sebep bulunmasıyla, fiziksel sebep bulunan grup oluşturulmuştur. Çalışmada Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Çocuk Somatizasyon Ölçeği-24 (ÇSE-24) kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda, karın ağrısı şikayeti olan çocuklarda ağrıya yönelik fiziksel sebep bulunanlarla bulunmayanların depresyon, anksiyete ve somatizasyon değerleri karşılaştırıldığında, anlamlı bir fark bulunmamıştır. Annesi çalışan çocukların somatizasyon değerleri çalışmayan annelerin çocuklarının somatizasyon değerlerinden yüksek çıkarken, çalışmayan annelerin çocuklarının sosyal anksiyete puanları çalışan annelerin çocuklarına kıyasla yüksek bulunmuştur. Uygulanan ölçeklerden alınan puanlarla, çocuğun yaş, okul notları, kardeş sayısı ve kardeşler arasındaki sıra, anne baba yaşı, anne-baba beraberliği, baba eğitim durumu ve çalışma şekli karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yapılan analizlerde, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği puanları ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu puanları, Okul Kaçınma puanları ve Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir. Ayrıca, Çocuk Somatizasyon Envanteri puanları ile Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu puanları arasında ve Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Total puanları arasında da pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu görülmüştür. Araştırmadan elde edilen sonuçlar literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocuklarda Karın Ağrısı, Somatizasyon, Depresyon, Anksiyete

ABSTRACT

The aim of this study is to determine and compare the levels of depression, anxiety and somatization of children and teenagers that have come to the hospital due to stomachache, in regards to whether they have physical reasons or not. Additionally, the depression, anxiety, and somatization values will be studied in terms of sociodemographic variables (age, success in school, number of siblings, marital status of parents, and the presence of a physical or psychiatric disorder).

The samples of this study are children between 8-15 years of age that have gone to the pediatric service of a private hospital in Batman due to stomachache complaints. In the study, the values of 48 children, where 24 of them have physical reasons and 24 do not have physical reasons. In order to learn the existence of physical reasons in children, we have analysed blood test, full urine analysis and ultrasound results. Finding one reason in at least one of these medical workups, we have formed the group which has a physical reason. In this study, the Sociodemographic Data Form, Depression Scale for Children (CES-DC), The Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS), and Children's Somatization Inventory-24 (CSI-24) were used.

Results showed that there is no significant difference between depression, anxiety and somatization points of children with stomachache complaint in which there was the presence or absence of a physical reason. While the somatization values of children whose mothers were employed scored higher, the social anxiety values in children with unemployed mothers scored higher. The scores obtained from the scales showed no meaningful difference, when the children's ages, school success, number of siblings, order of siblings, parents' ages, fathers' education levels and employment were compared. The analyses show that there is a positive correlation between the scores for Pediatric Anxiety Rating Scale and Generalised Anxiety Disorder Assessment scores, School Refusal Assessment Scalescores and Children's Anxiety Scale scores. Furthermore, a positively meaningful correlation between Children's Somatization Inventory scores and Panic Disorders/Somatic Symptoms, and also between Generalized Anxiety Disorder Scale and Children's Anxiety Scale scores. The results of these findings were discussed within the scope of literature.

Keywords: Stomachache in children, Somatization, Depression, Anxiety

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZET	i
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ	v
KISALTMALAR	vi
BİRİNCİ BÖLÜM	
GİRİŞ	
1.1 Giriş ve Amaç	1
İKİNCİ BÖLÜM	
KAVRAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	2
2.1 Karın Ağrısı	2
2.1.1 Tekrarlayan Karın Ağrısı	2
2.1.1.1. Fonksiyonel Karın Ağrısı	4
2.1.2 Akut Karın Ağrısı	4
2.2 Somatizasyon	5
2.2.1 Çocuklarda Somatizasyon	6
2.3 Depresyon	7
2.3.1 Çocuklarda ve Ergenlerde Depresyon Bozuklukları	9
2.3.1.1 Yıkıcı Duygu Durumu Düzenleyememe Bozukluğu	14
2.3.1.2 Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu	15
2.3.1.3 Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)	16
2.3.2 Çocuklarda Depresyon Bozuklukları Nedenleri	18
2.3.3 Çocuklarda Depresyon Bozuklukları Yaygınlığı	19
2.4. Kaygı	20
2.4.1 Çocuklarda Kaygı ile İlişkili Faktörler	22
2.4.2 Çocuklarda Kaygı Türleri ve Tanı Kriterleri	25
2.4.2.1 Ayrılma Kaygısı Bozukluğu	29
2.4.2.2 Seçici Konuşmamazlık (Mutizm)	31
2.4.2.3 Özgül Fobi	32
2.4.2.4 Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)	32
2.4.2.5 Yaygın Kaygı Bozukluğu	33
2.5 Karın Ağrısı ve Somatizasyonla İlgili Yapılan Çalışmalar	33
2.6 Çocuklarda Somatizasyon, Depresyon, Anksiyete İlgili Yapılan Çalışmalar	35
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	
YÖNTEM	38
3.1 Araştırmanın Amacı ve Problemler	38
3.2. Evren ve Örneklem	38
3.3. Veri Toplama Araçları	38
3.3.1. Demografik Bilg Formu	39
3.3.2. Çocuk Somatizasyon Ölçeği	39
3.3.3. Çocuk Depresyon Ölçeği	39
3.3.4. Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği	40
3.4 Verilerin Toplanması	40

3.5 VerilerinÇözümlemesi	40
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM BULGULAR	41
BEŞİNCİ BÖLÜM TARTIŞMA	60
5.1 Araştırma Bulgularının Tartışılması	60
5.2 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler	66
KAYNAKLAR	67
EKLER	76
Ek 1. Sosyo Demografik Form	76
Ek 2. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	77
Ek3. Çocuk Somatizasyon Envanteri – 24	81
Ek 4. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği	83

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1: Çocuklara Ait Demografik Bilgiler	41
Tablo 2: Ebeveynlere Ait Demografik Bilgiler	42
Tablo 3: Karın Ağrısı Şikayetiyle İle Hastaneye Başvuran Çocuklarda Fiziksel Sebep Bulunanlarda Saptanan Hastalıklar	44
Tablo 4: Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Katsayıları	45
Tablo 5: Kullanılan Ölçeklerin Tüm Hasta Grubu İçin Ortalamaları	45
Tablo 6: Cinsiyete Göre Kullanılan Ölçeklerin Karşılaştırılması	46
Tablo 7: Yaş, Kardeş Sayısı, Kaçınıcı Çocuk Olduğuna Göre Kullanılan Ölçeklerin Korelasyonu	47
Tablo 8: Okul Notları Grubuna Göre Kullanılan Ölçeklerin Karşılaştırılması	48
Tablo 9: Bilinen Fiziksel Bir Hastalık Olan Çocukların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 10: Bilinen Psikiyatrik Bir Hastalığı Olan Ve Olmayan Çocukların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 11: Anne-Baba Beraberliğine Göre Kullanılan Ölçeklerin Karşılaştırılması	51
Tablo 12: Anne-Baba Yaşına Göre Kullanılan Ölçeklerin Korelasyonu	52
Tablo 13: Anne Eğitim Gruplarına Göre Kullanılan Ölçeklerin Karşılaştırılması	53
Tablo 14: Annelerin Çalışma Durumuna Göre Çocukların Ölçeklerden Aldığı Puanların Karşılaştırılması	54
Tablo 15: Baba Eğitim Gruplarına Göre Kullanılan Ölçeklerin Karşılaştırılması	55
Tablo 16: Ailede Psikiyatrik Hastalık Varlığına Göre Kullanılan Ölçeklerin Karşılaştırılması	56
Tablo 17: Gelir Durumu Gruplarına Göre Kullanılan Ölçeklerin Karşılaştırılması	57
Tablo 18: Fiziksel Sebep Varlığı Gruplarına Göre Kullanılan Ölçeklerin Karşılaştırılması	58
Tablo 19: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği ve Çocuk Somatizasyon Envanteri ile Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Korelasyonu	59

KISALTMALAR

AAA: Ailevi Akdeniz Ateşi

APA: American Psychiatric Association

Akt: Aktaran

AAB :Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

Ark : Arkadaşları

A.Ü : Ankara Üniversitesi

ÇATÖ : Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği

ÇDÖ : Çocuk Depresyon Ölçeği

ÇSÖ : Çocuk Somatizasyon Ölçeği

diğ : Diğerleri

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders

DSM-3: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed)

DSM-4: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed)

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed)

HKÜ: Hasan Kalyoncu Üniversitesi

KTÜ: Karadeniz Teknik Üniversitesi

NCSS: Number Cruncher Statistical System

NSKA: Nonspesifik Karın Ağrısı

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TKA: Tekrarlayan karın ağrısı

WHO: World Human Organization

GİRİŞ

1.1 Giriş ve Amaç

Karın ağrısı, çocuklarda sıkça rastlanılan bir sorun olup, 5-15 yaş çocukların ortalama %10-15'inde görülmektedir. Karın ağrısında, ağrıların algılanışı iki aşamada gerçekleşmektedir. Öncelikle periferik reseptörlerden omuriliğin arka boynuz hücrelerine geçen uyarılar, sonrasında beyinin farklı merkezlerinde değerlendirilir. İki aşamada da genetik, bireysel tecrübelerden ve kültürel ortamdan etkilenir (Hyans v diğerleri, 1998). Kısaca belirtecek olursak, karın ağrısı, birbiri ile alakalı birçok unsurun etkileşimi neticesinde ortaya çıkmaktadır. Bu unsurlar, somatik işlev bozukluğu ya da hastalığı, hayat stili ve hastalıklar, yaşanan kritik olaylar, çeşitli durumlar karşısında sergilenen reaksiyon şekli ve kişilik olup, çocuğun yaşadığı ağrının çeşidini, etkisini ve süresini belirlemektedir.

Karın ağrısı olan çocuklarla yapılan çalışmalarda, vakaların büyük çoğunluğunda organik bir sebep bulunmadığı görülmüştür. Bu bulgular çalışmamızın temelini oluşturmuştur ve karın ağrı şikayeti olup da fiziksel bir sebep bulunmayan çocukların ruhsal durumunun karın ağrısıyla ilişkisi olup olmadığı merak edilmiş ve karın ağrısı ile ilişkili olabileceği düşünülen depresif duygu durum, kaygı ve somatizasyon düzeylerini araştırmaya yöneltmiştir. Bununla beraber, Pediatri bölümüne karın ağrısı şikayeti ile başvuran çocuklarda etiyolojik nedenler arasında anksiyete, depresyon ve somatizasyonun yeterince dikkate alınmadığı da söylenebilir. Anksiyete, depresyon ve somatizasyon karın ağrısı etiyolojisinde yeterince dikkate alınır; çocuk hastalara yapılan fazla tetkik ve tedavilerin azalacağı, ailelerin doğru tedaviye yönlendirileceği, doğal olarak devletin sağlık harcamalarında bir miktar azalma olması açısından bir ön çalışma olacağı ifade edilebilir.

Tüm bu doğrultular sonucunda araştırmanın amacı olarak; hastaneye karın ağrısı şikayetiyle başvuran 8-15 yaşlar arasındaki çocuklarda fiziksel neden bulunanlarla bulunmayanların depresyon, anksiyete, somatizasyon değerlerinin karşılaştırılmıştır.

Giriş bölümünde ilk olarak karın ağrısı çeşitlerinden bahsedilecektir. Daha sonra çocuklarda görülen depresyon bozuklarının neler olduğundan, nedenlerinden ve yaygılığında bahsedilecektir. Ardından, çocuklarda görülen kaygı türleri ve tanı kriterlerinden sonrasında karın ağrısı ve somatizasyonla ilgili yapılan çalışmalara değinilecektir. Son olarak depresyon, anksiyete ve somatizasyonla ilgili literatürde yer alan çalışmalardan bahsedilecektir.

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ÇALIŞMALAR

2.1 Karın Ağrısı

Karın ağrısı literatürde tekrarlayan karın ağrısı ve akut karın ağrısı ve olarak ikiye ayrılır.

2.1.1 Tekrarlayan Karın Ağrısı

Tekrarlayan karın ağrısı çocukluk yıllarında sıkça karşılaşılan okul öncesi dönem ve okul dönemi çocuklarının %10'unda görülen bir rahatsızlıktır. En az üç ay boyunca, gündelik faaliyetleri etkileyecek biçimde üç ya da daha fazla karın ağrısı olarak tanımlanmaktadır (Apley ve Naish, 1958). Özellikle 5-15 yaş arasındaki çocuklarda rastlanmaktadır. TKA, özellikle kız çocuklarda daha sık gözlenmektedir. (Pearl ve diğerleri, 1998).

Tekrarlayan karın ağrısı tanısı çok zor olabilen ve multi-disipliner yaklaşım gerektiren bir hastalıktır. Bu ağrı tipinde alarm belirtilerin varlığı, olguların belirli merkezlerde takibini ve tedavisini gerektirmektedir. Alarm belirtilerin olmadığı durumlarda özgün semptomlara yönelik ilaç tedavisine başvurulur. Hastaların psikososyal hikâyelerinin bilinmesi, hatta kültürel yapıları hakkında fikir sahibi olunması, ağrının nedenini ortaya çıkarmada son derece faydalıdır..TKA'nın organik sebeplerinin üçte biri gastrointestinal ve genitoüriner sistemlerden kaynaklanır ve bu nedenle tam kan sayımı, sedimentasyon, idrar tetkiki, karaciğer ve böbrek fonksiyonlarının incelenmesi, gaitada gizli kan ve parazit aranması ilk evrede yapılması gereken incelemelerdir. Radyolojik değerlendirme nadiren tanısal olup, ultrasonografi (USG) TKA olan çocukların ancak % 3-7'sinde pozitif bulgular gösterebilmektedir (Pearl ve diğerleri, 1998).

Tekrarlayan karın ağrısı, aile hekimleri, pratisyen hekimler, gastroenteroloji ve gastrointestinal cerrahlar için önemli bir teşhis ve tedavi sorunu olan bir olgudur. Kronik karın ağrısının birçok sebebi olabilir. Bu sebepler genelde organik ve fonksiyonel nedenlerdir. İşlevsel ağrıya neden olan hastalıklar, ancak organik sebepler elendikten sonra teşhis edilebilmektedir. Doktorların hastadaki semptomların şiddetini, ağrının şeklini ve yerini, ağrıyı azaltan ya da arttıran unsurları, dışkıının biçim ve görünüm değişikliklerini, kişinin kilo kaybı, aile hikâyesi, kullanılan ilaçları ve seyahat geçmişini detaylı olarak incelemeleri gerekmektedir. Psiko-sosyal öyküde tecrübe edilmiş travmalar, maruz kalınan taciz olayları

var ise, bu olayların kişide kronik karın ağrısı yaratabileceği göz önünde bulundurulmalıdır(Tarcın, bt).

Hastanın psiko-sosyal hikayesinde depresyon, yaygın aksiyete rahatsızlığı, cinsel taciz gibi durumlar, özellikle fonksiyonel gastrointestinal hastalığı olan kişilerde son derece önemlidir. Bu durumların açıkça ortaya konması, hastanın tedavisini kolaylaştırdığı gibi doktor ile olan ilişkisini de güçlendirecektir. Yine hastaların kültürel geçmişlerinin bilinmesi, belirtilerin daha iyi kavranmasını sağlamaktadır. TKA yaşanan durumların teşhisinde hastanın yaşına, öne çıkan semptomu ve bu semptomun görülme sürecine bağlı olarak en uygun testlerle tespit edilmektedir(Tarcın, bt).

Kilo kaybı, tekrarlayan oral ülserler, safralı kusma/hematemez, açıklanamayan ateş, semptomların gece devam etmesi ve gizli kanama alarm semptomları olarak kabul edilmektedir. Alarm semptomlarının mevcut olduğu durumlarda, daha detaylı incelemelerin yapılabilmesi adına hastanın özelleşmiş merkezlere sevk edilmesi gerekmektedir. Alarm semptom yok ise ve işlevsel kriterlere uygun bulgular mevcut ise özgün semptomu yönelik ilaç tedavisine başlanmalıdır. Alarm bulgular olmadığı halde semptomların artması, illa ki daha çok yapılanmasını gerektirmez. Kronik karın ağrısı, çoğunlukla birçok disiplinin ortak takip edilmesi gereken durumlardır. Jinekologlar, gastroenterologlar, ağrı uzmanları ve diğer cerrahi alan uzmanlarının bir arada hareket etmesi gerekebilmektedir. Böylelikle lüzumsuz testler ve gereksiz cerrahilerin önüne geçilebilecektir(Tarcın, bt).

Karın ağrısı yaşayan hastaların büyük kısmında, altta yatan psikiyatrik bozukluklar gözden kaçırılmaktadır. Tekrarlayan karın ağrıları, okul çağındaki çocuklarda ve adolesanlarda sıklıkla gözlenmektedir ve sadece çok küçük bir kısmında organik bir neden görülmektedir. Tekrarlayan karın ağrılı hastaların çoğunda da sebep olarak psikiyatrik bozukluklara rastlanmaktadır. Nonspesifik karın ağrısı(NSKA) olduğu düşünülen hastaların okul, iş ya da ev hayatında stres altında olup olmadıkları tespit edilmelidir. (Tarcın, bt).

2.1.1.1 Fonksiyonel Karın Ağrısı

Karın ağrısını açıklayacak yapısal, enfeksiyöz, inflamatuvar ve biyokimyasal neden yoksa fonksiyonel karın ağrısı tanımı kullanılmaktadır. Fonksiyonel karın ağrısında organik sebepler bulunmadığı gibi, fonksiyonel dispepsi ve İrritabl Barsak Sendromu için gerekli belirtiler de bulunmamaktadır. Bu tip ağrılar, göbek çevresinde hissedilir ve özel bir faaliyet ile bağlantılı değildir. Yaşanan ağrı, uykuyu engellemekle birlikte, uykudan nadiren

uyandırmaktadır. Bu ağrıyı tecrübe eden çocukların bir kısmı fark edilemeyen bir öğrenme güçlüğü çekerken, bir kısmı da mükemmeliyetçi özellikle göstermektedir.

Çocuklara uyarlanan Roma kriterlerine (Rasguin-Weber ve diğerleri, 1999) göre tanı için; en az 3 ay boyunca,

- 1) Sürekli ya da sürekliye yakın karın ağrısının varlığı,
- 2) Ağrının fizyolojik durumlarla (yeme, menstrasyon ve dışkılama) bağlantısının olmaması,
- 3) Bazı gündelik faaliyetlerin engellenmesi,
- 4) Çocuğun ağrıyı gerçekten hissetmesi,
- 5) Karın ağrısının başka Roma kriterleri ile açıklanamaması gerekmektedir.

Çocukta baş ağrısı, bulantı, baş dönmesi ve yorgunluk gibi şikâyetler görülebilir. Ailenin ve çocuğun psikolojik durumları, okul korkusu ve hastalıktan ikincil kazançlar gibi durumlar tespit edilmelidir. Fiziksel olarak incelme, büyüme ve laboratuvar değerlendirmeleri normaldir. Durumun çocuğa ve ailesine anlatılması ve duyulan sıkıntının azaltılması tedavinin ilk yaklaşımıdır. Psikolojik desteğe ek olarak çocuğun, hastalığın belirtilerinin değişikliği ve arttığı durumlarda değerlendirmelere katılımını sağlamak son derece önemlidir. Yine çocuğun günlük tutarak duygu ve düşüncelerini kaydetmesi, kendi tedavisine katılımını sağlayacaktır (Rasguin-Weber ve diğerleri, 1999).

2.1.2 Akut Karın Ağrısı

Akut karın ağrısı, karında hissedilen, 24 saatten kısa süren bir ağrı tipidir. Akut ağrı şikâyeti ile gelen hastalarda tanı spektrumu son derece geniştir. Bu sebeple doğru tanı ve tedavi için özenli bir anamnez alınması, eksiksiz bir fizik muayene incelemesi, gerekli radyografik ve laboratuvar analizleri son derece önemlidir. Akut ağrısı olan hastaların değerlendirilmesinde batının anatomi ve fizyolojisinin bilinmesi, ayırıcı tanı ve tedavi planlaması açısından önemlidir. Günümüz teknolojisindeki ilerlemelere rağmen, klinisyenin hikâyeyi iyi biçimde alması, muayenesi, tecrübesi ve bilgi birikimi en önemli kısımdır. Akut karın tablosundaki hastanın değerlendirilmesi sırasında eldeki olanakları kullanmak, tanıyı ve tedaviyi özenle uygulamak gerekmektedir (Menteş, 1998)

Akut ağrı ile gelen hastalarda doğru tanı için iyi alınmış bir anamnez şarttır. Ağrı, detaylı biçimde tarif ettirilmeli, başlangıç zamanı ve eşlik eden diğer belirtiler net biçimde

ortaya konmalıdır. Kusma, anoreksi, bağırsak hareketlerinde değişiklik, ateş, menstürel siklus değişiklikleri özellikle detaylandırılmalıdır. Hastanın 65 yaş üzeri olduğu durumlarda, hastalıklar daha şiddetli ve komplikasyonlu seyrettiği için, daha dikkatli davranmak gerekmektedir (Adelman, 1987).

Ağrının bulunduğu yer, ağrının şekli ve yayılımı mühimdir. Hastanın ağrı kesici kullanıp kullanmadığı, ağrının başlama zamanı, ağrının lokasyonu ve bulantı ile kusma ilişkisi netleştirilmelidir. Ağrının karakteristiği, zaman, lokalizasyon, yoğunluk, ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler aracılığıyla ortaya çıkarılmaktadır. Yine ağrıya eşlik eden ateş, titreme, mide ekşimesi, gaz çıkarma oranı, kilo kaybı, rektal kanama ve yansıyan ağrı, karın ağrısının sebebini anlamak için mühim bilgiler sağlamaktadır. Akut olarak ortaya çıkan ve 6 saatten fazla varlığını koruyan şiddetli ağrı, çoğunlukla cerrahi bir durum ile karakterizedir. Bulantı ve kusma, akut karın ağrısından muzdarip hastalarda sık görülen belirtilerdir. Sık ve az oranda kusma, pankreatitlerin seyri esnasında ortaya çıkabilmektedir. Ara ara ve bol miktarda kusmalar ise distal ince bağırsak tıkanıklıklarında ortaya çıkmaktadır. Kusmanın olmayışı, batın içi ciddi bir rahatsızlığın olmadığı anlamına gelmemektedir. Bağırsak hareketlerinde de değişiklikler de akut karın ağrısı ile sıklıkla ortaya çıkan semptomlardır. Gaz ya da dışkı çıkışının tümüyle durması, bağırsak tıkanıklığı ile bağlantılı olabilmektedir. İshal de akut karın ağrısı hastalarında önemli bir tanı faktörüdür.

Akut karın ağrılı hastaların zaman kaybetmemesi gerekmektedir. Hastaların ağrı nedeniyle aldıkları pozisyonlar ağrının tipi hakkında önemli ipuçları vermektedir. Ağrısı stabil olan hasta hareketsiz yatarken, kolik tipi ağrısı olan hastanın sürekli pozisyon değiştirdiği ve çok hareketli olduğu görülmektedir. Kan basıncının iki koldan da ölçülmesi şarttır, zira iki kol arasında bir basınç farklılığı varsa sebebi akut aortik diseksiyon olabilmektedir. Rektal muayene, batın muayenesinin bir parçasıdır.

2.2 Somatizasyon

Somatizasyon kavramı ilk defa 1940 senesinde, Stekel tarafından kullanılmıştır (Kendell, 1990). 1970'ere dek somatizasyonun belirtileri, histeri, hipokondri, melankoli ve nevrasteni gibi terimler ile tanımlanmıştır. 1980 ve '90'larda ise somatizasyon terimi, psikolojik ve medikal literatüre hakim olmuştur (De Laplanter, 2002).

Somatizasyon kavramının günümüzde en sık kullanılan tanımlarından biri Lipowski tarafından yapılmıştır. Lipowski, tıbbın çözülemeyen bir sorunu olarak değerlendirdiği somatizasyonu, organik olarak açıklamanın mümkün olmadığı fiziksel belirtileri yaşamaya ve

iletmeye, bu belirtileri bedensel bir hastalığa atfetmeye ve bu konuda tıbbi yardım arayışına girmeye olan eğilim şeklinde açıklamıştır (Lipowski, 1987). Lipowski, Rosn ve arkadaşlarının (1982) dile getirdiği daha kısa bir tanıma göre ise somatizasyon, ruhsal sıkıntıların ve psikososyal stresin fiziksel belirtilerle ifade edilmesidir.

DSM-4'te Somatoform Bozuklukları başlığı ile ele alınmış olan Somatizasyon Bozukluğu, DSM-5'de Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar başlığı ile ele alınmış ve adı Somatik Belirti Bozukluğu olarak değiştirilmiştir.

2.2.1 Çocuklarda Somatizasyon

Somatoform bozukluklar; organik sebepler ile açıklanması mümkün olmayan, psikososyal veya duygusal faktörlere bağlı gelişen bedensel yakınmaları ifade eder ve yedi temel tanı kategorisinde ele alınır (APA, 2000). Bu kategorilerden birincisi, somatizasyon bozukluğudur. DSM-4'te somatizasyon tanısı için ağrı, gastrointestinal, psödönörolojik ve cinsel etki alanı gibi konularda yakınmaların mevcut olması gerekmektedir. Çocuk ve ergenlerde sıklıkla somatik belirtilere rastlanmakla beraber, tanılamada zorluklar yaşanmaktadır. DSM-4'te ele alınan cinsel etki alanlarındaki yakınmaların çocuklar için müsait olmayışı ve somatizasyon yakınmalarında kronikleşme şartının aranması, çocuklar için somatizasyon yerine farklılaşmamış somatoform bozukluk tanısının konulmasına neden olmaktadır (Pehlivanürk, 2008).

Shannon ve arkadaşları (2010) tarafından okul çağındaki çocuklarda karşılaşılan somatizasyon için oluşturulan model kapsamında, somatizasyonun ana özellikleri; organik bir hastalığın bulunmaması, fiziksel belirtilerin mevcudiyeti, stresörlerin varlığı ve yardım arayışı olarak sıralanmıştır. İlişkili etkenler; belirtilerin sıklığı, cinsiyet, anlamlandırılmayan belirtilerin varlığı, psikolojik eş tanı, çocukluk çağı kötüye kullanımı, şiddet öyküsü ve okul stresi şeklinde listelenmiştir. İlişkili sonuçlar ise, belirtilerin sürekliliği, artış gösteren bakım gereksinimleri ve fonksiyonel bozulmalar olarak ifade edilmiştir.

Somatizasyon belirtileri arasında sıralanan baş ağrısı, karın ağrısı ve düşük enerji gibi bedensel şikayetler, çocuk ve ergenlerde sıklıkla görülmektedir (Campo veFritz, 2001). Ağrı şikayetleri dışında en çok gözlenen somatik belirtilerin; nefes darlığı, bulantı, baş dönmesi, halsizlik ve yorgunluk olduğu bilinmektedir.

Epidemiyolojik çalışmalar, çocuk ve ergenlerin %5-48'inde bu şikayetlerin her hafta veya iki haftada bir yaşandığını göstermektedir (Egger, Costello, Erkanli veAngold, 1999; Wolff ve ark. 2010). Somatik semptomlar yaşayan çocuklar ve ergenler, günün çoğunu

okullarda geçirmekte ve tıbbi olarak açıklanamayan ve tekrar eden somatik yakınmalar sebebiyle okul revirine başvurumaktadırlar. Gür ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir çalışma kapsamında okul revirine yapılan 9360 başvuru incelenmiş ve revire başvurma nedenleri arasında ikinci sırada somatik problemlerin olduğu tespit edilmiştir.

Kadıoğlu ve arkadaşları (2011) tarafından 1200 öğrenci ile yapılan bir diğer çalışmada da, ağrının bedensel veya ruhsal olduğu dile getirilmemekle beraber,iki yarıyıl içinde öğrencilerin %39'unun ağrı sebebiyle okul revirini ziyaret ettikleri, ağrı şikayetiyle gelenlerin %38'inin karın ağrısı, %31'inin ise baş ağrısı yaşadığı belirtilmiştir. Yine bu çalışmada ağrı sebebiyle başvuranların %20'sinin ağrıya ek olarak halsizlik,%14'ünün ise bulantı yaşadığı dile getirilmiştir.

Somatizasyona etki eden değişkenler, yurtdışında yapılan birçok çalışmada benzerlik gösterip, yaş ve cinsiyet temel değişkenler olarak tespit edilmiştir.Araştırmalar sonucunda kızların erkeklere oranla daha yüksek somatizasyon puanlarına sahip olduğu ve çocuklarda yaş ve somatizasyon puanı arasında doğru orantı olduğu ifade edilmiştir. Yine somatizasyonun anksiyete, depresyon,özdeğer ve genel yetkinlik ile anlamlı oranda ilişkili olduğu, genel sağlık ve somatizasyon arasında yüksek korelasyon gözlemlendiği bilinmektedir (Litcher ve ark. 2001).

Türkiye'de çocuklarda somatizasyon konulu kısıtlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır.

2.3 Depresyon

Köken olarak Latince'den gelen depresyon kelimesi “depressus”tan gelmekte; bastırmak, sıkıştırmak manalarını kapsamaktadır (Tietze, 2002).Depresyonun tarihsel sürecine bakıldığında, mühim bir Antik Yunan dönemi hekimi olan Galen (M.S. 131-201) depresyonu; genetik ve çevre etmenlerini de göz önünde bulundurarak yaşamdan memnuniyetsizlik duyma hissi olarak ifade etmiştir. 14.yy-20.yy sürecinde Çin'de depresyon hayatsal hava dolaşımındaki bozukluk, çokça üzüntü ve rahatsız olan bireyin kontrolünün dışında bir çaresizlik hissi olarak belirtilmiştir.

Ortaçağ'da Thomas Willis (1621-1675) depresyonu bireyin vücudundaki sıvılarda meydana gelen tuzlanmadaki artış olarak ifade edip iatroşimik modelini ortaya atmıştır. William Cullen ve Hoffmann mekanist yaklaşımdan esinlenerek depresyonu hidrodinamik, mikropartiküler ilkelerinden yola çıkarak bireyin bedenindeki sıvılardaki akımın deforme olması şeklinde ifade etmişlerdir. Merkezi sinir sisteminin depresyonda etkisinin büyük

olduğunu ve sıvılarda meydana gelen etkileşimin çok büyük ihtimalle elektrikle alakalı olduğunu belirtmişlerdir.

19. yüzyılın başlarında hastalık emarelerinin anatomik lezyonlardan ötürü meydana geldiği ifadesiyle birlikte organik rahatsızlık kavramı ortaya çıkmıştır. Lakin 19. Yüzyılın sonlarına doğru anatomik farklılıkları belirlemedeki zorluktan ötürü gözleme bağlı kuramsal ifadeler hastalıkları açıklamada kullanılmaya başlanmıştır (Berrios, 1998). Bu dönemde depresyon terimi; psikolojik olarak bir düşkünlük durumu, cesaret yetersizliği, karamsar düşüncelerin yoğunlaşması, heyecansal yetilerde azalma, genel olarak davranışlarda yavaşlama olarak ifade edilmiştir (Berrios, 1998).

Jean Pierre Falret Fransız -bir psikiyatrist olmasının yanında aynı zamanda Salpetriere Hastanesi'nin de idareciliğini yapmıştır- 1854'te dalgalanan delilik manasına gelen "folie circulaire" kavramını ortaya atmış; yaptığı depresyondaki hasta gözlemlerinde hastaların zamanla taşkınlıkta bulduklarını ve bir müddet sonra yeniden depresif dönemin meydana gelebildiğini fark etmiştir. Bunu da dalgalanan delilik olarak ifade etmiştir (Sedler, 1983).

19. yy'de mani ve melankoli depresyonun aşamaları olarak ifade edilmiştir. 20. yy'nin başlarında ise melankoli ile anlamdaş kimi zamansa onun bir belirtisi olarak belirtilmiştir. Alman bir psikiyatrist olan Emil Kraepelin (1856-1926) depresyonu depresif hallerin içerisinde bir ulam olarak belirtirken; klinik depresyonda ana patolojinin his halinde yıkıntı ve bilişsel, fiziksel hareketlerde ağırlaşma olduğunu ifade etmiştir. 20. yy'nin ortalarında ise nörofizyolojik yaklaşımlar depresyon hususunda mühim faydalar elde edilmesine imkan sağlamıştır.

20. yüzyılda birbirinden farklı kuramsal yaklaşımlar; psikanalitik, davranışçı, bilişsel vb. farklı yönlerden depresyonu ele alarak depresyon hususundaki enformasyonları çoğaltmışlardır. Teknolojinin ilerlemesiyle birlikte genetik, beyin biyokimyası, elektrofizyolojik, radyolojik alandaki araştırmalarla birlikte psikiyatrik bozukluklar daha değişik şekilde idrak edilmeye başlanmıştır.

Bireylerde hissel, bilişsel, hareketsel ve fiziki olarak ortaya çıkan bazı emareler depresyonu oluşturmaktadır. En belirgin niteliği bireyde oluşan yıkık bir ruhsal durum ve yaşamdan mutluluk duymada bariz bir azalma ortaya çıkmaktadır (Tuğrul ve Sayılğan, 1997:1).

Depresyon; ruhsal açıdan benlik saygısı azlığı, anksiyete, suçluluk, umutlu olmama, zevk alamama, obsesif bozukluk, intihar gibi emarelerle ortaya çıkan; sosyal ve iş hayatında olumsuzluklar, evlilik ve maddi sorunlar gibi nedenlerden ötürü hareketlerde ağırlaşma, yemek yiyememe gibi emarelerle devam eden bir hissel haldir. Hem depresif hem de bunalımlı bir his haliyle birlikte fiziki hareketlerde ağırlaşma, güçsüzlük, istekli olamama, depresif olmayı da beraberinde getiren bir rahatsızlık olan depresyon; fiziksel ya da psikolojik rahatsızlığa endeksli olarak meydana gelebileceği gibi birdenbire de ortaya çıkabilen bir rahatsızlıktır (Öztürk, 2004).

Yapılan araştırmalar depresif karakterin doğuştan da gelebileceğini ve problem zamanlarında psikolojik gerginliği çoğaltan bir hal olarak belirtilmiştir. Akabindeki çalışmalarda sosyal çevrenin de depresif karakterin meydana gelmesinde etkin olduğuna dikkat çekilmiştir (Boratav, 2000).

Stres; depresyonun meydana gelmesinde ve artmasında en mühim etmendir. Bireylerin hayatlarında karşılaştıkları stresli vakalar depresyona yatkınlık oluşturabileceği gibi depresyonu başlatıcı da olabilmektedir (Kabakçı, 2001, s:273).

Bireylerin karakterlerinin bir bölümü olan mizaçları ile sosyal çevre içerisinde edindikleri yer arasında uyumun olmaması da depresyonun oluşmasında mühim bir faktör olarak ifade edilmektedir. Evlilikte yaşanan sorunlar, iş sahibi olamama, parasal sorunlar, hayat şartlarındaki farklılaşmalar, ölüm gibi olumsuz hayat koşulları yüzünden bireyler duygusal, zihinsel ve hareketsetel bakımdan önemli problemler depresyonu tetiklediği gibi anksiyete, fobi gibi farklı rahatsızlıklara da neden olmaktadır. Bunun yanı sıra bireylerin problemlerini halletmek adına çabaları negatif olarak etkilenir; yahut bastırılırsa birey duraklama dönemi yaşar. Bu duraklama da depresyonun bir nedeni sayılmaktadır (Ceylan, 2001).

2.3.1 Çocuklar ve Ergenlerde Depresyon Bozuklukları

Depresyonun belirlenmesi çocukluk çağlarında zordur; değişik klinik görünümle ve değişik emarelele ile ortaya çıkabilmektedir. Çocukluğun ilk evresinde semptomatoloji oldukça farklıdır ve özellikle hareket esaslı dışlaştırılır. Gözlenen emarelele; normalden fazla hareketlilik ve hırçınlık, etrafa ve bireyin kendisine zarar verici davranışlarda bulunması, içe kapanıklık ve sessizliktir. İstikrarsızlık ve ani farklılaşmalar duygusal arenada etkindir. Uyku ve yeme düzensizliği gibi belirtiler de gözlenmektedir. Bunun yanı sıra enürezi ve enkoprezi de kazanılmış yeteneklele hususundaki gerilemeye istinaden görülebilmektedir (Kayaalp, 1994).

Depresyondaki çocukların kendilerini toplumdan soyutlama, diğer bireylerle araya mesafe koyma ve aile faaliyetlerine yahut sosyal olaylara dahil olamadıkları görülmekte; bunun sonucu olarak çevre ile ilişkilerin bozulması, okul başarısında düşüş yaşanması gibi bulgular ortaya çıkmaktadır (Göğüş, 2000).

Ebeveynlerden ayrılma, bir yakının vefat etmesi ya da yas tutulacak bir olayın meydana gelmesi, bir arkadaştan ayrılmak, taşınmak vb. vakaların akabinde oluşan depresif epizod gelişerek meydana gelmektedir. Bunun bir sonucu olarak çocuğun hareketlerinde değişim gözlenmektedir. Çocuğun psikomotor davranışları zayıflar, çabuk yorulma gözlemlenir. Arkadaşları ile yapılan faaliyetlere katılım hususunda istek göstermez. Oyunlardan yahut önceden yapmaktan hoşlandığı aktivitelerden hoşlanmamaya başlar. Çevresine karşı ilgisi azalır (Marcelli, 2003).

Düşünmekte zorluk çekme, çalışmalara dikkat verememe, okul görevlerini yerine getirmeme ya da reddediş; bunun sonucu olarak da çocuk tembel olarak nitelendirilir. Depresyondaki çocuklarda çağının ilk dönemlerinde iştahsızlık görülürken; yaş ilerledikçe iştah artışı olarak da kendisini gösterebilmektedir. Uykuyu reddetme ya da uyku zamanına karşı çıkma olarak da depresif epizod kendisini göstermektedir. Uykuda kabus görme de mümkündür (Öy, 1995). Çocuk bedenine bakmaz, onla ilgilenmez. Affektif beklentilerin nesnelere yöneltildiği kimi durumlarda da bazı çocukların eşyalarını kaybettikleri, kimilerininse küçük boyutta hırsızlık olaylarına karıştıkları eşya çaldıkları görülür (Öy, 1995, s.45).

Kimi çocuklar bazen kurban statülerini doğrulamak adına terk edilecekleri durumlar ortaya çıkarırlar. Cezalandırılmayı haklı gösterecek bir durum yaratıp kendilerini cezalandırmak maksatlı kendi kendilerine kötü davranma yoluna giderler. Bu davranışta bulunan çocuk kurban olduğuna kanaat getirip verimsizleşmektedir; verimsizlikle birlikte artan yetersizlik sonucu çocuk daha az sevmeye başlanır. Sevginin yitilmesiyle birlikte değersizlik ve suçluluk duyguları ortaya çıkar; “kimse beni sevmiyor, ben kötüyüm” ifadeleriyle ortaya çıkan bu olayın neticesinde çocuk kendisini cezalandırmaya başlar ve bu noktadan sonra okulda devamlı ceza alınmalar, kazalar baş gösterir (Öy, 1995, s.44).

Çocukta depresyon üç biçimde belli olabilir; ruhsal acı, psikomotor ketlenme ve özsaygının yitilmesi. Acı yahut üzüntü her daim var olan duygulanımlardandır; lakin çocuk sembolik olarak bunu açıklayamaz. Bu nedenle değişik tutumların ardına sığınır; beden devreye girer. Çocuğun kendisine karşı olan saldırganlığının bir göstergesi olan kaza gibi gözüken travmalar baş gösterir. Depresyondaki çocuklarda ketlenme ve psikomotor

yavaşlamaya sıklıkla rastlanılmaktadır. Oyunlardan ve gündelik faaliyetlerden haz alamamak, zihinsel etkinlikler çocuk için uğraştırıcı ve zordur. Okul başarısı düşer ve çocuk tembel olarak sıfatlandırılır. Kimi durumlarda ödevleriyle çok uğraşsa da çocuk idrakta ve ezberde zorluk yaşamaktadır.

Özsaygıyı kaybetmek neticesinde çocuklar kendilerine dair olan kötü imajları etraflarına yansıtırlar; böylece daima yeterli olamama duygularını da etraflarına yansıtmış olurlar. İlgisizlik, tuvalet kaçırma özsaygı yitiminin emareleri olarak ortaya çıkabilmektedir. Tuvalet kaçırma çocuğun saldırganlık niteliğini de belirtmektedir. Bu saldırganlık bir süre sonra ruhsal mekanizması haline de gelebilir ve çocuğun devamlı hata yapmasına, kimi işlerde güçsüzlük ve yetersizlik hissetmesine neden olabilmektedir. İlişkileri bozulan çocuk ötekiler tarafından “şamar oğlanı” haline getirilir; bu duruma neden olansa mazoşistik bir gereksinimden kaynaklanan çocuğun bilinci dışında sahip olduğu suçluluktur (Cicchetti, Toth, 1999).

KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuruda bulunan çocuk ve ergenlerin erkek oranının kızlardan iki misli fazla olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak erkek çocuklarda ruhsal sorunların daha çok görülmesi ve erkek çocuklar için yardım alma isteğinin kızlara nazaran daha çok olması gösterilebilir. Başvuruda bulunanların yaşlarına bakıldığında en çok başvuru 6-11 yaş aralığında görülmektedir. Çocuğun eğitim hayatının başladığı, yeteneklerinin belli olmaya başladığı, sosyal ortama girdiği bir dönem olmasından ötürü akranlarıyla mukayese edildiği bir dönem olmasından ötürü bu dönemdeki başvuruların çok olduğu düşünülmektedir (Avcı, 1992; Özatalay,1994).

Çocuklarda depresyon emareleri olarak en fazla asabiyet (%17.6), haylazlık-söz dinlememe (%17.2), okul başarısızlığı (%16.9), sıkıntı (%11.6), fazla hareketlilik (%11.5), geceleri altını ıslatma (%11.4) şeklinde ifade edilmiştir. KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi’ne 1993-1994 senelerinde yapılan başvurularda ise kekemelik (%12.7) ile ilk sırada yer almış; sonrasında yatak ıslatma (%11.7), hırçınlık-sinirlilik (%10.3), konuşma geriliği (%7.4), kaka kaçırma (%7), okul başarısızlığı (%6.5) gösterilmiştir. Lakin 10 yıllık zaman dilimi incelendiğinde başvuru nedenlerinde farklılaşma gözükmektedir. Okul başarısızlığı şikayeti 3 kat artış gösterirken, 1993-1994 senelerindeki çalışmalarda aşırı hareketlilik emaresi yokken; sonraki çalışmada 5. Sırada yer almıştır. Bu son yıllarda toplumun dikkat eksikliği hususunda panel vb. vasıtalarla bilinçlendirilmeli ve ailelerin aşırı hareketli olan çocukları çocuk psikiyatrisine getirmekte çekinmelerin azalması, okullardaki

rehberlik servislerinin DEHB emareleri olan çocukları çocuk psikiyatrisine yönlendirmelerinden kaynaklı olabilmektedir.

1977-79 senelerinde Hacettepe Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümü'ndeki çalışmada emarelerden ilki enüresis (%21.5) sonrasında; (%16) ile kekemelik almaktadır. Bunu zeka geriliği (%12), sinirlilik (%8.2), korkular (%6.5), epilepsi (%5.5) izler (Sonuvar; 1982).

1992 yılında A.Ü. Tıp Fakültesi'ndeki çalışmada emareler; zeka geriliği (%15.7), enüresis (%11.2), sinirlilik, huysuzluk, geçimsizlik (%9.2), danışma (%6.5), kekemelik (%5.5), DEHB (%5.5) olarak belirlenmiştir.

Sinirlilik pek çok ruhsal rahatsızlığa işaret eden bir belirtidir. Yapılan çalışmalarda depresyonun okul öncesi dönemdeki bariz emaresinin sinirlilik olduğu görülmektedir; depresyondaki çocukların %98'si bu emareye sahiptir (Luby, Heffelfinger ve Mrakotsy, 2003).

Depresyon nedeniyle başvurularda 3. sırada yer alan okul başarısızlığı; mental geriliğe ya da hiperaktivite bozukluğu, öğrenme bozukluğu, depresyon vb. psikolojik rahatsızlıklarla alakalı olabilmektedir. 1992 yılında A.Ü. Tıp Fakültesi'ndeki çalışmada ilk sırada zeka geriliği tespit edilmiş, 1977-79 seneleri arasında Hacettepe Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümü'ndeki çalışma ile 1988 senesinde A.Ü. Tıp Fakültesi'nde yapılan çalışmada zeka geriliği 3. sırada en sık başvuru emaresi olarak saptanmıştır.

Başvurulan şikayetlerin 4. sırasında, sıkıntı görülmektedir. Psikiyatride bireyi en fazla rahatsız eden emarelerden biri olan sıkıntı anksiyeteyi yansıtır. İlkokul çocukları arasında %4-5 oranında sıklıkla görülen anksiyete bozuklukları cinsiyete bakıldığında kızlarla erkeklerde aynı oranda görülmektedir. Sosyo-ekonomik olarak alt seviyede olan bireylerde daha çok görülürken; en sık 5-7 yaş gruplarıyla, 11-13 yaş aralıklarıdır (Polvan, 2000).

En sık görülen 5. başvuru şikayeti aşırı hareketlilikten yakınmadır. Hiperaktivite dikkat eksikliği belirtilerinden birini de oluşturan aşırı hareketlilik; normal çocuklarda da rastlanılan bir durumdur. Rahatsız olan çocukların diğerlerinden ayırt edilebilmesi emarelerin sıklığı, şiddeti ve yaygınlığı göz önünde bulundurularak yapılabilir. Aşırı hareketlilik hususunda 3-4 yaş çocukları yaş ne kadar küçükse hareket o kadar fazla olacağından özellikle izlenilmesi gereken bir yaş grubudur (Polvan, 2000).

Depresyon belirtileri cinsiyet bakımından ele alındığında; mutsuzluk, ağlama, intihar girişimi vb. depresyon rahatsızlıkları ile ilgili şikayetlerin kızlarda daha çok olduğu

belirlenmiştir. Adolesan dönemde özellikle kızlarda %10.2, erkeklerde %2.6 oranında depresif rahatsızlık görülmektedir. (Güleç ve Köroğlu, 1998, Dierker, Menihangas ve Sztatmani, 1999, Yörükoğlu, 1992).

Erkeklerdeki şikayet nedenlerine bakıldığında ise okul başarısızlığı, haylazlık, söz dinlememe, aşırı hareketlilik, kekemelik, adli başvuru ve tik emareleri kızlara nazaran fazladır. Bununla birlikte dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme rahatsızlıkları erkeklerde çokça görülmektedir (Offord, Boyle ve Racine, 1989).

Depresyon başvuruları yaşa göre incelendiğinde; 0-3 yaş arası çocuklarda konuşma bozukluğu, asabiyet, haylazlık, söz dinlememe, fazla hareketli olma, zararlı hareketlerde bulunma, uyku düzensizliği, kardeşini kıskanma, iletişimde sıkıntı yaşama sorunları görülmektedir (Lewis, 2002).

3-6 yaş dönemi incelendiğinde; haylazlık, söz dinlememe, fazla hareketli olma, zararlı hareketlerde bulunma, konuşmada bozukluk, sıkıntı, kekemelik, geceleri altına kaçırma, uykusal sorunlar, mutlu olamama ve ağlama sıkça görülmektedir (Lewis, 2002).

6-11 yaş dönemi çocuklarında en çok başvuru; okul başarısızlığı, gece altını ıslatma, haylazlık, söz dinlememe, asabiyet, fazla hareketli olma, korku, sıkıntı, mutsuzluk, ağlama, zarar verici davranış, dikkat eksikliği, uyku bozukluğundan ötürü olmaktadır (Lewis, 2002).

11-15 yaş arasında en çok başvuru; sıkıntı, okul başarısızlığı, mutsuzluk, ağlama, asabiyet, adli vaka, korku, uyku sorunları, ağrı iken; 15 yaş ve üstü en çok başvuru; intihar teşebbüsü, mutsuzluk, ağlama, adli vaka, asabiyet, okul başarısızlığı, içe kapanıklık, uyku bozukluğu, sıkıntıdan ötürü olmaktadır. İntihara teşebbüsün 15 yaş ve üstü bireylerde birinci sırada olduğu görülmektedir. Yaş ilerledikçe intihar teşebbüsü oranının arttığı gözlenmiştir. Ana niteliği ayrılma ve bireyselleşmeyi başarmak olan ergenlik döneminin; araştırmacılar tarafından intihara teşebbüste başlı başına bir dönem olarak ifade edilmiştir (Ercan Sabri, 1996).

Tespit edilen etiyolojik faktörler, ergenlik döneminde saf depresyon yaşama ihtimalini azaltmaktadır. Komorbid psikiyatrik hallerinin çok olması, devam eden ve uzun süren depresyon epizodlarının ortaya çıkması ve bununla birlikte sağaltıma yanıtın eksilmesi ihtimalini çoğaltmaktadır. Depresyona eşlik eden komorbid bozuklukların oranı %40-%95 olarak belirlenmiştir. En fazla görülenler; agorafobi, sosyal fobi, ayrılma anksiyetesi, aşırı anksiyete, enürezis, obsesif kompulsif bozukluk gibi anksiyete bozuklukları ve distimik bozukluklardır. Bunların dışında yıkıcı davranış bozuklukları-davranım bozukluğu, karşı olma

karşı gelme bozukluğu, dikkat noksanlığı hiperaktivite bozukluğu, kişilik bozuklukları-anti sosyal ve borderline kişilik bozukluğu ve madde kullanımı yer almaktadır (Parker ve Roy 2001).

2.3.1.1 Yıkıcı Duygu Durumu Düzenleyememe Bozukluğu

Depresyonu olan çocuklarda ve ergenlerde ayırt edici tanı oldukça önemlidir. İlk olarak psikiyatrik rahatsızlıklarla benzerlik gösteren yahut neden olan organik hallerin ayrımının yapılması gerekmektedir. Okul öncesi dönemdeki bireylerde depresyon emareleriyle başvuru alan çocuklarda malignite, çocuk ihmali yahut kötüye kullanım, ayrılma anksiyetesi rahatsızlığı, depresif duygu durumuyla alakalı uyum bozukluğu ayrımları yapılmalıdır. Depresif rahatsızlığın öncelikli mi olduğunun tespit edilmesi önemlidir. Özellikle ergenler için madde kullanımı, erken başlangıçlı şizofreni ve anksiyete rahatsızlıkları dikkatli bir şekilde ayırt edilmelidir. Duygudurum rahatsızlığı ile şizofrenik rahatsızlık belirtilerinin net olarak ayırt edilemediği zamanlarda öncelik duygudurum bozukluğu tespitine verilmelidir. Alınan cevaba göre yöntemde farklılaşmaya gidilebilir (Weller ve Weller; 1990).

Duygudurum rahatsızlıkları bir başka ruhsal rahatsızlığa ikincil de olabilmektedir. Ergen bireyler yer aldıkları dönem nedeniyle his, fikir ve ilişkilerde birdenbire farklılaşmalara gidebilmektedirler. Depresyonu olan bireyler hızlı bir şekilde bu değişimleri yapabilmelerinin yanı sıra; yetişkin bireyler gibi sosyal geri çekilme, alaka ve faaliyetlerde gerileme, arkadaşlardan uzaklaşma, akademik başarıda düşüş, okul ve evden kaçma, zararlı madde kullanmaya yönelme, özkıyım fikri gibi depresyon emareleri gösterebilirler. Birincil durumlarda önce duygudurum bozukluğu tanısı yapılmalıdır. İkincil durumlarda ise dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, davranış bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluğu, madde kullanımı ihtimalleri mevcuttur (Weller ve Weller1990, Şenol ve ark. 1999). Kimi depresyon çeşitlerinde bipolar duygudurum rahatsızlığındaki gibi kalıtsal faktörler de yer almaktadır.

Depresyon rahatsızlıkları erkeklerde 9 yaşından sonra düşmeye başlarken; kızlarda 12 yaşından sonra artış göstermektedir. Pubertal dönemdeki pek çok hormonal farklılığın ve gelişimin olması; hormon konsantrasyonu duygudurum hususunda kızlarda da erkeklerde de etkindir. Erkeklerde adrenal androjen konsantrasyonu; kızlarda ise Folikül uyarıcı hormon (FSH) dolayısıyla östrojen artışının duygudurumdaki olumsuzluklarda payının olduğu ileri sürülmüştür (Angold ve arkadaşları; 1998). Depresif duygudurumdaki artışta kızlarda erken pubertal hormon artışıyla pozitif kolerasyon ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir (Brooks-Gunn

ve Warren;1989). Araştırmalar halsizlik, iştahta artış gibi atipik depresyon emarelerinin depresyonu olan kızlarda da adet öncesi dönemdeki kızlarda da ortaya çıktığını göstermiştir (Korkmaz 2002). Bununla birlikte depresyon teşhisi konulan kızlarda kuvvetli premenstrual dönem emarelerinin de mevcut olduğu tespit edilmiştir (Akdeniz ve ark. 2002). Bu tespitler duygudurum hususunda hormonal farklılaşmaların tesirine de dikkat çekmektedir.

Çocuklarda görölen duygudurum rahatsızlıklarında sağaltımda biyopsikososyal yöntem gerekmektedir. Pek çok halde çocuğun ve aile üyelerine bilgi verilmesi çok önemlidir. Ebeveynler çoğu zaman çocuğun halinden kendilerini sorumlu tutup vicdan azabı ve dışlanma hislerine kapılabilirler. Daha önce anne baba yeteneklerinin basiretsizliği hususunda eleştirilmiş olmaları da mümkündür. Bunun neticesinde anne baba eğitimi ve çocuklarının problemlerinin çözüme kavuşturulması sağaltımında en iyi neticenin alınabilmesi için beraber olmak çok önemlidir.

Oyun çağındaki çocukların ailelerinde özellikle birlikte çalışmak çok mühimdir. Zira tedavi aşamasında çocuğun hayatına girip çocuk için özel zaman yaratmak ve çocuğa kendisine değer verildiğini hissettirilmesi gerekmektedir. Tedavide bulunacak kişinin sempatik, koruyucu, destek sağlayıcı çocuk ve ergene hudut meydana getirecek bir şekilde davranması tedaviyi çabuklaştırıcı bir faktördür. Çocuğun hislerini fark etmesi, ifade etmesi, negatif hisleriyle baş edebilmesi açısından çocuğa yardımcı olunmalı ve bu yönde çocuğa cesaret kazandırılmalıdır. Okul döneminde ilaç kullanımını da tedavi aşamasında kullanılabilir.

2.3.1.2 Majör Depresyon Bozukluğu

Majör depresyon tanı kriterlerine bakıldığında; iki haftalık sürede önceki fonksiyonellik seviyesinde bir farklılık olması ile beraber aşağıdaki emarelerden beşi yahut daha fazlasının mevcut olması, en az birinin depresif duygudurum yahut ilgi yitimi ya da haz alamama olması lazımdır.

1. Hastanın kendisinin fark etmesi yahut çevresindekilerin gözlemleri neticesinde tespit edilen her gün, tüm gün boyunca devam eden depresif duygudurum.

2. Hemen hemen her gün, tüm gün boyunca devam eden tüm faaliyetlere yahut bu faaliyetlerin pek çoğuna karşı bariz bir alaka azalması ya da önceden olduğu gibi haz alamama.

3. Diyet yapılmamasına rağmen kiloda mühim derecede artma yahut azalma görölmesi, bir ayda kiloda %5 oranında bir farklılaşmanın olması, iştahta artma ya da azalma, çocuklarda istenilen kiloya ulaşılamaması.

4. Hemen hemen her gün ya uykusuzluk problemi çekme ya da normalden fazla uyuma.
5. Çevredeki bireyler tarafından fark edilen bir psikomotor ajitasyon yahut reterdasyonun mevcut olması.
6. Sürekli hissedilen yorgunluk, halsizlik ya da enerji yoksunluğu mevcudiyeti.
7. Sürekli kendini değersiz hissetme, çok fazla hezeyan boyutunda suçluluk hissine sahip olmak.
8. Devamlı bir şekilde odaklanma sorunu yaşama, karar vermede güçlük çekme.
9. Sürekli ölüm ve özkıyım düşüncelerine sahip olma, intihar planı yahut teşebbüsü.

Karma bir episodun tanı kıstaslarını ifade eden bu emareler, kliniksel bakımdan bazı sorunlara yahut toplumsal mesleki ve mühim diğer fonksiyonel sahalarda bozulmalara yol açmaktadır. Bu emareler bir madde kullanımının yahut genel tıbbi bir halin tesirleriyle alakalı değildir. Yas ile de tam olarak açıklaması yapılamaz; zira sevilen bir insanın yitirilmesinin akabinde oluşan üzüntü durumu iki aydan fazla devam etmekte yahut bariz fonksiyonel bozulma, kendini kıymetsiz hissetme düşünceleriyle hastalık boyutunda meşgul olma, özkıyım fikri, psikomotor reterdasyon mevcuttur (American Psychiatric Association;1994).

Diğer psikolojik hastalıkların akabinde meydana gelebilen majör depresyon epizodun öncesinde madde alımı olabileceği gibi bireyin alkol-madde tüketimini sürdürmesi depresif emareleri çoğaltabilir. Depresyonla mücadele etmeye çalışan bireyler davranış bozuklukları geliştirebilir ve sonradan edinilen davranışlar depresyon emareleri düzelse dahi sonradan devam edebilir. Lakin kişilik bozuklukları emareleri depresif emarelerin yok olmasının akabinde düzelebilir. Depresyon sahibi olan ergenlerde kişilik bozuklukları tespitine varılabilmesi için önce depresyon emarelerinin yok edilmesi gerekir; akabinde fonksiyonelliğin incelenmesi gerekir (Parker ve Roy 2001).

Komorbidite dağılımı yaş bakımından da farklılık göstermekte ve çocuklarda en çok dikkat noksanlığı hiperaktivite bozukluğunun, ergenlerdeyse en çok distimik bozuklukların birlikte görüldüğü hususunda araştırmalar mevcuttur. Bu bakımdan majör depresif bozukluk tanısında ve tedavi sürecinde olumlu bir netice elde edilmesi için komorbidite mevcudiyeti dikkatle değerlendirilmesi ve es geçilmemesi gereken bir durumdur (Erdoğan ve Tamar 2002).

2.3.1.3 Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)

Kronik depresif bir hastalık olan distimik bozukluk, önceleri farklı tanı sistemleri tarafınca kronik minör depresyon, nörotik depresyon, depresif nevroz, karakterolojik depresyon, depresif kişilik, kronik disfori, intermittan depresyon ve tedaviye dirençli depresyon gibi kavramlar ile tanımlanmaya çalışılmıştır. Ardından ilk olarak 1980 senesinde DSM 3'ün yayınlanması ile birlikte Distimik Bozukluk olarak diğer psikiyatrik tanımlar arasına katılmıştır (Sarandol, 2003). Bu yaklaşım, iki temel değişimi vurgulamaktadır. Birincisi, antidepresanlara ve psikoterapiye olumlu yanıt vermesi beklenen bir sıkıntının ortaya çıkışı, ikincisi; şiddeti az olan bozukluklar minor hastalıklar gibi görülürken, bunların kronik hale gelmesi durumunda hayat boyu yarattıkları kayıp etiklerinin majör sayılan psikiyatrik rahatsızlıktan dahi daha ağır olabildiğinin anlaşılmasıdır.

Distimik bozukluk, depresyona özgü yakınmaların daha hafif şiddette olduğu fakat uzun süre varlığını koruduğu bir psikiyatrik bozukluktur. Birey çoğunlukla mutsuz ve karamsardır. İştah ve uyku düzensizdir, enerji azalmaktadır, dikkat ve odaklanmada bozulmalar yaşanırken, karar verme yönünde de zorluk yaşanmaktadır. Sık görülen bir rahatsızlık olmakla beraber genellikle fark edilemeyişi ve kişinin tedaviden mahrum kalması, bu hastalığın talihsiz tarafıdır. Hastalığın semptomları aniden başlamadığı ve kişinin hayatı içerisinde net bir değişime sebep olmadığı için, hastanın yakınları durumu fark edememektedir. Distimik bozukluk yaşayan kişinin kendisi dahi durumu geçmişten beri yaşadığı, kişiliğinin bir parçası şeklinde görebilmektedir. Bu nedenle hasta tedavi alma ihtiyacı duymamakta ve durumunu kabullenmektedir. Ancak distimik bozuklukta hastalığın tanınması ve erken tedavi son derece önemlidir.

Distimik bozukluk sıklıkla çocukluk veya ergenlik yıllarında başlamakta ve kronik bir ilerleyiş ile minimum iki sene sürmektedir. Bu yaş dönemleri, kişinin akademik ve sosyal açıdan kendini en çok geliştirmesi gereken yıllardır. Bazı hastalarda bu bozukluğun yetişkinlik döneminde başladığı da görülmektedir. Zaman zaman bu rahatsızlığa majör depresyon eklenmekte ve sıkça tekrar etmektedir.

Distimik bozukluğun ana semptomları isteksizlik ve ilgisizliktir. Bu semptomlar dışarıdan gözlenmez, kişi dile getirmediği müddetçe dışarıdan anlaşılabilen bir mutsuzluk hali söz konusudur. Uyku, iştah ve cinsel hayatla alakalı problemler de anlaşılabilen seviyededir. Kişi motivasyon sorunu yaşamakta, normalde keyif aldığı faaliyetlerden dahi zevk alamamaktadır. Hasta sadece temel görevlerini sürdürmekte, iş veya öğrenim hayatı ile ilgilenmekte ancak sessiz, durgun bir halde, keyifsiz bir moda yaşantısını sürdürmektedir. Bu

durum, kişinin mevcut potansiyelini tümüyle ortaya koymasını engelleyerek kişiyi hak ettiği kariyer ve başarılarından da geri bırakmaktadır. Tüm bunlar kişinin sosyal ilişkilerini etkilemekte, ailesiyle, eşiyile ve dostlarıyla olan iletişimine zarar vermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO), 2005 senesinde Majör Depresif Bozukluğu (MDB) dünyanın en mühim 4. Sağlık problemi olarak ilan etmiştir. WHO'ya göre dünya genelinde 121 milyon insan depresyon yaşarken, bu hastaların yalnızca %25'i tedavi alabilmektedir. Depresyon hastalarının %15'inin intihara teşebbüs ettiği ve bu kişilerin çoğunun erkek olduğu belirtilmiştir (Akiskal, 2005).

Kellner ve arkadaşlarına göre distimik bozukluk taşıyan bireylerin %75'i, hayatlarının bir döneminde majör depresif epizod tecrübe etmişlerdir (Kovacz ve arkadaşları, 1994; Klein ve arkadaşları, 2003). Uzunlamasına izlem çalışmalarına göre ise bu oran %90'a yükselmektedir. Öte yandan, majör depresif epizod yaşamış olguların ortalama %25'inin geçmişinde distimik bozukluk görüldüğünü gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Bu tip majör depresif bozukluklar, ikili depresyon olarak da tanımlanmaktadır (Klein ve arkadaşları, 2003). DSM-4'te Distimi ve Majör Depresyon ayrı olarak belirtilmesi gereken ve distimik bozukluk majör depresyondan tümüyle ayrı, eşanlı durumlar şeklinde ele alınmaktadır. Ancak distimik bozuklukla ikili depresyondaki majör depresyonun stresli hayat olaylarına tepki olarak azalıp artan aynı durumun iki farklı safhası olmaları daha muhtemel görünmektedir (Nobile ve arkadaşları 2002; Moerk ve Klein, 2000).

2.3.2 Çocuklarda Depresyon Bozuklukları Nedenleri

Depresyonu etkileyen etmenler; genetik, çevresel, biyolojik, çocuklukta nöroendokrin farklılıklar, büyüme hormonu, psikolojik etkenler olarak sıralanabilir (Weller ve Weller; 1990).

İkiz ve evlat edinme hakkındaki çalışmalar genetik faktörün huy bozukluklarının sürdürülmesinde %50 etkisinin olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte çocukluğun birlikte geçirildiği aile de önemli bir etmendir. Bir araya getirilen çalışmalarında depresyon sahibi anne babanın evlatlarında psikopatoloji miktarının da fazla olduğu ifade edilmektedir. Hem anne hem de babanın majör depresyon epizoduna sahip olduğu hallerde ise bu oran çok daha fazlalaşmaktadır. Bununla birlikte birinci derece yakın akrabalarda depresyon görülme miktarı %20-46 arasında seyretmektedir. Depresyonun erken dönemlerde başladığı bireylerin akrabalarında da depresyon oranlarının fazla olduğu görülmektedir (Parker ve Roy; 2001).

Anne ve babanın erken yaşlarda ilk depresyon epizodlarını geçirdikleri ve devam eden depresyonun mevcut olduğu durumlarda ergen depresyonunun daha fazla olduğu araştırmalar sonucunda ortaya çıkmıştır. Anne ve babada farklı depresif vakalar söz konusu olduğunda da ergendeki depresyon oranının fazlalaştığı görölmektedir. Anne baba ya da büyükanne büyükbabada depresyonun bulunması çocuklarda daha fazla anksiyete ve depresyon olasılığını meydana getirmektedir. İkiz araştırmalarında da depresyon sahibi ebeveynlerin çocuklarında bununla birlikte komorbid anksiyetenin de mevcut olduğu durumlarda anksiyete miktarı bakımından fazla eş hastalanma oranı tespit edilmektedir (Parker ve Roy; 2001).

Aile ortamında olumsuzlukların olması; depresyon, intihar fikrini, intihar teşebbüslerini çoğaltmaktadır. Ailenin yapısı ve işlevinin, emosyonel destek azlığı ve intihar hareketiyle alakalı olduğu görölmüştür. Depresyon sahibi ergenlerin ailelerini ifade ederken; daha çatışmalı, dışlayıcı, desteklemeyen ve kötüye kullanan şeklinde özelliklerle lanse ettikleri görölmüştür. Çatışma fazlalığı olan ailelerde depresyonun yinelenme riskinin çoğaldığı da belirtilmektedir. Kimi aile çatışmasının anne babanın ergenin yıkıcı hareketlerine müdahale etme teşebbüslerinin bir sonucu meydana geldiği de bir gerçektir (Parker ve Roy, 2001).

Utangaç, anksiyete, bağımlı ya da tasalı, popülerlikten uzak, kendine güveni olmayan, güvensiz hisseden bu ve bunun gibi hususlarda daimi düşünce meşguliyetleri olan çocuklarda depresyon olasılığı da fazladır. Zıt yönde dışa yöneltme eğilimi-tarzı, madde kullanımı ve hareket bozukluğu riski mevzusunda da çoğalmaya neden olabilmektedir. Agresyon gibi kimi dışa yönelik hareketler depresyona da madde kullanımı bakımından riske de neden olabilmektedir.

Genetik faktörlerin yanı sıra fiziksel rahatsızlıklar da depresyon yol açmaktadır; bunun yanı sıra mevcut depresyonu da arttırabilmektedir (Ekici ve Savaş, 2001).

2.3.3 Çocuklarda Depresyon Bozuklukları Yaygınlığı

Depresyon hususunda farklı oranlarda yaygınlık durumu mevcuttur. Bu değişikliklerin nedeni örneklem grup ile çalışılması, farklı ölçü araçlarının kullanılması, farklı tanı araçlarının kullanılmasıyla ilişkilidir. Amerika'da yapılan epidemiyolojik araştırmalarda depresyon yaygınlığı; okul öncesi çocuklarda %0.9, okul dönemi çocuklarında %1.90, ergenlerde %4.7 olarak ifade edilmiştir (Kashani ve ark., 1987). Bunun yanı sıra özel pediatri gruplarıyla yapılmış çalışmaların neticesinde varılan sonuçlar da mevcuttur. Nörolojik olarak

açıklanamayan baş ağrısı şikayetiyle başvuruda bulunan çocukların %40'ında depresyon mevcut olduğu ortaya çıkmıştır. Pediatri kliniklerinde yatan çocukların %7'sinde, izlenen çocukların %28'inde, yatarak tedavi gören çocukların %59'unda, yatarak tedavi gören ergenlerin %27'sinde depresyon teşhisi mevcuttur (Weller ve ark., 1996).

Depresyonun prepubertal dönemde kız ve erkek ayrımı gözetmeksizin eş olduğu, yalnız erken ergenlikten kaynaklı kız çocuklarında bir yükseliş görülmesiyle birlikte cinsiyet değişikliğinin mevzubahis olduğu görülmektedir. Kimi çalışmalardan alınan veriler kızların ergenlikte erkeklerden daha fazla ve şiddetli bir biçimde depresyon emareleri gösterdiklerini ortaya koymuştur (Takakura ve Sakihara, 2000).

Çocuklardaki psikolojik rahatsızlıkların sıklığı yaşla beraber artış göstermektedir. Okul öncesi, ergenlik öncesi ve ergenlerde yaklaşık olarak psikolojik rahatsızlıkların oranları sırayla; %10.2, %13.2, %16.5'tir (Zahn-Waxler, Klimes-Dougan, Slattery, 2000). Cinsiyet olarak ele alındığında dikkat eksikliği, hiperaktivite rahatsızlığı, yıkıcı davranış rahatsızlıkları gibi kaynakları dışsal olan rahatsızlıklar erkeklerde fazlayken; depresyon, anksiyete rahatsızlıkları gibi kaynağı içsel olan rahatsızlıklar kız çocuklarında daha çok görülmektedir (Roberts, Attkisson ve Rosenblatt, 1998). Kronik sağlık rahatsızlıkları olan çocuklar şayet hastalıkları neticesinde fiziki eksikliğe sahip olmuşlarsa psikolojik bozukluklar ve sosyal problemler miktarı kronik rahatsızlığı olmayan aynı yaştaki çocuklara nazaran 3 kat daha fazladır (Camdan, Boyle ve Szatmani, 1987).

2.4 Kaygı

Kaygı (anksiyete) sıkıntılı veya tehlikeli bir durumun gerçekleşmek üzere olduğu beklentisi sebebiyle meydana gelen (Özdemir ve Kütük, 2013); fizyolojik, zihinsel ve davranışsal unsurları olan bir tepki durumudur (Kerimoğlu, Kılıç, Gürkan ve Ötürk, 2011). Başka bir ifadeyle, kişi için tehlike arz eden belirlenebilir ya da belirlenemez bir halin karşısında oluşan; kaygı hisleri ve bununla birlikte fiziksel uyarılma unsurları ile belirtilmektedir.

Anlık korku ve endişeler gelişimsel açıdan normal kabul edilmektedir. Ancak anksiyete durumunda çarpıntı, titreme, terleme ve kaslarda gerileme olur. Daha sonra da kaçınma, agresiflik gibi hislerle olumsuz fikirlere neden olmaktadır. En mühim vasfı, kişiye büyük sıkıntılar vermesi ve kişinin hoşlanmadığı bir yaşantı biçiminde belirtilmesidir.

Kaygı doğal bir güdü olarak addedilmekle birlikte kaygının kökeninin doğru anlaşılması halinde birey savunmasız kalabilmekte ve kendisini korunmasız

görebilmektedir. Kaygı belirsizlik durumunda meydana gelen bir histir. Kaygı ve korkunun benzer hususları olmakla birlikte aynı değildir. Korkunun belli bir sebebi vardır, kaygının sebebi belirsizdir (Örnek, 1993). Ayrıca korku, dışarıdan gelen bir tehlike durumuna, önceden tahmin edilen bir zarara karşı verilen bir tepkidir. Korkuya kaçma dürtüsü de eşlik eder. Anksiyete durumunda ise, tehlikenin kökeni belli değildir. Gerçek korku durumu aslında normal kabul edilmektedir. Ancak normal durumlarda korku hissi yaratmayacak özellikteki uyaranların, bazı kişilerde korku hissi yarattığı görülmektedir. Yani normalde korkulmaması icap eden bazı durumlar veya olaylar karşısında meydana gelen korku hislerinde anksiyeteden bahsedilebilir. Anksiyete kişinin yeni durumlara adapte olmasını sağlayarak psikolojik gelişimini ilerletebileceği gibi aksine, adaptasyonu zorlaştırıcı ve geriletici etkileri de bulunmaktadır (Muris, 2004).

Anksiyetenin her zaman bir psikolojik rahatsızlık belirtisi olarak görülmemesi gerekmektedir. Normal kişilerde de gelişmeye, ilerlemeye, yeni ve farklı şeyleri tecrübe etmeye ve kişinin öz kimliğini ve yaşamın farklı yanlarını bulmasını sağlamaya yardımcı olabilir. İnsanlar gündelik yaşamın akışında birtakım olaylar ve fikirlere karşı anksiyete yaşayabilirler. Örneğin, sınava giren kişilerin yaşadığı durum anksiyete olarak belirtilebilir. Anksiyete kişiyi birtakım iç ve dış tehdit unsurlarına karşı uarmaktadır. Böylece kişi açısından yaşam kurtarıcı bir fonksiyonu da bulunmaktadır. Kişilerin tehdit edici durumlardan korunması ve neticelerini azaltmak amacıyla gerekli tedbirleri almasını sağlar.

Anksiyetenin psikolojik rahatsızlık olarak addedilmesi için gelen uyarıya verilen tepkinin şiddetli olması ya da zamanın uygun olmaması, devamlı yaşanması ve de bireyin iş ve sosyal hayatını olumsuz etkiliyor olması gerekmektedir. Bununla birlikte anksiyetenin belirtileri fizikî ve ruhsal olmak üzere iki başlık altında ele alınabilir.

Bedensel Belirtiler:

- Terleme,
- Titreme,
- Çarpıntı,
- Ateş basması,
- Bulantı.
- Nefes darlığı,
- Baş dönmesi,
- Halsizlik,

- Bayılacakmış hissi vb. belirtilebilir.

Ruhsal Belirtiler:

- Zihnin bulanıklaşması
- Unutkanlık
- Dikkat eksikliği
- Mühim durumları unutma
- Aşırı uyanıklık durumu
- Düşüncelerin kesintiye uğraması
- Nesnel düşünmede sıkıntı
- Kontrolün kaybedilmesi
- Mücadele edememe korkusu
- Aklını kaybetme korkusu
- Fiziksel olarak zarara uğrama ya da ölüm korkusu belirtilebilir.

Bütün kaygı bozukluklarında yukarıdaki bulguların tamamı ya da belli bir bölümü görülebilir.

Zihinsel modele göre, kaygı bozukluğu olan bireyler, yaşanan bir olayın tehlike boyutunu ve bu durumdan zarar görme olasılığını büyük görüp kendilerinin bu durumla mücadele etme becerilerini ise küçük görmektedirler.

Psikodinamik kuramda ise, kaygı bozuklukları, olağan büyüme ve ilerleme safhalarında meydana gelir ve kişinin bir basamak daha atlaması için lüzümlü olan kaygıların kafi oranda halledilememesi neticesinde meydana çıkar ve devam eder.

2.4.1 Çocuklarda Kaygı İle İlişkili Faktörler

Yaş

Kaygı bebeklik evresinden başlayarak her yaşa göre değişen bir durumdur. Doğumdan itibaren başlayan kaygılar, yaş evrelerinde farklılık göstermektedirler. İlk dönemlerdeki kaygı, bebeğin anneden ayrılma kaygısıdır. Zihinsel döneme geçtikten sonra da sevgiyi kaybetme kaygısı gelir. Daha sonra arkadaşlarının sevgisini elde edememe, güvenlerini kazanamama, derslerinde başarılı olamama ve kaybetme kaygıları baş göstermektedir. Ergenlik döneminde de beğenilmeme, karşı cins tarafından sevilmemeye kaygıları yaşanır. Yaşamın daha sonraki

evrelerinde de kendini ispatlayamama ve ölüm kaygısı gibi kaygılar ortaya çıkmaktadır. (Köknel, 1989; Dong Q, Yang B.,1994;Yanbastı, 1990; Geçten, 1995).

Cinsiyet

Bazı çalışmalara göre, cinsiyet farklılığının kaygı durumunu etkilediği belirlenmiştir. Farklılık yaşanmasını toplumun biçtiği roller, çevrenin birtakım yargıları belirlemektedir.

Dış etkilerin sebep olduğu kaygı unsurlarına bağımlı yetiştirilen kız çocukları bağımsız yetiştirilen erkeklere nazaran daha fazla maruz kalmaktadırlar. Kızlar yardıma daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar bu yüzden kaygı seviyeleri daha fazladır. Kız çocukları yapıları gereği narin ve hassas oldukları için kaygı yaratan bir durumla karşılaştıklarında daha güçsüz olabilmektedirler (Varol, 1990; Girgin, 1990).

Kardeş Sayısı

Çocukların kaygı seviyelerini önemli ölçüde belirleyen durumlar arasında kardeş sayısı gelmektedir. Çok kardeşi olan çocukların kaygı seviyeleri azdır. Tek çocuk olanların ise kaygı seviyelerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Çünkü tek çocukların anne baba kaybı yaşama olasılıkları kaygıyı arttırmaktadır (Sargın, 1990).

Doğum Sırası

Büyük ailelerde iş bölümü ve paylaşma fazladır. Yemeklerden kıyafetlere kadar paylaşma durumu söz konusudur. Ailede yaşça büyük olan çocuğa daha çok sorumluluk düşmektedir. Bu sebeple de daha çok kaygı yaşamaktadırlar (Adler, 1964).

Sosyoekonomik Seviye

Kişinin yaşamının en önemli unsuru ana ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Aksi takdirde yaşam doyumu elde edilemez. Peşinden de mutsuzluk gelir. Mutsuz kişiler çevreleriyle barışık değildir dolayısıyla da huzursuzluk yaşarlar. Ebeveynlerin şahsi gereksinimlerini giderememesi kendilerinin, çocuklarının ve çevresindekilerin kaygı yaşamalarına neden olmaktadır. İnsanlar kendi yaşam şartlarını çevrelerinde iyi yaşam koşullarına sahip insanlarla aynı görmek isterler. Aynı koşullara sahip olamadıklarında sinirli ve mutsuz olurlar. Sıkıntı yaşarlar. Geleceğine dair endişe yaşayan kişiler de anksiyete sorunu yaşayabilirler. Sosyoekonomik düzeyi rahat olan kişilerde bu sorun daha azdır. Yani sosyoekonomik seviyesi düşük kişilerin kaygı seviyesi fazladır (Gallo ve Matthews 1999, Wilkinson 1999).

Anne/Babanın Öğrenim Durumu

İnsanları bilmedikleri şeyler korkutur. Korku da zaman ilerledikçe kaygıya dönüşür. Eğitim seviyeleri az olan anne/baba bilmedikleri şeylerle mücadele edemeyebilirler. Eğitim seviyesinin artmasıyla bilinmeyen şeyler de azalmakta dolayısıyla da kaygı seviyesi düşmektedir. Bu durum çocukların eğitimlerine de yansımaktadır. İsteddiği bilgileri anne babasından alan çocuk güvenli bir ortamda yaşamaktadırlar. Bu durum da bilinmeyen şeylere karşı kaygı seviyesini düşürmektedir(Grossman, 2007).

Anne/Babanın Mesleği

Kişilerin sahip oldukları meslekler, onların hem sosyal ortamlarını hem de şartlarını belirler. Meslek hayatlarında başarılı olan insanlar da çevrelerine de kendi huzurlarını ve mutluluklarını yansıtırlar. Mutsuz kişilerse devamlı sinirli ve kaygılı olurlar. Çocukların kaygı seviyelerinde anne babalarının meslekleri etkilidir. Anne babası tehlikeli işlerde çalışan, geceleri nöbetçi olan, belirsiz iş saatlerine sahip olan, evde az vakit geçiren, iş icabı devamlı seyahat eden ailelerin çocuklarının kaygı seviyesi artmaktadır (Varol, 1990).

Anksiyete bozukluklarının meydana gelmesinde üç unsurun irtibatı görev almaktadır. Bu unsurlar, kalıtsal biyolojik eğilim, genelleştirilmişlik ruhsal savunmasızlık ve erken zaman öğrenme tecrübelerinden doğan özel ruhsal sorundur (Albano, Chorpito ve Barlow, 2003).

Genetik ve Çevre

Genetiğe dair yapılan pek çok çalışmada, genlerin anksiyete için risk taşıdığı gözlenmiştir (Barlow, 2002). Turner, Biedel ve Costello (1987), yaptıkları yapılandırılmış klinik mülakatlar neticesinde, anksiyete bozukluğu tanısı konmuş yetişkin grup, distimik bozukluk tanısı olan grup ve kontrol grubu şeklinde üç grup oluşturmuştur. Araştırmada klinik olarak anksiyete tanısı konmuş erişkinlerin çocuklarının kontrol gruplarına nazaran daha endişeli, daha içe kapanık olduğu saptanmıştır.

Genel ruhsal savunmasızlık hali ise, kişilerin mizaç hususlarıdır. Kagan (1997), hareketsel çekingenliğe dair yaptığı araştırmasını bebeklerin mizaç hususlarını analiz etmek için kurgulamıştır. Çalışması göstermiştir ki, çekingen çocuklarla anksiyeteli çocuklar arasında benzer hususlar görülmüştür. Araştırma göstermiştir ki, çekingenlik hem davranışsal (bakan kişiye yakın olma, rahatsızlığın dile dökülmesi vb.) şekilde hem de fizikî olarak (kalp hızı, kan basıncı vb.) analiz edilmiştir (Albano, Chorpitto ve Barlow, 2003). Gladstone, Parker, Mitchell, Wilhelm ve Malhi (2005) yaptıkları araştırmada çocukluk safhasındaki

çekingenliğin çok fazla oluşunun daha sonra yaşanabilecek anksiyete bozuklukları, bilhassa sosyal anksiyete bozukluğunun bir belirtisi olduğunu belirtmişlerdir.

Davranışlarda çevre bilhassa da ailenin davranışları çok önemlidir. Smith, Perin, Yule ve Rabe-Hesketh (2001), araştırmalarında savaş yaşamış 339 Bosnalı çocukla yaptıkları çalışmada, çocukların gösterdikleri travma sonrası stres bozukluğu göstergelerinin, savaş yaşamış olmalarıyla beraber annelerin yaşadıkları sorunlarla da alakalı olduğu saptanmıştır. Bowlby'nin (1969/2014)bağlanmaya dair yaptığı çalışmalarda ailelerin tavırlarının etkisiyle alakalı önemli deliller vermektedir. Farklı ebeveyn davranışlarının birtakım anksiyete bozukluklarıyla alakalı olduğu belirtilmiştir. Örneğin çok fazla korumacı tavırla panik bozukluk arasında önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Silove, Parker, Hadzi-Pavlovic, Manicavasagar ve Blaszczynski, 1991).

2.4.2. Çocuklarda Kaygı Türleri ve Tanı Kriterleri

Çocukta normal ve patolojik kaygıyı belirlemek için üzerinde durulması gerekenler çocuğun yaşı ve bağlamdır. Kaygının seviyesi çocuğun yaşı ve bağlamla uyumluysa kaygı sağlıklı bir gelişim süreci için lüzumludur. Bu kaygı düzeyi, çocuğu başarıya, kendisini ispatlamaya, tedbirli olmaya, çalışmaya ve kendini birtakım tehditlerden korumaya sevk etmektedir (Semerci, 2009). Bunun aksi olduğunda da kaygı ve bu hissin meydana getirdiği birtakım davranışlar, bazı fonksiyonların bozulmasına neden olur. Okula gitmeme, akademik başarıda düşüklük, arkadaş sahibi olamama, gelişimsel döngüyü gerçekleştirememe gibi sorunlar baş gösterir (Albano, Chorpito, Barlow, 2003).

Kaygı bozuklukları çocukluk ve ergenlik döneminde en çok görülen bozukluklardandır. Amerika'da 9,11 ve 13 yaşındaki yerlilerde anksiyete bozukluklarının kısa sürede yüksek bir oranda arttığı belirlenmiştir (Costello, 1996). Ford, Goodman ve Meltzer (2003), İngiltere'de çocukların en az yüzde üçlük bir kısmında kaygı bozukluğu olduğunu belirtmiştir. Aktepe, Demirci, Çalışkan ve Sönmez (2010), Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'ne Ekim 2007-Ekim 2008 tarihleri içinde başvuruda bulunan 763 dosyayı geriye dönülerek incelemişlerdir. Araştırmada çocuk bölümüne bulunan başvuruların yaş oranlarının 7-12 arasında fazla olduğu ve başvurulara da kaygı bozukluğu tanısı konduğu belirlenmiştir.

Kaygı bozuklukları kişilik olgusunu negatif yönde etkileyen mühim bir psikiyatrik bozukluktur. Kaygı bozukluğu tanısı konmuş çocuklar ileriki yaş evrelerinde de his durumu

ve kaygı bozukluğu hususunda riskli kategoride bulunmaktadır (Özyurt, 2013). Dolayısıyla engelleyici çalışmalar bu hususta önemlidir.

Ayrılma kaygısı, altıncı ay ile başlamaktadır. On sekizinci ayda ise en ileri boyuta çıkmakta ve okul öncesi evreye kadar da sürmektedir. Üç ve beş yaşları arasında zamanla kaybolması beklenmektedir. Ayrılma kaygısı bozukluğunun belirleyici hususu ise, çocuğun evinden veya ana bağlanma unsurundan ayrılmasıyla alakalı yaşıyla uyuşmayan fazla kaygılı durumudur. Ayrılık kaygısı bozukluğu olan çocuklar, anne/babasına ya da kendisine bakan kişileri kaybetmekten ya da onlara bir şey olmasından korkmaktadırlar. Esas bağlanma unsurlarından ayrılma durumu ya da ayrılmaya dair bir beklentide birtakım tepkiler verirler. Kusma, baş ve karın ağrısı gibi fizyolojik belirtiler baş gösterir. Ayrıca bu korkuyla okulu istememe durumu da görülmektedir. Bununla birlikte ayrılığa dair kötü rüyalar görmektedirler (Strauss ve Todaro, 2001).

Yaygın kaygı bozukluğu yaşayan çocukların hayatlarının bazı evrelerinde fazla ve idare edilemeyen bir kaygı vardır ve buna ek olarak da psikolojik ya da fizyolojik rahatsızlıkları da bulunmaktadır (Schniering, Hudson ve Rapee, 2000). Canino ve arkadaşları (2004), 4-17 yaş aralığındaki çocukların yer aldığı Porto Riko'daki bir klinikte yaygın kaygı bozukluğunun bir senelik yaygınlığının %2.4 oranında olduğunu saptamışlardır. Durukan ve arkadaşları (2011), GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde Ocak 2009-Haziran 2009 tarihleri aralığında başvururan 0-18 yaş aralığındaki 538 hastanın dosyalarını geriye dönülerek değerlendirilmiştir. Buna göre, %7'lik bir oranda yaygın anksiyete bozukluğu olduğu belirlenmiştir.

Sosyal fobi, çocuk için başka insanların kanaatini gerektiren durumlarda veya da bilmediği insanlarla karşılaştığı zamanlarda hissettiği fazla korku durumudur. Sosyal fobiye sahip çocuklar ve gençler, yalnızca birkaç arkadaşına sahiptir. Yardımlaşma icap ettiren işlerde, grup faaliyetlerinde ve sosyal aktivitelerde pek bulunmazlar. Sınıftayken yüksek sesle konuşmaktan ya da bir şeyler okumaktan kaçınırlar. Mahcup olmaktan, negatif bir etki yaratmaktan ve de kabul görmemek fikrinden çok kaygılanırlar (Albano, Chorpito ve Barlow, 2003). Durukan ve arkadaşlarının (2011) araştırmalarında, Türkiye'de 0-18 yaş aralığında klinik popülasyonunda altı aylık süredeki yaygınlığın %3.1 oranında olduğunu belirlemişlerdir.

Özgül fobiler hayvanlar, karanlık, böcekler, yükseklik vb. nesne veya unsurlarla alakalı çok fazla korku ile belirtilmektedir (Schniering, Hudson ve Rapee, 2000). Ford, Goodman ve Meltzer (2003), İngiltere'de 8-10 yaş aralığındaki çocukların %0,97'lik

kısımında; Costello ve arkadaşları (2003) Amerika'daki 9-10 yaş aralığındaki çocukların %0.2'lik kısmında özgül fobi olduğunu belirlemişlerdir. Bilaç ve arkadaşları (2014) araştırmalarında, 6-14 yaş aralığındaki çocuklarda özgül fobi yaygınlığının kızlarda erkeklere göre daha fazla olduğunu belirlemişlerdir.

Panik Bozukluk, çok sık ve beklenmeyen panik ataklar ve ileride yaşanabilecek ataklarla alakalı hissedilen kaygı şeklinde belirtilmektedir. Alana dair yapılan çalışmalarda panik bozukluğun çocuk ve ergenlerde görülüp görülmediği tartışılmaktadır. Chorpito, Albano ve Barlow (1996), sınırlı zihinsel ilerlemelerden ötürü yetişkinlerde görülen kontrolünü yitirmekten çekinme, delirme korkusu ve panik atak esnasında yaşanan ölüm korkusunun çocuk ve ergenlerde görülmediğini belirtmişlerdir. Canino ve arkadaşları (2004), 4-17 yaş aralığındaki çocuklardan oluşan Porto Riko'daki klinikteki panik bozukluğun bir senelik yayılma oranının %0.7 civarında olduğunu tespit etmişlerdir. Ford, Goodman ve Meltzer (2003), İngiltere'de 5-10 yaş aralığındaki çocuklarda panik bozukluk olmadığını tespit etmişlerdir. Panik bozukluğun çocuklardaki yaygınlığına yönelik Türkiye'de bir araştırma bulunmamaktadır.

Obsesif Kompulsif Bozukluk arzu edilmeyen ve kaygıya sebebiyet veren tekrar edici fikirler, semboller ya da güdüler olarak belirtilen obsesyonlar ya da negatif halin olasılığını düşürmek için yineleyen davranışlar ile belirtilmektedir. Çocuklar korkunun fazlalığını anlayamayabilirler (Albano, Chorpito ve Barlow, 2003). Angold ve arkadaşları (2002), Amerika'da 9-12 yaş aralığındaki çocuklarda bu bozukluğun üç aylık yayılmasının %0.2 oranında olduğunu saptamışlardır. Durukan ve arkadaşları (2011) araştırmalarında, 0-18 yaş arasındaki klinik durumlardaki altı aylık yayılmanın %2.7 oranında olduğunu belirlemişlerdir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu, tehdit eden travmatik bir vaka neticesinde oluşmaktadır. Travmaya dair tecrübeler tekrar etmektedir, bilhassa çocuklarda rüyalarında ve oyunlarında yinelenmektedir. Travmaya dair unsurlarla karşılaşılınca stres yaşama, sıkıntıya girme ya da içe kapanma gibi durumlar görülmektedir (Wilmshurst, 2005). Canino ve arkadaşları (2004), 4-17 yaş aralığındaki çocukların meydana getirdiği Porto Riko'daki bir klinikte travma sonrası stres bozukluğunun bir senelik yayılmasının %0.8 oranında olduğunu saptamışlardır. Bilaç ve arkadaşları (2014), araştırmalarında, 6-14 yaş aralığındaki çocuklarda travma sonrası stres bozukluğunun yayılmasının kızlarda %0.5; erkeklerde %0.4 oranında olduğunu belirlemişlerdir.

Akut Stres Bozukluğu, travmatik bir vakanın peşinden meydana çıkan, en asgari iki gün devam eden ve bir ayı aşmayan klinik olarak önemli bir hasara sebebiyet veren bir

bozukluktur. Disosiyatif göstergeler, kabuslarla travmayı yeniden yaşama, tekrar eden fikirler ve semboller bu bozuklukta görülmektedir. Çocuk travmayı yaşatacak hallerden uzak durabilir, anksiyete belirtileri ortaya çıkarabilir (Schniering, Hudson ve Rapee, 2000).

Klinik manada kaygılı çocuklarda az da olsa yalnızca bir bozukluk için tanı kıstasları görülmektedir. Tedavi isteyen yoğunluğun çoğunluğuna daha çok ruhsal bozukluk tanısı konmaktadır. Bu tanılar, depresyon, olumsuz davranış bozuklukları gibidir (Özdemir ve Kütük, 2013).

Anksiyete Bozukluğu'nu takip eden bozukluklardan biri Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'dur. Bu bozukluk çocuklukta çok fazla görülmektedir. Bu bozukluk, kısa ve uzun vadeli risklerle alakalı, adaptasyonu güçleştiren bir bozukluktur (Yazgan, 2013).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların %25'inde kaygı bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte kaygı bozukluğu olan çocuklarda da aynı oranlarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (Semerci, 2014). Schatz ve Rostain (2006) 1998 yılı itibariyle yapılan araştırmaları toplayıp Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve anksiyete bozukluğunun birçok vakada %25'lik bir oranda beraber görüldüğünü tespit etmişlerdir.

Baldwin ve Dadds (2008), 8-13 yaş aralığındaki 499 çocukla yaptıkları araştırmalarında, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun ve anksiyetenin göstergeleri arasındaki irtibatı bir senelik periyotta analiz etmişlerdir. Çocuklara, anne-babalara ve öğretmenlere uygulanan ölçeklerin neticesi yapısal eşitleme modeli ile incelenmiştir. Neticede, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu göstergeleriyle anksiyete göstergeleri arasındaki pozitif ilişki dikkatsizlik göstergeleri arasında irtibat kurulmuştur. Ayrıca bu durum bilhassa kızlarda görülmüştür.

Sciberras, Lycett, Efron, Mensah, Gerner ve Hiscock (2014), anksiyete bozukluğuyla beraber görülen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda benzer tanısı olmayan çocuklarla mukayese edildiğinde yaşam doyumlarının daha az olduğunu, gündelik fonksiyonlarında ve faaliyetlerinde daha fazla sıkıntı çektiğini belirlemişlerdir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu görülen çocukların devamlı yaşadıkları başarısızlıktan ötürü özgüven ve ego sorunu yaşadıkları görülmektedir. Ayrıca daha da öne çıkan mühim problemlerden bazıları da asosyallik ve yalnızlıktır (Semerci, 2014).

Anksiyete Duyarlılığı

Anksiyete duyarlılığı, kalp atışını hissetme, titreme ve derealizasyon gibi anksiyeteyle alakalı hallerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal neticeleri olacağına ilişkin görüşleri belirtmektedir (Taylor, 1995). Anksiyete korkusu şeklinde de belirtilmiştir (Reiss, Peterson ve Gursky, 1988). Anksiyete duyarlılığının 6-12 yaş döneminde görüldüğü belirtilmiştir. (Reiss, Silverman ve Weems 2001).

Reiss ve McNally'nin ilk defa 1985 yılında belirttiği (Ayvaşık, 2000), anksiyete duyarlılığı düşük ve yüksek şeklinde kategorize edilmektedir. Halkın % 10-20'lik kısmında yüksek anksiyete duyarlılığı bulunmaktadır (Bernstain, Zvolensky, Kotov ve Arrindell, 2006). Anksiyete duyarlılığı yüksek bireyler anksiyete duyarlılığı düşük kişilerle mukayese edildiğinde birden ve bütün olarak belirlenemeyen anksiyetenin fiziksel göstergelerini daha zararlı görmekte ve devamlı uzaklaşma tepkileri vermektedirler (Savaş, 2012).

2.4.2.1 Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

Ayrılma kaygısı bozukluğu, çocuğun en az bir ay süresince evinden ya da evinde bağlı olduğu kişiden ayrılmasıyla gelişim seviyesine göre tahmin edilenden daha çok ve tekrar edici kaygı duyması biçiminde tanımlanmaktadır. Bowlby'e göre, ayrılıkta yaşanabilen sıkıntı, yalnızca anksiyete olmamaktadır. Sevgi hissinin yokluğundan doğan depresyon da vardır.

Ayrılma kaygısı bozukluğunun asıl hususu, evinden ya da evinden bağlı olunan kişiden ayrılmanın getirdiği aşırı anksiyete halidir. Yaşanan bu anksiyete, kişinin gelişim seviyesine göre tahmin edilenden fazladır. Bu bozukluğa sahip olan kişiler her evden ya da evde bağlı oldukları kişilerden ayrıldıklarında tekrar edici bir biçimde çok fazla sıkıntı ve kaygı yaşarlar. Bağlı oldukları asıl kişilerden ayrıldıklarında bu kişilerin, nerede bulduklarını bilmeye ve onlarla irtibat halinde olmaya ihtiyaç duyarlar. Eve geri dönme arzusu yaşarlar ve devamlı tekrar birleşme hayali kurarlar.

Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu yaşayan çocuklar gündelik hayatlarında devamlı isteyen, sokulgan, agresif ve devamlı ilgi toplamaya çalışan çocuklardır. Çocuk ayrılma esnasında oldukça fazla hayal kırıklığı içerisindedir. Bu sebeple de öfkeli. Ayrılığa sebep olan kişilere fiziksel tepkiler (vurma gibi) gösterebilir. Yaşı biraz daha büyük olan çocuklarsa kimse tarafından sevilmediklerinden ve dikkat çekmediklerinden dolayı sitem ederler. Yaşı artan çocuğun birtakım sorunlara karşı endişe ve korkuları da artmaktadır (Karaceylan ve Çakmakçı, 2005).

İnsanlar bağlandıkları kişilerden ayrı olduklarında kendisinin ya da bağlı olduğu kişinin başına kötü bir şey geleceği endişesi yaşarlar. Ya hasta olacaklarını ya da kazaya uğrayacağı kaygısı yaşarlar. Ayrılma kaygısı bozukluğu olan çocuklar, devamlı kaybolma ya da anne babasından devamlı ayrı olacağı korkusu içindedirler. Yalnız başlarına evlerinden veya tanıdıkları çevreden başka bir yere seyahate ettiklerinden sıkıntıya girerler ve tek başına seyahate sıcak bakmazlar. Sosyal faaliyetlere de dahil olmazlar. Okula ya da kampa gitmezler, arkadaşlarının evinde kalmazlar, küçük işler için bile evlerinden ayrılmayı istemezler. Ayrıca odalarında tek başlarına bile kalmazlar. Evlerinde anne babalarının devamlı peşlerinde dolaşırlar.

Ayrılma kaygısı bozukluğu olan kişiler, uyku vakitleri geldiğinde uyumakta sıkıntı çekerler. Uyuyuncaya değin de yanlarında birinin bulunmasını arzularlar. Geceleri kendi düzenlerini ailenin fertlerinin yataklarına göre ayarlarlar. Hatta anne babanın odasına girilmesine izin verilmiyorsa kapının önünde bile yatabilirler. Ayrılık durumunda birtakım fizyolojik tepkiler gösterirler. Baş ve karın ağrısı, mide bulantısı ve kusma görülebilir (Tüzün ve Sayar, 2006).

Ayrılma Kaygısı Bozukluğu tanı ölçütleri aşağıda gösterilmektedir.

A. Aşağıda belirtilen tanı ölçütlerinden an az üçünün yaşanması durumunda, bağlanılan insandan ayrılmaya dair gelişime uymayan kaygı ve korku yaşanması söz konusudur.

1. Evinden ya da bağlı olduğu asıl kişilerden ayrılma durumu söz konusu olduğunda veya da ayrıldığında çok fazla endişelenme.
2. Bağlı olduğu asıl kişileri kaybedeceği veya onların bir zarar göreceğine ilişkin, (hastalık, yaralanma ve ölüm,) devamlı endişelenme.
3. Bağlandığı asıl kişilerin birinden ayrılmasına sebebiyet verecek arzu edilmeyen bir olayın (kaybolma, kaçırılma, hastalanma vb.) başına geleceğine ilişkin, devamlı olarak endişelenme.
4. Ayrılma endişesinden ötürü, okula işe ya da herhangi bir yere gitmek için evden çıkmayı, uzaklaşmayı reddetme.
5. Evde ya da herhangi bir yerde tek kalmaktan veya da bağlı olduğu asıl kişiler ile olamamaktan dolayı devamlı ve fazla korku hissetme ve istekli olmama.

6. Evinde olmadan ya da bağı olduğu asıl kişiler yanında olmadan uyumakta gönülsüz olma.

7. Devamlı olarak ayrılmaya dair kötü rüyalar görme.

8. Bağı olduğu asıl kişilerden ayrılık yaşadığında ya da ayrılmaya yaklaştığında fiziksel tepkilerle (baş ve karın ağrıları, bulantı ve kusma gibi) bunu ortaya koyma.

B. Yaşanılan korku, endişe ya da kaçınma devamlılık gösterir, çocuklarda ve ergenlerde asgari bir ay, yetişkinlerde ise altı ay ya da daha fazla bir vakit sürer.

C. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu, klinik olarak görünür bir soruna sebep olur, toplumsal, okul ya da çalışılan işle alakalı konularda veya diğer mühim sahalarda kişi pasif hale gelir.

D. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu otizm kapsamında değişmeye fazla tepki göstermekten dolayı evden uzaklaşmayı reddetme, psikozla giden bozukluklarda ayrılmaya dair sanrılar yaşama, yaygın kaygı bozukluğunda mühim addettiği asıl kişilerin kötü şeyler yaşayacağı endişesi yaşama veya hastalık kaygısı bozukluğunda bir hastalığı olduğunu varsayarak endişelenme gibi farklı bir psikolojik bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu'nun başlaması altı yaş öncesi ise tanı, yerleşme ve iyileşmelerle devam etmektedir. Olası ayrılıklara karşı bozukluk, anksiyete ve ayrılık getiren hallerden kaçınma hareketleriyle beraber senelerce devam edebilir. Ölüme dair obsesyonlar da sıkça görülebilir.

2.4.2.2 Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

Seçici konuşmazlık, bir çocuğun konuşabilmesine rağmen başka insanların yanındayken konuşma becerisini gösterememesine denir. Yani bir çocuk başka çocuklar gibi normal konuşabilmektedir ancak tanımadığı insanların yanında konuşma yetisi göstermekte sorun yaşar. Asıl sorun, iletişime karşı çocuğun yaşadığı kaygı ve aşırı duyarlı olma durumudur.

2.4.2.3 Özgül Fobi

Fobi, korku duyulan obje, eylem ya da halden farkında olarak uzak durma ile neticelenen bireyin de mantıklı bulmadığı bir korkudur. Korkulan objenin kendisi ya da beklentisi bireyde aşırı bir anksiyeteye sebep olur. Fobisi olan kişi verdiği tepkinin çok olduğunun bilincindedir. Yaşadığı korku kişinin faaliyetlerini önemli oranda etkilemektedir.

2.4.2.4 Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)

DSM 5'e göre tanı kriterleri şu şekilde belirtilebilir;

A. Kişinin, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması.

B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilebilecek bir şekilde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde; başkalarınca dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde).

C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır.

E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamlarda çekinilen duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, 6 ay veya daha uzun sürer.

G. Korku, kaygı ya da kaçınma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Korku, kaygı ya da kaçınma bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

I. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozukla daha iyi açıklanamaz.

J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk), korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir.

Toplumsal Kaygı Bozukluğu ya da sosyal fobi olarak da adlandırılan fobi, bireyin tanımadığı insanlarla olduğu, başka insanlarca gözlemlendiği bir ya da daha çok toplumsal durumdan bariz ve daimi bir korku hissetmesi, rezil olacağı ya da utanmasına sebep olacak şekilde hareket edeceğinden korkması ve anksiyete belirtileri sergilemesidir. Bireyin yaşadığı

sosyal anksiyete veya uzak durma davranışı, kişinin faaliyetlerini aksatır. Aynı zamanda korkuyla alakalı anksiyeteye ya da strese sebep olur (Işık ve Taner, 2006).

2.4.2.5 Yaygın Kaygı Bozukluğu

Yaygın Kaygı Bozukluğuna sahip çocuklar devamlı sıkıntılı, huzursuz, endişeli, sinirli, ani parlayan, hiçbir şekilde rahat edemeyen ya da rahat ettirilemeyen çocuklardır. bu bozukluğa sahip olan çocuklar daima kafalarına bir şeyler takan, çok alıngan ve endişelidirler. Günlük hayattaki birtakım olaylarda ya da haberlerde gördüğü bir kaza vakası bile çocukları endişelendirip sıkıntıya sokabilir. Yaygın Kaygı Bozukluğu olan çocuklar hem kendilerinin ve ailelerinin hem de çevresindekilerin sağlıkları ve emniyetleri gibi hususlarda çok fazla hassas ve kendilerinden umulandan daha çok yükümlülük sahibi gibi davranırlar. Bu tarz çocuklar, sahip oldukları endişeli kişilik hususlarından ötürü genellikle çevrelerince olgun, yaşına göre büyük hareket eden çocuklar olarak nitelendirilirler. Çevrenin sahip olduğu bu düşünceler, çocuğun sahip olduğu kaygılı kişilik hususlarının kuvvetlendirilmesine neden olmaktadır. Yaygın kaygı bozukluğu olan çocuklarda birtakım fizyolojik belirtiler görülebilir. Dikkat dağınıklığı, uyku sorunları, baş ve karın ağrısı gibi rahatsızlıklar çok fazla görülmektedir. Yaygın kaygı bozukluğu olan çocuklar hem ailelerinde hem de toplumda yaşadıkları sorunlardan ötürü yaşamdan zevk almamaya başlarlar (Demiray, 2011).

2.5 Karın Ağrısı ve Somatizasyonla İlgili Yapılan Çalışmalar

Çocuklarda tekrarlayan karın ağrısı, en az üç ay süresince, en az üç kez gerçekleşen ve çocuğun fonksiyonlarını etkileyen karın ağrısı şeklinde tanımlanmaktadır (Scharff, 1997). Süregelen ya da tekrarlayıcı karın ağrısı, çocuk ve ergenlerde sıkça görülen bir durumdur. Tekrarlayan karın ağrısı olan çocukların %90'ında organik sebeplere rastlanmamaktadır (Kirschner ve Black, 1998). Çocuklarda gözlenen karın ağrısının organik nedenleri arasında, intestinal obstrüksiyon, enfeksiyon hastalıkları, besin alerjileri, enflamatuar hastalıklar, metabolik hastalıklar, spinal hastalıklar ve epilepsi gibi örnekler sıralanabilir. Öykü, fiziksel muayene ve gereken tıbbi tetkikler ile, olası organik nedenlerin tespit edilmesine çalışılır. Tekrarlayan karın ağrısı yaşayan çocuk ve ergenlerde, çoğunlukla altta yatan yapısal veya biyokimyasal bir patoloji gösterilemediği takdirde ağrı, fonksiyonel olarak adlandırılır (Drossman ve arkadaşları, 1990). Çocuklarda tekrarlayan karın ağrısı en önemli işlevsel karın ağrısı sebebidir ve depresyon, kaygı gibi belirtilerle yüksek oranda birlikte görülmektedir (Scharff, 1997).

Tekrarlayan karın ağrısı ergenlerde ve çocuklarda sıklıkla görülmekte ve psikiyatrik bir belirti olarak da ortaya çıkabilmektedir. Süreğen karın ağrısının nedenlerinden biri de Ailevi Akdeniz Ateşidir (AAA). AAA'nın bazı kategorilere göre, psikosomatik bozukluklar başlığı altında da ele alınabileceği söylenmektedir. Çocuklarda gözlenen fiziksel belirtiler, aile dinamiklerini etkileyebilmekte ve ebeveynlerin çocuğa karşı aşırı koruyucu bir tutum takınmalarına neden olabilmektedir. Ailenin psikopatolojisi ve aile dinamikleri, çocukta fiziksel belirtilerin meydana çıkmasına neden olabilmektedir. Zira çocuğun belirtileri ve aile sistemi devamlı olarak çift taraflı bir etkileşim halindedir.

Çocuklarda süreğen karın ağrısına çoğunlukla depresyon ve kaygı gibi semptomlar da eşlik edebilmekte, okulda devamsızlık gibi fonksiyonel bozulmalar görülebilmekte ve birçok gereksiz tıbbi deneme yapılabilmektedir. Buna ek olarak, çocuğun çevresinde insanların, özellikle de anne ve babanın çocuktaki ağrının varlığını etkileyebileceği de bilinmektedir (Walker ve arkadaşları, 2002).

Somatizasyon için henüz genel bir kabul görmüş net bir tanım bulunmamaktadır. Çeşitli tanımlardaki ortak nokta, fiziksel bir hastalık ile açıklanamayan fiziksel belirtilerden şikayet etmedir. Psikososyal veya duygusal problemlerin somatik şikayetler ile ifade edilmesi ve bu belirtiler için tıbbi yardıma gereksinim duyma da bu tanımların ortak noktalarındandır.

Somatik semptomlara psikiyatrik olan veya olmayan birçok hastalıkta rastlanabilmektedir. Depresyon ve anksiyete, bu semptomların gözlemlendiği psikiyatrik rahatsızlıkların başında yer almaktadır. Somatik semptomlar, zorlanmaya karşı bir tepki, olağan fiziksel duymalara karşı olağanüstü duyarlılık ya da kültürel bir ifade tarzı sebebiyle ortaya çıkabilmektedir.

Ailede hasta bir çocuk olduğu zaman ailedeki diğer sorunlar göz ardı edildiğinden dolayı, sorunlu ailelerde fiziksel belirtilere daha sık rastlanmaktadır. Yine çocuklarda örnek olma yoluyla da somatizasyon ortaya çıkabilmektedir. Somatik şikayetler ile hastaneye gelen çocukların ailelerine bakıldığında, kronik somatik problemleri olan bir aile üyesi ile karşılaşma ihtimali oldukça yüksektir.

Somatik yakınmalar söz konusu olduğunda, tek bir doktor ile düzenli görüşmeler, tedavi edici bir ilişki geliştirmek ve davranışsal tekniklere odaklanmak gerekmektedir. Şikayetlerin gerçekliğini sorgulamanın faydası olmamaktadır. Zira bu tip bir tutum, çoğunlukla hastanın doktoru yetersiz görmesi ile sonuçlanmaktadır.

Somatik yakınma ile gelen hastalara yaklaşımda uyulması gereken belirli ilkeler mevcuttur. Bunların bir kısmı, 4-6 hafta aralıklarla düzenli olarak görüşmeler ayarlanması, hasta gerekli gördüğünde yapılacak görüşmelere yer verilmemesi, tüm görüşmelerde genel bir fizik incelemesi yapılması, yakınmalardan ziyade bulgulara önem verilmesi, hastaneye yatırmaktan kaçınılması ve hastaya “hepsi psikolojik” şeklinde açıklamalarda bulunulmaması şeklinde sıralanabilir.

Ayda 15'er dakikalık düzenli görüşmeler ile yapılacak değerlendirmeler, hastanın ihtiyacı olan ilgiyi yeni semptomlar çıkarmadan elde etmesini sağlayacaktır. Bu görüşmelerin ne sıklıkta yapılacağı, hastalığın derecesine göre belirlenebilmektedir. İlk zamanlarda ayda birden daha uzun aralıklar seçilmemektedir. Görüşmelerin amacı, hastanın tetkik arzularının, yeni doktorlara yönelmesinin ve acil başvurularının zamanla azaltılıp sonunda da bitirilmesidir. Görüşmelerde somatik belirtilere ek olarak psikolojik problemlerin de ele alınması, hastanın yeni bir bakış açısı kazanarak somatik durumlara odaklanmaktan uzaklaşmasına katkı sağlayabilmektedir.

2.6 Çocuklarda Somatizasyon, Depresyon, Anksiyete ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Somatoform rahatsızlıklar; biyolojik sebeplerle ifade edilemeyen, psikososyal yahut hissel faktörlerden kaynaklanan fiziki şikayetleri kapsamakta olup yedi teşhis kategorisi bulunmaktadır (APA, 2000). Somatizasyon rahatsızlığı bu kategorilerden biridir.

Somatizasyonun en çok kullanılan tanımını Lipowsky (1998) şöyle yapmıştır; “Objektif bir tanı olmamasına rağmen fiziksel rahatsızlıktan yakınılması ve bunun bedensel bir hastalıkla alakalı olabilme ihtimalinden ötürü tıbbi bir yardım talep etme eğilimidir.” Teşhis ve bölümlendirilmesi hususunda ortak paydada buluşulmamış olmakla beraber tüm tanımlarda somatizasyon adına kullanılan ortak tabir; “fiziki bir rahatsızlıkla ifade edilemeyen bedensel şikayetlerin mevcudiyeti”dir (Ford, 1986). Somatizasyonun neticesinde birey acı çeker, sosyal çevresi, mesleki çevresi ve ailesiyle ilişkileri zarar görür. Somatizör kavramı da Lipowski tarafından hissel sorunlarını fiziksel olarak gösteren kişiler olarak ifade edilmiştir. Bir ya da daha çok fiziki şikayetlerde bulunan somatizörlerde detaylı muayene ve kontrollere rağmen, fiziksel şikayetleriyle alakalı patoloji ya da patofizyolojik mekanizmaya rastlanılamamakta, yakınılsa dahi şikayetler ve neden oldukları yeti kaybının bedensel verilere nazaran mübağalalı olduğu görülmektedir (Kellner, 1990).

Shannon ve ark. (2010)’nın okul çocuklarında teşhis edilen somatizasyon adına meydana getirdikleri çizimsel modelde somatizasyonun ana nitelikleri olarak; uzvi bir

rahatsızlığın olmaması, fiziksel emarelerin mevcudiyeti, stresörlerin varlığı ve yardım bulma çabası belirlenmiştir. Bağlantılı etmenler olarak da; belirtilerin görülme sıklığı, cinsiyet, ruhsal eş teşhis, ifade edilemeyen emarelerin mevcudiyeti, çocukluk döneminde kötüye kullanım, şiddete maruz kalma, okulda yaşanan stres ifade edilmiştir. İlişkili sonuçlarda; belirtilerin tekrarlanma süresi, bakım ihtiyacının artması ve fonksiyonel bozulmalar belirtilmiştir. (Shannon, Bergren ve Matthews 2010).

Somatizasyon belirtileri içinde baş ağrısı, karın ağrısı ve enerji düşüklüğü gibi fiziksel şikayetlerin çocuklarda yaygın olduğu görülmüştür. (Campo ve Fritz, 2001). Bu belirtilerin yanı sıra sık olarak görülen somatik emareler; nefes darlığı, bulantı, baş dönmesi, halsizlik ve yorgunluk da görülmektedir (Pehlivantürk, 2008). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar çocuklar ve genç bireylerin %5-48'inde bu yakınmaların her hafta yahut iki haftada bir ortaya çıktığını göstermektedir (Egger vd, 2009). Bunun dışında somatizasyonun anksiyete, depresyon, öz değer ve genel yetkinlik ile mühim boyutta alakalı olduğunu; genel sağlık ile somatizasyon arasında yüksek kolerasyonun olduğunu da göstermiştir (Litcher vd, 2001).

Öncelikli olarak fiziksel rahatsızlıklarla değil; bilişsel süreçlerle biçimlenen fiziksel emarelerin geniş boyutlu klinik bir olay olan somatizasyon epey fazla ruhsal rahatsızlığın geçici şikayeti ya da ana emaresi olabilmesinin yanında; kültürel ve toplumsal olaylardan etkilenen fiziksel bir stres, öğrenilmiş bir hareket şekli, organik bir rahatsızlık emaresinin mübağalalı ifadesi olabileceği gibi kimi karakter niteliklerini de ifade ediyor olabilir (Kirmayer ve Young, 1998).

Somatizasyon kimi ruhsal rahatsızlıklarla alakalı görülebilmektedir. Hudutları geçişken olan bu rahatsızlıkların ve çoğu zaman aynı teşhisle bulunabildiklerinden, somatik emareleri hususunda net bir ayırmda bulunmak olası değildir. Ruhsal rahatsızlıklar arasında en sık depresyon ve anksiyete somatizasyona eşlik eder (Ford, 1986).

Depresyonda en çok ortaya çıkan emareler; ağrı, halsizlik, yorgunluk, sersemlik hissetme, nefes almada güçlük, çarpıntı, mide şikayetleri, bedende karıncalanma hissi, cinsel fonksiyon bozukluğu olarak tespit edilmiş olsa dahi bu emarelerin sadece depresyona yahut başka bir ruhsal rahatsızlığa has somatik emareler olmadığı akılda tutulmalıdır (Lipowski, 1998, Katon vd, 1991). Bridges ve Goldberg anksiyete ya da depresyon teşhisinde bulunmuş hastaların %50-%80'inin ilk olarak fiziksel yakınmalarla hastaneye başvurduklarını belirlemişlerdir (Bridges ve Goldberg, 1985). Somatizasyon; depresyon ve anksiyete emarelerinin ortaya çıkmasına engel olarak teşhiste zorluk çıkartabilir (Lipowski, 1998).

Normal bir his, bir belirti ve sendrom olarak ifade edilebilmesi mümkün olan depresyonu; psikolojide zihinsel, algısal ya da motor performansta düşüşü ifade maksatlı kullanmak da mümkündür. Bir sendrom olarak kullanıldığı takdirde depresyon; değersizlik ve suçluluk hisleri, çaresiz hissetmesi, alakadar olmama, isteksizlik, özkıyım düşünceleri, anksiyete gibi emarelerin yanında iştahsızlık, kiloda meydana gelen değişimler vb. kimi fiziksel emarelerin de yer aldığı bir rahatsızlıktır (Akiskal and McKinney 1973).

Bireyin sağlığıyla alakalı negatif zihinsel değerlendirmelere neden olan anksiyete; fiziksel emarelerin normalden daha tehlikeli, uyarıcı, uğursuz olarak ifade edilmesine neden olmaktadır. Anksiyöz bireyler fiziki duyularını abartıp felaketleştirerek sebebi muallak olan şüpheli emareleri mühim rahatsızlıklara bağlarlar. Bunun yanı sıra anksiyete, bireyin kendisine ait alakasını ve dikkatini çoğaltmasına; önceden dikkat çekmeyen duyuların farkına varılmasına da neden olur. Yapılan çalışmalarda anksiyetenin hoş olmayan duyuların ve emarelerin eşiğini düşürüp toleransını azalttığını göstermiştir (Barsky, 1992). Yaygın anksiyete rahatsızlıklarında kas ağrıları, halsizlik, ishal, sersemlik hissiyatı, midede şişkinlik gibi emareler görülebilmektedir (Koroğlu, 2007).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Problemler

Bu araştırmanın amacı karın ağrısı şikayetiyle hastaneye başvuran çocuklarda fiziksel sebep bulunanlarla bulunmayanlar arasında ki, depresyon, anksiyete, somatizasyon değerlerinin farklı olup olmadığını göstermektir. Çalışmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir.

H1: Fiziksel sebep bulunan çocukların depresyon puanı, fiziksel sebep bulunmayan çocukların depresyon puanından düşüktür.

H2: Fiziksel sebep bulunan çocukların anksiyete puanı, fiziksel sebep bulunmayan çocukların anksiyete puanından düşüktür

H3: Fiziksel sebep bulunan çocukların somatizasyon puanı, fiziksel sebep bulunmayan çocukların somatizasyon puanından düşüktür

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırmanın örneklemini Batman’da bir özel hastanenin pediatri servisine karın ağrısı şikayetiyle başvuran 8 ile 15 yaş arasındaki çocuklardır. Araştırmanın örneklemini 14 erkek çocuk ve 34 kız çocuktan oluşan, 24’ünde fiziksel sebep bulunan ve 24’ünde fiziksel sebep bulunmayan toplam 48 çocuktan oluşmaktadır.

Katılımcıların 19’unun ders başarı puanları 0 ile 3 arasındayken, 29’unun 4ile5 arasındadır.

Bilinen bir hastalık var mı sorusuna katılımcıların 6’sı evet cevabı verirken, 42’si hayır cevabı vermiştir.Psikiyatrik bir tanı var mı sorusuna ise 2 katılımcı evet cevabı verirken, 46 kişi hayır cevabını vermiştir.

Katılımcıların annelerinin 19’u okur yazar, 25’i ilköğretim, 3’ü lise mezunudur.

Çocukların Ailelerinin Gelir dağılımına bakıldığında 4(%8,33) çocuğun ailesinin geliri 1000TL ve aşağısı, 34 (%70,83) çocuğun ailesinin geliri 1000-3000TL arası , 10 (%20,83) çocuğun ailesinin geliri ise 3000TL üzeri olarak bulunmuştur.

3.3 Veri Toplama Araçları

Bu bölümde verileri toplamak için araştırmada kullanılan, Sosyo-demografik Form, Çocuklar için Depresyon Ölçeği, Çocuklar için Somatizasyon Ölçeği, Çocuklarda Anksiyete Bozukluğu Tarama Ölçeği’nden bahsedilecektir.

3.3.1 Demografik Bilgi Toplama Formu

Katılımcıların kişisel bilgilerini ve ailelerinin bilgilerini içeren 11 sorudan oluşmuştur. Ölçekte, çocuğun yaş, kardeş sayısı, okul başarısı, fiziksel ve psikiyatrik tanı alıp almadığı sorulmuştur. Aile ile ilgili sorular ise, anne babanın sağ ve beraber olup olmadıkları, anne babanın yaş ve eğitim durumları, ailede psikiyatrik bir tanı olup olmadığı sorulmuştur. Ayrıca son zamanlarda aileyi etkileyen önemli bir olayın varlığı da sorulmuştur.

3.3.2 Çocuk Somatizasyon Ölçeği

Çocuk Somatizasyon Envanteri-ÇSE-24 (Çocuk Formu): Çocuk Somatizasyon Envanteri Walker ve arkadaşları tarafından 1991 yılında geliştirilmiş ve 2009 yılında yeniden gözden geçirilmiştir

Türkçe versiyonu Kadioğlu ve ark. (2012) tarafından uyarlanmış ve ölçeğin Cronbach's alfa değerinin .91 olduğu belirlenmiştir. Çocuk Somatizasyon Envanteri 24 maddeden oluşan beşli likert tip (0= hiçbir zaman, 1= bazen, 2= sık, 3= çok sık, 4= her zaman) bir ölçektir. Geçen iki hafta içinde her bir semptomun çocuğu ne kadar sıkıntıya soktuğunu gösteren, öz bildirim dayalı bir değerlendirme ölçeğidir. Toplam puan tüm maddelerden alınan puanların toplanması ile elde edilmekte ve 0-96 arasında değişmektedir. Yüksek puan daha yoğun somatik yakınmaları ifade eder.

3.3.3. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği

Bu araştırmada çocuklardaki depresyon düzeyini belirlemek için, Kovacks tarafından 1981 yılında geliştirilen Çocuk Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Ülkemizdeki geçerlilik güvenirliliği çalışması 1991 yılında Öy tarafından yapılan bu ölçek, çocuğun son 2 haftasını değerlendiren 27 sorudan oluşmaktadır. Her soruda 0, 1, 2 olarak puanlanan 3 durum cümlesi bulunmaktadır ve ölçekteki puan artışı depresyon düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54'tür ve kesim noktası 19'dur.

3.3.4. Çocuklar İçin Anksiyete Tarama Ölçeği

Çocukluk Çağı Kaygı Bozukluklarını tarama amacıyla Birmaher ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik ve güvenirliği Çakmakçı (2004) tarafından yapılan Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği' nin (ÇATÖ) ebeveyn ve çocuk formu mevcuttur. Toplam 41 maddeden oluşan ÇATÖ'de 25 ve üzeri puanın, kaygı bozukluğu için uyarı niteliği taşıdığı kabul edilmektedir. Ölçek içinde ayrıca somatizasyon, panik, yaygın kaygı, ayrılık kaygısı, sosyal fobi ve okul korkusu alt ölçekleri bulunmaktadır.

3.4 Verilerin Toplanması

Ölçekler Batman'da özel bir hastaneye karın ağrısı şikayetiyle başvuran çocuklara uygulanmıştır.. Pediatri servisinin ultrasona yönlendirdiği çocuk hastaların ebeveynlerine ultrason odasının yanındaki boş bir odada izin formu ve sosyo demografik form doldurtulmuş, akabinde ultrasondan çıkan çocuklara, ebeveynleri çıktıktan sonra somatizasyon, depresyon, anksiyete ölçekleri araştırmacı tarafından okunarak doldurulmuştur. Tüm deneklerden veriler toplandıktan sonra geriye dönük bir çalışma yapılarak hastanın ultrason, kan ve tam idrar tahlili sonuçlarına ulaşılmış, bu sonuçlara göre fiziksel sebep bulunanlarla bulunmayan çocuklar belirlenmiştir.

3.5 Verilerin Çözümlemesi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (sıklık dağılımları, yüzde dağılımları, ortalama, standart sapma) yanı sıra normal dağılım gösteren değişkenlerin ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi , normal dağılım göstermeyen değişkenlerin zaman karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi alt grup karşılaştırmalarında Dunn's çoklu karşılaştırma testi, ikili grupların karşılaştırmasında Mann Whitney U testi , değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemede testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmamıza Batman’da Özel bir hastanenin pediatri bölümüne karın ağrısı şikayetiyle başvuran yaşları 8 ile 15 arasında değişen 48 çocuk katılmıştır. Çocukların 14’ü (%29,17) erkek, 34’ü (%70,83) kızlardan oluşmaktadır.

Tablo 1’de çocukların minimum ve maksimum kardeş sayıları ve kaçınıcı çocuk oldukları gösterilmiştir. Çocukların okul notu dağılımlarına baktığımızda ise 19’unun 0-3 arası, 29’unun ise 4-5 arası not aldıkları görülmektedir.

Bilinen hastalık var mı sorusuna 6 çocuk, Psikiyatrik tanı var mı sorusuna ise 2 çocuk evet cevabı vermiştir.

Tablo 1 : Çocuklara Ait Demografik Bilgiler

	N	Min.	Maks.	Ort.	SS
Çocuk yaş	48	8	15	11,29	2,14
Kardeş Sayısı	48	1	12	4,35	2,33
Kaçınıcı Çocuk	48	1	12	2,94	2,19
				n	%
	Erkek			14	29,17
Çocuk Cinsiyet	Kız			34	70,83
	0-3			19	39,59
Çocuğun okul Notları	4-5			29	60,42
	Hayır			42	87,50
Bilinen hastalık var mı	Evet			6	12,50
	Hayır			46	95,83
Psikiyatrik tanı var mı	Evet			2	4,17

	Lise	3	6,39
	Çalışmıyor (Ev Hanımı)	44	93,62
Anne Meslek	Çalışıyor	3	6,39
	Okur-Yazar	9	19,57
	İlköğretim	9	19,57
	Lise	18	39,13
Baba Eğitim	Üniversite	10	21,74
	İşçi	15	32,61
	Memur	14	30,43
Baba meslek	Serbest	17	36,96
	1.Evlilik	47	97,92
Kaçıncı evlilik	2.Evlilik	1	2,08
	Hayır	42	87,50
Ailede Psikiyatrik hastalık	Evet	6	12,50
	<1000TL	4	8,33
	1000-3000TL	34	70,83
Ailenin Gelir durumu	>3000TL	10	20,83
	Türkçe	39	81,25
Evde konuşulan dil	Diğer	9	18,75

Karın ağrısı şikayeti ile çocuk doktoruna başvuran çocuklarda yapılan testler ve radyolojik değerlendirme sonrasında 24'ünde fiziksel bir neden bulunmuştur. Fiziksel nedenlerin dağılımı Tablo.3'de gösterilmiştir. Tablo 3 de ayrıca ailede önemli olay varlığının 4 ailede olduğu görülmektedir.

Tablo 3: Karın Ağrısı Şikayetiyle İle Hastaneye Başvuran Çocuklarda Fiziksel Sebep Bulunanlarda Saptanan Hastalıklar

		n	%
Fiziksel sebep varlığı	Hayır	24	50,00
	Evet	24	50,00
Bulunan hastalık	Üriner Sistem Enfeksiyonu	9	37,5
	Akut Gastroenterit	5	20,83
	Akut Tonsilit	1	4,17
	Hiper Tiroidi	2	8,33
	Mezenterik Lenfadenit	2	8,33
	Ailevi Akdeniz Ateşi	1	4,17
	Over Kisti	2	8,33
	Amipli Dizanteri	1	4,17
	Akut Hepatit	1	4,17
	Hayır	44	91,67
	Evet	4	8,33

Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin güvenirlik katsayıları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Katsayıları

	Alfa Cronbach	
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	0,773	
Çocuk Somatizasyon Envanteri	0,839	
	Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar	0,739
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	0,816
	Ayrılık Kaygısı	0,867
	Sosyal Anksiyete Bozukluğu	0,841
	Okul Kaçınma	0,798
Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği	Total Puan	0,839

Kullanılan Ölçeklerin tüm hasta grubu için minimum, maksimum ve ortalama değerleri tablo 5'de gösterilmektedir.

Tablo 5: Kullanılan Ölçeklerin Tüm Hasta Grubu İçin Ortalamaları

	N	Min.	Maks.	Ort.	SS	
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	48	5	23	11,96	4,30	
Çocuk Somatizasyon Envanteri	48	3	32	13,58	7,11	
	Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar	48	0	18	6,67	4,44
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	48	0	16	4,98	4,19
	Ayrılık Kaygısı	48	0	16	7,79	3,86
	Sosyal Anksiyete Bozukluğu	48	1	14	8,06	3,49
	Okul Kaçınma	48	0	8	2,29	1,82
Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği	Total Puan	48	4	56	29,79	11,98

Tablo 6' da görüldüğü gibi, Erkek ve Kız çocuk gruplarının Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği puan ortalamaları arasında ($p=0,327$) ve Çocuk Somatizasyon Envanteri puan ortalamaları arasında ($p=0,350$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Ayrıca kız ve erkek çocuk gruplarının Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği alt gruplarının hiç birinin puan ortalamasında (Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar ($p=0,796$), Yaygın Anksiyete Bozukluğu($p=0,238$), Ayrılık Kaygısı ($p=0,741$), Sosyal Anksiyete Bozukluğu ($p=0,151$), Okul Kaçınma ($p=0,294$) ve Total puan ortalaması($p=0,318$) arasında da anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 6 : Cinsiyete Göre Kullanılan Ölçeklerin Karşılaştırılması

		Erkek n:14	Kız n:34	P
	Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	11±3,42	12,35±4,6	0,327
	Çocuk Somatizasyon Envanteri	12,07±6,63	14,21±7,3	0,350
	Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar	6,93±4,25	6,56±4,57	0,796*
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	3,86±2,6	5,44±4,65	0,238*
	Ayrılık Kaygısı	7,5±4,03	7,91±3,84	0,741
Çocuklarda	Sosyal Anksiyete Bozukluğu	6,93±3,52	8,53±3,42	0,151
Anksiyete	Okul Kaçınma	1,86±1,23	2,47±2	0,294*
Bozukluklarını				
Tarama Ölçeği	Total Puan	27,07±11,76	30,91±12,06	0,318

Bağımsız t testi * Mann Whitney U test

Tablo 7’de görüldüğü gibi Çocuğun yaşı ile Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Ayrılık Kaygısı puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir ($r=-0,481$ $p=0,001$).

Bunun dışında çocuğun yaşı, kardeş sayısı ve kardeşler arasındaki sırası ile Depresyon Ölçeği, Çocuk Somatizasyon Envanteri ve Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği alt grup ve total puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamıştır. ($p>0,05$)

Tablo7 : Yaş, Kardeş Sayısı, Kaçınıcı Çocuk Olduğuna Göre Kullanılan Ölçeklerin Korelasyonu

		Çocuk yaş	Kardeş Sayısı	Kaçınıcı Çocuk
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	r	0,110	0,082	0,133
	p	0,458	0,579	0,367
Çocuk Somatizasyon Envanteri	r	0,236	0,027	0,157
	p	0,107	0,855	0,287
Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar	r	-0,200	-0,190	-0,110
	p	0,174	0,196	0,459
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	r	0,055	-0,169	-0,088
	p	0,709	0,250	0,550
Ayrılık Kaygısı	r	-0,481	-0,198	-0,055
	p	0,001	0,178	0,713
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	r	-0,207	-0,029	-0,083
	p	0,158	0,845	0,575
Okul Kaçınma	r	0,059	-0,230	-0,097
	p	0,688	0,115	0,513
Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği	r	-0,261	-0,237	-0,128
	p	0,073	0,105	0,386

Pearson Korelasyon testi

Çocukların okul notları ile Depresyon Ölçeği, Çocuk somatizasyon envanteri ve anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği alt grup ve total puanların hiçbirinde istatistiksel bir ilişki olmadığı Tablo 8 'de gösterilmiştir.

Tablo 8 : Okul Notları Grubuna Göre Kullanılan Ölçeklerin Karşılaştırılması

Çocuğun okul Notları	Okul Notu		p	
	0-3 n:19	4-5 n:20		
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	12,68±4,46	11,48±4,21	0,350	
Çocuk Somatizasyon Envanteri	12,68±6,11	14,17±7,74	0,484	
Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği	Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar	6,42±4,39	6,83±4,54	0,760*
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	4,63±3,89	5,21±4,43	0,647*
	Ayrılık Kaygısı	6,89±3,65	8,38±3,94	0,196
	Sosyal Anksiyete Bozukluğu	7±2,31	8,76±3,97	0,088
	Okul Kaçınma	1,79±1,03	2,62±2,14	0,123*
Total Puan	26,74±11,78	31,79±11,88	0,155	

Bağımsız t testi * Mann Whitney U test

Bilinen bir hastalık varlığı ve yokluğu durumu, yapılan ölçeklerle karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Detayları tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9 : Bilinen Fiziksel Bir Hastalık Olan Çocukların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Bilinen hastalık var mı	Bilinen	Bilinen	p
	Hastalık	Hastalık	
	Var n:42	Yok n:6	
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	12±4,42	11,67±3,72	0,861
Çocuk Somatizasyon Envanteri	13,67±6,93	13±8,99	0,833
Panik Bozukluk/Somatik			
Semptomlar	6,62±4,55	7±3,95	0,847
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	5±4,29	4,83±3,76	0,929*
Ayrılık Kaygısı	7,88±4,08	7,17±1,72	0,676
Çocuklarda Sosyal Anksiyete Bozukluğu	8,4±3,5	5,67±2,5	0,072
Anksiyete			
Bozukluklarını Okul Kaçınma	2,33±1,9	2±1,26	0,680*
Tarama Ölçeği Toplam Puan	30,24±12,29	26,67±9,83	0,501

Bağımsız t testi * Mann Whitney U test

Tablo 10’da gösterildiği üzere, psikiyatrik tanısı bilinen 2 çocuk vardır. Psikiyatrik tanısı olan ve olmayan grupla, yapılan ölçekler karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır

Tablo 10 : Bilinen Psikiyatrik Bir Hastalığı Olan Ve Olmayan Çocukların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Psikatrik tanı var mı		Psikiyatrik Tanı Yok n:46	Psikiyatrik Tanı Var n:2	p
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği		11,93±4,29	12,5±6,36	0,858
Çocuk Somatizasyon Envanteri		13,93±7,05	5,5±2,12	0,101
Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği	Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar	6,74±4,4	5,02±7,03	0,593*
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	4,98±4,15	5,00±7,07	0,994*
	Ayrılık Kaygısı	7,89±3,91	5,5±0,71	0,397
	Sosyal Anksiyete Bozukluğu	8,17±3,49	5,5±3,54	0,294
	Okul Kaçınma	2,37±1,82	0,5±0,71	0,157*
	Total Puan	30,15±11,77	21,5±19,09	0,322

Bağımsız t testi * Mann Whitney U test

Anne-baba beraberliği incelendiğinde anne babası beraber olmayan 3 çocuk olduğu görülmektedir. Tablo 11 'de yapılan ölçekler ile anne baba beraberliği değerlendirilmiş, aralarında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Tablo 11 : Anne-Baba Beraberliğine Göre Kullanılan leklerin Karşılaştırılması

Anne-Baba Beraber mi		Anne-Baba Beraber Değil n:3	Anne-Baba Beraber n:45	p
Çocuklar İçin Depresyon leği		13±2,65	11,89±4,4	0,670
Çocuk Somatizasyon Envanteri		10,33±5,51	13,8±7,2	0,419
Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama leği	Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar	5±3,61	6,78±4,5	0,508*
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	3,67±3,79	5,07±4,24	0,581*
	Ayrılık Kaygısı	5,67±2,08	7,93±3,92	0,330
	Sosyal Anksiyete Bozukluğu	6,33±3,21	8,18±3,51	0,381
	Okul Kaçınma	1,33±0,58	2,36±1,86	0,352*
	Total Puan	22±12,49	30,31±11,9	0,249

Bağımsız t testi * Mann Whitney U test

Çocukların anne-baba yaşları ile yapılan ölçekler karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ayrıntılar Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12: Anne-Baba Yaşına Göre Kullanılan Ölçeklerin Korelasyonu

		Anne Yaş	Baba Yaş
	r	0,124	0,198
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	p	0,400	0,182
	r	0,269	0,269
Çocuk Somatizasyon Envanteri	p	0,067	0,071
	r	-0,093	-0,169
Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar	p	0,534	0,260
	r	0,137	0,101
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	p	0,360	0,503
	r	-0,148	-0,167
Ayrılık Kaygısı	p	0,320	0,266
	r	-0,098	-0,155
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	p	0,513	0,303
	r	0,204	0,229
Okul Kaçınma	p	0,168	0,126
	r	-0,032	-0,093
Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği	p	0,831	0,540

Pearson Korelasyon testi

Anne eğitim durumu grupları ile yapılan ölçeklerin sonuçlarını karşılaştırmak için Kruskal Wallis Testi yapılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda, Tablo13’de görüldüğü üzere Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği ile Anne Eğitim Okur-Yazar, İlköğretim ve Lise gruplarının Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık

gözlenmiştir (p=0,025). Lise grubunun Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar puan ortalamaları Okur-Yazar ve İlköğretim gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş (p=0,023, p=0,025),

Ayrıca, Anne Eğitim Okur-Yazar, İlköğretim ve Lise gruplarının Okul Kaçınma puan ortalamaları arasında da, istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,045). Lise grubunun Okul Kaçınma puan ortalaması ilköğretim grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.(p=0,042)

Bunun dışında anne eğitim grupları ile diğer ölçek karşılaştırmalarında da anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Tablo 13 : Anne Eğitim Gruplarına Göre Kullanılan Ölçeklerin Karşılaştırılması

Anne Eğitim	Okur-Yazar n:19	İlköğretim n:25	Lise n:3	p
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	12,42±4,11	11,6±4,62	11,33±4,51	0,808
Çocuk Somatizasyon Envanteri	13,21±5,05	13±7,88	20,67±11,5	0,212
Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar	6,11±3,91	6,32±4,39	13,33±4,73	0,025
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	4,11±4,11	5,4±4,34	8±2,65	0,278
Ayrılık Kaygısı	8,68±4,07	7,4±3,85	6,33±2,52	0,442
Çocuklarda Sosyal Anksiyete Bozukluğu	8,68±3,84	8,08±3,17	5,33±3,06	0,303
Anksiyete Okul Kaçınma	2,74±1,82	1,8±1,47	4±3,46	0,045
Tarama Ölçeği Total Puan	30,32±11,16	29±12,94	37±9,17	0,556

Kruskal Wallis Testi

Dunn's Çoklu Karşılaştırma Testi	PB/SS	Okul Kaçınma
Okur-Yazar / İlköğretim	0,985	0,497
Okur-Yazar / Lise	0,023	0,184
İlköğretim / Lise	0,025	0,042

Tablo 14’de görüldüğü gibi, Çalışan annelerin çocuklarının Somatizasyon Envanteri puan ortalamaları çalışmayan annelerin çocuklarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,047). Ayrıca çalışan annelerin çocuklarında Sosyal Anksiyete Bozukluğu puan ortalamaları çalışmayan annelerin çocuklarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. (p=0,043).

Annelerin çalışma durumları ile Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği puan ortalamaları ve Çocuklar için Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği total puan ile Sosyal Anksiyete Bozukluğu dışındaki tüm alt gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 14: Annelerin Çalışma Durumuna Göre Çocukların Ölçeklerden Aldığı Puanların Karşılaştırılması

Anne Meslek		Çalışmıyor	Çalışıyor	p
		(E.Hanımı) n:44	n:3	
	Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	11,66±4,36	15,67±1,53	0,123
	Çocuk Somatizasyon Envanteri	13,09±6,64	20,67±12,66	0,047
	Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar	6,43±4,43	10,33±4,51	0,147
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	4,89±4,19	7,33±4,62	0,336*
	Ayrılık Kaygısı	7,98±3,96	6,01±2,02	0,399
Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği	Sosyal Anksiyete Bozukluğu	8,39±3,4	4,67±3,06	0,043*
	Okul Kaçınma	2,2±1,66	4,01±3,61	0,101*
	Total Puan	29,89±12,24	32,33±8,33	0,736

Bağımsız t testi * Mann Whitney U test

Çocukların babalarının eğitim grupları ile Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği puan ortalamaları ($p=0,349$), Somatizasyon Envanteri puan ortalamaları ($p=0,493$) ve Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama ölçeği total puan ve tüm alt grup puanları ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamıştır. Ayrıntılar Tablo 15’de gösterilmiştir.

Tablo 15: Baba Eğitim Gruplarına Göre Kullanılan Ölçeklerin Karşılaştırılması

Baba Eğitim	Okur- Yazar n:9	İlköğretim n:9	Lise n:18	Üniversite n:10	p	
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	12,78±2,73	11,44±3,32	10,78±4,78	13,7±5,33	0,349	
Çocuk Somatizasyon Envanteri	11,89±3,72	12,11±7,47	15,72±7,32	13,6±8,73	0,493	
Panik Bozukluk/ Somatik Semptomlar	7,78±4,02	7,11±5,35	6,11±4,51	6,7±4,35	0,833	
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	4,67±3,57	4±3,12	5±5,29	6,2±3,65	0,725	
Ayrılık Kaygısı	9,33±4,27	8,33±4,15	7,17±4,02	7,4±3,24	0,561	
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	8,89±4,43	8,33±3,43	7,83±3,45	7,6±3,27	0,860	
Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği	Okul Kaçınma	3,56±2,01	2,11±1,17	1,56±1,25	2,8±2,53	0,093
Total Puan	34,22±13,01	29,89±11,7	27,67±12,95	30,7±9,55	0,617	

Kruskal Wallis Testi

Tablo 16 'de ailede psikiyatrik hastalığın var olmasıyla olmaması arasında yapılan ölçekler bazında herhangi bir istatistiksel farklılık olmadığı gösterilmiştir

Tablo 16 : Ailede Psikiyatrik Hastalık Varlığına Göre Kullanılan Ölçeklerin Karşılaştırılması

Ailede Psikiyatrik hastalık	Ailede	Ailede	p	
	Psikiyatrik hastalık Yok n:42	Psikiyatrik hastalık Var n:6		
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	12,1±4,23	11±5,1	0,565	
Çocuk Somatizasyon Envanteri	13,64±6,8	13,17±9,77	0,880*	
Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği	Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar	6,79±4,12	5,83±6,71	0,628*
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	4,98±3,92	5±6,26	0,990*
	Ayrılık Kaygısı	7,98±4	6,5±2,51	0,387
	Sosyal Anksiyete Bozukluğu	7,79±3,22	10±4,94	0,148
	Okul Kaçınma	2,45±1,85	1,17±1,17	0,106*
	Total Puan	29,98±11,25	28,5±17,57	0,781

Bağımsız t testi * Mann Whitney U test

Tablo 17’de, ailelerin gelir durumu ile yapılan ölçeklerin puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucu ailelerin gelir durumları ile Okul Kaçınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.(p=0,021). Geliri 3000 tl ve üzeri olan ailelerin çocuklarının Okul Kaçınma puan ortalamaları, geliri 1000tl-3000tl arası olan ailelerin çocuklarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş (p=0,046). Bunun dışında kalan gelir düzeyi ve ölçek puan ortalamaları arasında herhangi bir istatistiksel farklılık bulunmamıştır

Son dönemlerde ailelerinde önemli bir olay olan çocuklarla olmayan çocukların tüm ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmıştır ve anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 17 : Gelir Durumu Gruplarına Göre Kullanılan Ölçeklerin Karşılaştırılması

Gelir Durumu	<1000TL n:4	1000-3000TL n:34	>3000TL n:10	p
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	11,75±3,3	11,71±4,14	12,9±5,38	0,747
Çocuk Somatizasyon Envanteri	8,01±3,92	13,68±6,4	15,5±9,52	0,205
	Panik Semptomlar	Bozukluk/Somatik		
	2,75±3,59	7±4,31	7,1±4,79	0,185
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu			
	4,25±2,87	4,97±3,93	5,3±5,64	0,917
	Ayrılık Kaygısı			
	5,75±1,71	8,24±3,47	7,1±5,43	0,397
	Sosyal Anksiyete Bozukluğu			
	7,5±2,08	8,38±3,38	7,2±4,37	0,616
Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği	Okul Kaçınma			
	2,75±2,22	1,85±1,26	3,6±2,67	0,021
	Total Puan			
	23±9,9	30,44±10,71	30,3±16,54	0,505

Kruskal Wallis Testi

Dunn’s Çoklu Karşılaştırma Testi	Okul Kaçınma
Okur-Yazar / İlköğretim	0,548
Okur-Yazar / Lise	0,187
İlköğretim / Lise	0,046

Tablo 18’da Karın ağrısı olan çocuklarda yapılan tetkikler sonucu fiziksel sebep bulunan ve fiziksel sebep bulunmayan çocukların Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği , Çocuk Somatizasyon Envanteri ve Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda fiziksel sebep bulunan grupla fiziksel sebep bulunmayan grupla tüm ölçeklerin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, anlamlı herhangi bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 18 : Fiziksel Sebep Varlığı Gruplarına Göre Kullanılan Ölçeklerin Karşılaştırılması

	Fiziksel Sebep Yok n:24	Fiziksel Sebep Var n:24	p
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	12,67±4,41	11,25±4,16	0,258
Çocuk Somatizasyon Envanteri	14,17±7,42	13±6,89	0,575
Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar	7,17±5,06	6,17±3,76	0,441*
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	5,13±4,28	4,83±4,19	0,812*
Ayrılık Kaygısı	7,71±3,42	7,88±4,33	0,883
Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği	Sosyal Anksiyete Bozukluğu 8,46±3,27	7,67±3,73	0,438
	Okul Kaçınma 2,71±1,94	1,88±1,62	0,114*
	Total Puan 31,17±10,85	28,42±13,09	0,432

Bağımsız t testi * Mann Whitney U test

Tablo 19’de, çocuklara uygulanan Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği ve Çocuk Somatizasyon Envanteri ile Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği korelasyonu gösterilmektedir.

Yapılan analiz sonucunda, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği puanları ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu puanları ($r=0,505$ $p=0,0001$), Okul Kaçınma puanları ($r=0,401$ $p=0,005$) ve Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Total puanları ($r=0,404$ $p=0,004$) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir. Çocuklar İçin

Depresyon Ölçeği puanları ile Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar , Ayrılık Kaygısı, Sosyal Anksiyete Bozukluğu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Ayrıca Tablo 20'ye baktığımızda Çocuk Somatizasyon Envanteri puanları ile Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar ($r=0,490$ $p=0,0001$) ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu puanları arasında ($r=0,385$ $p=0,007$), Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Total puanları arasında ($r=0,366$ $p=0,011$) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu görülmektedir.

Bunlar dışında Çocuk Somatizasyon Envanteri puanları ile ve Okul Kaçınma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 19 : Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği ve Çocuk Somatizasyon Envanteri ile Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Korelasyonu

		Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	Çocuk Somatizasyon Envanteri
Panik Bozukluk/ Somatik Semptomlar	r	0,202	0,490
	p	0,169	0,0001
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	r	0,535	0,385
	p	0,0001	0,007
	r	0,117	0,012
Ayrılık Kaygısı	p	0,427	0,934
	r	0,148	0,015
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	p	0,317	0,921
	r	0,401	0,272
Okul Kaçınma	p	0,005	0,061
Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği	r	0,404	0,366
Total Puan	p	0,004	0,011

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1 Araştırma Bulgularının Tartışılması

Hastaneye karın ağrısı şikayetiyle başvuran 8-15 yaşlar arasındaki çocuklarda fiziksel neden bulunanlarla bulunmayanların depresyon, anksiyete ve somatizasyon değerlerinin karşılaştırılması amacıyla gerçekleştirilmiş çalışmaya 48 çocuk dahil edilmiştir. Çocukların 14'ü (%29,17) erkek, 34'ü (%70,83) kızlardan oluşmaktadır.

İlk olarak, erkek ve kız çocuk gruplarının Çocuklar İçin Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış olması hipotezi desteklemeyen bir bulgu olarak görülmektedir. Literatürdeki benzer çalışmalar incelendiğinde, kızların aleyhine anlamlı bir yükseklikten bahsedildiği fark edilmektedir (Murray ve Sines, 1996; Allgood-Merten, Lewinsohn ve Hops, 1990; Avison ve McAlpine, 1992). Buradan hareketle literatürden farklı olarak cinsiyete bağlı farklılık bulunmamış olması metodoloji ve örneklem nitelikleri ile ilgili değerlendirilebilir.

Elde edilen bulgular incelendiğinde, cinsiyete bağlı Çocuk Somatizasyon Envanteri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı dikkat çekmiştir. Literatürde, çocuklarda somatizasyon düzeylerinin kızlarda erkeklerden yüksek olduğunun vurgulandığı görülmektedir (Litcher vd., 2001; Meesters vd. 2003). Bunun sebebi, kızların öncülük olarak somatizasyon açısından değerlendirilmeleri gerekliliğini düşündürmektedir.

Cinsiyete bağlı Yaygın Anksiyete Bozukluğu düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı incelendiğinde; herhangi bir fark olmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde literatürde, Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeğinde cinsiyet farklılığını bulmamış çalışmalar mevcuttur (bkz., Bernstein vd., 1997; Egger vd., 1999; Livingston vd., 1988, ve Masi vd., 2000). Diğer taraftan muadil diğer çalışma bulguları karşılaştırıldığında, literatüre paralel olmadığını söylemek de mümkündür (Pigott, 2003; Fagioli-Petrillo, Viguera, Kennen ve Cohen, 2002).

Cinsiyete bağlı olarak hormonal farklılıkların kaygı bozukluğuna zemin hazırladığı kabul edilmektedir. Özellikle panik bozukluğu olan kadınların erkeklere nazaran yaşamları boyunca psikiyatrik hastalık eşansı geliştirme riski yüksek olarak ifade edilmiştir. Bu eşansılar agorafobi, depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi ve somatizasyon

bozukluğu olarak belirtilmektedir (Noyes, Reich ve Christiansen, 1990; Klerman, Weissman ve Quелlette, 1991). Dolayısıyla literatürden farklı sonuç elde edildiğini söylemek mümkündür. Bunun nedeni üzerine değerlendirme yapmak gerekirse kızların sayısının ağırlıkta olması bu sonuca sebebiyet vermiş olabilir.

Çocuğun yaşı arttıkça Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Ayrılık Kaygısı düzeyi anlamlı düzeyde azalmaktadır. Bu bulgu, literatürdeki yaş ilerledikçe ayrılık kaygısının azaldığı bilgisi ile tutarlıdır (Costello ve Angold, 1995). Benzer şekilde özellikle okul sonrası giderek azaldığını belirten çalışmalar da mevcuttur (Mattis ve Pincus, 2004; Krain vd., 2007).

Kardeş sayısı, okul notu, anne baba beraberliği, bilinen hastalık varlığı, anne-baba yaşı, psikiyatrik tanı, fiziksel sebep varlığı, kaçınıcı çocuk olduğu, gelir durumu, ailede psikiyatrik hastalık, evde konuşulan dil, baba eğitim durumu ve mesleği, ailede önemli olay varlığı değişkenleri, bağımlı değişkenler üzerinde anlamlı etkiye sahip değildir. Bu değişkenlerin başka çalışmalarda tekrar gözden geçirilip değerlendirilmesi önemli görülmektedir.

Anne eğitim gruplarına göre kullanılan ölçekler karşılaştırıldığında; çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Anne Eğitim Okur-Yazar, İlköğretim ve Lise gruplarının Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Lise mezunu anne çocuklarının Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar düzeyleri okur-yazar ve ilköğretim gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Literatürde, anne babanın eğitim düzeyinin düşük olmasının çocukta panik ve somatizasyon belirtilerini arttırdığı vurgulanmaktadır (Rhee vd, 2005). Çocuğu bilgilendirme ve problemle başa çıkmasını sağlama durumlarında bu belirtiler azalacağından ilköğretim mezunu annelerin eğitim düzeylerinin düşük olmasına rağmen nitelikli oldukları düşünülebilir.

Diğer önemli bir bulgu olarak, annesi lise mezunu olanların okul kaçınma düzeyleri, ilköğretim gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Pina, Zerr, Gonzales ve Ortiz'in (2009) vurguladıkları üzere özellikle anne ile olan iletişim çocuğun okul devamlılığı ve kaçınma düzeyini etkilemektedir. Bunun nedenleri annenin çocuğa dair oluşturabildiği bağımsızlık ve okulu anlamlandırma yetisi olarak ifade edilmiştir. Dolayısıyla elde edilen bulgular çerçevesinde annenin eğitim düzeyinin artmasının bu yetileri arttırması beklenmiş ama farklı sonuç elde edilmiştir. Buradan hareketle, eğitim düzeyi fark etmeksizin anne-çocuk iletişim ve etkileşiminin sonucu etkilediği üzerinde durulabilir.

Annesi çalışan çocukların Çocuk Somatizasyon Envanteri puan ortalamaları annesi çalışmayan gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bunun yanı sıra, annesi çalışan grubun Sosyal Anksiyete Bozukluğu puan ortalamaları çalışmayanlara nazaran istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Literatürde, Berntsson ve Köhler'in (2001) bu bağlamda farklı bulgular ifade ettiği söylenebilir. Söz konusu araştırmada psikosomatik yakınmalar ile anne-babanın mesleğine bağlı sağlayabildiği sosyo-ekonomik koşulların ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Benzer şekilde eğitim durumu düşük ve çalışmayan annelerin çocuklarında somatizasyon ortalamaları anlamlı derecede yüksek vurgulanmıştır. Sosyal anksiyete açısından bulgulara paralel şekilde Maria Bacikova-Sleskova ve meslektaşlarının (2011) ele aldığı çalışmada ifade ettikleri üzere annesi çalışan çocuklarda sosyal anksiyete daha az görülmektedir. Annenin çalışmasından ötürü bakımverenlerin farklılaşması, çocuğun erken yaşta kreşe başlayıp sosyalleşmesi gibi faktörler bu bağlamda etkili düşünülebilir.

Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği puanları arttıkça Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği puanları da anlamlı düzeyde artmaktadır. Literatürde depresyon ve anksiyete düzeylerinin pozitif anlamda ilişkili olduğuna dair bulgular mevcuttur (Beyenburg vd., 2005; Dunn ve ark.1999, Oğuz ve ark. 2002). Bu çalışmalarda, çocuklarda kaygı halinin artmasının depresyonu da tetiklediği ve çaresizlik hissi yarattığı vurgulanmaktadır. Bu açıdan literatürden farklı bir bulgu elde edilmediğini söylemek mümkündür.

Çocuk Somatizasyon Envanteri puanları arttıkça Panik Bozukluk/Somatik Semptomlar puanları da anlamlı düzeyde artmaktadır. Beklenildiği gibi elde edilmiş bulguyu yorumlamak gerekirse çocuklarda paniğe dair fiziksel duyumların artışının bedensel tepkileri değerlendirmede duyarlılık getirdiğini söylemek mümkündür. Diğer taraftan, özellikle psikolojik sıkıntıların fiziksel olana yansıtılması gibi bir sonuçtan da bahsedilebilir. Bu bağlamda çocukların başa çıkma stratejileri ve problem çözme yeteneklerinin arttırılması önem taşımaktadır.

Çocuk Somatizasyon Envanteri puanları arttıkça Yaygın Anksiyete Bozukluğu puanları da anlamlı düzeyde artmaktadır. Literatürde genelleştirilmiş kaygının somatizasyonu arttırıcı etkisi üzerinde durulmaktadır (Hoehn-Saric, McLeod ve Zimmerli, 1989). Diğer bir deyişle somatizasyon arttıkça yaygın anksiyete de artış göstermektedir. Bedene yansıtılmış kaygının genelleştirilmesi olarak ifade edilen bu durum dışarıda olma, topluma karışmadan özelleştirilmiş fobiye kadar geniş bir alanı tetiklemesi şeklinde düşünülebilir.

Çocuk Somatizasyon Envanteri puanları arttıkça Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Total puanları da anlamlı düzeyde artmaktadır. Literatürde somatizasyonun, özellikle anksiyete ve depresyon ile önemli ölçüde ilişkili olduğu ve genel sağlığın da bu durumdan etkilendiği belirtilmektedir (Litcher vd. 2001). Bu sebeple, çocuklarda bedene yansıtılmış problemlerin kaygıyı artırır nitelikte olması şaşırtıcı olmamıştır. Diğer taraftan kaygı arttıkça da somatizasyon düzeyi artış gösterebilmektedir. Bu açıdan, önleyici çalışmalarda risk gruplarının belirlenmesi önem taşımaktadır.

Çalışmanın amacı dahilindeki hipotezlerde anlamlı sonuç olmadığı görülmektedir. Karın ağrısı için fiziksel sebep bulunanlarla bulunmayanlar arasında, depresyon anksiyete ve somatizasyon değerlerinde anlamlı bir farklılık bulunmamış olması hipotezi desteklemediği gibi literatürden de farklı bir bulgudur. Walker ve Greene (1989) çalışmalarında karın ağrısının kaygının direk sebebi olabilecek bir semptom olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Karın ağrısının fiziksel bir sebebi olmayan çocuklarda anksiyete, depresyon ve somatizasyonun daha yüksek olması beklenmiştir. Literatürde bu doğrultuda, Hyams ve Hyman'ın (1998) organik olmayan karın ağrılarının büyük oranda somatizasyon ve kaygı temelli olduğu vurguları dikkat çekmiştir. Karın ağrısının temelinde anksiyetenin vurgulandığı da görülmektedir (Apley, 1975; Scharff, 1997). Bu bağlamda, elde edilen temel bulgunun literatürden farklı olduğunu söylemek mümkündür.

5.2 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Bu araştırmanın sınırlılıklarından bir tanesi örneklem sayısının azlığıdır. Araştırmanın yapıldığı sürede karın ağrısı şikayetiyle hastaneye başvuran çocukların azlığının, araştırmanın sonucunu da etkilediği düşünülmektedir. Daha büyük bir örnekleme yapılacak çalışmada daha belirgin sonuçlar alınabilir. Ayrıca, alt yaş grubundaki çocukların soruların bir kısmını anlamakta güçlük çektiğini değerlendirirsek, benzer çalışmalarda bu ölçeklerin daha büyük yaş gruplarına uygulanmasının daha uygun olduğu düşünülmektedir. Bununla beraber araştırmanın yapıldığı bölgede konuşulan ana dillerin farklı olması da , çocukların bazı soruları anlamakta güçlük çekmesine sebep olmuş olabilir. Cinsiyet , yaş, okul notu, anne-baba eğitim durumu, aile geliri gibi sosyodemografik açıdan daha homojen bir örnekleme çalışmak araştırmanın etkisi açısından önemli olabilir.

Bir diğer sınırlama ise ölçek sorularının toplamının fazla olmasının çocukların sıkılmasına, sorulara gereken ilgiyle cevap vermemiş olmalarına sebep olmuş olabilir. Daha sonraki çalışmalarda toplam soru sayısının daha az olması, bu konuda araştırmaya katkı sağlayabilir.

KAYNAKÇA

- Adelman A.(1987). Abdominal pain in the primary care setting. *J Fam Pract*; 25-7
- Adler, A. (1964). *Problems of neurosis*. New York: Harper and Row.
- Akdeniz F, Korkmaz S, Tamar M ve ark. (2002) Depresyonu olan ve olmayan genç kızlar ve annelerindeki adet öncesi yakınmaların karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 9: 16-22
- Akiskal, HS. (2005). *Mood disorders: historical introduction and conceptual overview*. In: Sadock J, Sadock VA. , editor. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8. baskı (s.1559–1527) Williams & Willkins. New York..
- Aktepe, E., Demirci, K., Çalışkan, A. M., Sönmez, Y. (2010). Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirti ve tanı dağılımları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 100-108.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2003). *Childhood anxiety disorder*. In Mash, E. J., and Barkley, R. A., (Eds.), *Child Psychopathology*. (2nd ed.) (s.279-330). New York, London: The Guilford Press.
- Allgood-Merten, B., Lewinsohn, P.M., & Hops, H. (1990). Sex differences in adolescent de-pression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 55-63.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical of mental disorders*. (4. Edition). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed., Text Revision. Washington;
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından, (E. Köroğlu Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- American Psychiatric Association. (2013). *Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Angold, A., Erkanli , A., Farmer, E. M., Fairbank, J.A , Burns, B. J., Keeler G., & Costello, E. J. (2002). Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and white youth. *Archives of General Psychiatry*, 59 (10), 893-901.

Apley J, Naish N. (1958) Recurrent abdominal pains: a field survey of 1000 school children. *Arch Dis Child*; 33: 165-170

Apley, J. (1975). *The child with abdominal pain* (2nd ed.). Oxford: Blackwell Scientific Publications

Angold, A., Costello, EJ., Worthman, CM. (1998). Puberty and depression: the roles of age, pubertal status, and pubertal timing. *Psychol Med*, 28: 51-61.

Avcı, A. (1992). AÜTF Çocuk Psikiyatrisi kliniğine başvuran hastaların belirti dağılımı ve sosyodemografik özellikleri. Uzmanlık Tezi, AÜTF.

Avison, William, R., Donna D., McAlpine. (1992). Gender Differences in Symptoms and Depression among Adolescents. *Journal of Health and Social Behavior* 33: 77-96

Ayvaşık, H. B. (2000). Kaygı duyarlılığı indeksi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 15 (46), 43-57.

Baldwin, J.S., & Dadds, M. R. (2008). Examining alternative explanations of the covariation of ADHD and anxiety symptoms in children: a community study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36 (1), 67-79.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Barsky, A.J. (1992). Amplification, somatization and the somatoform disorders. *Psychosomatics*; 33:28-34.

Berrios, G.E., (1998). Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual History. *British Journal of Psychiatry*, 153 : 298-304

Berntsson, LT, Köhler L. (2001). Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2-17 years in the five Nordic countries. Comparison between 1984 and 1996. *Eur J Public Health*, 11: 35-42

Bernstein, A., Zvolensky, M.J., Kotov, R., & Arrindell, W.A. (2006). Taxonicity of anxiety sensitivity: A multi-national analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 20: 1-22.

Beyenburg S, Mitchell AJ, Schmid D ve ark. (2005) Anxiety inpatients with epilepsy: Systematic review and suggestions for clinical management. *Epilepsy Behav*, 7: 161-171

Boratav, C. (2000). Duygudurum Bozuklukları ve Nozoloji: Eleştirel Bir İnceleme. *Duygudurum Dizisi, 1*: 8-28.

Boyle MH, Racine Y. (1989). Ontario Child Health Study: Correlates of disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 28: 856- 860.

Bowlby, J. (2014). Ayrılma. (M. Günay, Çev.). İstanbul: Pinhan Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 1973).

Bridges, K.W, Goldberg, D.P. (1985). Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res*; 29: 563-569.

Brooks-Gunn J, Warren, M.P. (1989). Measuring physical status and timing in early adolescence: developmental perspective. *J Youth Adolesc*, 14: 163-189.

Camdan D, Boyle M, Szatmani P. (1987) Chronic illness, disability and mental and social well-being: Findings of the Ontario Child Health Study. *Pediatrics*, 79: 805-813.

Campo J.V., Fritz, G. (2001). A management model for pediatric somatization. *Psychosomatics*; 42: 467-76.

Canino, G., Shrout, P., Rubio-Stipec, M., Bird, H., et al. (2004). The DSM-IV Rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 61 (1), 85-93.

Ceylan, M.E. Timuçin, O. (2001). *Duygudurum Bozuklukları-Biyolojik Psikiyatri*, Lilly A.Ş. Yayınları, İstanbul.

Cicchetti, D., Toth, S.L. (1999). Çocuk ve Gençlerde Depresyonun Gelişimi, Çev.:Sibel Kazak, Türk Psikoloji Bülteni, 4 (10) 105-112.

Costello, E.J., Angold, A. (1995). *Epidemiology*. In J March (ed), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York, NY: The Guilford Press

Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Stangel, D. K., Tweed, D. L., Erkanli, A., & Worthman, C. M. (1996). The great smoky mountains study of youth: goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1129–1136.

De Laplante, T. L. (2002). *Understanding somatization : A phenomenological-hermeneutic approach*. University of Ottawa

Dierker, L., Menihangas, K., Szatmani, P. (1999). Influence of parental concordance for psychiatric disorders on psychopathology in offsprings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 38 (3): 280 – 288.

Dong, Q., Yang, B., Ollendick, T.H. (1994). Fears In Chinese Children and Adolescents and Their Relations To Anxiety and Depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 35 (2): 351-363.

Drossman DA, Thompson WG, Talley NJ ve ark. (1990) Identification of subgroups of functional bowel disorders. *Gastroenterology Int 3*: 159–172.

Dunn, D.W., Austin, J.K., Huster, G.A. ve ark. (1999). Symptoms of depression in adolescent with epilepsy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38: 1132-1138

Durukan, İ., Karaman, D., Kara, K., Türker, T., Tufan, A. E., Yalçın, Ö. ve Karabekiroğlu, K. (2011). Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24, 113-120.

Egger, H.L., Costello, E.J., Erkanli, A., Angold, A. (1999). Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 38: 852-60.

Ercan, Sabri, E. (1996). İntihar girişiminde bulunmuş ergenlerin psikiyatrik değerlendirilmesinde nelere dikkat edilmeli. *Psikiyatri Bülteni*; 4(3): 124-127.

Erdoğan, İ., Tamar, M. (2002). Çocuk ve gençlerdeki major depresif bozukluğa eşlik eden tanılarının dağılım ve sıklığının araştırılması, *Türkiye'de Psikiyatri*, 4:100-106.

Ekici, G., Savaş, A.H. (2001). Tamamlanmamış intiharlarda iki önemli risk etmeni: fiziksel hastalığın varlığı ve yetersiz dozda psikiyatrik tedavi. *Klinik Psikofarmakoloji*, 11: 168-173.

Fagioli-Petrillo, L., Viguera, A., Kennen, J., Cohen, L. (2002). *Utilization of health care services by obstetric patients with psychiatric disorders*. In: 13. Annual Meeting of American Psychiatric Association; Philadelphia.

Ford, C.V. (1986). The somatizing disorders. *Psychosomatics*; 27: 335-337

Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42 (10), 1203-1211.

Gallenger, E.J. (2000). *Gastrointestinal emergency: Acute abdominal pain*. In Tintinalli JE, Kelne GD, Stapczynski JS (eds). *Emergency medicine, a comprehensive study guide*. 5th edition. USA: McGraw-Hill Companies Inc. 356-66.

Gallo, L.C., Matthews, K.A. (1999). *Do negative emotions mediate the association between socioeconomic status and health?* See Adler et al. 226–45

Geçtan, E. (1995). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar*. 11. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul: 304.

Girgin, G. (1990). *Farklı Sosyo Ekonomik Kesimden 13-15 Yaş Grubu Öğrencilerde Kaygı Alanları ve Kaygı Düzeylerinin Başarıyla İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Göğüş, A.K. (2000). Depresyonun Klinik Belirtileri, *Duygudurum Dizisi*, 1, 39-33.

Grossman, M. (2000). *The human capital model*. In Culver, A. & Newhouse, J. P. (eds.) *The handbook of health economics*. Amsterdam: North Holland.

Güleç, C., Köroğlu, E. (1998). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Cilt 2. 1. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1035–1039.

Gür, K., Ergün, A., Yıldız, A., Kadioğlu, H. ve ark. (2008). Bir ilköğretim okulunda Omaha problem sınıflandırma listesine göre öğrencilerin sağlık problemleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*;3: 1-14.

Hoehn-Saric, R., McLeod, D.R., Zimmerli, W.D. (1989). Somatic manifestations in women with generalized anxiety disorder: Physiological responses to psychological stress, *Arch Gen Psychiatry*; 46: 1113–9.

Hyans, J.S., Hyman, P.E. (1998). Recurrent abdominal pain and the biopsychosocial model of medical practice. *J Pediatr*; 133: 473-478

Kabakçı, E. (1998). Üniversite Öğrencilerinde Sosyotrapik/Otonomik Kişilik Özellikleri, Yaşam Olayları ve Depresif Belirtiler. 12 (4) 273-282

Kadioğlu, H., Ergün, A., Yıldız, A. (2011). Pain characteristics of Turkish schoolchildren. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*;1: 47

Kadioğlu, H., Şişman, F.N., Ergün A. (2012). Reliability and validity of the Turkish version of Children's Somatization Inventory. *Asian Nursing Research*; 6: 9-12.

Karaceylan, Çakmakçı, F. (2005). *Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği (ÇATÖ)*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Kashani, J.H., Carlson, G.A., Beck, N. (1987). Depression, depressive symptoms and depressive mood among a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry*, 144: 931-934.

Katon, W., Lin, E., Von-Korff, M., Russo, J., Lipscomb, P., Bush, T. (1991). Somatization: a spectrum of severity. *Am J Psychiatry*;148: 34-40.

Kayaalp, L. (1990). İlk Çocuk Psikanaliti von Hug-Hellmuth ve Çocuk Psikanalizinde Pedagoji-Analiz İlişkisi Sorunsalına Katkıları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5:163-169

Kellner R. Somatization: Theories and research. *J Nerv Ment Dis*; 178:150-160.

Kerimoğlu, E., Kılıç, B.G., Gürkan, C.K. & Öztürk, M. (2011). *Çocukluk ve ergenlik döneminde sık görülen ruhsal bozukluklar*. M. O. Öztürk ve A. Uluşahin, (Derl.), Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II (11. Baskı) içinde (744-810). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Kirmayer, L.J., Young, A. (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosom Med*; 60: 420-430

Kirschner, B.S., Black, D.D. (1998). *The gastrointestinal tract*. Nelson Essentials of Pediatrics içinde, Behrman RE ve Kliegman RM (ed) W.B. Saunders Company, Pennsylvania, s: 419-458

Klein, D.N., and Santiago, N.J. (2003). Dysthymia and Chronic Depression: Introduction, Classification, Risk Factors, and Course *J Clin Psychol*, 59(8): 807-16.

Klerman, G.L., Weissman, M.M., Queller, R. (1991). Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *J Am Med Assoc*; 265: 742-746

Korkmaz, S. (2002). *Depresif bozukluğu olan ergen kızlarda adet döngüsünün duygudurum üzerine etkileri*. Uzmanlık Tezi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı.

Kovacs, M., Akiskal, H.S., Gatsonis, C. et al. (1994). Childhood onset dysthymic disorder: Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 51: 365-74.

Köknel, Ö. (1989). *Genel Klinik Psikiyatri*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Köroğlu, E. (2007). *Major Depresyon*: In Köroğlu E, Güleç C (Editors). *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Basım. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 240-265.

Krain, A.L., Ghaffari, M., Freeman, J. et al. (2007). *Anxiety disorders* In Martin A, Volkmar FR (eds). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 538-548

Lewis, M. (2002). *Child and Adolescent Psychiatry*. Third edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins;1320–1335.

Litcher, L., Bromet, E., Carlson, G., Gilbert, T., et al. (2001). Ukrainian application of the Children's Somatization Inventory: psychometric properties and associations with internalizing symptoms. *J Abnorm Child Psychol*; 29: 165- 7

Lipowski, Z.J. (1987). Somatization: Medicine's unsolved problem. *Psychosomatics*, 28: 294-297.

Lipowski, Z.J. (1998). Somatization: The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, 145: 1358-1368.

Luby, J., Heffelfinger, A., Mrakotsy, C. (2003). The Clinical Picture of Depression in Preschool Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;42 (3): 340- 348.

Mattis, S.G., Pincus, D.B. (2004). *Treatment of SAD and panic disorder in children and adolescents*. In PM Barrett, Ollendick TH (ed) *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents: Prevention and Treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.

Meesters, C., Muris, P., Ghys, A., Reumerman, T., vd. (2003). The Children's Somatization Inventory: further evidence for its reliability and validity in a pediatric and a community sample of Dutch children and adolescents. *J Pediatr Psychol*;28: 413-22

Menteş, A. (1998). In Sayek İ. (ed): *Temel Cerrahi*. 2 baskı. Güneş Kitabevi. Ankara. 2: 273-82.

Moerk, KC., and Klein, D.N. (2000). The development of major depressive disorder during the dysthymic disorders: a retrospective examination of life events. *J Affect Disorders*; 58: 117-23.

Morris, T. (2001). Childhood anxiety disorders: etiology, assesment, and treatment in the new millenium. *Current Psychiatry Reports*, 3 (4), 267-72.

Murray, K. T., and Sines, J. O. (1996). Parsing the genetic and nongenetic variance in children's depressive behavior. *Journal of Affective Disorders*, 56 (4), 23-34.

Nobile, M., Cataldo, G.M., Marino, C., et al. (2003). Diagnosis and treatment of dysthymia in children and adolescents *CNS Drugs*;17(13): 927-46.

Noyes, R., Reich, J., Christiansen, J. (1990). Outcome of panic disorder: Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*; 47: 809-818.

Oğuz, A., Kurul, S., Dirik, E. ve ark. (2002). Relationship of epilepsy-related factors to anxiety and depression scores in epileptic children. *J Child Neurol*, 17: 37-40

Örnek, T. (1993). *Anksiyete Oluşum Kuralları*. I. Anksiyete Sempozyumu, Nevşehir, 5-7 Haziran 1992. Erciyes Üniversitesi Matbaası, Kayseri.

Öy., B. (1995). Çocuk ve Ergenlerde Depresyon Epidemiyolojisi ve Risk Etkenleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2 (1) 40-45.

Özatalay, E., ve Turan, M. (1994). *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine başvuran hastalarda belirti dağılımı ve demografik özellikler*. 4. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Bursa.

Özdemir, D.F. ve Kütük, F. (2013). Anksiyete bozuklukları. *Katkı Pediatri Dergisi*, 35 (1), 11-40.

Öztürk, O. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Nobel Yayın Dağıtım, İstanbul.

Pearl, R.H., Irish, M.S., Caty, M.G., Glick, P.L. (1998). Recurrent abdominal pain . *Pediatr Clin North Am*, 45, 1317-1326

Parker, G., Roy, K. (2001). Adolescent depression: a review. *Aust NZJ Psychiatry*, 35: 572.

Pehlivan Türk, B. (2008). *Somatoform bozukluklar*. İçinde: Çetin FÇ ve ark, editör. *Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 423-37.

Pigott, T.A. (2003). Anxiety disorders in women. *Psychiatr Clin North Am*, 26: 621-672.

Pina, A. A., Zerr, A. A., Gonzales, N. A., Ortiz, C. D. (2009). Psychosocial Interventions for School Refusal Behavior in Children and Adolescents. *Child Development Perspectives*, 3(1), 11–20.

Polvan, Ö. (2000). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Ders Kitabı*. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 22-41.

Rasguin – Weber, A., Hyman, P.E., Cucchiara, S., Fleisher, D.R., Hyams, J.S., Milla, P.J.,

Staiano, A. (1999). Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut*; 45 (2): 60-68.

Reiss, S., Peterson, A., Gursky, D. M. (1988). Anxiety sensitivity, injury sensitivity, and individual differences in fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 341-345.

Reiss, S., Silverman, W. K., Weems, C. F. (2001). *Anxiety sensitivity*. In M. W. Vasey, and M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (92–111). New York: Oxford University Press.

Rhee H, Holditch-Davis D, Miles MS. (2005) Patterns of physical symptoms and relationships with psychosocial factors in adolescents. *Psychosom Med*, 67: 1006-12

Roberts, R.E., Attkisson, C.C., Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry*; 155: 715-725.

Rosen, G., Kleinman, A., Katon, W. (1982). Somatization in family practice: a biopsychosocial approach. *J Fam Pract.*, 14(3):493–502

Sarandol, A. (2003). *Distimik Bozukluk*. Birinci Basamak İçin Psikiyatri; 2: 16-24.

Sargın, N. (1990). *Lise I. ve III. Sınıf Öğrencilerinin Durumluk-Süreklilik Kaygı Düzeylerinin Belirlenip Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Schatz, D. B., and Rostain, A. L. (2006). ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *Journal of Attention Disorder.*, 10 (2), 141-149.

Scharff L (1997) Recurrent abdominal pain in children: a review of psychological factors and treatment. *Clin Psychol Rev* 17: 145–166.

Schniering, C. A., Hudson, J. L., Rapee, R. M. (2000). Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 20 (4), 453–478.

Sciberras, E., Lycett, K., Efron, D., Mensah, F., Gerner, B., & Hiscock, H. (2014). Anxiety in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 133 (5), 801-808.

Shannon RA, Bergren MD, Matthews A. (2010) Frequent visitors: somatization in school-age children and implications for school nurses. *J Sch Nurs*; 26:169-82

Sedler, M.J. (1983). Falret's discovery: the origin of the concept of bipolar affective illness, *Am J Psychiatry*, 140, 1127-1133.

Semerci, B. (2009). *Hedef Başarı*. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti.

Shannon, R.A., Bergren, M.D., and Matthews, A. (2010). Frequent visitors: somatization in school-age children and implications for school nurses. *J Sch Nurs*; 26: 169-82

Silove, D., Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Manicavasagar, V., and Blaszczynski, A. (1991). Parental representations of patients with panic disorder and generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 159, 835–841.

Smith, P., Perrin, S., Yule, W., and Rabe-Hesketh, S. (2001). War exposure and maternal reactions in the psychological adjustment of children from Bosnia– Hercegovina. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 395– 404.

Sonuvar, B., Yörükoğlu A., Öktem, F., ve Akyıldız, S. (1982). Hacettepe Çocuk Ruh Sağlığı Kliniğinde iki yıl içinde görülen çocukların demografik özellikleri. *Psikoloji Dergisi*; 13: 33-30.

Strauss, C. C., and Todaro, J. F. (2001). *Seperation anxiety disorder*. In H. Orvaschel, J. Faust, and M. Hersen (Eds.), *Handbook of Conceptualization and Treatment of Child Psychopathology* (151-175). Amsterdam, London, New York, Oxford, Paris, Shannon, Tokyo: Elsevier

Şenol, S., Karacan, E., Şener, Ş. (1999). *Çocuklarda ve ergenlerde depresyon. Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü*, A Ekşi (Ed), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 335-344.

Tarcin, O. (bt). *Kronik Karın Ağrısı*. Erişim. 14.09.2016, <http://www.orhantarcin.com/pdf/kronik-karin-agrisi.pdf>

Takakura, M., Sakihara, S. (2000). Gender differences in the association between psychosocial factors and depressive symptoms in Japanese junior highschool students. *J Epidemiol*, 10: 383-391.

Taylor, S. (1995). Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings. *Behaviour Research and Therapy*, 33: 243-258.

Tietze, H. (2002). *Tarihi ve Etimolojik Türkiye Türkçesi Lugati*, Cilt 1, Simurg Yayınları, İstanbul.

Tuğrul, C., Sayılğan M.A. (1997). *Depresyonla Başa Çıkma Yolları*, Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Turner, S. M., Beidel, D. C., and Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 229– 235.

Tüzün, O. ve Sayar, K. (2006). Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji, *Düşünen Adam*. 19 (1):24-39.

Varol, Ş. (1990)ç *Lise Son Sınıfı Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerini Etkileyen Bazı Etmenler*. Yüksek Lisans Tezi Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Walker, L.S., Garber, J., Greene, J.W. (1991). Somatization symptoms in pediatric abdominal pain patients: relation to chronicity of abdominal pain and parent somatization. *J Abnorm Child Psychol*;19: 379-94.

Walker, L.S., Beck, J.E., Garber, J., Lambert, W. (2009). Children's Somatization Inventory: psychometric properties of the revised form (CSI-24). *J Pediatr Psychol*, 34: 430-40

Walker, L.S, Greene, J.W. (1989). Children with recurrent abdominal pain and their parents: More somatic complaints, anxiety, and depression than other families? *Journal of Pediatric Psychology*;14: 231-243

Walker, L.S., Claar, R.L., Garber, J. (2002). Social consequences of children's pain: when do they encourage symptom maintenance? *J Pediatr Psychol* 27: 689–98.

Weller, E.B., Weller, R.A., Svadjian, H. (1996). *Mood disorders*. Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Text Book, M Lewis (Ed), 2. Baskı, Philadelphia, Williams & Wilkins, , (s.650-666) AWaverly Company.

Weller, E.B., Weller, E.A. (1990). *Depressive disorders in children and adolescents*. Psychiatric Disorders in Children and Adolescents, BD Garfinkel, GA Carlson, EB Weller (Ed), Philadelphia, (s.3-20) WB Saunders Company,.

Wilkinson, R.G. (1999). *Health, hierarchy, and social anxiety*. See Adler et al. 1999, pp. 48–63

Wilmshurst, L. (2005). Anxiety disorders. In *Essential of Child Psychopathology* (81 - 104). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Wolff, N., Darlington, A.S., Hunfeld, J., and Verhulst, F., (2010). Determinants of somatic complaints in 18-month-old children: the generation R study. *J Pediatr Psychol*;35: 306-16

Yanbastı, G. (1990). *Kişilik Kuramları*. Ege Üniversitesi Yayınları, İzmir.

Yazgan, Y. (2013). *Hiperaktif Çocuk ve Ergen Okulda* (3. Baskı). İstanbul: Doğan

Yörükoğlu, A. (1992). *Değişen Toplumda Aile ve Çocuk*. 4. Baskı, Ankara: Özgür Yayın – Dağıtım.

Zahn-Waxler, C. Klimes-Dougan, B., and Slattery, M.J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Dev Psychopathol*; 12: 443- 466.



EKLER

EK1-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji programı için hazırlanan yüksek lisans tez çalışmam için yapılmaktadır. Çalışmanın konusu karın ağrısı şikayetiyle hasteneye başvuran çocukların depresyon anksiyete ve somatizasyon değerlerinin belirlenmesidir. Lütfen her bir ifadeyi dikkatle okuyup, size en çok uyan biçimde işaretleyiniz.

1.Çocuğun a-) Yaşı: b-) Kardeş Sayısı: c-) Kaçınıcı Çocuk: d-) Kaçınıcı sınıf:

2. Çocuğun genel olarak okul notları hangi aralıktadır

a-) 0-1 b-) 1-2 c-) 2-3 d-) 3-4 e-) 4-5

3.Çocuğun bilinen bir hastalığı var mı? Varsa nedir?

Evet: Hayır:

4. Çocuğun daha önce aldığı psikiyatrik bi tanı var mı? Varsa nedir?

Evet: Hayır:

5. Anne baba sağ mı?

6. Anne baba beraber mi?

7. Annenin; Babanın;

Yaşı:

Eğitim Düzeyi:

Mesleği:

Kaçınıcı Evliliği:

8. Ailede bilinen psikiyatrik bir hastalık var mı? Varsa nedir?

Evet: Hayır:

9. Ailenin gelir durumu nedir?

a-)1000 tl ve aşağısı b-)1000- 3000 tl c-)3000-5000 tl d-) 5000 tl ve üzeri

Ev içinde genel olarak konuşulan dil nedir?

a-) Türkçe b-) Zazaca c-) Kürtçe d-) Diğer

10. Son dönemde aile içinde önemli bir durum (Ölüm, afet, iflas, boşanma vb.) oldu mu?

EK2-ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ (ÇDÖ)

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için den, bugün de dahil olmak üzere, son iki haftadır yaşadıklarınızı en iyi şekilde tanımlayan cümleyi seçip, yanındaki numarayı daire içine alınız.

1) 1. Kendimi arada sırada üzgün hissederim

2. Kendimi sık sık üzgün hissederim

3. Kendimi her zaman üzgün hissederim

2) 1. İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek

2. İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim

3. İşlerim yolunda gidecek

3) 1. İşlerimin çoğunu doğru yaparım

2. İşlerimin bir çoğunu yanlış yaparım

3. Her şeyi yanlış yaparım

4) 1. Bir çok şeyden hoşlanırım

2. Bazı şeylerden hoşlanırım

3. Hiç bir şeyden hoşlanmam

5) 1. Her zaman kötü bir çocuğum

2. Çoğu zaman kötü bir çocuğum

3. Arada sırada kötü bir çocuğum

6) 1. Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünüyorum

2. Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim

3. Başıma çok kötü şeyler geleceğinden eminim

7) 1. Kendimden nefret ederim

2. Kendimi beğenmem

3. Kendimi beğenirim

8) 1. Bütün kötü şeyler benim hatam

2. Kötü şeylerin bazıları benim hatam

3. Kötü şeyler genellikle benim hatam değil

9) 1. Kendimi öldürmeyi düşünmem

2. Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapamam

3. Kendimi öldürmeyi düşünüyorum

10) 1. Her gün içimden ağlamak gelir

2. Bir çok günler içimden ağlamak gelir

3. Arada sırada içimden ağlamak gelir

11) 1. Her şey her zaman beni sıkır

2. Her şey sık sık beni sıkır

3. Her şey arada sırada beni sıkır

12) 1. İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım

2. Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanırım

3. Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam

13) 1. Herhangi bir şey hakkında karar veremem

2. Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir

3. Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm

14) 1. Güzel/ yakışıklı sayılırım

2. Güzel/ yakışıklı olmayan yanlarım

3. Çirkinim

15) 1. Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım

2. Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım

3. Okul ödevlerimi yapmak sorun değil

16) 1. Her gece uyumakta zorluk çekerim

2. Bir çok gece uyumakta zorluk çekerim

3. Oldukça iyi uyurum

17) 1. Arada sırada kendimi yorgun hissederim

2. Bir çok gün kendimi yorgun hissederim

3. Her zaman kendimi yorgun hissederim

18) 1. Hemen her gün canım yemek yemek istemez

2. Çoğu gün canım yemek yemek istemez

3. Oldukça iyi yemek yerim

19) 1. Ağrı ve sızılardan endişe etmem

2. Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim

3. Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim

20) 1. Kendimi yalnız hissetmem

2. Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim

3. Her zaman kendimi yalnız hissederim

- 21)** 1. Okuldan hiç hoşlanmam
2. Arada sırada okuldan hoşlanırım
3. Çoğu zaman okuldan hoşlanırım

- 22)** 1. Bir çok arkadaşım var
2. Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim
3. Hiç arkadaşım yok

- 23)** 1. Okul başarıml iyi
2. Okul başarıml eskisi kadar iyi değil
3. Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım

- 24)** 1. Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum
2. Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum
3. Diğer çocuklar kadar iyiyim

- 25)** 1. Kimse beni sevmez
2. Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim
3. Beni seven insanların olduğundan eminim

- 26)** 1. Bana söyleneni genellikle yaparım
2. Bana söyleneni çoğu zaman yaparım
3. Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam

- 27)** 1. İnsanlarla iyi geçinirim
2. İnsanlarla sık sık kavga ederim
3. İnsanlarla her zaman kavga ederim

EK3- ÇOCUK SOMATİZASYON ENVANTERİ - 24 (ÇSE-24) / (ÇOCUK BİLDİRİMİ)

Semptomlarınız

Aşağıda bazı zamanlarda çocuk ve ergenlerde görülen semptomların bir listesi vardır. Geçen 2 hafta içinde her bir semptomun sizi ne kadar sıkıntıya soktuğunu gösteren numarayı yuvarlak içine alınız. Son iki haftada her bir semptom seni ne kadar sıkıntıya soktu?

Ölçek maddeleri (Şikayetler)	Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çok sık	Her zaman
Baş ağrıları					
Baygınlık ya da baş dönmesi (Baygın ya da sersem hissetme)					
Kalbinde ya da göğsünde ağrı					
Enerjide azalma hissi ya da ağırlaşma (yavaşlama)					
Belinde ağrılar					
Ağrılı kaslar					
Nefesini almada sıkıntı (Egzersiz yapmadığın zaman)					
Sıcak ya da üşüme nöbetleri (Hiçbir neden yokken aniden sıcak ya da üşüme hissetme)					
Vücudunun bölümlerinde uyuşukluk ya da karıncalanma					
Vücudunun bölümlerinde güçsüzlük (zayıf hissetme)					
Kollarında ya da bacaklarında ağırlık hissi (hareket etmek için kollarını ve bacaklarını çok ağır hissettiğin zaman)					
Bulantı ya da mide bozulması (Kusacakmışın ya da miden bozulmuş gibi hissetme)					
Kabızlık (Dışkılama ya da gaz çıkartmada zorluk olduğu zaman)					
Bağırsak hareketlerinde artma ya da ishal					
Midende ya da karnında ağrı (mide ağrıları)					
Kalbinin çok hızlı atması (egzersiz yapmadığın zamanda bile)					

Yutmada güçlük					
Sesinde kısıklık					
Bulanık görme (gözlük takılsa bile nesnelere bulanık görülmesi)					
Kusma (ya da çıkartmak)					
Şişkin ya da gazlı hissetme					
Yiyeceklerin seni hasta etmesi					
Dizlerinde, dirseklerinde ya da diğer eklemlerinde ağrı					
Kollarında ya da bacaklarında ağrı					



EK4-ÇOCUKLARDA ANKSİYETE BOZUKLUKLARINI TARAMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda, insanların kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlayan maddelerden oluşan bir liste bulunmaktadır. Her madde için; eğer madde sizin için doğru ya da çoğu zaman doğru ise 2'yi, biraz ya da bazen doğru ise 1'i, doğru değil ya da nadiren doğru ise 0'ı işaretleyin. Bazı maddelerin size uygun olmadığını düşünseniz de, **lütfen boş bırakmayın.**

- 0: Doğru değil ya da nadiren doğru**
1: Biraz ya da bazen doğru
2: Doğru ya da çoğu zaman doğru

1	Korktuğum zaman nefes almam zorlaşır.	0	1	2
2	Okuldayken başım ağrır.	0	1	2
3	İyi tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
4	Evden uzak bir yerde uyursam korkarım.	0	1	2
5	Başka insanların beni sevip sevmediğinden endişelenirim.	0	1	2
6	Korktuğum zaman bayılacak gibi hissederim.	0	1	2
7	Huzursuzum.	0	1	2
8	Nereye giderlerse gitsinler annemin ve babamın peşinden giderim.	0	1	2
9	Birçok insan bana huzursuz görüdüğümü söyler.	0	1	2
10	İyi tanımadığım insanların yanında kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
11	Okuldayken karnım ağrır.	0	1	2
12	Korktuğum zaman aklımı kaçırarak gibi hissederim.	0	1	2
13	Yalnız yatmaktan endişe duyarım.	0	1	2
14	Diğer çocuklar kadar iyi olmadığımdan endişelenirim.	0	1	2
15	Korktuğum zaman olayları gerçek değilmiş gibi hissederim.	0	1	2

16	Annemin ve babamın başına kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2
17	Okula gitmekten endişe duyarım.	0	1	2
18	Korktuğum zaman kalbim hızla çarpar.	0	1	2
19	Titrerim.	0	1	2
20	Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2
21	İşlerim yolunda gitmeyecek diye endişelenirim.	0	1	2
22	Korktuğum zaman çok terlerim.	0	1	2
23	Her şeyi kendime dert ederim.	0	1	2
24	Hiçbir neden olmadığı halde çok korktuğum olur.	0	1	2
25	Evde yalnız kalmaktan korkarım.	0	1	2
26	İyi tanımadığım insanlara konuşmak bana zor gelir.	0	1	2
27	Korktuğum zaman boğuluyormuş gibi hissederim.	0	1	2
28	Birçok insan bana çok endişelendiğimi söyler.	0	1	2
29	Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
30	Heyecan nöbetleri geçirmekten korkarım.	0	1	2
31	Annemin ve babamın başına kötü şeyler gelecek diye endişelenirim.	0	1	2
32	İyi tanımadığım insanların yanında utanırım.	0	1	2
33	Gelecekte olacaklar konusunda endişelenirim.	0	1	2
34	Korktuğum zaman kusacakmış gibi olurum.	0	1	2
35	İşlerimi ne kadar iyi yaptığımdan endişelenirim.	0	1	2

36	Okula gitmekten korkarım.	0	1	2
37	Olup bitmiş şeyler hakkında endişe duyarım.	0	1	2
38	Korktuğum zaman başım döner.	0	1	2
39	Başka çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar benim yaptığım şeyi seyrederken kendimi huzursuz hissedirim. (ör: Yüksek sesle okurken, konuşurken, oyun oynarken, spor yaparken)	0	1	2
40	İyi tanımadığım insanların bulunacağı partiye, dansa ya da herhangi bir yere giderken kendimi huzursuz hissedirim.	0	1	2
41	Utangacım.	0	1	2