

T. C.

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**İZMİR İLİ KONAK MERKEZ İLÇEDE  
İLKÖĞRETİM 1. SINIF, 2. SINIF, 3. SINIF, 4. SINIF  
ve 5. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE DUYGUDURUM  
VE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI PREVALANSI**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Öznur BİLAÇ (AKYOL)**

**TEZ DANIŞMANLARI**

**Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN**

**Prof. Dr. Cahide AYDIN**

**İZMİR 2012**

## ÖNSÖZ

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim süresince ve tezimin her aşamasında ilgi, sevgi, sabır ve anlayış ile hiçbir zaman yardımını, desteğini ve bilgisini esirgemeyen, birlikte çalışmaktan keyif duyduğum değerli tez hocam Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN'a,*

*Uzmanlık eğitimim için gerekli tüm olanakları sağladığı, tez çalışmam süresince verdiği değerli önerileri ve desteği için sevgili Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Cahide AYDIN'a,*

*Kliniğimizde, mesleki yönden gelişimimde bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen; kendilerinden eğitim almış olduğum için şanslı hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Müge TAMAR'a, Prof. Dr. Serpil ERERMİŞ'e, Doç. Dr. Tezan BİLDİK'e, Doç. Dr. Zeki YÜNCÜ'ye, Doç. Dr. Burcu ÖZBARAN'a, Doç. Dr. Saniye KORKMAZ ÇETİN ve Yard. Doç. Dr. Sezen KÖSE'ye,*

*Tez çalışmamın istatistiksel analizine katkıda bulunan Doç. Dr. Mehmet ORMAN'a,*

*Araştırma süresince birlikte çalıştığımız sevgili asistan arkadaşım Dr. Taciser UYSAL'a,*

*Tez çalışmama zaman ayırarak katılan bütün çocuklar, aileleri ve öğretmenlerine,*

*Asistanlık dönemim boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı çalışanlarına,*

*Yaşamım boyunca hiçbir zaman desteklerini, ilgilerini ve sevgilerini esirgemeyen, hep yanımda olan aileme,*

**TEŞEKKÜR EDERİM...**

**Dr. Öznur BİLAÇ (AKYOL)**

**İzmir 2012**

## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ .....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
TABLolar .....	VI
KISALTMALAR .....	IX
1. GİRİŞ .....	2
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Çocuklarda Duygudurum Bozuklukları .....	3
2.1.1. Çocuk ve Ergenlerde Depresif Bozukluklar .....	3
2.1.1.1. Major Depresyon .....	3
2.1.1.2. Distimik Bozukluk .....	7
2.1.2. Çocuk ve Ergenlerde Bipolar Bozukluk .....	8
2.2. Çocuklarda Anksiyete Bozuklukları .....	10
2.2.1. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu .....	12
2.2.2. Özgül/Basit Fobi .....	14
2.2.3. Sosyal Fobi .....	16
2.2.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu .....	18
2.2.5. Agorafobili ya da Agorafobisiz Panik Bozukluk .....	20
2.2.6. Obsesif Kompulsif Bozukluk .....	22
2.2.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu .....	25

<b>3. AMAÇ VE VARSAYIMLAR .....</b>	<b>29</b>
3.1. Çalışmanın amacı .....	29
3.2. Varsayımlar .....	30
<b>4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ .....</b>	<b>31</b>
4.1. Araştırmanın Tipi .....	31
4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	31
4.3. Çalışmaya Alınan İlköğretim Okulları .....	31
4.4. Araştırma Örneklemi .....	32
4.4.1. Çalışma İçin İçleme Kriterleri .....	33
4.4.2. Çalışma İçin Dışlama Kriterleri .....	33
4.5. Yöntem .....	33
4.5.1. Araştırmanın Uygulanması .....	34
4.6. Araçlar .....	35
4.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (Olgu Rapor Formu).....	35
4.6.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children- Present and Lifetime Version, K-SADS-PL] .....	35
4.6.3. 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) (Child Behavior Check-List = CBCL) .....	37
4.6.4. Öğretmen Bilgi Formu (ÖBF) (Teacher's Report Form / TRF) .....	39

4.7. İstatistiksel Yöntem .....	40
4.7.1. İstatistiksel Değerlendirmelerde Kullanılan Program .....	40
4.7.2. İstatistiklerde Kullanılan Değerlendirme Yöntemleri .....	40
<b>5. BULGULAR .....</b>	<b>41</b>
<b>6. TARTIŞMA .....</b>	<b>89</b>
<b>7. SONUÇLAR .....</b>	<b>101</b>
<b>8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....</b>	<b>103</b>
<b>9. ÖZET.....</b>	<b>104</b>
<b>10. ABSTRACT .....</b>	<b>106</b>
<b>11. KAYNAKLAR .....</b>	<b>108</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>123</b>
<b>EK-1 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU / OLGU RAPOR     FORMU .....</b>	<b>124</b>
<b>EK-2 ÇOCUK DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ .....</b>	<b>125</b>
<b>EK-3 ÖĞRETMEN BİLGİ FORMU .....</b>	<b>131</b>

## TABLolar

<b>Tablo-1.</b>	Çalışmaya Katılan Olguların Cinsiyet ve Sınıflara Göre Dağılımı ...	41
<b>Tablo-2.</b>	Olguların Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları Prevalans Oranları .....	43
<b>Tablo-3.</b>	Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozukluklarının Cinsiyetler Arası Dağılımı (Bozulma kriteri alınmadan) .....	45
<b>Tablo-4.</b>	Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozukluklarının Cinsiyetler Arası Dağılımı (Bozulma kriteri olarak ebeveyn veya öğretmenden biri ile yapılan görüşme dikkate alınarak) .....	47
<b>Tablo-5.</b>	Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozukluklarının Cinsiyetler Arası Dağılımı (Bozulma kriteri olarak ebeveyn ve öğretmenle yapılan görüşme dikkate alınarak) .....	49
<b>Tablo-6.</b>	Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozukluklarının Kız ve Erkeklerde Görülme Sıklıkları .....	51
<b>Tablo-7.</b>	Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozukluklarının Sınıflara Göre Dağılımı .....	54
<b>Tablo-8.</b>	Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozukluklarının Sınıflardaki Sıklık Oranları .....	57
<b>Tablo-9.</b>	Duygudurum Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Ebeveynlerin Medeni Durumlarının Dağılımı .....	58
<b>Tablo-10.</b>	Herhangi Bir Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Ebeveynlerin Medeni Durumlarının Dağılımı .....	59
<b>Tablo-11.</b>	Özgül/Basit Fobi Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Ebeveynlerin Medeni Durumlarının Dağılımı .....	60
<b>Tablo-12.</b>	Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda	

Ebeveynlerin Medeni Durumlarının Dağılımı .....	61
<b>Tablo-13.</b> Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Ebeveynlerin Medeni Durumlarının Dağılımı .....	62
<b>Tablo-14.</b> OKB Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Ebeveynlerin Medeni Durumlarının Dağılımı .....	63
<b>Tablo-15.</b> Duygudurum Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olguların Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılması .....	64
<b>Tablo-16.</b> Herhangi Bir Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olguların Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılması .....	65
<b>Tablo-17.</b> Özgül/Basit Fobi Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olguların Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılması .....	66
<b>Tablo-18.</b> Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olguların Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılması .....	67
<b>Tablo-19.</b> Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olguların Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılması .....	68
<b>Tablo-20.</b> OKB Tanısı Alan ve Almayan Olguların Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılması .....	69
<b>Tablo-21.</b> Duygudurum Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Babaların Eğitim Düzeylerinin Dağılımı .....	70
<b>Tablo-22.</b> Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Babaların Eğitim Düzeylerinin Dağılımı .....	71
<b>Tablo-23.</b> Özgül/Basit Fobi Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Babaların Eğitim Düzeylerinin Dağılımı .....	72
<b>Tablo-24.</b> Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Babaların Eğitim Düzeylerinin Dağılımı .....	73

<b>Tablo-25.</b>	Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Babaların Eğitim Düzeylerinin Dağılımı .....	74
<b>Tablo-26.</b>	OKB Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Babaların Eğitim Düzeylerinin Dağılımı .....	75
<b>Tablo-27.</b>	Duygudurum Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Annelerin Eğitim Düzeylerinin Dağılımı .....	76
<b>Tablo-28.</b>	Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Annelerin Eğitim Düzeylerinin Dağılımı .....	77
<b>Tablo-29.</b>	Özgül/Basit Fobi Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Annelerin Eğitim Düzeylerinin Dağılımı .....	78
<b>Tablo-30.</b>	Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Annelerin Eğitim Düzeylerinin Dağılımı .....	79
<b>Tablo-31.</b>	Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Annelerin Eğitim Düzeylerinin Dağılımı .....	80
<b>Tablo-32.</b>	OKB Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Annelerin Eğitim Düzeylerinin Dağılımı .....	81
<b>Tablo-33.</b>	Duygudurum Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÇDDÖ Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması .....	83
<b>Tablo-34.</b>	Herhangi Bir Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÇDDÖ Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması .....	84
<b>Tablo-35.</b>	Duygudurum Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÖBF Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması .....	86
<b>Tablo-36.</b>	Herhangi Bir Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÖBF Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması .....	88



## KISALTMALAR

<b>MDB</b>	:	Major Depresif Bozukluk
<b>SSGİ</b>	:	Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
<b>YAB</b>	:	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
<b>TSSB</b>	:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>PB</b>	:	Panik Bozukluk
<b>DEHB</b>	:	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
<b>AAB</b>	:	Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
<b>OKB</b>	:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>K-SADS-PL</b>	:	Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version
<b>ÇDŞG-ŞY-T</b>	:	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması
<b>ÇDDÖ</b>	:	Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği
<b>ÖBF</b>	:	Öğretmen Bilgi Formu
<b>SPSS</b>	:	Statistical Package for Social Sciences
<b>DISC-IV</b>	:	Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV
<b>CGAS</b>	:	Children's Global Assessment Scale
<b>YSR</b>	:	Youth Self Report
<b>CBCL</b>	:	Child Behavior Checklist
<b>C.I.</b>	:	Confidence Interval

## 1. GİRİŞ

Son yıllarda ruhsal bir hastalığın erken dönemde tanınması ve o hastalığa özgü koruyucu stratejilerin geliştirilebilmesi amacıyla hastalığın öncül belirtilerinin ve risk etkenlerinin belirlenmesi önem kazanmıştır.

Epidemiyolojik çalışmalar belirli hastalıkların toplumdaki sıklıklarını ve bu rahatsızlıklarla ilişkili faktörleri araştıran çalışmalardır. Epidemiyolojik veriler sağlık hizmetlerini planlamak, erken tanı ve tedavi stratejilerini geliştirmek açısından toplum sağlığı için gereklidir (Polanczyk 2008). Epidemiyolojik veriler aynı zamanda hastalığın etiyolojisi ve risk faktörlerinin de saptanmasını sağlaması açısından değerli bilgiler verir (Costello 2005).

Çocukluk döneminde başlayan çoğu ruhsal bozukluk yaşam boyu önem taşımaktadır. Ruhsal bozukluklar, büyüdükçe çocukta daha fazla fonksiyon kaybına ve erişkin dönemde devam eden yıkımlara neden olabilmektedir (Erol 2008, Güvenir 2008).

Yurtdışında yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, çocuk ve ergenlerin %9.5-19.8 oranlarında psikiyatrik tanı aldıkları bildirilmektedir (Costello 2003, Ford 2003). Başka yazarlar çocuklarda psikiyatrik hastalık yaygınlığını toplum örnekleminde %10-20 olarak bildirmektedir ve dağılım aralığının geniş olmasını değişik örneklem grupları ile çalışılmasına, değişik ölçütlerin ve değişik tanı araçlarının kullanılmasına bağlamaktadırlar (Steinhausen 1998, Eapen 1998). Türkiye’de, toplum örnekleminde 4-18 yaş grubunda klinik düzeyde ruhsal problem görülme oranı, anne-babalar tarafından doldurulan ölçeklerde %11.3 olarak bildirilmiştir (Erol 2008).

Depresif Bozukluklar ve Anksiyete Bozuklukları, İçe Vurum Bozuklukları olarak da adlandırılmaktadır (Kovacs 1998). Bu bozukluklar Dışa Vurum Bozuklukları olarak bilinen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu ve Başka Türölü Adlandırılmayan Yıkıcı Davranış Bozukluğuna kıyasla çevreden çok kişinin kendisini rahatsız etmektedir. Bu yüzden çevre tarafından fark edilmesi ve tedaviye başvurma oranları dışa vurum bozukluklarına göre daha düşük ve yetersiz düzeydedir. Epidemiyolojik çalışmalarda içe vurum bozuklukları açısından en sık Depresif Bozukluklar (özellikle Major Depresif Bozukluk ve Distimi) ve Anksiyete Bozuklukları çalışılmıştır. Çalışmamızda ek olarak Bipolar Bozukluk epidemiyolojisi de araştırıldığı için bu alanda yapılan epidemiyolojik çalışmalar da özetlenecektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Çocuklarda Duygudurum Bozuklukları

Araştırmacıların çoğu çocuk ve ergenlerde Duygudurum Bozuklukları tanısının en sık atlanan tanılardan biri olduğunu düşünmektedir. Çocukların hissettiklerini çoğu zaman yeterli düzeyde ifade edememeleri, Duygudurum Bozukluğu belirtilerinin çocuklarda yetişkinlerden farklı olması, Duygudurum Bozukluklarına sıklıkla diğer psikiyatrik bozuklukların eşlik etmesi ve onları maskeleyesi gibi nedenlerin bu duruma neden olduğu düşünülmektedir. DSM-IV-TR’de Duygudurum Bozuklukları; Depresif Bozukluklar, Bipolar Bozukluk, Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum Bozuklukları ve Madde Kullanımına Bağlı Duygudurum Bozuklukları olarak dört ana başlık altında sınıflandırılmıştır (APA 2000). Tanı kriterleri çocuk ve erişkinler için aynıdır, fakat klinik görünümleri farklılıklar göstermektedir (Kaufman 2001). Epidemiyolojik çalışmalarda Duygudurum Bozuklukları açısından en sık Depresif Bozukluklar (özellikle Major Depresif Bozukluk ve Distimi) ve Bipolar Bozukluk çalışılmıştır.

#### 2.1.1. Çocuk ve Ergenlerde Depresif Bozukluklar

##### 2.1.1.1. Major Depresyon

Çocuk ve ergenlerde Major Depresif Bozukluk belirtileri kısmen değişse de genel olarak erişkinlerdeki belirtilere benzemektedir (AACAP 1998). Depresif Bozuklukların etiyojisi yıllardır araştırıldığı halde, henüz kesinlik kazanmamıştır. Birçok biyolojik ve psikososyal etkenin depresyondaki rolü araştırılmış, ancak hiçbir model tek başına depresyonu açıklamaya yeterli bulunamamıştır. Günümüzde

depresif bozuklukların etiolojisinde genetik, nörokimyasal, nöroanatomik, nöroendokrin ve psikososyal olmak üzere pek çok etkenin birlikte rol oynadığı kabul edilmektedir (Ağaoğlu 2007). DSM-IV-TR’de çocuk ve ergenler için ayrı ölçütler bulunmamaktadır. Erişkinler için Major Depresif Bozukluk (MDB) ölçütleri küçük değişikliklerle çocuk ve ergenler için de geçerli kabul edilmektedir. Örneğin çocuklarda beklenen kilo artışının olmaması, erişkinlerde belirgin kilo kaybının yerine konabilir. DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre depresif ya da irritabl duygudurum ya da ilgi kaybı veya zevk almama zorunlu belirtilerdir. Diğer dört tanı ölçütü ise çocukta beklenen kilo artışının olmaması, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, yorgunluk ya da enerji kaybı, değersizlik hissi ya da uygunsuz suçluluk duygusu, düşünme ya da konsantre olmada azalma ve tekrarlayıcı ölüm düşünceleri belirtileridir. Bu belirtiler mutlaka sosyal ve akademik işlevsellikte bozulmaya yol açmalıdır. Major depresif epizot tanımlaması için iki hafta boyunca en az beş belirtinin olması ve önceki işlevselliğinde bir değişimin olması gereklidir (Sadock & Sadock 2012a).

Duygudurum Bozukluklarının temel özellikleri yetişkinlerle çocuklarda benzerdir, bununla birlikte çocuklar farklı semptomlar gösterir. Yetişkinlerden farklı olarak, çocuklar ne hissettiklerini sözel olarak ifade edemeyebilirler, problemlerini davranışlar yoluyla ifade edebilirler. Aşağıdaki davranışlar çocukluktaki Depresif Bozukluk ile ilişkili olabilir:

**Bebeklik dönemi:** Bu yaş grubunda sözel iletişim tam gelişmediği için, özellikle yüz ifadesi, beden duruşu, ses tonu, konuşmanın temposu, etkinlik düzeyi artmış öneme sahiptir. Okul öncesindeki dönemde çocuk üzüntülü olduğunu söylemede yetersiz kalır, ancak dikkatli bir gözlemlerle üzüntüsü anlaşılabilir. Bu dönemde uyku bozuklukları, gece korkuları, iştahta bozulmalar ortaya çıkabilir

(Ercan & Turgay 2009).

**Çocukluk dönemi:** Okul çağı çocuklarındaki depresyon belirtileri kendini geri çekme, üzgün görünme, ağlama, irritabilite, can sıkıntısı, dikkati toplamada zorluk, arkadaşlardan ve sevilen etkinliklerden uzaklaşma, yavaş hareket etme, monoton ve alçak sesle konuşma, okul başarısında düşme, anksiyete belirtileri, baş ağrısı, karın ağrısı, karında rahatsızlık hissi ve intihar düşünceleri şeklinde görülebilir (Ercan & Turgay 2009).

**Ergenlik dönemi:** Yakınlıklar erişkinlerinkine benzer, ama dürtüsellik, irritabilite ile davranış değişiklikleri daha çoktur. Okul performansında düşme görülebilir. Bu yaş grubunda daha küçük yaş gruplarına göre daha çok uyku ve iştah değişiklikleri, erişkinlere benzer intihar düşünce ve girişimleri bulunmaktadır (Ercan & Turgay 2009).

Major Depresyonun başlangıç yaşı, komorbid rahatsızlıkların olması, mevcut epizotun ağırlığı, olumsuz yaşam olayları, ailede ruhsal rahatsızlık bulunması, psikososyal işlevselliğin kötü olması, depresyonun tekrarlamasına ve kronikleşmesine neden olabilmektedir (AACAP 1998).

Çocuk ve ergenlerde Depresif Bozukluğun sıklığını inceleyen çalışmalar gözden geçirildiğinde, Depresif Bozukluğun yaşla artış gösterdiği, okul öncesi çocuklarda %1'den az, okul çağında %3'ten az, ergenlerde ise bu oranın %20'ye kadar çıktığı görülmektedir (Ağaoğlu 2007). Çocuk ve ergenlerde Depresif Bozukluğun sıklığını inceleyen yakın zamanlı bir metaanaliz çalışmasında, 13 yaşından küçük çocuklarda %2.8, 14-18 yaş arasında %5.6 (Costello 2006), okul öncesi çocuklarda %1'den az olarak belirtmişlerdir (Keenan 2004). MDB'un yaygınlığını prepubertal çocuklarda %1-2, ergenlerde ise %3-4 olarak belirten yazarlar da bulunmaktadır (Birmaher 2001).

Birçok araştırmada Depresif Bozukluğun ergenlik öncesi kız ve erkeklerde benzer oranlarda görüldüğü rapor edilmiştir (Ağaoğlu 2007). Ergenlikten sonra ise depresif belirtiler ve Depresif Bozukluğun kızlarda görölme oranının erkeklere göre daha yüksek (Ağaoğlu 2007, Cohen 1993, Kessler 2001) ve bu oranın 2/1 gibi olduğu bildirilmiştir (Axelson & Birmaher 2001). Porto Riko'da 2004 yılında yapılan toplum örneklemleri, yaşları 4 ile 17 arasında değişen 1886 çocuğun katıldığı DSM-IV tanı kriterleri ve impairment (bozulma) kriterleri kullanılarak yapılan çalışmada depresyon prevalansını %3 bulmuşlar ve genel olarak kızların erkeklere oranla daha sık Depresif Bozukluk tanısı aldığını, ayrıca yaşla birlikte Depresif Bozukluk tanısının arttığını saptamışlardır (Canino 2004). Ülkemizde ilköğretim öğrencilerinde yapılan bir çalışmada %30 oranında orta, %6 oranında ağır depresif belirti (Öy 1991), lise öğrencilerinde %27 oranında depresif belirti saptanmıştır (uhadaroğlu 1992).

Çocuk ve ergenlerde depresyon tedavi edilmezse, okul başarısızlığı, arkadaş ve aile içi ilişkilerde bozulma, diğer ruhsal bozuklukların ve sigara/alkol/madde kullanımının ortaya çıkması, intihar girişimleri gibi ciddi sorunlara yol açar. Depresyon tedavisi planlanmadan önce hasta iyi değerlendirilmeli; intihar riski yüksek, aile işlevleri bozuk, madde kullanımı gibi ruhsal bozuklukların eşlik ettiği ağır depresif hastaların yatırılarak tedavi edilmeleri uygundur. Psikoterapi ve farmakoterapi (trisiklik antidepressanlar, selektif serotonin geri alım inhibitörleri [SSGI]) depresyon tedavisinde yararlanılan tedavi yöntemleridir (Ağaoğlu 2007).

### 2.1.1.2. Distimik Bozukluk

Çocuklukta Distimik Bozukluk en az bir yıl süre ile hemen hemen her gün olan depresif ve irritabl duygudurumun olması şeklinde tanımlanmaktadır (APA 2000). Ayrıca depresif duyguduruma, iştah bozukluğu, uyku problemleri, yorgunluk, düşük özsaygı, konsantrasyon güçlüğü, umutsuzluk semptomlarından iki ya da daha fazlasının eşlik etmesi gerekmektedir. Distimik Bozukluk tanısının konulabilmesi için bir yıllık süre içerisinde iki aydan daha uzun süre belirtilen semptomların olmadığı bir dönemin olmaması ve bu süre içerisinde Major Depresyonu karşılamaması gerekmektedir (Lack & Green 2009). DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre azalmış özgüven, karamsarlık ya da ümitsizlik, ilgi kaybı, sosyal içe çekilme, kronik yorgunluk, geçmişle ilişkili suçluluk ya da karamsar düşünceler, irritabilite ya da aşırı kızgınlık, aktivitede veya üretkenlikte azalma, konsantrasyon ve bellek işlevlerinde zayıflama gibi belirtilerden en az üç tanesinin depresif ya da irritabl duyguduruma eşlik etmesi gereklidir (Sadock & Sadock 2012a). Distimik Bozukluğa sahip çocuk ve ergenlerin yaklaşık %70'i ilerleyen dönemlerde major depresif epizot geçirmektedirler (Kovacs 1994). Genç bireyler arasında epizotların iki hafta ile birkaç ay arasında devam ettiği ve 2-3 ay kadar süren belirtisiz dönemin dışındaki durumlar nadiren tanımlanmaktadır (Sadock & Sadock 2012a).

Literatürde çocukluk ve ergenlik döneminde Distimik Bozuklukla ilgili epidemiyolojik çalışmaların son derece az olduğu görülmektedir. Distimik Bozukluğun görülme sıklığı genellikle MDB'tan daha az olarak bildirilmektedir. Ergenlik öncesi dönemde Distimik Bozukluk sıklığı 5/100.000 iken, aynı dönemdeki Major Depresyon sıklığı %1'dir. Ergenlerde Distimik Bozukluk sıklığı erişkinlerde olduğu gibi %0.5 iken, aynı dönem için Major Depresyon sıklığı %5'tir (Sadock & Sadock, 2012a).



### 2.1.2. Çocuk ve Ergenlerde Bipolar Bozukluk

Kraepelin (1921), maninin çocuklarda nadir olduğunu ve ergenlikten sonra belirgin olarak arttığını bildirmişse de, erken başlangıçlı mani olgusu 20. yüzyılın ilk yarısında üzerinde durulan bir konu olmamıştır. Çocuklarda mani olmayacağıyla ilgili düşünce, erken dönem geniş ölçekli erişkin çalışmalarında hastaların en az %20'sinde hastalık belirtilerinin 19 yaşından önce ortaya çıktığının saptanmasına kadar sürmüştür (Carlson 1977, Loranger 1978). Bunu izleyen yıllar ve son yüzyıl, bozukluğun birçok yönüyle araştırılmasını ve tanınmasını sağlamıştır. Bununla birlikte çocukluk ya da ergenlik çağı Bipolar Bozukluğundan söz edebilmek bozuklukla ilgili ilk araştırmaların başlamasından yaklaşık yüzyıl sonra mümkün olmuştur.

Bipolar Bozukluk olan kişilerin akrabalarında tüm Duygudurum Bozukluklarının normal popülasyona göre yüksek oranda görüldüğü bilinmektedir. En sık görülen Duygudurum Bozuklukları Bipolar Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluk ve Tek Uçlu Depresyondur. Prepubertal başlangıçlılarda aile bireylerinde Bipolar Bozukluk görülme sıklığı, puberte sonrası başlayanlara göre üç kat daha yüksektir. Bipolar Bozukluk olan çocuklarda yapılan manyetik rezonans incelemelerinde amigdalada bilateral küçülme ve hipokampus hacminde bilateral azalma bildirilmiştir (Berkem 2007).

Çocuk ve ergenlerde Bipolar Bozukluk görece yeni bir tanısal durum olmakla birlikte, günümüzde Bipolar Bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerin sayısı giderek artmaktadır. Çocuklarda Bipolar Bozukluk olmadığına ilişkin geçmişteki düşüncenin aksine, Bipolar Bozukluk olan erişkinlerde yapılan yakın zamanlı geriye dönük çalışmalar, bu kişilerin %60'ında duygudurum belirtilerinin 20 yaşından önce ve %10-20'sinde 10 yaşından önce ortaya çıktığını göstermektedir. Bu durum çocukluk

ve ergenlik çağı başlangıçlı Bipolar Bozukluk ile ilgili farkındalığın ve araştırmaların artmasına önemli bir katkı sağlamıştır. Çocuk ve ergenlerdeki Bipolar Bozukluğun klinik özellikleri, tedaviye yanıtı ve hastalığın seyri açasından erişkin Bipolar Bozukluğundan önemli farklılıkları olduğunu göstermektedir (Birmaher 2007).

Erişkin Bipolar Bozukluktan farklı olarak, manik çocuklar nadir olarak öforik mizaç gösterirler. Daha çok en yaygın semptomları irritabilite, “affektif fırtına” veya uzamış ve agresif öfke patlamalarıdır (Biederman 2004, Wozniak 1995). Daha büyük çocuklar daha büyük olasılıkla, öfori ve grandiosite gibi “klasik manik semptomlar” gösterirler. Çocukluk başlangıçlı Bipolar Bozukluk gidişinin, erişkin forma oranla kronik olmaya ve devamlılığa meyilli olduğu, erişkinlere göre daha sık karma nöbetlerle ortaya çıktığı konusunda hemen hemen görüş birliği bulunmaktadır (Pavuluri 2005, Birmaher 2007, Geller 1995). Günümüzde çocuk ve ergenlik çağı başlangıçlı Bipolar Bozukluğun varlığıyla ilgili bir kuşku olmasa da, hastalığın erişkin başlangıçlı şeklinden önemli farklılıkları olduğu bilinmektedir. Bozukluğun çocuk ve erken ergenlik dönemlerinde ileri yaş ergenler ve erişkinlere göre daha farklı şekillerde ortaya çıkması ve sıklıkla diğer çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarıyla komorbid olması bu farklılıkların başında gelmektedir (Pavuluri 2005, Birmaher 2007). Bu durum, çocuk ve ergenlerde Bipolar Bozukluğun tanı ve tedavisiyle ilgili kendine özgü zorluklar ve önem taşımaktadır.

Diğer taraftan Bipolar Bozukluk yaygınlığı ile ilgili ergenlerle yapılan bazı epidemiyolojik çalışmalarda, erişkinlere benzer şekilde %1-2 arasında değişen yaygınlık oranları bildirilmiştir. Subsendromal belirtiler de katıldığında bu oran %6’ya ulaşmaktadır (Pavuluri 2005). Yaşları 14 ile 18 arasında değişen 1700 olgu ile yapılan bir çalışmada Bipolar Bozukluğun yaşam boyu prevalansı %1 olarak saptanmış ve subklinik belirtiler katıldığında %6 gibi bir oranda görüldüğü

bildirilmiştir (Lewinsohn 1995). Ergenlik öncesinde Bipolar Bozukluk görülme sıklığı ise %0.1 olarak bildirilmektedir (Costello 1996, Kessler & Walters 1998). Bu bulgular psikiyatrik bozuklukların erken dönem belirtilerinin fark edilmesi, erken tanı ve müdahalenin giderek önem kazandığı günümüzde çocukluk ya da ergenlik çağı Bipolar Bozukluğuna olan ilgiyi daha da artırmaktadır. Mevcut literatür gözden geçirildiğinde çocuk ve ergenlerde Bipolar Bozukluğun sıklığı ile ilgili çalışmaların son derece az olduğu dikkati çekmektedir.

Bipolar Bozukluk hem çocuklar, hem de erişkinlerde psikososyal disfonksiyona yol açan, morbidite ve mortalitesi olan ciddi bir psikopatolojidir. Yaşam boyu ağır sorunlara neden olabilecek bu hastalıkta tedavi hedefleri hem akut epizotlarını tedavi etmek, hem de epizotların şiddet ve sıklığını azaltarak ortadan kaldırmaktır. Tedavide kullanılan ajanlar arasında duygudurum düzenleyiciler (valproat, karbamezepin, lityum) ve atipik antipsikotikler (risperidon, ketiapin, olanzapin, klozapin) yer almaktadır (Berkem 2007).

## **2.2. Çocuklarda Anksiyete Bozuklukları**

Geniş anlamda anksiyete, tehlike beklentisi ile birlikte olan emosyonel huzursuzluk olarak tanımlanabilir. Anksiyete, koruma ve adaptif işlevi olan normal bir emosyondur. Korkular, genellikle gerçek ya da hayali bir tehlikeye karşı normal bir reaksiyon olarak düşünülür. Anksiyete türün devamı için gereklidir. Geçici korkular normal çocuğun gelişiminin bir parçasıdır. Bu korkular, kendisine ya da başkalarına zarar gelmesi, belli bir durum hakkında yoğun endişelenme, ayrılık anksiyetesi olabilir.

Bazı korkular belli yaşlarda daha sıktır. Bebekler hemen yakın çevresindeki korku veren uyaranlardan korkarlar. On ikinci aydan itibaren yabancılardan, garip

yerlerden ve yüksekten korkma başlayabilir. Okul öncesi çocuklar yalnız kalmaktan, karanlıktan, hayvanlardan ve hayali yaratıklardan korkabilirler. Okul çağı çocukları doğaüstü güçlerden, sosyal durumlardan, doğal afetlerden, hastalık ve kazalardan korkarlar. Çocukluk korkularının normal adaptif işlevi olduğundan normal korku ile anksiyeteyi ayırt etmek her zaman kolay değildir.

Bütün çocuklar korku ve kaygılardan bahsederler (Lapouse & Monk 1964). Bunların şiddeti ve sıklığı normal gelişimsel olarak beklenen korku ve kaygılardan aşırı ve abartılı ise psikopatolojiden bahsedilebilir. Çocukta görülen korku ve kaygılar belirgin sıkıntı ve işlevselliklerinde bozulmaya yol açıyorsa klinik olarak tanı konulabilir. Araştırmalar Anksiyete Bozukluklarına sahip çocukların akademik alanda, aile ilişkilerinde ve sosyal hayatlarında belirgin bozulmaya sahip olduklarını göstermiştir (Langley 2004).

Anksiyete Bozukluklarının sıklığı, araştırılan yaş grubu ve kullanılan tanı ölçütlerine göre değişkenlik göstermektedir. Çocuk ve ergenlerde yaşam boyu herhangi bir Anksiyete Bozukluğu görülme sıklığı %8.3-27 arasında değişmektedir (Sadock & Sadock 2012b).

Çocuklarda Anksiyete Bozuklukları yaygın olmakla birlikte az çalışılmış bir alandır. Yakın zamanlı birinci basamak sağlık hizmetine başvuran 700'den fazla ailenin katıldığı bir çalışmada, 8-17 yaş grubunda klinik düzeyde anksiyete görülme oranı aileler tarafından %20 olarak bildirilmiştir (Chavira 2004). Bu çalışmadaki Anksiyete Bozuklukları oranları sırasıyla %10 Özgül Fobi, %6.8 Sosyal Fobi, %3.2 Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) olduğu, olguların %28'inin ayrıca ek bir komorbid tanıya da sahip oldukları saptanmıştır. Gençlerde YAB prevalansı yaklaşık %4-5 olarak bildirilmektedir (Masi 2001). Bununla beraber çocukluk çağı Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ya da Panik Bozukluk (PB) ile ilgili çok fazla

epidemiyolojik çalışma bulunmamaktadır ve toplum kaynaklı çalışmalarda bu rahatsızlıkların yaşam boyu prevalansı TSSB için %1 ila %14 arasında (Kessler 1995), PB için %1 ila %5 olarak bildirilmiştir (Grant 2006).

Çocuklarda ve ergenlerdeki Anksiyete Bozukluklarında komorbidite sık görülmektedir (Verduin & Kendall 2003). En sık ek tanılar diğer bir ek Anksiyete Bozukluğu ve Depresif Bozukluklardır (Kovacs & Devlin 1998). Ek olarak Anksiyete Bozukluklarına sahip çocuklar sıklıkla Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı da almaktadırlar (Anderson 1994). Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu (AAB), Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) ya da Sosyal Fobi tanılarında herhangi biri konulmuş çocuk en azından %60 oranında diğer iki tanıdan birini de almakta, %30'unda ise her üç tanıyı birlikte almaktadır (Sadock & Sadock 2012b).

### **2.2.1. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu**

Ayrılık anksiyetesi bir yaşın altındaki bebeklerde ortaya çıkan evrensel bir gelişimsel fenomen olup, çocuğun farkındalığının annesi veya bakım veren kişiden ayrılmaya odaklandığı bir durumdur. Normal ayrılık anksiyetesi 9-18. aylar arasında pik yapar ve bu durum küçük çocuklarda okul öncesi dönemde ebeveynlerden uzak kaldığında güven hissi gelişmesiyle 2.5 yaş civarında azalmaya başlar. Geçici ayrılık kaygısı, okula yeni başlayan çocuklar için normal kabul edilir. Küçük çocukların yaklaşık %15'i yabancı ortamlarda ya da yabancı kişilerle karşılaştıklarında yoğun ve ısrarcı bir tarzda korku, utanma ve sosyal kaçınma yaşarlar (Sadock & Sadock 2012b). AAB birincil bağlanma figüründen ayrılmaya bağlı olarak oluşan aşırı korku ve anksiyetedir (Keeley 2009). AAB olan çocuklar, yapışarak, ağlayarak, yalvararak ya da somatik yakınmalarda bulunarak ayrılığa direnç gösterirler. Okul reddi en sık

karşılaşılan klinik görünümüdür. Çocukların yaklaşık %75'i bu tanıyı alır (Masi 2001). Bakım veren bağlanma figüründen ayrıldığında, bağlanma figürüne ya da kendisine zarar geleceği şeklinde yoğun kaygı ve direnç gösterirler (APA 2000). Örneğin çocuk sosyal ve akademik aktivitelere katılmaya karşı direnç gösterebilir, bu durum da bu alanlarda kazanılması gereken becerileri çocuğun kazanmasını engeller (Keeley 2009).

DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre AAB tanısı konulabilmesi için temel bağlanma figürünü kaybetmeyle ya da başına kötü bir şey gelmesi ile ilişkili ısrarcı ve aşırı kaygı duyma, istenmeyen bir olayın temel bağlanma figüründen ayrılmaya yol açacağı ile ilgili ısrarcı ve aşırı kaygı duyma, ayrılma korkusu nedeniyle okula ya da başka bir yere gitme konusunda inatçı isteksizlik veya reddetme, yalnız kalma, evde temel bağlanma figürü olmadan kalma ya da belli tanıdıkları olmaksızın diğer ortamlarda bulunma konusunda ısrarcı ve aşırı korku, bağlandığı başlıca kişinin yakınında olmadan ya da evin dışında uyuma konusunda bir isteksizlik gösterme ya da uyumayı reddetme, ayrılma konusunda sürekli kabus görme, bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde yineleyici bir biçimde baş ağrıları, karın ağrıları gibi bedensel yakınmaların olması belirtilerinden en az üçünün dört hafta boyunca bulunması ile gerekmektedir (Sadock & Sadock 2012b).

AAB en sık ergenlik öncesi çocuklarda bulunur, ancak 18 yaşından önce herhangi bir yaşta tanı konulabilir. Daha önce belirtildiği gibi sıkıntı ya da ayrılıkla ilgili işlevsel bozulma gelişimsel düzeye göre aşırı olmalıdır. Subklinik AAB, kliniğe başvurmamış toplum örnekleminde daha sık olabilir. Çocuğun yaşına göre belirti sayısı ve belirtilerin farklılığı değişmektedir, küçükler daha fazla belirti gösterirler ve daha sıkıntılıdırlar, daha büyük çocuklar ise okuldan kaçınma davranışları, sosyal geri çekilme gösterebilirler (Francis 1987).

AAB olan çocuk sıklıkla depresyon ya da diğer Anksiyete Bozuklukları tanısını da almaktadır. YAB ve Özgül Fobiler en sık görülen komorbid tanılardır. AAB olgularının 1/3'ünde Özgül Fobi de bulunmaktadır (Sadock & Sadock 2012b).

AAB'nin çocuk ve genç ergenlerde görülme oranı yaklaşık %4'tür. AAB, küçük çocuklarda ergenlere oranla daha sık görülür ve görülme sıklığı kız ve erkeklerde aynıdır. Başlangıcı okul öncesi dönemde olabilir, ancak genellikle 7-8 yaş aralığında olmaktadır (Sadock & Sadock 2012b).

AAB'nin uzun dönem prognozu konusunda çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Daha geç yaşta ortaya çıkma, diğer psikiyatrik bozukluklarla birliktelik, ailesel psikopatoloji ve 1 yıldan fazla okul kaybı, kronik hastalık oranlarını artırır. AAB tedavisinde bireysel, aileye yönelik, grup bilişsel-davranışçı tedaviler başarılı bulunmuş olan yöntemlerdir. Farmakolojik tedavide benzodiyazepinler, buspiron, beta blokörler, trisiklik antidepresanlar ve SSGI yer almaktadır. Genel olarak AAB tedavisinde psikoterapötik yaklaşımlar ilaç tedavisinden önceliklidir. Farmakoterapi, sadece davranışçı ve psikoterapötik yaklaşımlara yardımcı olarak kullanılmalıdır (Tanrıöver 2007).

### **2.2.2. Özgül/Basit Fobi**

Özgül fobi, hayvanlar, kan, kapalı yerler, uçma, yükseklik gibi özgül bir nesne ya da durumla karşılaşma ya da karşılaşma beklentisi olduğunda aşırı anlamsız belirgin ve sürekli bir korkunun ve yoğun anksiyetenin yaşanmasıdır. Bu korku sosyal fobide olduğu gibi utanma nedeniyle kaçınma, panik atakta olduğu gibi panik atak geçireceği korkusu ile kaçınma, TSSB'de olduğu gibi travmayı hatırlatan uyarılardan kaçınma, ayrılma anksiyetesinde olduğu gibi okula gitmekten kaçınma

ile ilgisizdir. Özgül uyararla karşılaşma hemen her zaman önemli bir anksiyete yanıtına neden olur ve panik atak şeklini alabilir. Korkular en az 6 ay sürmeli, kişinin günlük yaşantısını, sosyal ilişkilerini ve akademik başarısını etkilemelidir. Korkusu olduğu için önemli sıkıntısının olması gereklidir.

Özgül fobi çocukluk çağının en sık görülen Anksiyete Bozuklukları arasında yer almaktadır. Nokta yaygınlık oranları %1.9-3.5 arasında değişmekte, yaşam boyu yaygınlık ise %10-11.3'e varmaktadır. Fobiler kızlarda daha sık görülmekte ve bu fark yaştan bağımsız olarak erkeklere göre üç kat fazla olabilmektedir (Taneli 2007).

Özgül Fobisi olan çocuklar korku uyandıran uyararla karşılaşmamak için kaçınma davranışı geliştirebilirler. Bağırma, ağlama, anne babaya yapışma, huysuzluk gösterme, donakalma ve bağlanma figürünün tesellisini arama görülebilir. Çocukların fobik uyararla ilgili bilişsel görüşleri bu uyarının kendilerine ya da başkalarına zarar vereceğidir. Fobik çocuklarda ayrıca yoğun beklenti anksiyetesi görülebilir. Panik benzeri fizyolojik belirtiler (kalp hızında artış, terleme, hiperventilasyon, titreme ve mide rahatsızlığı) gözlenebilir.

Genellikle fobilerin başlaması, “normal” çocukluk çağı korkularının başlaması ile aynı döneme denk gelir. Hayvan, böcek, kan, karanlık ve yaralar ile ilgili fobiler genellikle 7 yaşından önce başlar ve travmatik bir olayla bağlantılı değildir. Diğer çocukluk çağı fobilerinin başlaması değişik yaşlarda olabilir, genellikle 10-13 yaşlarında artma görülür.

Özgül Fobiler sıklıkla çocuklukta başlar ve normal gelişimsel korkulardan ayırt edilmelidir. Zamanla birçok çocuk tüm tanı ölçütlerini karşılamasa da fobik belirtileri devam ettirirler. Bazı çalışmalarda yetişkinlerin çocukluktan beri fobilerinin olduğu gösterilmiştir.



Özgül Fobilerin gelişiminde genetik etkiler bulunsa da, genetik olmayan faktörlerin daha önemli bir rol oynaması olasıdır. Hastaların anamnezlerinde sıklıkla travmatik yaşam olayları ve endişe uyandıran eğitsel etkiler bulunur (Taneli 2007).

Erken başlangıçlı fobilerin çoğu tedavi görmeksizin kısa sürede geçer. Ancak, çocuk ve ergenlerde görülen Özgül Fobi belirtilerinin zaman içinde gerileyeceğini ve tedavi gerektirmeyeceğini düşünmek yanlış olur. Özgül Fobide tedavi hedefi, fobik tepki eğiliminin azaltılması, böylelikle endişe hissi ve kaçınma davranışının kişinin günlük aktivitelerini fazlaca kısıtlamasının engellenmesidir. Ayaktan tedavi genellikle yeterli olur. Tedavide psikoterapötik yaklaşımlar önceliklidir. Fobi tedavisinde desensibilizasyon teknikleri, modelden öğrenme, konfrontasyon ve bilişsel yöntemlerin etkinliği gösterilmiştir. Psikofarmakoterapinin etkinliği tartışmalıdır ve endikasyonu sınırlıdır. Antidepresanlar ya da benzodiyazepinlerle tedavi çocuk ve ergenlerde nadiren gereklidir. Özgül Fobilerde psikofarmakoterapi genellikle eşlik eden panik atakların ya da diğer anksiyete bozukluklarının tedavisiyle sınırlıdır (Taneli 2007).

### **2.2.3. Sosyal Fobi**

Sosyal Fobi, küçük gruplarda diğer kişilerin eleştirel bakışlarından ya da başarı beklenen durumlardan hastalık derecesinde korkma ve bunun sonucunda sosyal ortamlardan kaçınma şeklinde tanımlanabilir (Taneli 2007). DSM-IV-TR’de “Çocuklarda tanıdık kişilerle yaşına uygun toplumsal ilişkilere girebilme becerisi olmalı ve anksiyete, sadece erişkinlerle olan etkileşimlerinde değil, yaşlılarıyla karşılaştığı ortamlarda da ortaya çıkmalıdır” şeklinde belirtilmiştir. Korkulan sosyal duruma maruz kalma anksiyete meydana getirir, utanma korkusu vardır ve sıklıkla

panik atak görülebilir. Toplum önünde konuşma, sosyal toplantılara katılma, toplum içinde gösteri yapma, yabancılarla konuşma ve otorite figürüyle karşılaşma en sık görülen sosyal korkulardır. Çocuk ve ergenlerde anksiyete oluşturan durumlardan kaçınma görülebilir ve bu durum süregelen bir sıkıntıya yol açabilir. Ayrıca çocuk ve ergenler korkularının mantıksız ya da yoğun olduğunun farkına varmayabilirler (APA 2000).

Sosyal Fobinin etiyolojik modelleri organik, psikişik ve sosyal faktörlerin etkileşimini temel alır. Fobik bozukluğu olanların akrabalarında fobik bozukluk bulunma riski, toplum riskine göre üç kat yüksek bulunmuştur. Nöroanatomik ve nörofizyolojik bulgular limbik sistem, beyin sapı ve amigdalanın etkisini düşündürmektedir. Psikişik ve sosyal faktörlerin etkisinin genetik etkiden daha önemli olduğu düşünülebilir. Anksiyetenin gelişimi, kronik aile içi çatışmalar, ayrılıklar, kayıplar, öğrenme ve okul başarısındaki güçlüklerle ilişkili bulunmuştur (Taneli 2007).

Sosyal Fobinin çocuklarda görülme sıklığının yaklaşık %6.8 olduğu bildirilmektedir (Chavira 2004). Sosyal Fobisi olan çocuk ve ergenler, başkalarının kendilerini aptal, garip, itici bulacağından ya da utanılacak aptalca bir şey yapacaklarından ya da söyleyeceklerinden korkarlar ve sosyal ilişkilerde sorunlar yaşarlar (LaGreca & Lopez 1998). Klinik olarak Sosyal Fobisi olan çocuklar utangaç ve sosyal olarak geridirler ve somatik belirtiler sıklıkla; kalp hızında artma, terleme, kızarma, titreme, gastrointestinal sıkıntı ve davranışlar üzerinde kontrolün azalması görülebilir (Keeley & Stoch 2009). Sosyal Fobisi olanlarda olumsuz biliş daha çok utanma, olumsuz değerlendirilme ve reddedilmeye yönelik yoğun kaygılara odaklanmıştır. Çocukluk çağı Sosyal Fobisi tanı konulup tedavi edilmez ise önemli uzun süreli olumsuz etkileri olabilir. Sosyal Fobi okul reddi, eğitimin erken

sonlandırılması ve iş hayatına katılmama gibi sonuçlar doğurabilir. Ergenlerde karşı cinsle olan arkadaşlıklarda önemli aksamalar meydana gelebilir.

Sosyal Fobi tedavisinde sosyal becerilerin kazandırılması, bilişsel yeniden yapılanma (çocuklardan çok ergenlerde ve anne-babalarda), anksiyeteye başa çıkma becerilerinin kazandırılması ve aile içinde anksiyete yaratıcı eğitsel etkilerin değiştirilmesi hedeflenir. Davranışçı tedavi yöntemleri arasında desensitibilizasyon, modelden öğrenme, daha büyük çocuklardan başlamak üzere bilişsel yaklaşım yoluyla uygunsuz düşüncelerin yeniden yapılandırılması ve kendi kendini olumlu yönlendirme uygulamaları önde gelir. Aile tedavisi yaklaşımında, anne babanın eğitsel tutumlarına eğilerek, endişeyle başa çıkma stratejileri güçlendirilir. Sürekli ilaç tedavisine nadiren başvurulur. SSRI'lar, trisiklik antidepresanlar ve benzodiyazepinler sadece psikoterapötik yaklaşımların geçici olarak desteklenmesi şeklinde uygulanır. Sosyal fobide gündüz hastanesi ve yataklı kurumlarda tedavi, sosyal becerilerin kazandırılması ve birlikte bulunan bozuklukların tedavisi açısından özellikle uygundur (Taneli 2007).

#### **2.2.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu**

YAB, iş ya da okul başarısı gibi çeşitli etkinlikler ya da olaylarla ilgili gerçekçi olmayan ya da aşırı sıkıntı, kaygı ve endişenin görüldüğü, kişinin kaygısını kontrol etmekte zorlandığı, bu kaygı ve endişeye huzursuzluk, çabuk yorulma, konsantrasyon güçlüğü, irritabilite, kas gerginliği ya da uyku bozukluğu gibi belirtilerin eşlik ettiği ve yaşanan kaygı ve endişe nedeniyle kişinin işlevselliğinin önemli derecede bozulduğu bir anksiyete bozukluğudur (Taner 2007a).

Sıklıkla YAB'da kaygı bir alana sınırlı değildir. YAB olan çocuk ve ergenler gelecekleri, sağlıkları, güvenlikleri ve performanslarıyla ilgili sürekli kontrol edilmesi güç kaygı yaşarlar. Bu aşırı kaygının yanında huzursuzluk, yorgunluk, dikkati toplamada güçlük, kas gerginliği, uyku bozukluğu gibi belirtilerden en az biri eşlik eder (APA 1994). Gelecek ile ilgili olaylar, yeni ya da tanıdık olmayan ortamlar diğer kaygı nedenleridir. Bir işi zamanında yerine getirmeyle ilgili kaygılar görülebilir. YAB olan çocuklar genellikle toplum kurallarına uyan ve mükemmeliyetçi çocuklardır; yetişkinler tarafından inatçı ya da katı olarak tanımlanabilirler. YAB olan çocuk ve ergenlerin sıklıkla başkaları tarafından yatıştırılması gerekir, ancak bu durum kaygının azalmasında kısa süreli bir iyilik meydana getirir.

YAB'na baş ağrısı, irritabilite, karın ağrısı, titreme, yorgunluk, sıcak basması ve uyku güçlükleri gibi somatik ve fizyolojik belirtiler eşlik edebilir (Kendal & Pimentel 2003). Genel olarak, özellikle hastaların önemli bir olaydan önce gerginlik yaşadıkları, sinirli ve heyecanlı oldukları bildirilir. Özellikle çocuklarda kaygı ne kadar fazla ise irritabilite o kadar fazladır. Çocuk ve ergenlerde YAB ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Çocukluk çağında E/K oranı eşitken, ergenlikte kızlarda daha sık gözlenir. Yaklaşık çocuklarda görülme sıklığının %3.2 olduğu bildirilmektedir (Chavira 2004). Özellikle 7 yaşından küçük çocuklarda tanı koymada dikkatli olunmalıdır, çünkü yaklaşık 7-8 yaşında meydana gelen bilişsel değişikliklerin kaygı süreçlerine etkili olduğunu düşündüren bazı kanıtlar vardır. On bir yaşındaki 792 çocukla yapılan bir taramada YAB'nun bir yıllık yaygınlığının %2.9 olduğu saptanmıştır (Anderson 1987). Sekiz ile 16 yaşlar arası 2762 ikizle yapılan bir çalışmada YAB'nun üç aylık yaygınlığının %4.4 olduğu belirtilmiştir (Simonoff 1997).

YAB, tıbbi hastalıklardan ayırt edilmelidir. Özellikle otonomik belirtiler baskınsa olası tıbbi nedenlerin araştırılması önemlidir. Öykü ve fizik muayene ile gastrointestinal sorunlar, hipertiroidizm, feokromasitoma, hipoglisemi ve lupus ayırt edilmeli gerekirse ileri tetkiklere gidilmelidir. Özellikle ergenlerde aşırı kafein kullanımı ya da diğer stimülanların kullanımı sorgulanmalıdır.

YAB kronik seyirli, ağırlığı artıp azalmalar gösteren ve kendiliğinden düzelmelerin az görüldüğü bir hastalıktır. Çocuk ve ergenlerdeki anksiyete bozukluklarının farmakolojik tedavisinde benzodiyazepinler, trisiklik antidepresanlar, SSGI, monoamin oksidaz inhibitörleri ve beta blokörler gibi çok sayıda farklı ilaç kullanılmaktadır. Tedavide bilişsel-davranışçı terapi etkin bir tedavi yaklaşımıdır. Bu yöntemde anksiyeteli duyguların, bilişlerin ve anksiyeteye verilen fiziksel tepkilerin fark edilmesi, olumsuz kendini değerlendirmelerin belirlenip değiştirilmesi, anksiyete uyandıran durumlara ilişkin etkin baş etme stratejilerinin belirlenmesi ve başa çıkmanın derecelendirilmesi ve ödüllendirilmesi, davranışçı teknikler olarak da model alma, yüzleştirme, rol oynama, gevşeme ve pekiştirme gibi teknikler kullanılmaktadır (Taner 2007a).

### **2.2.5. Agorafobili ya da Agorafobisiz Panik Bozukluk**

PB, yineleyen beklenmedik panik atakların olması ve başka atakların olacağına dair sürekli kaygı duyma, atağın yol açabileceği sonuçlarla ilgili olarak çıldıracağı, kontrolünü kaybedeceği, öleceğini düşünme ve ataklarla ilgili olarak belirgin bir davranış değişikliğinin olması ile karakterize bir bozukluktur. DSM-IV'te panik atağın ayrı bir korku ve rahatsızlık döneminin olduğu, 10 dakika içinde en yüksek düzeye ulaştığı ve tanı için 13 somatik veya bilişsel belirtiden 4'ünün karşılanması

gerektiği bildirilmiştir. Panik ataklarda nefes daralması, kalp hızında artma, göğüs ağrısı, boğulma hissi, baş dönmesi, uyuşma ya da karıncalanma, sıcak/soğuk basmaları, terleme, titreme ve bulantı gibi somatik belirtiler ve bilişsel olarak ölüm, çıldırma ve kontrolünü kaybetme gibi korkular görölür (APA 2000). Panik bozuklukla ilgili bilişsel teorilerden birisi somatik duyuların “katastrofik yanlış yorumlanmasına” dayandığından, çocuk ve ergenlerde panik bozukluk görölmesi tartışmalı olarak kabul edilir. Çünkü çocuk ve ergenler bu çeşit spontan panik ataklarla karakterize içsel katastrofik atıflarda bulunacak bilişsel kapasiteye erişmemişlerdir. Çocuklar, belirtilerini daha çok dıştan gelen nedenlere bağlama eğilimleri vardır (Örn. ‘öğretmenimden hoşlanmadığım için kalbim hızlı çarpıyor’). Bu nedenle çocuğun bilişsel yanıtları panik atağı başlatacak olaylar dizisine neden olmaz. Çocuk ve ergenlerde bilişsel belirtiler daha az sıklıktadır ve çoğunlukla görölen bilişsel semptom kontrolünü kaybetme korkusudur (Masi 2000). Küçük çocuklarda panik tepkileri görölebilsede, bu yaş grubunda uyaran olmadan, beklenmedik bir anda gelen tipik panik ataklar daha az sıklıktadır. Ergenlerdeki klinik görünümleri erişkinlerinkine benzerlik göstermektedir (Klein & Pine 2002).

PB’a Agorafobi eşlik edebilir ya da etmeyebilir. Çocuklarda da erişkinlerde olduğu gibi PB ile Agorafobi arasında güçlü bir ilişki vardır (Masi 2000). Agorafobi kişinin, beklenmedik olarak panik atağı çıkabileceği, kaçmanın zor olabileceği ya da yardım alamayacağı yerlerde ya da durumlarda anksiyete duymasıdır. Agorafobi ile yaygın bir kaçınma davranışı oluşur ya da yoğun sıkıntıyla bu duruma katlanılır veya bu duruma katlanmak için eşlik eden birisine gereksinim duyulur (APA 2000).

Ergen ve erişkinlerde yapılan retrospektif çalışmalar, panik olgularının bir kısmının çocukluk çağında başladığını düşündürse de, ergenlik öncesi çocuklardaki

yaygınlık bilinmemekte olup yaşam boyu sıklığı %1-5 olarak bildirilmektedir (Grant 2006).

Çocuk ve ergenlerde ayırıcı tanıda en güç olanlardan bir tanesi PB'un tanısı için gerekli olan beklenmedik panik ataklar ile diğer Anksiyete Bozukluklarına eşlik eden duruma özgü ataklar arasındaki ayrımı yapmaktır. Bu durumun bir nedeni daha önce bildirildiği gibi çocukların bilişsel farklılıklarından kaynaklanmaktadır. Çocukların tecrübelerini daha çok dışsal, tanımlanabilir, ya da duruma bağlı etkenlere bağlamaktadırlar. Çevre etkenlerinin not edilmesi ve panik atağın tekrar olacağı ile ilgili yaygın bir sıkıntının olması başka bir Anksiyete Bozukluğu ile panik atağın ayırıcı tanısında yardımcı olabilir. Hipertiroidizm, hiperparatiroidizm, vestibüler disfonksiyonlar, epilepsi nöbetleri ve kardiyak patolojiler panik atağa neden olabilen tıbbi durumlardır. Panik atağa çarpıntı eşlik ediyorsa elektrokardiyogram tetkiki yapılmalı ve bir pediatriistle konsülte edilmelidir. Diğer nedenleri dışlamada, öykü, fizik muayene ve tetkikler yardımcı olabilir.

PB tedavisindeki temel nokta, panik ataklarının farmakolojik ajanlar kullanılarak ortadan kaldırılmasıdır. Güvenli olmaları, düşük yan etki profilleri ve iyi tolere edilmeleri nedeniyle SSGI grubu ilaçlar, çocuk ve ergenlerdeki Anksiyete Bozukluklarında ilk tercih edilen ajanlardır. PB'un tedavisinde, destekleyici yaklaşım ve psikoeğitimin yanında, bilişsel-davranışçı tedavinin de başarılı bir tedavi yöntemi olduğu belirtilmektedir (Taner 2007b).

#### **2.2.6. Obsesif Kompulsif Bozukluk**

Obsesyonlar tekrarlayıcı, rahatsız edici, mantık dışı olduğu kabul edildiği halde uzaklaştırma çabalarının başarısız kaldığı düşünce, dürtü ve düşlemlerdir.

Kompulsiyonlar ise obsesyonlara tepki olarak ve obsesyondan doğan anksiyeteyi azaltmak için ortaya çıkan ya da katı kurallara göre uygulanmak zorunda hissedilen tekrarlayıcı davranışlar (el yıkama, düzenlilik, denetleme gibi) ve zihinsel eylemlerdir (dua etme, sessizce sözcük yinleme, sayı sayma gibi) (APA 1994). Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), tekrarlayıcı biçimde zihni meşgul eden ve kaygıyı artıran düşünceler ile tekrarlayıcı, kaygıyı gideren ritüel benzeri davranışlarla karakterize, kronik bir seyir gösteren ve belirgin işlevsellik kaybına yol açabilen nöropsikiyatrik bir bozukluktur (Işık & Şener 2007).

Tanı ölçütleri obsesyonlar ya da kompulsiyonların olması, bir dönem obsesyon ve kompulsiyonların aşırı mantıksız olduğunun bilinmesi (bu kriter çocuklar için geçerli olmayabilir), belirtilerin günde 1 saatten fazla sürmesi ve kişinin işlev düzeyinde önemli bir bozulmanın olması, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle sınırlı olmaması, bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmamasıdır. O sıradaki atakta hasta obsesyon ve kompulsiyonlarını aşırı ya da anlamsız bulmuyorsa iç görü yitimi ile birlikte şeklinde belirtilir (APA 1994).

OKB, ailesel geçişi uzun zamandır bilinen heterojen bir bozukluktur. Erken başlangıçlı OKB olan çocukların birinci derece akrabalarında OKB sıklığının dört kat fazla olduğu bilinmektedir. Erken başlangıçlı OKB olan birçok aile üyesinde 2. ve 9. kromozomların bazı bölgelerinde bağlantı varlığı ileri sürülmüştür. Serotonin ve dopamini içeren birçok nörotransmitter sistem tutulumunun OKB'nin ortaya çıkmasına katkıda bulunduğu ifade edilmektedir. Ayrıca OKB olgularında daha küçük bazal ganglion, talamik hacimde artış ve bazı olgularda A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrası başlangıç etiyolojide rol aldığı bildirilen diğer faktörlerdir (Sadock & Sadock 2012b).



Çocuk ve ergenlerle yapılan toplum tabanlı çalışmalarda sıklık %0.21-4 arasında belirlenmiştir. Steinhausen ve ark. (1998) tarafından yapılan bir çalışmada 7-16 yaş arasında 1964 çocuk ve ergende sıklık %0.21 saptanmıştır. Esser ve ark. (1990) tarafından yapılan diğer bir toplum tabanlı çalışmada 8-13 yaş arası 356 çocuk ve ergenlerde OKB sıklığı %2.8 olarak bulunmuştur. Valleni-Basile ve ark. (1994) tarafından yürütülen bir çalışmada 12-15 yaş aralığındaki 3283 çocuk ve ergende prevalans %2.9 olarak belirlenmiştir. Douglass ve ark. (1995) tarafından yürütülen bir araştırmada sıklık 18 yaşında 930 ergende %4 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan bir toplum tarama çalışmasında 1709 çocuğun ebeveyninden alınan bilgiler doğrultusunda 805 çocukla klinik görüşme yapılmış ve sıklık %5.1 olarak bildirilmiştir (Güvender 1998). Çocuk ve ergenlerdeki OKB sıklığındaki bu farklılığın coğrafik ve kültürel etkenlerden bağımsız olarak araştırmalarda kullanılan metodolojik özelliklerden, subklinik semptomlarla OKB tanısının arasındaki ayrımın zorluğundan ve örneklem yaşının değişkenliğinden kaynaklandığı gösterilmiştir.

Erişkinlerde yapılan çalışmalarda olguların %80'inde semptomların 18 yaş altında başladığı gösterilmiştir (Keeley 2007). 9282 erişkinle yapılan çok merkezli, uluslararası epidemiyoloji çalışmasında OKB ortalama başlangıç yaşı 19 olarak saptanmış ve olguların %21'inin hastalık başlangıç yaşı 10 olarak saptanmıştır (Kessler 2005). Yakın zamanlı diğer bir çalışmada başlangıç yaşı 19.5 ve erkeklerin ¼'ünün başlangıç yaşı 10 yaş ve öncesi olarak bildirilmiştir (Ruscio 2010).

Çocuklarla yapılan çalışmalarda OKB'nin erkek çocuklarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda çocuklarda erkek/kız oranı 2/1-3/2 şeklindedir (Valleni-Basile 1994). Ergenlerle yapılan çalışmalarda cinsiyetler arasındaki sıklık farkının kaybolduğu bildirilmiştir (Douglass 1995).

Çocukluk çağındaki OKB’de serotonerjik ilaçlar ve bilişsel davranış tedavisi kombinasyonu ile tedaviye iyi yanıt alınır. Sertralin, fluvoksamin, fluoksetin ve paroksetini içeren SSGI ile yapılan çalışmaların metaanalizinde SSGI tedavisinin etkisinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. SSGI ilaçlar arasında yanıt oranı açısından belirgin farklılık saptanmamıştır (Sadock & Sadock 2012b).

Çocukluk ve ergenlik dönemi başlangıçlı OKB kronik, şiddeti ve gidişi büyük değişkenlik gösteren, belirtileri artıp azalan bir bozukluktur. İzlem çalışmalarında, OKB’li çocuk ve ergenlerin %50’sinin çok az belirti kalacak şekilde iyileştiği bildirilmektedir. Çocukluk çağı OKB olgularının çoğu tam remisyona girmese bile tedaviden yarar görmektedir (Sadock & Sadock 2012b).

### **2.2.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu**

TSSB, travmatik bir olay ya da stresle karşı karşıya kalınmasından sonra fiziksel ve ruhsal belirtilerle ortaya çıkan, kişinin yaşam kalitesini, işlevselliğini önemli ölçüde bozan bir ruhsal bozukluktur (APA 2000). Travmatik olaylarla karşılaşan çocuklarda özgül korkular, uyku düzensizlikleri, tekrarlayan korkulu rüyalar, yaşadığı olaya ait temaları içeren oyunlar, olayın tekrar yaşanacağına dair korku ve anksiyete, suçluluk duyguları, utanç, gelecek hakkında kötümserlik, huzursuzluk, olayla ilgili konuşmak istememe, unutkanlık ve somatik belirtiler gibi yakınmaların varlığı saptanmıştır (March 1997, Yule 2001). Bununla birlikte konsantrasyon güçlüğü ve hafıza problemleri gibi kognitif değişiklikler de sıklıkla eşlik edebilir (Keeley 2009). TSSB belirtileri ergenlerde erişkinlere benzer şekilde görülürken, küçük çocuklarda tanı sistemlerine bağlı bazı güçlükler ortaya

çıkılmaktadır. DSM-IV ile çocuklar için TSSB ölçütlerinde bazı düzenlemeler yapılmıştır.

DSM-IV-TR'ye göre; TSSB tanı ölçütlerinin karşılanması için belirtiler en az bir aydır olmalı ve yaşamın önemli tüm işlevsellik alanlarında bozulmaya ve sıkılmaya yol açmalıdır. Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşama, böyle bir olaya tanık olma ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelme ve kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşmenin bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olaya maruz kalmıştır. Travmatik olay, olayın elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları (düşlemler, düşünceler ya da algılar), olayı sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme, travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme, travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma sonucu yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma, travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepkiler gösterme gibi durumlardan biri ya da daha fazlası yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır. Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları, travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları, travmanın önemli bir yönünü anımsayamama, önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması, insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları, duygulanımda kısıtlılık, bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma durumlarından üçünün ya da daha fazlasının bulunması ile belirli travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma bulunur. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük, irritabilite ya da öfke patlamaları, düşüncelerini belirli bir konu üzerine yoğunlaştırmada zorluk çekme,

hipervijilans ve aşırı irkilme tepkisi gösterme durumlarından ikisinin ya da daha fazlasının bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması mevcuttur. Tüm bu bozuklukların 1 aydan uzun sürmesi ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olması durumunda DSM-IV-TR ölçütlerine göre TSSB tanısı koymak mümkündür (Sadock & Sadock 2012b).

Çocukluk çağında TSSB ile ilgili geniş çaplı epidemiyolojik çalışmalar bulunmamakla birlikte, toplum tabanlı yapılan yaşam boyu prevalans çalışmalarında TSSB için %1 ile %14 arasında değişen oranlar bildirilmektedir (Kessler 1995). Yakın zamanda yapılan epidemiyolojik bir tarama çalışmasında 4-5 yaş arası okul öncesi çocuklarda TSSB sıklığı %1.3 olarak saptanırken, 2-3 yaş grubunda tanı ölçütlerinin karşılanmadığı görülmüştür. 9-17 yaş arası çocuk ve ergenlerle yapılan epidemiyolojik çalışmada üç aylık TSSB sıklığının %0.5-4 arasında değiştiği saptanmıştır (Sadock & Sadock 2012b).

Çocukluk çağında taciz ya da ailenin dağılması gibi süregelen travmaya maruz kalan çocuklar veya savaş gibi tüm toplumu etkileyen ve devam edegelen durumlar TSSB gelişimi için en yüksek risk durumlarıdır. Öncesinde anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluk aile öyküsü varlığı, travmaya maruz kalan çocukta TSSB gelişimine yatkınlık oluşturabilir. TSSB olan çocuklarda sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında artmış adrenerjik ve dopaminerjik metabolit atılımı, daha küçük intrakranial ve korpus kallozum hacmi, bellek yetersizlikleri ve düşük IQ'ya sahip oldukları görülmüştür. Çocuklardaki travmatik olaylara aile desteği ve aile tepkisi de TSSB gelişiminde rol oynayabilir (Sadock & Sadock 2012b).

TSSB tedavisinde travma odaklı bilişsel davranışçı tedavi, krize müdahale/psikolojik debriefing ve psikofarmakolojik tedaviler (SSGI) yer almaktadır (Sadock & Sadock 2012b).

Travmanın şiddeti ve yoğunluğu ve çocuğun travma öncesi duygusal ve psikiyatrik durumuna bağlı olarak farklı birçok sonuçları olabilir. Daha hafif düzeyde TSSB olan çocuk ve ergenlerde belirtiler 1-2 yıl devam eder ve sonra azalır. Daha ağır durumlarda ise TSSB semptomları yıllar, hatta on yıllarca sürebilir ve spontan remisyona çok az rastlanır (Sadock & Sadock 2012b).

### 3. AMAÇ VE VARSAYIMLAR

#### 3.1. Çalışmanın Amacı

Çocuklardaki ruhsal sorunların dağılım ve yaygınlığının bilinmesi, koruyucu önlemler ve tedavi hizmetleriyle ilgili alanların saptanmasında temel verileri sağlamak açısından önemlidir. Bu sayede öncelikli gereksinimler ortaya konabilir ve çocuk ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik etkili programlar geliştirilebilir. Ancak gelişmekte olan ülkelerde çocukluk çağı psikiyatrik hastalıklarıyla ilgili sistematik çalışmalar yeterli değildir (Eapen 1998).

Ülkemizde ilköğretim öğrencilerinde Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği ile yapılan bir çalışmada %30 oranında orta, %6 oranında ağır depresif belirti (Öy 1991), lise öğrencilerinde Beck Depresyon Envanteri kullanılarak yapılan bir başka çalışmada %27 oranında depresif belirti saptanmıştır (Çuhadaroğlu 1992).

Ülkemizde de Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozukluklarının prevalansının, ölçek çalışmaları dışında, ayrıntılı bir biçimde araştırıldığı, hem ölçek kullanımını, hem de klinik değerlendirmeleri içeren bir çalışma bulunmamaktadır.

Bu nedenlerle araştırmamızda ilkokul 1., 2., 3., 4., 5. sınıf çocuklarında Duygudurum ve Anksiyete Bozuklukları prevalansının saptanması amaçlanmıştır.

### **3.2. Varsayımlar**

**I.** Bu çalışma ÷lkemizde hem ölçek kullanımını, hem de klinik değerlendirmeleri içeren, aynı örnekleimde Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları sıklığının saptanacağı ilk çalışmadır.

**II.** Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları sıklığının daha önce batılı ÷lkelerde yapılmış olan çalışmalara benzer sıklıkta bulunacağı varsayılmıştır.

## 4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

### 4.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız, ilköğretim öğrencileri arasında Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları sıklığını araştıran kesitsel epidemiyolojik bir araştırmadır.

### 4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından sosyoekonomik sınıflandırma göz önünde bulundurularak basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş olan 12 ilköğretim okulunda yasal izinler alındıktan sonra 2011 Eylül - 2012 Mart tarihleri arasında yapıldı.

### 4.3. Çalışmaya Alınan İlköğretim Okulları

- Güzelyalı İlköğretim Okulu
- Mudafa-i Hukuk İlköğretim Okulu
- Dokuz Eylül İlköğretim Okulu
- Şehit Fazıl Bey İlköğretim Okulu
- Mehmetçik İlköğretim Okulu
- Fatih Mehmet İlköğretim Okulu
- Zafer İlköğretim Okulu
- Murat Reis İlköğretim Okulu
- Vali Kazım Paşa İlköğretim Okulu
- Kahramanlar İlköğretim Okulu
- Kazım Karabekir İlköğretim Okulu
- Boğaziçi İlköğretim Okulu



#### 4.4. Araştırma Örnekleme

Bu araştırma Türkiye'nin üçüncü büyük şehri olan İzmir merkez ilçede gerçekleştirilmiştir. Toplam nüfusu 405.580 olan İzmir merkez ilçede 66 devlet ilköğretim okulu bulunmakta ve toplam öğrenci sayısı 45.292 ve 1., 2., 3., 4., ve 5. sınıfların toplam öğrenci sayısı 27.080'dir. 1. sınıfların öğrenci sayısı 5.581, 2. sınıfların öğrenci sayısı 5.018, 3. sınıfların öğrenci sayısı 5.226, 4. sınıfların öğrenci sayısı 5.751 ve 5. sınıfların öğrenci sayısı 5.504'dür. Örneklem belirlenirken toplam 27.080 öğrenci örneklemeden %5 hata payıyla, alfa (t) %1 olarak alınmış, çocuklarda psikiyatrik hastalık prevalansı %20 öngörülerek belirlenmiştir. Örneklemin belirlenebilmesi için Rohde ve ark. (1999) tarafından önerilen aşağıdaki formül kullanıldı:

$$n = \frac{N t^2 pq}{d^2 (N-1) + t^2 pq}$$

- n:** Örneklem alınacak birey sayısı
- N:** Hedef kitledeki birey sayısı
- t:** Belirli bir anlamlılık düzeyinde t tablosuna göre bulunan teorik değer
- p:** İncelenen olayın görülme sıklığı (gerçekleşme olasılığı)
- q:** İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)
- d:** Olayın görülme sıklığına göre kabul edilen örneklem hatası

Yapılan hesaplama sonucu 419 olgunun çalışmaya alınması planlandı. Toplam 66 okul içerisindeki 12 okul, İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından resmi sınıflamaya göre alt/orta/üst sosyoekonomik gruba göre belirlendi. Bu 12 okuldan 1., 2., 3., 4. ve 5. sınıflardan rastgele örneklem alınması yöntemiyle 419 olgu seçildi.

Dönem başı listeye göre kura ile belirlenen 419 olgudan iki olguya şehir dışındaki okullara nakil oldukları için ulaşamadı. Ulaşılamayan iki öğrenciden biri 1. sınıf erkek, diğeri 2. sınıf kız olguydu. Böylece toplam 417 olgu değerlendirildi. Yasal izinler alındıktan sonra çalışmaya katılan tüm çocukların ebeveynlerinden bilgilendirilmiş onam formu alındı.

#### **4.4.1. Çalışma İçin İşleme Kriterleri**

Çalışmada yer almak için verilecek onay formunu anne babanın ve çocuğun okuyup çalışmaya katılmak istemesi.

#### **4.4.2. Çalışma İçin Dışlama Kriterleri**

Çalışmada yer almak için gönüllü olmamak, gönüllülerin herhangi bir nedenle çalışmadan ayrılmak istemesi, gönüllülerin gerekli formları doldurmaması ya da verilen randevulara gelmemesi.

#### **4.5. Yöntem**

İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra araştırmanın uygulamaları başlatıldı. Araştırma, Milli Eğitim İl Müdürlüğü tarafından sosyoekonomik sınıflandırma göz önünde bulundurularak basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş olan 12 ilköğretim okulunda yapıldı.

Yasal izinler alındıktan sonra çalışmada yer alan tüm okulların yöneticileri ve rehber öğretmenleriyle toplantı yapılarak çalışma ekibi tarafından çalışma ve yöntem anlatıldı. Çalışmaya katılan tüm çocukların ebeveynlerinden bilgilendirilmiş onam

formu alındı. Anne-baba ve öğretmen ölçekleri eksiksiz olan 417 olgunun tamamı çalışmaya alındı.

#### **4.5.1. Araştırmanın Uygulanması**

İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından resmi sınıflamaya göre alt/orta/üst sosyoekonomik gruba göre belirlenen 12 okuldan rastgele örneklem alınması yöntemiyle 419 olgu kura çekilerek seçildi. Dönem başı listeye göre kura ile belirlenen 419 olgudan iki olguya şehir dışındaki okullara nakil oldukları için ulaşılamadı. Ulaşılamayan iki öğrenciden biri 1. sınıf erkek, diğeri 2. sınıf kız olguydu. Böylece toplam 417 olgu değerlendirmeye alınarak yanıt oranı (response rate) %99.5 olarak saptandı.

Seçilen 417 olguya DSM-IV esas alınarak klinisyen tarafından Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS-PL) uygulandı. Best estimate procedure (Leckman 1982) kullanılarak, yani öğretmen ve ebeveyn ölçekleri, ebeveynle yapılan yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme sonuçları (K-SADS-PL), olguyla psikiyatrik görüşme, bağımsız bir görüşmecinin bozulma kriteri için ebeveyn ve öğretmenle görüşmenin sonuçları bir araya getirilip son değerlendirmenin yapılması sonucunda tanı konuldu. Bozulma (impairment) kriteri değerlendirmesi bir görüşmeci tarafından aile ve öğretmenle görüşülerek yapıldı. Bozulma kriteri değerlendirilirken ebeveynden kardeş ilişkileri, arkadaş ilişkileri, okul ödevlerini yapma ve genel olarak çocuğun evdeki uyumu sorgulandı. Öğretmenden, olgunun genel olarak sorunlu olup olmadığı, okulda arkadaş ilişkileri, genel ders başarısı, benlik saygısı sorgulandı. Bütün alanlar 'hiç sorun yok', 'biraz sorunlu' ve 'çok sorunlu' olarak sınıflanmış olup bir alanda 'çok sorunlu' veya iki alanda 'biraz

sorunlu' bozulma pozitif olarak değerlendirildi. Bozulma (impairment) kriterinin değerlendirmesinde benzer yaklaşımlar daha önce yapılmış olan epidemiyolojik çalışmalarda da kullanılmıştır (Brotman 2006, Cho 2009).

Araştırmamızda iyi belirlenmiş ve yeterli sayıdaki bir okul örneklemeyle, DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak, yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi kullanılarak (K-SADS-PL), çocuk, ebeveyn ve öğretmenden bilgi alınarak, bozulma kriteri göz önüne alınarak Duygudurum ve Anksiyete Bozuklukları prevalansı belirlendi.

#### **4.6. Araçlar**

Tanı ve ek tanıları koyabilmek için aşağıdaki araçlar kullanıldı.

##### **4.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (Olgu Rapor Formu):**

Çalışmaya alınacak çocuklara, ailelerine ilişkin özelliklerin sorgulandığı bir sosyodemografik veri formudur.

##### **4.6.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children- Present and Lifetime Version, K-SADS-PL]:**

ÇDŞG-ŞY, çocuk ve ergenlerin DSM-III-R ve DSM-IV (APA 1994) tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve ark. (1997) tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Türkiye versiyonu ise Gökler ve ark. tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Uygulaması her bir görüşme için 50-80 dakika sürmektedir. Form üç bölümden oluşmaktadır. 'Yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi' olarak adlandırılan ilk

bölümde çocuğun demografik bilgileri, sağlık durumu, şu andaki yakınması, geçmişte aldığı psikiyatrik tedavilere ilişkin bilgilerle birlikte çocuğun okuldaki durumu, hobileri, arkadaş ve aile ilişkileri gibi bilgiler edinilir. İkinci bölüm olan 'tanı amaçlı tarama görüşmesi' 200 kadar özgül belirti ve davranışı değerlendirir. Her bir belirtiyi değerlendirmek için belli tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri verilmiştir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa tanıyı doğrulamak amacıyla beş tanı alanında ek puanlama yapılmaktadır: Duygulanım Bozuklukları, Psikotik Bozukluklar, Anksiyete Bozuklukları, Davranış Bozuklukları, Madde Kötüye Kullanımı ve diğer bozukluklar.

Her bir ek belirti listesi, tarama soruları ve bozukluğun şimdiki ve geçmişteki en ağır ataklarını değerlendirmek üzere ölçütler içermektedir. Her bir tanı için DSM-III-R ve DSM-IV (APA 1994) tanı ölçütleri verilmiştir. Çocuğun şu andaki işlev düzeyini belirlemek için düzenlenen üçüncü bölüm ise 'çocuklar için genel değerlendirme ölçeği' olarak adlandırılır (Kaufman 1997).

CDŞG-ŞY belirti şiddetini "yok", "eşik altı" ve "eşik" şeklinde derecelendirir. CDŞG-ŞY tanı konulan bireylerde belirtilerin varlığına ilişkin bilgi verir, belirtilerin şiddetini değerlendirmez. Belirtilerin eşik altı düzeyde var olması bir bozukluk tanısı koymak için yeterli olmasa da, belirli durumlar için daha ileri araştırma yapmak için uyarıcı olabilir. Psikotik belirtiler ya da belli bir tanı ile ilişkili belirti kümelerinde eşik altı değerler dikkate alınır. CDŞG-ŞY, anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan (anne-baba, çocuk, okul v.b.) alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Ergenlik öncesi döneme uygulanırken önce anne-baba ile görüşme yapılır. Ergenlerle çalışılıyorsa, önce ergenin kendisi ile görüşülür. Eğer farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa klinisyen kendi klinik yargısını kullanır (Kaufman 1997). Ölçek

bu çalışmada ilk olarak birincil bakım veren kişi, ardından çocuk olmak üzere 417 olguya uygulandı.

CDŞG-ŞY, Major Depresyon, Distimi, Mani, Hipomani, Siklotimi, Bipolar Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluklar, Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Kısa Tepkisel Psikoz, PB, Agorafobi, AAB, Kaçınma Bozukluğu, Basit Fobi, Sosyal Fobi, YAB, OKB, DEHB, Davranım Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Enürezis, Enkoprezis, Anoreksiya Nervoza, Bulimiya, Gecici Tik Bozuklukları, Tourette Bozukluğu, Kronik Motor ya da Vokal Tik Bozukluğu, Alkol Kötüye Kullanımı, Madde Kötüye Kullanımı, TSSB ve Uyum Bozukluğu temel tanıları içerir (Kaufman 1997).

#### **4.6.3. 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) (Child Behavior Check-List = CBCL):**

4-18 yaş arası çocuk ve gençlerin yeterlilik alanları ve sorun davranışlarını anne ve babadan alınan bilgiler doğrultusunda belirlemek amacıyla Achenbach ve Edelbrock (1983) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin ilk Türkçe çevirisi Akçakın (1985) tarafından yapılmıştır. Daha sonra ölçeğin 1991 formu Erol ve ark. (1995) tarafından ülkemize uyarlanarak geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir.

Ölçek, “Sosyal Yeterlilik” ve “Sorun Davranışlar” olmak üzere iki ana bölümden oluşmaktadır (Erol 1995).

Sosyal Yeterlilik Ölçeği; etkinlik, sosyallik ve okul alt ölçeklerinden oluşur. Etkinlik alt ölçeği; spor etkinlikleri, spor dışı ilgi alanları ve uğraşları, ev ya da ev dışında çocuğun üstlendiği işleri içerir. Sosyallik alt ölçeği; üye olunan kulüp ve kuruluşları, arkadaş ve kardeş ilişkilerini sorgular. Okul alt ölçeği; çocuğun okuldaki

başarısı, sorunları, etkinliklere katılımını araştırır. Etkinlik, sosyallik ve okul alt ölçeklerinin toplamından “Toplam Yeterlilik” alt puanı elde edilir.

Sorun Davranışlar Ölçeği; ölçeğin ikinci bölümünde; çocuk ve gençlerde görülen, duygusal ve davranışsal sorunları tanımlayan 118 maddeden oluşan sorular bulunmaktadır. Bu sorulara ait veriler kendi aralarında birleştirilerek çeşitli alt ölçek grupları oluşur. Son 6 aydaki görülme sıklığına göre ‘0, 1, 2’ şeklinde derecelendirilir. İçe yönelim ve dışa yönelim olarak iki ayrı davranış belirti puanı elde edilir. İçe yönelim grubu; sosyal içe çekilme, somatik yakınmalar, anksiyete-depresyon alt ölçeklerinden oluşur. Dışa yönelim grubu; suça yönelik davranışlar ve saldırgan davranışlar alt testlerinin toplamından oluşur.

Ayrıca her iki gruba da girmeyen; sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları da alt testlerin diğerlerini oluşturmaktadır. Toplam problem davranış puanı, bu ölçeklerin toplamından elde edilir.

Tanı koyucu bir özelliği olmayan ÇDDÖ (CBCL), davranışların standart biçimde tanımlanmasını sağlar. Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri’nde yaygın olarak kullanılan ve farklı ülkelerde standardizasyon ve adaptasyonu yapılmış bir ölçektir.

Ölçek anne, baba veya yakınardan biri tarafından doldurulabilir. Sorun davranışlardan oluşan ikinci bölümde, sekiz maddenin üstünde boş bırakılan testler geçersiz sayılır. Testi alanın en az ilkokulu bitirmiş olması yeğlenir. Eğitim düzeyi yetersiz olan veya okuma yazma bilmeyen anne, baba ya da yakınlarla form bir görüşmeci tarafından uygulanabilir.

Veriler mevcut bilgisayar programına puanlanarak girilmektedir. Her hasta için etkinlik, okul yeterliliği ve toplam yeterlilik skorlarıyla, sosyal içe çekilme, somatik yakınmalar, anksiyete-depresyon, suça yönelik davranışlar, saldırgan davranışlar, içe

yönelim, dışa yönelim ve toplam davranış sorunları skorları elde edilir. Bu skorlar cinsiyet ve yaşlarına göre Türk toplumu için bulunan standartlarla karşılaştırılabilir.

ÇDDÖ, belirlenmiş olan 417 öğrencinin aileleri tarafından klinik görüşme öncesinde dolduruldu.

#### **4.6.4. Öğretmen Bilgi Formu (ÖBF) (Teacher's Report Form/TRF):**

ÖBF, 5-18 yaş grubu öğrencilerin okula uyumunu ve sorun davranışlarını öğretmenlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda standart bir biçimde değerlendirebilmek amacıyla Achenbach tarafından geliştirilmiştir (Achenbach 1991). Ölçeğin 1991 formunun ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği Erol tarafından yapılmıştır (Erol & Şimşek 1998).

Ölçek, öğrenci ile bilgilerin yanı sıra okul ve uyum işlevlerine yönelik de bilgi sağlar. Ölçeğin uyum işlevlerine yönelik birinci bölümü okul başarısı, sıkı çalışma, uygun davranışlar ve mutluluğa yönelik alt testlerden oluşur. Bu alt testlerin toplamından toplam uyum puanı elde edilir.

Ölçeğin sorun davranışlarını sorgulayan ikinci bölümü 113 problem maddesinden oluşmaktadır. Sorun davranışlar son 6 ayda görülme sıklık derecesine göre 0, 1, 2 olarak derecelendirilir. İçe yönelim ve dışa yönelim olarak iki ayrı davranış belirti puanı elde edilir. İçe yönelim grubu; sosyal içe çekilme, somatik yakınmalar, anksiyete-depresyon alt ölçeklerinden oluşur. Dışa yönelim grubu; suça yönelik davranışlar ve saldırgan davranışlar alt testlerinin toplamından oluşur.

Ayrıca her iki gruba da girmeyen; sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları da ölçekte yer alan diğer alt testlerdir. Toplam problem davranış puanı, bu ölçeklerin toplamından elde edilir.



Ölçek belirlenmiş olan 417 öğrencinin öğretmenleri tarafından klinik görüşme öncesinde dolduruldu.

#### 4.7. İstatistiksel Yöntem

##### 4.7.1. İstatistiksel Değerlendirmelerde Kullanılan Program

Verilerin değerlendirilmesi SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 15.0 programı kullanılarak yapıldı.

##### 4.7.2. İstatistiklerde Kullanılan Değerlendirme Yöntemleri

İstatistiksel değerlendirmede kategorik veriler için çapraz tablolar oluşturulup, Ki-kare (Pearson Chi-Square) analizi yapıldı. Numerik değişkenler için gruplar arası farklılığın kontrolünü değerlendirmek amacıyla Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Veriler sayı, yüzde, median ve IR şeklinde özetlendi. İstatistik önemlilik eşik düzeyi olarak 0.05 alındı.

Güven aralığının alt ve üst değerleri için aşağıdaki Binomial Confidence Interval formülü kullanıldı:

$$p \pm Z_C \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$$

**p** = Bulunan sıklık değeri x 0.01

**n** = Örneklem sayısı

**Z<sub>C</sub>** = 1.96 (%95 güven aralığı için verilen standart değer)

## 5. BULGULAR

Dönem başı listeye göre kura ile belirlenen 419 olgudan iki olguya şehir dışındaki okullara nakil oldukları için ulaşamadı. Ulaşılamayan iki öğrenciden biri 1. sınıf erkek, diğeri 2. sınıf kız olguydu. Böylece toplam 417 olgu değerlendirmeye alınarak yanıt oranı (response rate) %99.5 olarak saptandı. Örneklem grubunun yaş aralığı 6-14 ( $9.19 \pm 1.4$ ) arasındaydı. Olguların %54'ü ( $n=225$ ) erkek, %46'sı ( $n=192$ ) kız olgulardan oluşmaktaydı. Örneklem grubunun %18.7'si ( $n=78$ ) birinci sınıf öğrencilerinden, %19.7'si ( $n=82$ ) ikinci sınıf öğrencilerinden, %19.9'u ( $n=83$ ) üçüncü sınıf öğrencilerinden, %19.7'si ( $n=82$ ) dördüncü sınıf öğrencilerinden, %19.7'si ( $n=82$ ) beşinci sınıf öğrencilerinden ve %2.4'ü ( $n=10$ ) devamsız öğrencilerden oluşmaktaydı. Dönem başı listeye göre kura çekilerek belirlenen öğrencilerden okula devam etmeyen 10 olgunun beş tanesi 1. sınıf, bir tanesi 2. sınıf, bir tanesi 3. sınıf, bir tanesi 4. sınıf, iki tanesi 5. sınıf öğrencilerindendi (Tablo-1).

**Tablo-1:** Çalışmaya Katılan Olguların Cinsiyet ve Sınıflara Göre Dağılımı

	N	%
<b>CİNSİYET</b>		
Kız	192	46
Erkek	225	54
<b>SINIF</b>		
1. sınıf	78	18.7
2. sınıf	82	19.7
3. sınıf	83	19.9
4. sınıf	82	19.7
5. sınıf	82	19.7
Devamsız	10	2.4

En iyi tahmin yöntemi (best estimated procedure) kullanılarak, yani öğretmen ve ebeveyn ölçekleri, yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme sonuçları (K-SADS-PL; Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu Versiyonu-Türkçe Uyarlaması), olgu ve ebeveyn ile görüşme, bozulma kriterlerine yönelik ebeveyn ve öğretmenle görüşmenin sonuçları bir araya getirilip son değerlendirmenin yapılması sonucunda herhangi bir Duygudurum Bozukluğu sıklığı %1.4 (n=6), herhangi bir Anksiyete Bozukluğu sıklığı ise %2.6 (n=11) bulundu. Bozulma kriteri olarak ebeveyn veya öğretmenden biri ile yapılan görüşme dikkate alındığında Duygudurum Bozukluğu sıklığı %2.9 (n=12), Anksiyete Bozukluğu %6.7 (n=28), bozulma kriteri dışlandığında ise sırasıyla sıklık oranları Duygudurum Bozukluğu için %2.9 (n=12), Anksiyete Bozukluğu için %13.9 (n=58) bulundu. Bipolar Bozukluk tanısı alan olgu saptanmadı (Tablo-2).

**Tablo-2:** Olguların Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları Prevalans Oranları

	PREVALANS			PREVALANS 1			PREVALANS 2		
	n	%	% 95 C.I.	n	%	% 95 C.I.	N	%	% 95 C.I.
<b>Duygudurum Bozukluğu</b>	<b>12</b>	<b>2.9</b>	2.884-2.916	<b>12</b>	<b>2.9</b>	2.884-2.916	<b>6</b>	<b>1.4</b>	1.389-1.411
<b>Major Depresyon</b>	<b>11</b>	<b>2.6</b>	2.585-2.615	<b>11</b>	<b>2.6</b>	2.585-2.615	<b>6</b>	<b>1.4</b>	1.389-1.411
<b>Distimik Bozukluk</b>	<b>1</b>	<b>0.2</b>	0.196-0.204	<b>1</b>	<b>0.2</b>	0.196-0.204	<b>0</b>	<b>0</b>	-
<b>Bipolar Bozukluk</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	-	<b>0</b>	<b>0</b>	-	<b>0</b>	<b>0</b>	-
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>	<b>58</b>	<b>13.9</b>	13.867-13.903	<b>28</b>	<b>6.7</b>	6.677-6.723	<b>11</b>	<b>2.6</b>	2.585-2.615
<b>Özgül/Basit Fobi</b>	<b>46</b>	<b>11</b>	10.970-11.030	<b>21</b>	<b>5</b>	4.980-5.020	<b>7</b>	<b>1.7</b>	1.688-1.712
<b>Ayrılık Anksiyetesi</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	0.991-1.009	<b>4</b>	<b>1</b>	0.991-1.009	<b>2</b>	<b>0.5</b>	0.494-0.506
<b>Yaygın Anksiyete</b>	<b>7</b>	<b>1.7</b>	1.688-1.712	<b>4</b>	<b>1</b>	0.091-1.009	<b>1</b>	<b>0.2</b>	0.196-0.112
<b>TSSB</b>	<b>2</b>	<b>0.5</b>	0.494-0.506	<b>0</b>	<b>0</b>	-	<b>0</b>	<b>0</b>	-
<b>OKB</b>	<b>3</b>	<b>0.7</b>	0.692-0.708	<b>2</b>	<b>0.5</b>	0.494-0.506	<b>1</b>	<b>0.2</b>	0.196-0.204

*Prevalans: K-SADS-PL ile değerlendirme sonucu bulunan sıklık*

*Prevalans 1: K-SADS-PL ve öğretmen veya ebeveyn ile yapılan impairment (bozulma) değerlendirmesi sonucu bulunan sıklık*

*Prevalans 2: K-SADS-PL ve öğretmen ve ebeveynin her ikisi ile yapılan impairment (bozulma) değerlendirmesi sonucu bulunan sıklık*

Bozulma kriteri alınmadan yapılan değerlendirmede herhangi bir Duygudurum Bozukluğu tanısı alan olguların %66.7'si (n=8) kız ve %33.3'ü (n=4) erkek, kız/erkek oranı=2/1 ( $\chi^2=0.239$ ,  $p=0.123$ ), MDB tanısı alan olguların %63.6'sı (n=7) kız ve %36.4'ü (n=4) erkek, kız/erkek oranı=7/4 ( $\chi^2=0.359$ ,  $p=0.190$ ) bulundu. Distimik Bozukluk tanısını bir kız olgu ( $\chi^2=0.460$ ,  $p=0.460$ ) aldı. Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu tanısı alan olguların %53.4'ü (n=31) kız ve %46.6'sı (n=27) erkek, kız/erkek oranı=1.1 ( $\chi^2=0.257$ ,  $p=0.141$ ), Özgöl/Basit Fobi tanısı alan olguların %56.5'i (n=26) kız ve %43.5'i (n=20) erkek, kız/erkek oranı=1.3 ( $\chi^2=0.158$ ,  $p=0.880$ ), AAB tanısı alan olguların %100'ü (n=4) erkek ( $\chi^2=0.128$ ,  $p=0.840$ ), YAB tanısı alan olguların %71.4'ü (n=5) kız ve %28.6'sı (n=2) erkek, kız/erkek oranı=2.5 ( $\chi^2=0.256$ ,  $p=0.165$ ), TSSB tanısı alan olguların %50'si (n=1) kız ve %50'si (n=1) erkek, kız/erkek oranı=1 ( $\chi^2=1.000$ ,  $p=0.709$ ), OKB tanısı alan olguların %33.3'ü (n=1) kız ve %66.7'si (n=2) erkek, kız/erkek oranı=0.5 ( $\chi^2=1.000$ ,  $p=0.559$ ) bulundu (Tablo-3).

**Tablo-3:** Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozukluklarının Cinsiyetler Arası Dağılımı (Bozulma kriteri alınmadan)

	KIZ		ERKEK		K/E	X <sup>2</sup>	P
	N	%	n	%			
<b>Duygudurum Bozukluğu</b>	<b>8</b>	<b>66.7</b>	<b>4</b>	<b>33.3</b>	<b>2</b>	<b>0.239</b>	<b>0.123</b>
<b>Major Depresyon</b>	<b>7</b>	<b>63.6</b>	<b>4</b>	<b>36.4</b>	<b>1.7</b>	<b>0.359</b>	<b>0.190</b>
<b>Distimik Bozukluk</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1/0</b>	<b>0.460</b>	<b>0.460</b>
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>	<b>31</b>	<b>53.4</b>	<b>27</b>	<b>46.6</b>	<b>1.1</b>	<b>0.257</b>	<b>0.141</b>
<b>Özgül/Basit Fobi</b>	<b>26</b>	<b>56.5</b>	<b>20</b>	<b>43.5</b>	<b>1.3</b>	<b>0.158</b>	<b>0.880</b>
<b>Ayrılk Anksiyetesi</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>0/4</b>	<b>0.128</b>	<b>0.840</b>
<b>Yaygın Anksiyete</b>	<b>5</b>	<b>71.4</b>	<b>2</b>	<b>28.6</b>	<b>2.5</b>	<b>0.256</b>	<b>0.165</b>
<b>TSSB</b>	<b>1</b>	<b>50</b>	<b>1</b>	<b>50</b>	<b>1</b>	<b>1.000</b>	<b>0.709</b>
<b>OKB</b>	<b>1</b>	<b>33.3</b>	<b>2</b>	<b>66.7</b>	<b>0.5</b>	<b>1.000</b>	<b>0.559</b>

*İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

Bozulma kriteri olarak ebeveyn veya öğretmenden biri ile yapılan görüşme dikkate alınarak yapılan değerlendirmede herhangi bir Duygudurum Bozukluğu tanısı alan olguların %66.7'si (n=8) kız ve %33.3'ü (n=4) erkek, kız/erkek oranı=2/1 ( $\chi^2=0.239$ ,  $p=0.123$ ), MDB tanısı alan olguların %63.6'sı (n=7) kız ve %36.4'ü (n=4) erkek, kız/erkek oranı=7/4 ( $\chi^2=0.359$ ,  $p=0.190$ ), Distimik Bozukluk tanısını alan olguların %100'ü kız ( $\chi^2=0.460$ ,  $p=0.460$ ) bulundu. Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu tanısı alan olguların %39.3'ü (n=11) kız ve %60.7'si (n=17) erkek, kız/erkek oranı=11/17 ( $\chi^2=0.557$ ,  $p=0.294$ ), Özgül/Basit Fobi tanısı alan olguların %47.6'sı (n=10) kız ve %52.4'ü (n=11) erkek, kız/erkek oranı=10/11 ( $\chi^2=1.000$ ,  $p=0.528$ ), AAB tanısı alan olguların %100'ü (n=4) erkek ( $\chi^2=0.128$ ,  $p=0.840$ ), YAB tanısı alan olguların %75'i (n=3) kız ve %25'i (n=1) erkek, kız/erkek oranı=3 ( $\chi^2=0.338$ ,  $p=0.255$ ), OKB tanısı alan olguların %100'ü (n=2) erkek ( $\chi^2=0.502$ ,  $p=0.291$ ) bulundu. TSSB tanısı alan olgu saptanmadı (Tablo-4).

**Tablo-4:** Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozukluklarının Cinsiyetler Arası Dağılımı (Bozulma kriteri olarak ebeveyn veya öğretmenden biri ile yapılan görüşme dikkate alınarak)

	KIZ		ERKEK		K/E	X <sup>2</sup>	P
	N	%	n	%			
<b>Duygudurum Bozukluğu</b>	<b>8</b>	66.7	<b>4</b>	33.3	<b>2/1</b>	0.239	<b>0.123</b>
<b>Major Depresyon</b>	<b>7</b>	63.6	<b>4</b>	36.4	<b>7/4</b>	0.359	<b>0.190</b>
<b>Distimik Bozukluk</b>	<b>1</b>	100	<b>0</b>	0	<b>1/0</b>	0.460	<b>0.460</b>
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>	<b>11</b>	39.3	<b>17</b>	60.7	<b>11/17</b>	0.557	<b>0.294</b>
<b>Özgül/Basit Fobi</b>	<b>10</b>	47.6	<b>11</b>	52.4	<b>10/11</b>	1.000	<b>0.528</b>
<b>Ayrılık Anksiyetesi</b>	<b>0</b>	0	<b>4</b>	100	<b>0/4</b>	0.128	<b>0.840</b>
<b>Yaygın Anksiyete</b>	<b>3</b>	75	<b>1</b>	25	<b>3/1</b>	0.338	<b>0.255</b>
<b>TSSB</b>	<b>0</b>	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	-	-
<b>OKB</b>	<b>0</b>	0	<b>2</b>	100	<b>0/2</b>	0.502	<b>0.291</b>

*İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*



Bozulma kriteri olarak ebeveyn ve öğretmenle görüşme dikkate alınarak yapılan değerlendirmede herhangi bir Duygudurum Bozukluğu tanısı alan olguların %83.3'ü (n=5) kız ve %16.7'si (n=1) erkek, kız/erkek oranı=5 ( $\chi^2=0.099$ ,  $p=0.075$ ), MDB tanısı alan olguların %83.3'ü (n=5) kız ve %16.7'si (n=1) erkek, kız/erkek oranı=5 ( $\chi^2=0.099$ ,  $p=0.075$ ) bulundu. Distimik Bozukluk tanısı alan olgu saptanmadı. Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu tanısı alan olguların %27.3'ü (n=3) kız ve %72.7'si (n=8) erkek, kız/erkek oranı=3/8 ( $\chi^2=0.237$ ,  $p=0.169$ ), Özgül/Basit Fobi tanısı alan olguların %42.9'u (n=3) kız ve %57.1'i (n=4) erkek, kız/erkek oranı=3/4 ( $\chi^2=1.000$ ,  $p=0.587$ ), AAB tanısı alan olguların %100'ü (n=2) erkek ( $\chi^2=0.502$ ,  $p=0.291$ ), YAB tanısı alan olguların %100'ü (n=1) erkek ( $\chi^2=1.000$ ,  $p=0.540$ ), OKB tanısı alan olguların %100'ü (n=1) erkek ( $\chi^2=1.000$ ,  $p=0.540$ ) bulundu. TSSB tanısı alan olgu saptanmadı (Tablo-5).

**Tablo-5:** Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozukluklarının Cinsiyetler Arası Dağılımı (Bozulma kriteri olarak ebeveyn ve öğretmenle yapılan görüşme dikkate alınarak)

	KIZ		ERKEK		K/E	X <sup>2</sup>	P
	n	%	n	%			
<b>Duygudurum Bozukluğu</b>	<b>5</b>	<b>83.3</b>	<b>1</b>	<b>16.7</b>	<b>5</b>	<b>0.099</b>	<b>0.075</b>
<b>Major Depresyon</b>	<b>5</b>	<b>83.3</b>	<b>1</b>	<b>16.7</b>	<b>5</b>	<b>0.099</b>	<b>0.075</b>
<b>Distimik Bozukluk</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>	<b>3</b>	<b>27.3</b>	<b>8</b>	<b>72.7</b>	<b>0.3</b>	<b>0.237</b>	<b>0.169</b>
<b>Özgül/Basit Fobi</b>	<b>3</b>	<b>42.9</b>	<b>4</b>	<b>57.1</b>	<b>0.7</b>	<b>1.000</b>	<b>0.587</b>
<b>Ayrılık Anksiyetesi</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>0/2</b>	<b>0.502</b>	<b>0.291</b>
<b>Yaygın Anksiyete</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>0/1</b>	<b>1.000</b>	<b>0.540</b>
<b>TSSB</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>OKB</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>0/1</b>	<b>1.000</b>	<b>0.540</b>

*İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

Bozulma kriteri alınmadan yapılan değerlendirmeye gre herhangi bir Duygudurum Bozukluğu sıklığı kızlarda %4.2 ve erkeklerde %1.8, MDB sıklığı kızlarda %3.6, erkeklerde %1.8, Distimik Bozukluk sıklığı kızlarda %0.5, erkeklerde %0, herhangi bir Anksiyete Bozukluğu kızlarda %16.1, erkeklerde %12, Özgül/Basit Fobi kızlarda %13.5, erkeklerde %8.9, AAB kızlarda %0, erkeklerde %1.8, YAB kızlarda %2.6, erkeklerde %0.9, TSSB kızlarda %0.5, erkeklerde %0.4, OKB kızlarda %0.5, erkeklerde %0.9 bulundu. Bozulma kriteri olarak ebeveyn veya öğretmenden biri ile yapılan görüşme dikkate alınarak yapılan değerlendirmeye göre herhangi bir Duygudurum Bozukluğu sıklığı kızlarda %4.2 ve erkeklerde %1.8, MDB sıklığı kızlarda %3.6, erkeklerde %1.8, Distimik Bozukluk sıklığı kızlarda %0.5, erkeklerde %0, herhangi bir Anksiyete Bozukluğu kızlarda %5.7, erkeklerde %7.6, Özgül/Basit Fobi kızlarda %5.2, erkeklerde %4.9, AAB kızlarda %0, erkeklerde %1.8, YAB kızlarda %1.6, erkeklerde %0.4, TSSB kızlarda %0, erkeklerde %0, OKB kızlarda %0, erkeklerde %0.9 bulundu. Bozulma kriteri olarak ebeveyn ve ğretmen ile yapılan görüşme dikkate alınarak yapılan değerlendirmede herhangi bir Duygudurum Bozukluğu sıklığı kızlarda %2.6 ve erkeklerde %0.4, MDB sıklığı kızlarda %2.6, erkeklerde %0.4, Distimik Bozukluk sıklığı kızlarda %0, erkeklerde %0, herhangi bir Anksiyete Bozukluğu kızlarda %1.6, erkeklerde %3.6, Özgül/Basit Fobi kızlarda %1.6, erkeklerde %1.8, AAB kızlarda %0, erkeklerde %0.9, YAB kızlarda %0, erkeklerde %0.4, TSSB kızlarda %0, erkeklerde %0, OKB kızlarda %0, erkeklerde %0.4 bulundu (Tablo-6).

**Tablo-6:** Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozukluklarının Kız ve Erkeklerde Görülme Sıklıkları

	KIZ			ERKEK			
	n	%	%95 C. I.	n	%	%95 C. I.	
Duygudurum Bozukluğu	*	8	4.2	4.172-4.228	4	1.8	1.783-1.817
	**	8	4.2	4.172-4.228	4	1.8	1.783-1.817
	***	5	2.6	2.578-2.622	1	0.4	0.392-0.408
Major Depresyon	*	7	3.6	3.574-3.626	4	1.8	1.783-1.817
	**	7	3.6	3.574-3.626	4	1.8	1.783-1.817
	***	5	2.6	2.578-2.622	1	0.4	0.392-0.408
Distimik Bozukluk	*	1	0.5	0.491-0.509	0	0	-
	**	1	0.5	0.491-0.509	0	0	-
	***	0	0	-	0	0	-
Anksiyete Bozukluğu	*	31	16.1	16.049-16.151	27	12	11.958-12.042
	**	11	5.7	5.668-5.732	17	7.6	7.566-7.634
	***	3	1.6	1.583-1.617	8	3.6	3.576-3.624
Özgül/Basit Fobi	*	26	13.5	13.452-13.548	20	8.9	8.863-8.937
	**	10	5.2	5.169-5.231	11	4.9	4.872-4.928
	***	3	1.6	1.583-1.617	4	1.8	1.783-1.817
Ayrılık Anksiyetesi	*	0	0	-	4	1.8	1.783-1.817
	**	0	0	-	4	1.8	1.783-1.817
	***	0	0	-	2	0.9	0.888-0.912
Yaygın Anksiyete	*	5	2.6	2.578-2.622	2	0.9	0.888-0.912
	**	3	1.6	1.583-1.617	1	0.4	0.392-0.408
	***	0	0	-	1	0.4	0.392-0.408
TSSB	*	1	0.5	0.491-0.509	1	0.4	0.392-0.408
	**	0	0	-	0	0	-
	***	0	0	-	0	0	-
OKB	*	1	0.5	0.491-0.509	2	0.9	0.888-0.912
	**	0	0	-	2	0.9	0.888-0.912
	***	0	0	-	1	0.4	0.392-0.408

\*

\* *K-SADS-PL ile değerlendirme sonucu bulunan sıklık*

\*\* *K-SADS-PL ve öğretmen veya ebeveyn ile yapılan impairment (bozulma) değerlendirmesi sonucu bulunan sıklık*

\*\*\* *K-SADS-PL ve öğretmenin ebeveynin her ikisi ile yapılan impairment (bozulma) değerlendirmesi sonucu bulunan sıklık*

Bozulma kriteri alınmadan yapılan değerlendirmede herhangi bir Duygudurum Bozukluğu tanısı alan olguların %20'si (n=2) 1. sınıf, %20'si (n=2) 2. sınıf, %30'u (n=3) 3. sınıf, %20'si (n=2) 4. sınıf, %10'u (n=1) 5. sınıf, MDB tanısı alan olguların %22.2'si (n=2) 1. sınıf, %22.2'si (n=2) 2. sınıf, %22.2'u (n=2) 3. sınıf, %22.2'si (n=2) 4. sınıf, %11.1'i (n=1) 5. sınıf, Distimik Bozukluk tanısı alan olguların %100'ü (n=1) 3. sınıf, herhangi bir Anksiyete Bozukluğu tanısı alan olguların %21.8'i (n=12) 1. sınıf, %18.2'si (n=10) 2. sınıf, %25.5'i (n=14) 3. sınıf, %20'si (n=11) 4. sınıf, %14.5'i (n=8) 5. sınıf, Özgül/Basit Fobi tanısı alan olguların %22.7'si (n=10) 1. sınıf, %20.5'i (n=9) 2. sınıf, %27.3'ü (n=12) 3. sınıf, %18.2'si (n=8) 4. sınıf, %11.4'ü (n=5) 5. sınıf, AAB tanısı alan olguların %33.3'ü (n=2) 1. sınıf, %33.3'ü (n=1) 3. sınıf, %33.3'ü (n=1) 4. sınıf, YAB tanısı alan olguların %14.3'ü (n=1) 1. sınıf, %14.3'ü (n=1) 2. sınıf, %14.3'ü (n=1) 3. sınıf, %28.6'sı (n=2) 4. sınıf, %28.6'sı (n=2) 5. sınıf, TSSB tanısı alan olguların %100'ü (n=2) 3. sınıf, OKB tanısı alan olguların %33.3'ü (n=1) 2. sınıf, %33.3'ü (n=1) 4. sınıf, %33.3'ü (n=1) 5. sınıf olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Bozulma kriteri olarak ebeveyn veya öğretmenden biri ile yapılan görüşme dikkate alındığında herhangi bir Duygudurum Bozukluğu tanısı alan olguların %20'si (n=2) 1. sınıf, %20'si (n=2) 2. sınıf, %30'u (n=3) 3. sınıf, %20'si (n=2) 4. sınıf, %10'u (n=1) 5. sınıf, MDB tanısı alan olguların %22.2'si (n=2) 1. sınıf, %22.2'si (n=2) 2. sınıf, %22.2'u (n=2) 3. sınıf, %22.2'si (n=2) 4. sınıf, %11.1'i (n=1) 5. sınıf, Distimik Bozukluk tanısı alan olguların %100'ü (n=1) 3. sınıf, herhangi bir Anksiyete Bozukluğu tanısı alan olguların %24'ü (n=6) 1. sınıf, %12'si (n=3) 2. sınıf, %24'ü (n=6) 3. sınıf, %28'i (n=7) 4. sınıf, %12'si (n=3) 5. sınıf, Özgül/Basit Fobi tanısı alan olguların %21.1'i (n=4) 1. sınıf, %15.8'i (n=3) 2. sınıf, %26.3'ü (n=5) 3. sınıf, %26.3'ü (n=5) 4. sınıf, %10.5'i (n=2) 5. sınıf, AAB tanısı

alan olguların %33.3'ü (n=2) 1. sınıf, %33.3'ü (n=1) 3. sınıf, %33.3'ü (n=1) 4. sınıf, YAB tanısı alan olguların %25'i (n=1) 1. sınıf, %25'i (n=1) 3. sınıf, %25'i (n=1) 4. sınıf, %25'i (n=1) 5. sınıf, OKB tanısı alan olguların %50'si (n=1) 2. sınıf, %50'si (n=1) 4. sınıf olup sınıflar arasında sıklık açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı. TSSB tanısı alan olgu saptanmadı.

Bozulma kriteri olarak ebeveyn ve öğretmenden biri ile yapılan görüşme dikkate alındığında herhangi bir Duygudurum Bozukluğu tanısı alan olguların %50'si (n=2) 1. sınıf, %50'si (n=2) 3. sınıf, MDB tanısı alan olguların %50'si (n=2) 1. sınıf, %50'si (n=2) 3. sınıfta bulunmaktaydı. Distimik Bozukluk tanısı alan olgu saptanmadı. Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu tanısı alan olguların %50'si (n=4) 1. sınıf, %12.5'i (n=1) 3. sınıf, %25'i (n=2) 4. sınıf, %12.5'i (n=1) 5. sınıf, Özgül/Basit Fobi tanısı alan olguların %60'ı (n=3) 1. sınıf, %20'si (n=1) 4. sınıf, %20'si (n=1) 5. sınıf, AAB tanısı alan olguların %100'ü (n=1) 3. sınıf, YAB tanısı alan olguların %100'ü (n=1) 1. sınıf, OKB tanısı alan olguların %100'ü (n=1) 4. sınıf olup, sıklık açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. TSSB tanısı alan olgu saptanmadı (Tablo-7).

**Tablo-7:** Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozukluklarının Sınıflara Göre Dağılımı

	1.SINIF		2. SINIF		3. SINIF		4. SINIF		5. SINIF		TOPLAM		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	%	P	
Duygudurum Bozukluğu	*	2	20	2	20	3	30	2	20	1	10	100	<b>0.911</b>
	**	2	20	2	20	3	30	2	20	1	10	100	<b>0.911</b>
	***	2	50	0	0	2	50	0	0	0	0	100	<b>0.186</b>
Major Depresyon	*	2	22.2	2	22.2	2	22.2	2	22.2	1	11.1	100	<b>0.976</b>
	**	2	22.2	2	22.2	2	22.2	2	22.2	1	11.1	100	<b>0.976</b>
	***	2	50	0	0	2	50	0	0	0	0	100	<b>0.186</b>
Distimik Bozukluk	*	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	100	<b>0.418</b>
	**	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	100	<b>0.418</b>
	***	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	
Anksiyete Bozukluğu	*	12	21.8	10	18.2	14	25.5	11	20	8	14.5	100	<b>0.709</b>
	**	6	24	3	12	6	24	7	28	3	12	100	<b>0.547</b>
	***	4	50	0	0	1	12.5	2	25	1	12.5	100	<b>0.180</b>
Özgül/Basit Fobi	*	10	22.7	9	20.5	12	27.3	8	18.2	5	11.4	100	<b>0.484</b>
	**	4	21.1	3	15.8	5	26.3	5	26.3	2	10.5	100	<b>0.762</b>
	***	3	60	0	0	0	0	1	20	1	20	100	<b>0.168</b>
Ayrılık Anksiyetesi	*	1	33.3	0	0	1	33.3	1	33.3	0	0	100	<b>0.728</b>
	**	1	33.3	0	0	1	33.3	1	33.3	0	0	100	<b>0.728</b>
	***	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	100	<b>0.418</b>
Yaygın Anksiyete	*	1	14.3	1	14.3	1	14.3	2	28.6	2	28.6	100	<b>0.933</b>
	**	1	25	0	0	1	25	1	25	1	25	100	<b>0.906</b>
	***	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	100	<b>0.376</b>
TSSB	*	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	100	<b>0.097</b>
	**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	
	***	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	
OKB	*	0	0	1	33.3	0	0	1	33.3	1	33.3	100	<b>0.740</b>
	**	0	0	1	50	0	0	1	50	0	0	100	<b>0.562</b>
	***	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	100	<b>0.410</b>

İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

\* K-SADS-PL ile değerlendirme sonucu bulunan sıklık

\*\* K-SADS-PL ve öğretmen veya ebeveyn ile yapılan impairment (bozulma) değerlendirmesi sonucu bulunan sıklık

\*\*\* K-SADS-PL ve öğretmenin ve ebeveynin her ikisi ile yapılan impairment (bozulma) değerlendirmesi sonucu bulunan sıklık

Bozulma kriteri alınmadan yapılan değerlendirmeye göre herhangi bir Duygudurum Bozukluğu sıklığı 1. sınıflarda %2.6, 2. sınıflarda %2.4, 3. sınıflarda %3.6, 4. sınıflarda %2.4, 5. sınıflarda %1.2, devamsızlarda %20, MDB sıklığı 1. sınıflarda %2.6, 2. sınıflarda %2.4, 3. sınıflarda %2.4, 4. sınıflarda %2.4, 5. sınıflarda %1.2, devamsızlarda %20, Distimik Bozukluk sıklığı 1. sınıflarda %0, 2. sınıflarda %0, 3. sınıflarda %1.2, 4. sınıflarda %0, 5. sınıflarda %0, devamsızlarda %0, herhangi bir Anksiyete Bozukluğu 1. sınıflarda %15, 2. sınıflarda %12, 3. sınıflarda %17, 4. sınıflarda %13, 5. sınıflarda %9.8, devamsızlarda %30, Özgül/Basit Fobi 1. sınıflarda %13, 2. sınıflarda %11, 3. sınıflarda %15, 4. sınıflarda %9.8, 5. sınıflarda %6.1, devamsızlarda %20, AAB 1. sınıflarda %1.3, 2. sınıflarda %0, 3. sınıflarda %1.2, 4. sınıflarda %1.2, 5. sınıflarda %0, devamsızlarda %10, YAB 1. sınıflarda %1.3, 2. sınıflarda %1.2, 3. sınıflarda %1.2, 4. sınıflarda %2.4, 5. sınıflarda %2.4, devamsızlarda %0, TSSB 1. sınıflarda %0, 2. sınıflarda %0, 3. sınıflarda %2.4, 4. sınıflarda %0, 5. sınıflarda %0, devamsızlarda %0, OKB 1. sınıflarda %0, 2. sınıflarda %1.2, 3. sınıflarda %0, 4. sınıflarda %1.2, 5. sınıflarda %1.2, devamsızlarda %0 bulundu. Bozulma kriteri olarak ebeveyn veya öğretmenden biri ile yapılan görüşme dikkate alınarak yapılan değerlendirmeye göre herhangi bir Duygudurum Bozukluğu sıklığı 1. sınıflarda %2.6, 2. sınıflarda %2.4, 3. sınıflarda %3.6, 4. sınıflarda %2.4, 5. sınıflarda %1.2, devamsızlarda %20, MDB sıklığı 1. sınıflarda %2.6, 2. sınıflarda %2.4, 3. sınıflarda %2.4, 4. sınıflarda %2.4, 5. sınıflarda %1.2, devamsızlarda %20, Distimik Bozukluk sıklığı 1. sınıflarda %0, 2. sınıflarda %0, 3. sınıflarda %1.2, 4. sınıflarda %0, 5. sınıflarda %0, devamsızlarda %0, herhangi bir Anksiyete Bozukluğu 1. sınıflarda %7.7, 2. sınıflarda %3.7, 3. sınıflarda %7.2, 4. sınıflarda %8.5, 5. sınıflarda %3.7, devamsızlarda %30, Özgül/Basit Fobi 1. sınıflarda %5.1, 2. sınıflarda %3.7, 3. sınıflarda %6, 4. sınıflarda



%6.1, 5. sınıflarda %2.4, devamsızlarda %20, AAB 1. sınıflarda %1.3, 2. sınıflarda %0, 3. sınıflarda %1.2, 4. sınıflarda %1.2, 5. sınıflarda %0, devamsızlarda %10, YAB 1. sınıflarda %1.3, 2. sınıflarda %0, 3. sınıflarda %1.2, 4. sınıflarda %1.2, 5. sınıflarda %1.2, devamsızlarda %0, OKB 1. sınıflarda %0, 2. sınıflarda %1.2, 3. sınıflarda %0, 4. sınıflarda %1.2, 5. sınıflarda %0, devamsızlarda %0 bulundu. TSSB sıklığı tüm sınıflarda %0 saptandı.

Bozulma kriteri olarak ebeveyn ve öğretmen ile yapılan görüşme dikkate alınarak yapılan değerlendirmede herhangi bir Duygudurum Bozukluğu sıklığı 1. sınıflarda %2.6, 2. sınıflarda %0, 3. sınıflarda %2.4, 4. sınıflarda %0, 5. sınıflarda %0, devamsızlarda %20, MDB sıklığı 1. sınıflarda %2.6, 2. sınıflarda %0, 3. sınıflarda %2.4, 4. sınıflarda %0, 5. sınıflarda %0, devamsızlarda %20, Distimik Bozukluk sıklığı tüm sınıflarda %0 saptandı. Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu 1. sınıflarda %5.1, 2. sınıflarda %0, 3. sınıflarda %1.2, 4. sınıflarda %2.4, 5. sınıflarda %1.2, devamsızlarda %30, Özgül/Basit Fobi 1. sınıflarda %3.8, 2. sınıflarda %0, 3. sınıflarda %0, 4. sınıflarda %1.2, 5. sınıflarda %1.2, devamsızlarda %20, AAB 1. sınıflarda %0, 2. sınıflarda %0, 3. sınıflarda %1.2, 4. sınıflarda %0, 5. sınıflarda %0, devamsızlarda %10, YAB 1. sınıflarda %1.3, diğer sınıflarda ve devamsızlarda %0, OKB 4. sınıflarda %1.2, diğer sınıflarda ve devamsızlarda %0 bulundu. TSSB sıklığı tüm sınıflarda ve devamsızlarda %0 saptandı (Tablo-8).

**Tablo-8:** Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozukluklarının Sınıflardaki Sıklık Oranları

	1. SINIF		2. SINIF		3. SINIF		4. SINIF		5. SINIF		DEVAMSIZ		
	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	
Duygudurum Bozukluğu	*	2	2.6	2	2.4	3	3.6	2	2.4	1	1.2	2	20
	**	2	2.6	2	2.4	3	3.6	2	2.4	1	1.2	2	20
	***	2	2.6	0	0	2	2.4	0	0	0	0	2	20
Major Depresyon	*	2	2.6	2	2.4	2	2.4	2	2.4	1	1.2	2	20
	**	2	2.6	2	2.4	2	2.4	2	2.4	1	1.2	2	20
	***	2	2.6	0	0	2	2.4	0	0	0	0	2	20
Distimik Bozukluk	*	0	0	0	0	1	1.2	0	0	0	0	0	0
	**	0	0	0	0	1	1.2	0	0	0	0	0	0
	***	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anksiyete Bozukluğu	*	12	15	10	12	14	17	11	13	8	9.8	3	30
	**	6	7.7	3	3.7	6	7.2	7	8.5	3	3.7	3	30
	***	4	5.1	0	0	1	1.2	2	2.4	1	1.2	3	30
Özgül/Basit Fobi	*	10	13	9	11	12	15	8	9.8	5	6.1	2	20
	**	4	5.1	3	3.7	5	6	5	6.1	2	2.4	2	20
	***	3	3.8	0	0	0	0	1	1.2	1	1.2	2	20
Ayrılık Anksiyetesi	*	1	1.3	0	0	1	1.2	1	1.2	0	0	1	10
	**	1	1.3	0	0	1	1.2	1	1.2	0	0	1	10
	***	0	0	0	0	1	1.2	0	0	0	0	1	10
Yaygın Anksiyete	*	1	1.3	1	1.2	1	1.2	2	2.4	2	2.4	0	0
	**	1	1.3	0	0	1	1.2	1	1.2	1	1.2	0	0
	***	1	1.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TSSB	*	0	0	0	0	2	2.4	0	0	0	0	0	0
	**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	***	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OKB	*	0	0	1	1.2	0	0	1	1.2	1	1.2	0	0
	**	0	0	1	1.2	0	0	1	1.2	0	0	0	0
	***	0	0	0	0	0	0	1	1.2	0	0	0	0

\* K-SADS-PL ile değerlendirme sonucu bulunan sıklık

\*\* K-SADS-PL ve öğretmen veya ebeveyn ile yapılan impairment (bozulma) değerlendirmesi sonucu bulunan sıklık

\*\*\* K-SADS-PL ve öğretmenin ve ebeveynin her ikisi ile yapılan impairment (bozulma) değerlendirmesi sonucu bulunan sıklık

Yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme sonuçları, olgu ve ebeveyn ile görüşme, bozulma kriterlerine yönelik ebeveyn ve öğretmenle görüşmenin sonuçları bir araya getirilip son değerlendirmenin yapılması sonucunda Duygudurum Bozukluğu tanısı alan ve almayan olguların ebeveynlerinin medeni durumları karşılaştırıldığında tanı alan gruptaki ebeveynlerin %66.7'sinin evli (n=4) ve %33.3'ünün boşanmış (n=2) olduğu görüldü. Tanı almayan grupta ise %89.5'inin evli (n=368), %10.5'inin boşanmış (n=43) olduğu görüldü. Buna göre gruplar arasında ebeveynlerin medeni durumlarının benzer şekilde dağılım gösterdiği saptandı (p=0.129). (Tablo-9)

**Tablo-9:** Duygudurum Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Ebeveynlerin Medeni Durumlarının Dağılımı

DUYGUDURUM BOZUKLUĞU	EVLİ N (%)	BOŞANMIŞ n (%)	TOPLAM n (%)	p
Tanı alan	4 66.7	2 33.3	6 100	0.129
Tanı almayan	368 89.5	43 10.5	411 100	
<b>Toplam</b>	372 89.2	45 10.8	417 100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu tanısı alan ve almayan olguların ebeveynlerinin medeni durumları karşılaştırıldığında tanı alan gruptaki ebeveynlerin %81.8'inin evli (n=9) ve %18.2'sinin boşanmış (n=2) olduğu görüldü. Tanı almayan grupta ise %89.4'ünün evli (n=363), %10.6'sının boşanmış (n=43) olduğu görüldü. Buna göre gruplar arasında ebeveynlerin medeni durumlarının benzer şekilde dağılım gösterdiği saptandı (p=0.337). (Tablo-10)

**Tablo-10:** Herhangi Bir Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Ebeveynlerin Medeni Durumlarının Dağılımı

ANKSİYETE BOZUKLUĞU	EVLİ n (%)	BOŞANMIŞ n (%)	TOPLAM n (%)	p
Tanı alan	9 81.8	2 18.2	11 100	<b>0.337</b>
Tanı almayan	363 89.4	43 10.6	406 100	
<b>Toplam</b>	372 89.2	45 10.8	417 100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

Özgül/Basit Fobi tanısı alan ve almayan olguların ebeveynlerinin medeni durumları karşılaştırıldığında tanı alan gruptaki ebeveynlerin %71.4'ünün evli (n=5) ve %28.6'sının boşanmış (n=2) olduğu görüldü. Tanı almayan grupta ise %89.5'inin evli (n=367), %10.6'sının boşanmış (n=43) olduğu görüldü. Buna göre gruplar arasında ebeveynlerin medeni durumları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı (p=0.168). (Tablo-11)

**Tablo-11:** Özgül/Basit Fobi Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Ebeveynlerin Medeni Durumlarının Dağılımı

ÖZGÜL/BASİT	EVİLİ n (%)	BOŞANMIŞ n (%)	TOPLAM n (%)	p
<b>FOBİ</b>				
<b>Tanı alan</b>	5 71.4	2 28.6	7 100	<b>0.168</b>
<b>Tanı almayan</b>	367 89.5	43 10.5	410 100	
<b>Toplam</b>	372 89.2	45 10.8	417 100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

AAB tanısı alan ve almayan olguların ebeveynlerinin medeni durumları karşılaştırıldığında tanı alan gruptaki ebeveynlerin %100'ünün evli (n=2) olduğu görüldü. Tanı almayan grupta ise %89.2'sinin evli (n=370), %10.8'inin boşanmış (n=45) olduğu görüldü. Buna göre gruplar arasında ebeveynlerin medeni durumları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı (p=0.796). (Tablo-12)

**Tablo-12:** Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Ebeveynlerin Medeni Durumlarının Dağılımı

AYRILIK ANKSİYETESİ	EVLİ n (%)	BOŞANMIŞ n (%)	TOPLAM n (%)	p
<b>BOZUKLUĞU</b>				
<b>Tanı alan</b>	2	0	2	<b>0.796</b>
	100	0.0	100	
<b>Tanı almayan</b>	370	45	415	
	89.2	10.8	100	
<b>Toplam</b>	372	45	417	
	89.2	10.8	100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

YAB tanısı alan ve almayan olguların ebeveynlerinin medeni durumları karşılaştırıldığında tanı alan gruptaki ebeveynlerin %100'ünün evli (n=1) olduğu görüldü. Tanı almayan grupta ise %89.2'sinin evli (n=371), %10.8'inin boşanmış (n=45) olduğu görüldü. Buna göre gruplar arasında ebeveynlerin medeni durumları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı (p=0.892). (Tablo-13)

**Tablo-13:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Ebeveynlerin Medeni Durumlarının Dağılımı

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU	EVİLİ n (%)	BOŞANMIŞ n (%)	TOPLAM n (%)	p
Tanı alan	1 100	0 0.0	1 100	<b>0.892</b>
Tanı almayan	371 89.2	45 10.8	416 100	
	372	45	417	
<b>Toplam</b>	89.2	10.8	100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

OKB tanısı alan ve almayan olguların ebeveynlerinin medeni durumları karşılaştırıldığında tanı alan gruptaki ebeveynlerin %100'ünün evli (n=1) olduğu görüldü. Tanı almayan grupta ise %89.2'sinin evli (n=371), %10.8'inin boşanmış (n=45) olduğu görüldü. Buna göre gruplar arasında ebeveynlerin medeni durumları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı (p=0.892). (Tablo-14)

**Tablo-14:** OKB Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Ebeveynlerin Medeni Durumlarının Dağılımı

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	EVLİ n (%)	BOŞANMIŞ n (%)	TOPLAM n (%)	p
Tanı alan	1 100	0 0.0	1 100	<b>0.892</b>
Tanı almayan	371 89.2	45 10.8	416 100	
<b>Toplam</b>	372 89.2	45 10.8	417 100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*



Yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme sonuçları, olgu ve ebeveyn ile görüşme, bozulma kriterlerine yönelik ebeveyn ve öğretmenle görüşmenin sonuçları bir araya getirilip son değerlendirmenin yapılması sonucunda Duygudurum Bozukluğu tanısı alan ve almayan olguların sosyoekonomik durumları karşılaştırıldığında tanı alan grubun %16.7'sinin üst, %83.5'inin orta sosyoekonomik düzeyde olduğu saptandı. Tanı almayan grubun %33.6'sının üst, %32.4'ünün orta, %34.1'inin alt sosyoekonomik düzeyde olduğu saptandı. Buna göre Duygudurum Bozukluğu tanısının orta sosyoekonomik düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ( $p=0.025$ ). (Tablo-15)

**Tablo-15:** Duygudurum Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olguların Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılması

DUYGUDURUM BOZUKLUĞU	ÜST %	ORTA %	ALT %	TOPLAM %	P
TANI ALAN	16.7	83.5	0	100	0.025
TANI ALMAYAN	33.6	32.4	34.1	100	
TOPLAM	33.3	33.1	33.6	100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p<0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu tanısı alan ve almayan olguların sosyoekonomik durumları karşılaştırıldığında tanı alan grubun %27.3'ünün üst, %45.5'inin orta, %27.3'ünün alt sosyoekonomik düzeyde olduğu saptandı. Tanı almayan grubun %33.5'inin üst, %32.8'inin orta, %33.7'sinin alt sosyoekonomik düzeyde olduğu saptandı. Buna göre sosyoekonomik düzey açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p=0.677$ ). (Tablo-16)

**Tablo-16:** Herhangi Bir Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olguların Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılması

ANKSİYETE BOZUKLUĞU	ÜST %	ORTA %	ALT %	TOPLAM %	P
TANI ALAN	27.3	45.5	27.3	100	0.677
TANI ALMAYAN	33.5	32.8	33.7	100	
TOPLAM	33.3	33.1	33.6	100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p<0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

Özgül/Basit Fobi tanısı alan ve almayan olguların sosyoekonomik durumları karşılaştırıldığında tanı alan grubun %14.3'ünün üst, %57.1'inin orta, %28.6'sının alt sosyoekonomik düzeyde olduğu saptandı. Tanı almayan grubun %33.7'sinin üst, %32.7'sinin orta, %33.7'sinin alt sosyoekonomik düzeyde olduğu saptandı. Buna göre sosyoekonomik düzey açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p=0.355). (Tablo-17)

**Tablo-17:** Özgül/Basit Fobi Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olguların Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılması

ÖZGÜL/BASİT FOBİ	ÜST %	ORTA %	ALT %	TOPLAM %	P
TANI ALAN	14.3	57.1	28.6	100	0.355
TANI ALMAYAN	33.7	32.7	33.7	100	
TOPLAM	33.3	33.1	33.6	100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

AAB tanısı alan ve almayan olguların sosyoekonomik durumları karşılaştırıldığında tanı alan grubun %50'sinin üst, %50'sinin orta sosyoekonomik düzeyde olduğu saptandı. Tanı almayan grubun %33.3'ünün üst, %33'ünün orta, %33.7'sinin alt sosyoekonomik düzeyde olduğu saptandı. Buna göre sosyoekonomik düzey açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p=0.602). (Tablo-18)

**Tablo-18:** Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olguların Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılması

AYRILIK ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU	ÜST %	ORTA %	ALT %	TOPLAM %	P
TANI ALAN	50	50	0	100	<b>0.602</b>
TANI ALMAYAN	33.3	33	33.7	100	
<b>TOPLAM</b>	33.3	33.1	33.6	100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

YAB tanısı alan ve almayan olguların sosyoekonomik durumları karşılaştırıldığında tanı alan grubun %100'ünün üst sosyoekonomik düzeyde olduğu saptandı. Tanı almayan grubun %33.2'sinin üst, %33.2'sinin orta, %33.7'sinin alt sosyoekonomik düzeyde olduğu saptandı. Buna göre sosyoekonomik düzey açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p=0.367). (Tablo-19)

**Tablo-19:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olguların Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılması

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU	ÜST %	ORTA %	ALT %	TOPLAM %	p
TANI ALAN	100	0	0	100	0.367
TANI ALMAYAN	33.2	33.2	33.7	100	
TOPLAM	33.3	33.1	33.6	100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

OKB tanısı alan ve almayan olguların sosyoekonomik durumları karşılaştırıldığında tanı alan grubun %100'ünün alt sosyoekonomik düzeyde olduğu saptandı. Tanı almayan grubun %33.4'ünün üst, %33.2'sinin orta, %33.4'ünün alt sosyoekonomik düzeyde olduğu saptandı. Buna göre sosyoekonomik düzey açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p=0.371$ ). (Tablo-20)

**Tablo-20:** OKB Tanısı Alan ve Almayan Olguların Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılması

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	ÜST %	ORTA %	ALT %	TOPLAM %	P
TANI ALAN	0	0	100	100	<b>0.371</b>
TANI ALMAYAN	33.4	33.2	33.4	100	
TOPLAM	33.3	33.1	33.6	100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p<0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

Duygudurum Bozukluğu tanısı alan olguların babalarının %16.7'sinin eğitimsiz, %66.7'sinin ilkokul, %16.7'sinin lise, tanı almayan grupta ise %6.1'inin eğitimsiz, %45.7'sinin ilkokul mezunu, %10.7'sinin ortaokul mezunu, %24.3'ünün lise mezunu, %13.1'inin üniversite mezunu olduğu saptandı. Tanı alan ve almayan gruplar arasında babaların eğitim düzeylerinin dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0.525$ ). (Tablo-21)

**Tablo-21:** Duygudurum Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Babaların Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

DUYGUDURUM BOZUKLUĞU	YOK n (%)	İLKOKUL n (%)	ORTAOKUL n (%)	LİSE n (%)	ÜNİVERSİTE n (%)	TOPLAM n (%)	P
TANI ALAN	1 16.7	4 66.7	0	1 16.7	0	6 100	<b>0.525</b>
TANI ALMAYAN	25 6.1	188 45.7	44 10.7	100 24.3	54 13.1	411 100	
TOPLAM	26 6.2	192 46	44 10.6	101 24.2	54 12.9	417 100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p<0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu tanısı alan olguların babalarının %18.2'sinin eğitimsiz, %54.5'inin ilkokul, %18.2'sinin lise, %9.1'inin üniversite, tanı almayan grupta ise %5.9'unun eğitimsiz, %45.8'inin ilkokul mezunu, %10.8'inin ortaokul mezunu, %24.4'ünün lise mezunu, %13.1'inin üniversite mezunu olduğu saptandı. Tanı alan ve almayan gruplar arasında babaların eğitim düzeylerinin dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.372). (Tablo-22)

**Tablo-22:** Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Babaların Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

ANKSİYETE BOZUKLUĞU	YOK n (%)	İLKOKUL n (%)	ORTAOKUL n (%)	LİSE n (%)	ÜNİVERSİTE n (%)	TOPLAM n (%)	P
TANI ALAN	2 18.2	6 54.5	0	2 18.2	1 9.1	11 100	<b>0.372</b>
TANI ALMAYAN	24 5.9	186 45.8	44 10.8	99 24.4	53 13.1	406 100	
TOPLAM	26 6.2	192 46	44 10.6	101 24.2	54 12.9	417 100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*



Özgül/Basit Fobi tanısı alan olguların babalarının %28.6'sının eğitimsiz, %42.9'unun ilkokul, %28.6'sının lise, tanı almayan grupta ise %5.9'unun eğitimsiz, %46.1'inin ilkokul mezunu, %10.7'sinin ortaokul mezunu %24.1'inin lise mezunu, %13.2'sinin üniversite mezunu olduğu saptandı. Tanı alan ve almayan gruplar arasında babaların eğitim düzeylerinin dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.114). (Tablo-23)

**Tablo-23:** Özgül/Basit Fobi Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Babaların Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

ÖZGÜL/BASİT	YOK n (%)	İLKOKUL n (%)	ORTAOKUL n (%)	LİSE n (%)	ÜNİVERSİTE n (%)	TOPLAM n (%)	P
<b>FOBİ</b>							
<b>TANI ALAN</b>	2 28.6	3 42.9	0	2 28.6	0	7 100	<b>0.114</b>
<b>TANI ALMAYAN</b>	24 5.9	189 46.1	44 10.7	99 24.1	54 13.2	410 100	
<b>TOPLAM</b>	26 6.2	192 46	44 10.6	101 24.2	54 12.9	417 100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

AAB tanısı alan olguların babalarının %100'ünün ilkokul, tanı almayan grupta ise %6.3'ünün eğitimsiz, %45.8'inin ilkokul mezunu, %10.6'sının ortaokul mezunu %24.3'ünün lise mezunu, %13'ünün üniversite mezunu olduğu saptandı. Tanı alan ve almayan gruplar arasında babaların eğitim düzeylerinin dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0.671$ ). (Tablo-24)

**Tablo-24:** Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Babaların Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

AYRILIK ANKSİYETESİ	YOK	İLKOKUL	ORTAOKUL	LİSE	ÜNİVERSİTE	TOPLAM	P
BOZUKLUĞU	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
TANI ALAN	0	2	0	0	0	2	
TANI ALMAYAN	0	100	0	0	0	100	
	26	190	44	101	54	415	<b>0.671</b>
	6.3	45.8	10.6	24.3	13	100	
TOPLAM	26	192	44	101	54	417	
	6.2	46	10.6	24.2	12.9	100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p<0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

YAB tanısı alan olguların babalarının %100'ünün ilkokul, tanı almayan grupta ise %6.3'ünün eğitimsiz, %45.9'unun ilkokul mezunu, %10.6'sının ortaokul mezunu %24.3'ünün lise mezunu, %13'ünün üniversite mezunu olduğu saptandı. Tanı alan ve almayan gruplar arasında babaların eğitim düzeylerinin dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.882). (Tablo-25)

**Tablo-25:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Babaların Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU	YOK n (%)	İLKOKUL n (%)	ORTAOKUL n (%)	LİSE n (%)	ÜNİVERSİTE n (%)	TOPLAM n (%)	P
TANI ALAN	0	1	0	0	0	1	<b>0.882</b>
TANI ALMAYAN	0	100	0	0	0	100	
	26	191	44	101	54	416	
	6.3	45.9	10.6	24.3	13	100	
TOPLAM	26	192	44	101	54	417	
	6.2	46	10.6	24.2	12.9	100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

OKB tanısı alan olguların babalarının %100'ünün üniversite, tanı almayan grupta ise %6.3'ünün eğitimsiz, %46.2'sinin ilkokul mezunu, %10.6'sının ortaokul mezunu %24.3'ünün lise mezunu, %12.7'sinin üniversite mezunu olduğu saptandı. Tanı alan ve almayan gruplar arasında babaların eğitim düzeylerinin dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.159). (Tablo-26)

**Tablo-26:** OKB Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Babaların Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	YOK n (%)	İLKOKUL n (%)	ORTAOKUL n (%)	LİSE n (%)	ÜNİVERSİTE n (%)	TOPLAM n (%)	P
TANI ALAN	0	0	0	0	1	1	<b>0.159</b>
TANI ALMAYAN	0	0	0	0	100	100	
	26	192	44	101	53	416	
	6.3	46.2	10.6	24.3	12.7	100	
TOPLAM	26	192	44	101	54	417	
	6.2	46	10.6	24.2	12.9	100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

Duygudurum Bozukluğu tanısı alan olguların annelerinin %33.3'ünün eğitimsiz, %66.7'sinin ilkokul, tanı almayan grupta ise %14.6'sının eğitimsiz, %50.1'inin ilkokul mezunu, %8'inin ortaokul mezunu, %17.5'inin lise mezunu, %9.7'sinin üniversite mezunu olduğu saptandı. Tanı alan ve almayan gruplar arasında annelerinin eğitim düzeylerinin dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.469). (Tablo-27)

**Tablo-27:** Duygudurum Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Annelerin Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

DUYGUDURUM BOZUKLUĞU	YOK n (%)	İLKOKUL n (%)	ORTAOKUL n (%)	LİSE n (%)	ÜNİVERSİTE n (%)	TOPLAM n (%)	P
TANI ALAN	2 33.3	4 66.7	0	0	0	6 100	0.469
TANI ALMAYAN	60 14.6	206 50.1	33 8	72 17.5	40 9.7	411 100	
TOPLAM	62 14.9	210 50.4	33 7.9	72 17.3	40 9.6	417 100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu tanısı alan olguların annelerinin %18.2'sinin eğitimsiz, %54.5'inin ilkokul, %9.1'inin lise, %18.2'sinin üniversite, tanı almayan grupta ise %14.8'inin eğitimsiz, %50.2'sinin ilkokul, %8.1'inin ortaokul, %17.5'inin lise, %9.4'ünün üniversite mezunu olduğu saptandı. Tanı alan ve almayan gruplar arasında annelerinin eğitim düzeylerinin dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0.677$ ). (Tablo-28)

**Tablo-28:** Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Annelerin Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

ANKSİYETE BOZUKLUĞU	YOK n (%)	İLKOKUL n (%)	ORTAOKUL n (%)	LİSE n (%)	ÜNİVERSİTE n (%)	TOPLAM n (%)	P
TANI ALAN	2 18.2	6 54.5	0	1 9.1	2 18.2	11 100	<b>0.677</b>
TANI ALMAYAN	60 14.8	204 50.2	33 8.1	71 17.5	38 9.4	406 100	
	62	210	33	72	40	417	
<b>TOPLAM</b>	14.9	50.4	7.9	17.3	9.6	100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p<0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

Özgül/Basit Fobi tanısı alan olguların annelerinin %28.6'sının eğitimsiz, %42.9'unun ilkokul, %14.3'ünün lise, %14.3'ünün üniversite, tanı almayan grupta ise %14.6'sının eğitimsiz, %50.5'inin ilkokul, %8'inin ortaokul, %17.3'ünün lise, %9.5'inin üniversite mezunu olduğu saptandı. Tanı alan ve almayan gruplar arasında annelerinin eğitim düzeylerinin dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.783). (Tablo-29)

**Tablo-29:** Özgül/Basit Fobi Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Annelerin Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

ÖZGÜL/BASİT	YOK	İLKOKUL	ORTAOKUL	LİSE	ÜNİVERSİTE	TOPLAM	P
FOBİ	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
TANI ALAN	2 28.6	3 42.9	0	1 14.3	1 14.3	7 100	<b>0.783</b>
TANI ALMAYAN	60 14.6	207 50.5	33 8	71 17.3	39 9.5	410 100	
TOPLAM	62 14.9	210 50.4	33 7.9	72 17.3	40 9.6	417 100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

AAB tanısı alan olguların annelerinin %100'ünün ilkokul, tanı almayan grupta ise %14.9'unun eğitimsiz, %50.1'inin ilkokul, %8'inin ortaokul, %17.3'ünün lise, %9.6'sının üniversite mezunu olduğu saptandı. Tanı alan ve almayan gruplar arasında annelerinin eğitim düzeylerinin dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.739). (Tablo-30)

**Tablo-30:** Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Annelerin Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

AYRILIK ANKSİYETESİ	YOK	İLKOKUL	ORTAOKUL	LİSE	ÜNİVERSİTE	TOPLAM	P
BOZUKLUĞU	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
TANI ALAN	0	2	0	0	0	2	
TANI ALMAYAN	62	208	33	72	40	415	<b>0.739</b>
TOPLAM	14.9	50.4	7.9	17.3	9.6	100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*



YAB tanısı alan olguların annelerinin %100'ünün ilkokul, tanı almayan grupta ise %14.9'unun eğitimsiz, %50.2'sinin ilkokul, %7.9'unun ortaokul, %17.3'ünün lise, %9.6'sının üniversite mezunu olduğu saptandı. Tanı alan ve almayan gruplar arasında annelerinin eğitim düzeylerinin dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.912). (Tablo-31)

**Tablo-31:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Annelerin Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU	YOK n (%)	İLKOKUL n (%)	ORTAOKUL n (%)	LİSE n (%)	ÜNİVERSİTE n (%)	TOPLAM n (%)	p
TANI ALAN	0	1	0	0	0	1	<b>0.912</b>
TANI ALMAYAN	0	100	0	0	0	100	
	62	209	33	72	40	416	
	14.9	50.2	7.9	17.3	9.6	100	
TOPLAM	62	210	33	72	40	417	
	14.9	50.4	7.9	17.3	9.6	100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

OKB tanısı alan olguların annelerinin %100'ünün üniversite, tanı almayan grupta ise %14.9'unun eğitimsiz, %50.5'inin ilkokul, %7.9'unun ortaokul, %17.3'ünün lise, %9.4'ünün üniversite mezunu olduğu saptandı. Tanı alan ve almayan gruplar arasında annelerinin eğitim düzeylerinin dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0.051$ ). (Tablo-32)

**Tablo-32:** OKB Tanısı Alan ve Almayan Olgularda Annelerin Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	YOK n (%)	İLKOKUL n (%)	ORTAOKUL n (%)	LİSE n (%)	ÜNİVERSİTE n (%)	TOPLAM n (%)	P
TANI ALAN	0	0	0	0	1	1	<b>0.051</b>
TANI ALMAYAN	0	0	0	0	100	100	
	62	210	33	72	39	416	
	14.9	50.5	7.9	17.3	9.4	100	
TOPLAM	62	210	33	72	40	417	
	14.9	50.4	7.9	17.3	9.6	100	

*İstatistiksel analiz: Ki-kare,  $p<0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

Duygudurum Bozukluğu ve herhangi bir Anksiyete Bozukluğu tanısı alan ve almayan olguların davranış değerlendirme ölçeği alt test skorları normal dağılım göstermediği için skorların karşılaştırılması Mann-Whitney U testiyle yapıldı.

Duygudurum Bozukluğu tanısı alan ve almayan olguların ÇDDÖ alt test skorları karşılaştırıldığında hepsinde anlamlı bir farklılık saptandı ( $p<0.05$ ). Sırasıyla tanı alanların almayanlara göre; etkinlik, sosyallik puanlarının daha düşük olduğu, sosyal içe çekilme, somatizasyon, anksiyete-depresyon, sosyal sorun, düşünce sorunları, dikkat sorunları, suçta yönelim, saldırganlık, içe yönelim, dışa yönelim, toplam sorun puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo-33).

Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu tanısı alan ve almayan olguların ÇDDÖ alt test skorları karşılaştırıldığında sosyallik, somatizasyon, sosyal sorun, dikkat sorunları, suçta yönelim, saldırganlık, içe yönelim puanları açısından anlamlı bir farklılık saptandı ( $p<0.05$ ). Sırasıyla tanı alanların almayanlara göre; sosyallik puanlarının daha düşük olduğu, somatizasyon, sosyal sorun, dikkat sorunları, suçta yönelim, saldırganlık, içe yönelim puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo-34).

Etkinlik ( $p=0.148$ ), sosyal içe çekilme ( $p=0.262$ ), anksiyete-depresyon ( $p=0.081$ ), düşünce sorunları ( $p=0.056$ ), dışa yönelim ( $p=0.080$ ) ve toplam sorun ( $p=0.067$ ) puanları açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo-34).

**Tablo-33:** Duygudurum Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÇDDÖ Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması

<b>DUYGUDURUM BZK. ÇDDÖ</b>	<b>Tanı alan (+) Tanı almayan (-)</b>	<b>MEDIAN</b>	<b>I.R</b>	<b>P</b>
	+	32.5	11.75	<0.05
ETKİNLİK	-	44	14	
	+	41	13.25	<0.05
SOSYALLİK	-	51	9	
	+	57	4.75	<0.05
SOSYAL İÇE ÇEKİLME	-	50	7	
	+	62	18	<0.05
SOMATİZASYON	-	50	11	
	+	66.5	8.25	<0.05
ANKSİYETE/DEPRESYON	-	52	11	
	+	66	26.75	<0.05
SOSYAL SORUN	-	50	2	
	+	68	13	<0.05
DÜŞÜNCE SORUNLARI	-	50	8	
	+	66	16.75	<0.05
DİKKAT SORUNLARI	-	51	8	
	+	62	18	<0.05
SUÇA YÖNELİM	-	50	4	
	+	63.5	25.75	<0.05
SALDIRGANLIK	-	50	3	
	+	69	8.5	<0.05
İÇE YÖNELİM	-	48	17	
	+	68.5	8.75	<0.05
DIŞA YÖNELİM	-	52	17	
	+	64	22.5	<0.05
TOPLAM SORUN	-	43	17	

*İstatistiksel analiz: Mann-Whitney U testi,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

**Tablo-34:** Herhangi Bir Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÇDDÖ Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması

ANKSİYETE BZK. ÇDDÖ	Tanı alan (+) Tanı almayan (-)	MEDIAN	I.R	p
ETKİNLİK	+	35	20	0.148
	-	44	12	
SOSYALLİK	+	41	11	<0.05
	-	51	9	
SOSYAL İÇE ÇEKİLME	+	54	11	0.262
	-	50	7	
SOMATİZASYON	+	61	16	<0.05
	-	50	11	
ANKSİYETE/DEPRESYON	+	58	18	0.081
	-	52	11	
SOSYAL SORUN	+	62	21	<0.05
	-	50	2	
DÜŞÜNCE SORUNLARI	+	57	18	0.056
	-	50	8	
DİKKAT SORUNLARI	+	60	24	<0.05
	-	51	8	
SUÇA YÖNELİM	+	57	25	<0.05
	-	50	4	
SALDIRGANLIK	+	53	8	<0.05
	-	50	3	
İÇE YÖNELİM	+	58	26	<0.05
	-	48	17	
DIŞA YÖNELİM	+	61	24	0.080
	-	52	17	
TOPLAM SORUN	+	54	27	0.067
	-	43	17	

*İstatistiksel analiz: Mann-Whitney U testi,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

Duygudurum Bozukluğu ve herhangi bir Anksiyete Bozukluğu tanısı alan ve almayan olguların Öğretmen Bilgi Formu (ÖBF)'nin alt test skorları normal dağılım göstermediği için skorların karşılaştırılması Mann-Whitney U testiyle yapıldı.

Duygudurum Bozukluğu tanısı alan ve almayan olguların ÖBF alt test skorları karşılaştırıldığında uygun davranma, dikkat sorunları, suçā yönelim, içe yönelim, toplam sorun puanları açısından farklılık saptandı ( $p<0.05$ ). Uygun davranma puanının tanı alanlarda tanı almayanlara göre daha düşük olduğu, dikkat sorunları, suçā yönelim, içe yönelim ve toplam sorun puanlarının ise daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo-35).

Okul başarısı ( $p=0.220$ ), sıkı çalışma ( $p=0.337$ ), öğrenme ( $p=0.362$ ), mutlu olma ( $p=0.098$ ), toplam uyum ( $p=0.103$ ), sosyal içe çekilme ( $p=0.699$ ), anksiyete-depresyon ( $p=0.839$ ), sosyal sorun ( $p=0.062$ ), düşünce sorunları ( $p=0.073$ ), dışā yönelim ( $p=0.479$ ) ve sosyalizasyon ( $p=0.087$ ) puanları açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo-35).

**Tablo-35:** Duygudurum Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÖBF Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması

ÖBF	Tanı alan (+) Tanı almayan (-)	MEDIAN	I.R.	P
OKUL BAŞARISI	+	46	4.75	0.220
	-	48	10	
SIKI ÇALIŞMA	+	46	6.25	0.337
	-	49	5.25	
UYGUN DAVRANMA	+	43	9	<0.05
	-	49	10	
ÖĞRENME	+	45	5	0.362
	-	47	6	
MUTLU OLMA	+	41.5	14.25	0.098
	-	46	10	
TOPLAM UYUM	+	42	12	0.103
	-	47	9	
SOSYAL İÇE ÇEKİLME	+	52.5	8.25	0.699
	-	50	7.25	
SOMATİZASYON	+	53	7.5	0.087
	-	50	0	
ANKSİYETE/DEPRESYON	+	52	15.5	0.839
	-	53	9	
SOSYAL SORUN	+	60	5.75	0.062
	-	51	8	
DÜŞÜNCE SORUNLARI	+	59	17.5	0.073
	-	50	8	
DİKKAT SORUNLARI	+	58.5	13.5	<0.05
	-	50	6	
SUÇA YÖNELİK DAVRANIŞLAR	+	61	13	<0.05
	-	50	3.5	
AGRESYON	+	67.5	15.75	<0.05
	-	50	6	
İÇE YÖNELİM	+	63.5	14	<0.05
	-	49	18	
DIŞA YÖNELİM	+	52	17.25	0.479
	-	51	21	
TOPLAM SORUN	+	67.5	18.25	<0.05
	-	49	14	

İstatistiksel analiz: Mann-Whitney U testi,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu tanısı alan ve almayan olguların ÖBF alt test skorları karşılaştırıldığında sıkı çalışma, uygun davranma, öğrenme, mutlu olma, toplam uyum, sosyal sorun, düşünce sorunları, dikkat sorunları, suçla yönelik davranışlar, agresyon, içe yönelim ve toplam sorun puanları açısından farklılık saptandı ( $p<0.05$ ). Sıkı çalışma, uygun davranma, öğrenme, mutlu olma, toplam uyum puanlarının tanı alanlarda tanı almayanlara göre daha düşük olduğu, sosyal sorun, düşünce sorunları, dikkat sorunları, suçla yönelik davranışlar, agresyon, içe yönelim ve toplam sorun puanlarının ise daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo-36).

Okul başarısı ( $p=0.170$ ), sosyal içe çekilme ( $p=0.055$ ), somatizasyon ( $p=0.227$ ), anksiyete-depresyon ( $p=0.200$ ) ve dışla yönelim ( $p=0.479$ ) puanları açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo-36).



**Tablo-36:** Herhangi Bir Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Olguların ÖBF Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması

ÖBF	Tanı alan (+)	MEDIAN	I.R.	P
	Tanı almayan (-)			
OKUL BAŞARISI	+	47.5	13	0.170
	-	48	10	
SIKI ÇALIŞMA	+	39	8	<0.05
	-	49	5	
UYGUN DAVRANMA	+	39.5	7.25	<0.05
	-	49	10	
ÖĞRENME	+	38.5	4.75	<0.05
	-	47	6	
MUTLU OLMA	+	42.5	5.5	<0.05
	-	46	10	
TOPLAM UYUM	+	39	6.5	<0.05
	-	47	9	
SOSYAL İÇE ÇEKİLME	+	56.5	22.5	0.055
	-	50	5	
SOMATİZASYON	+	50	13.25	0.227
	-	50	0	
ANKSİYETE/DEPRESYON	+	61	19.25	0.200
	-	53	9	
SOSYAL SORUN	+	68.5	14.75	<0.05
	-	50	8	
DÜŞÜNCE SORUNLARI	+	66	14	<0.05
	-	50	8	
DİKKAT SORUNLARI	+	66	13.25	<0.05
	-	50	6	
SUÇA YÖNELİK DAVRANIŞLAR	+	58.5	23.5	<0.05
	-	50	3.5	
AGRESYON	+	62.5	16.5	<0.05
	-	50	6	
İÇE YÖNELİM	+	67	15.25	<0.05
	-	49	18.5	
DIŞA YÖNELİM	+	58.5	26.5	0.160
	-	51	20	
TOPLAM SORUN	+	63.5	21.25	<0.05
	-	49	14	

*İstatistiksel analiz: Mann-Whitney U testi,  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.*

## 6. TARTIŞMA

Epidemiyolojik alışmalar belirli hastalıkların toplumdaki sıklıklarını ve bu hastalıklarla ilişkili faktörleri araştıran çalışmalardır. Epidemiyolojik veriler sağlık hizmetlerini planlamak, erken tanı ve tedavi stratejilerini geliştirmek açısından toplum sağlığı için gereklidir (Polanczyk 2008). Epidemiyolojik veriler aynı zamanda hastalıkların etiyolojisi ve risk faktörlerinin de saptanmasının sağlaması açısından değerli bilgiler verir (Costello 2005). Erişkinlerle kıyaslandığında çocukluk ve ergenlik ile ilgili epidemiyolojik veriler daha azdır. Çocukluk ve ergenlik çağındaki psikiyatrik hastalıkların etiyolojisi ve doğal seyrini anlamak için prevalans ve insidans ile ilgili ampirik verilerin olması gerekmektedir (Roberts 1998, Costello 2005). Literatürde ocuk ve ergenlik dönemi psikiyatrik bozukluklarının sıklığına ilişkin bilgilerin pek çoğu sadece ölçeklere dayalı tanı konulan veya sadece bir kaynaktan bilgi alınarak tanı konulan çalışmalardan oluşmaktadır. Epidemiyolojik verilerin daha sağlıklı olması bakımından öğretmen ve ebeveynlerden alınan bilgi ile çocuğun klinik psikiyatrik değerlendirilmesinin kombine edilmesi ve impairment (bozulma) ölçütünün göz önüne alınması durumunda yüksek düzeyde sensitif ve özgül tanı konulduğu bildirilmektedir (Eapen 1999, Ford 2003).

Araştırmamız epidemiyolojik çalışmalar için önerilen ölçütlerin çoğunu karşlayan; iyi belirlenmiş ve yeterli sayıdaki bir okul örneklemiyle, sene başı liste dikkate alınarak, tek aşamalı değerlendirme yöntemiyle, DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak, birebir yüz yüze ocuk-ebeveyn ve öğretmenle yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi yapılan (K-SADS-PL), ÇDDÖ ve ÖBF ölçekleri, impairment (bozulma)

kriterleri kullanılan Türkiye'deki ilk kesitsel çalışmadır. Çalışmamızda elde edilen Duygudurum ve Anksiyete Bozuklukları prevalansı genel olarak literatürle uyumludur. Literatürde ortalama sıklıklar sırasıyla Duygudurum Bozuklukları için %4 (%0.2-17) (Costello 2004) ve Anksiyete Bozuklukları için %8 (%2-24) (Costello 2005) olarak bildirilmektedir. Biz sıklık oranlarımızı Duygudurum Bozuklukları için %2.9 ve Anksiyete Bozuklukları için %13.9, impairment (bozulma) eklendiğinde bu oranları ebeveyn veya öğretmenden biri ile yapılan görüşme dikkate alındığında sırasıyla %2.9, %6.7 ve öğretmen ve ebeveynle görüşmenin ikisi de dikkate alındığında sıklıkları sırasıyla %1.4, %2.6 olarak saptadık.

Literatüre bakıldığında psikiyatrik hastalık sıklık oranlarının önemli farklılıklar gösterdiğinin ve bu değişkenliklerin (Costello 2004, Roberts 1998) epidemiyolojik çalışmalarda kullanılan metodolojik farklılıklardan kaynaklanabileceği bildirilmiştir (Lahey 1999). Yine bu değişkenliklerin örneklem karakterindeki farklılıklardan (örneğin yaş aralıklarının farklı olması, klinik örneklem ya da okul örnekleme olması vb.), kültürel olarak bazı rahatsızlıkların farklı etnik gruplarda farklı sıklıklarda görülmesinden kaynaklanabileceği, ancak bunun çok da güçlü bir etki olmadığı bildirilmektedir (Roberts 2006). Ayrıca iki aşamalı ve tek aşamalı çalışmalarda olduğu gibi tanı koyarken farklı yöntemlerin kullanılması durumunda sıklık oranlarında farklı sonuçlar elde edilebilmektedir (Swanson 1998, Leung 2008). Tek aşamalı epidemiyolojik çalışmalar birçok araştırmacıya göre altın standarttır, daha net bir metodolojisi vardır ve bu yöntemi kullanan çalışmalarda tüm örnekleme olgularla birebir yüz yüze görüşme yapılarak tanı konulur, ancak daha pahalı bir yöntemdir, daha çok iş gücü gerektirir ve bu yüzden birçok çalışmada iki aşamalı yöntem kullanılmaktadır (Cartwright-Hatton 2006). İki aşamalı yöntem daha ucuzdur ve daha fazla örneklemin araştırılmasını sağlar. İlk aşamada tarama için

ölçekler kullanılır ve belli kriterlere göre pozitif olan olgular ikinci aşamaya geçer, ama çok az ölçek DSM bozukluklarını tarayabilmek için sensitif ve spesifiktir (Cartwright-Hatton 2006).

Okul çağı çocuklarında Depresif Bozukluk sıklığı %3'ten az olarak bildirilmektedir. Yakın zamanlı çalışmalarda çocuk ve ergenlerde MDB prevalansı %0.6 ile %3.0 (Green 2005, Canino 2004), Distimik Bozukluk prevalansı 4-17 yaş arasındaki çocuklarda %0.3, 11-17 yaş arası gençlerde %3.4 (Canino 2004, Roberts 2007), Bipolar Bozukluk prevalansı %0 ile %2.1 (Merikangas 2009) aralığında bildirilmiştir. Biz çalışmanın sonunda literatürle benzer olarak Depresif Bozukluk sıklığını %1.4, Distimik Bozukluk sıklığını %0, Bipolar Bozukluk sıklığını ise %0 saptadık.

Özellikle Anksiyete Bozuklukları, erken yaş grubu çocuklarında sık görülen psikiyatrik hastalıklardan biridir. Literatüre bakıldığında Anksiyete Bozuklukları prevalanslarıyla ilgili veriler değişkenlik göstermektedir (Cartwright-Hatton 2006). Birçok çalışmaya göre de yaklaşık ilkokuldaki 30 çocuktan birinde Anksiyete Bozuklukları bulunmaktadır (Ford 2003). Literatürde ergenlik öncesi çocuklarda en sık görülen Anksiyete Bozukluğunun AAB olduğu (Cartwright-Hatton 2006), bununla birlikte YAB ve SAB'nun da çocuk ve ergenlerde sık görüldüğü, PB ve OKB'nun özellikle 12 yaş altında çok nadir görüldüğü (Merikangas 2009), PB ve Agorafobinin %0.5'ten az (Cartwright-Hatton 2006), TSSB prevalansının ise çocuk yaş grubunda %0.5 ile %4 (Sadock & Sadock 2012b) arasında görüldüğü bildirilmektedir. Literatürdeki Anksiyete Bozuklukları ile ilgili diğer epidemiyolojik çalışmaların çoğunda TSSB saptanmadığı görülmüştür (Merikangas 2009). AAB için oranlar %0.4 (Lavigne 1996) ve %20.2 (Sugawara 1999) arasında bildirilmekle

birlikte ortalama olarak bu oran %4 kadardır. YAB sıklığı ise %0.16 (Ford 2003) ile %11.1 (Boyle 1993) arasında bildirilmiştir. OKB sıklığı ise %0.03 (Ford 2003) ile %2.6 (Sugawara 1999) arasında bildirilmiştir. Özgül/Basit Fobi sıklığı ile ilgili oranlar değişkenlik göstermektedir. İki araştırmada sıklığı %20'den fazla bildirilirken (Kroes 2001, Sugawara 1999), diğer çalışmalarda ise %1'den az bulunmuştur (Cartwright-Hatton 2006). Bizim çalışmamızda sıklıkları sırasıyla Özgül/Basit Fobi %1.7, AAB %0.5, YAB %0.2, OKB %0.2, TSSB %0, Panik Bozukluk ve Agorafobi %0 olarak saptadık. Bu bulguları literatürde bildirilen sıklık oranları ile uyumlu olarak değerlendirdik.

Canino ve ark.nın (2004), 4-17 yaş arası 1886 çocuk ve aile ile yaptıkları değerlendirme (Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV [DISC-IV] ve Children's Global Assessment Scale [CGAS] kullanarak) sonucunda Duygudurum Bozuklukları, MDB, Distimi sıklığını sırasıyla impairment (bozulma) olmadan %3.4, %3.0, %0.5, impairment (bozulma) olduğunda %1.7, %1.4, %0.3, herhangi bir Anksiyete Bozukluğu, AAB, YAB, TSSB sıklıklarını impairment (bozulma) olmadan %6.9, %3.1, %2.2, %0.8, impairment (bozulma) olduğunda ise %2.9, %1.5, %1.0, %0.1 olarak bildirmişlerdir. Biz çalışmamızda sıklıkları impairment (bozulma) olmadan Duygudurum Bozuklukları, Major Depresif Bozukluk, Distimi, herhangi bir Anksiyete Bozukluğu, AAB, YAB, TSSB için sırasıyla %2.9, %2.6, %0.2, %13.9, %1.0, %1.7, %0.5, impairment (bozulma) olduğunda sırasıyla %1.4, %1.4, %0, %2.6, %0.5, %0.2, %0 olarak saptadık. Canino ve ark.nın (2004) saptadıkları Duygudurum Bozuklukları sıklığı bizim çalışmamızla benzerdir. Impairment (bozulma) olduğundaki azalmanın yine Duygudurum Bozuklukları için benzer olduğu görülmüştür. Canino ve ark. (2004), Anksiyete Bozuklukları sıklığını impairment (bozulma) olmadan %6.9 bulmuşlar, biz ise

%13.9 olarak saptadık. Bunun nedeni çalışmada Özgül/Basit Fobi ve OKB sıklığına bakmamış olmaları olabilir. Ayrıca Canino ve ark.nın (2004) yaptıkları çalışmada Panik Bozukluk ve Sosyal Fobi saptanan olgular bulunurken, biz bu rahatsızlıklara örneklem grubumuzda rastlamadık. Çalışmamızda Canino ve ark.nın (2004) çalışmasına benzer olarak impairment (bozulma) kriterleri dikkate alındığında Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları sıklığının belirgin olarak azaldığını saptadık. Literatürde de impairment kriterleri dikkate alındığında psikiyatrik hastalık sıklık oranlarının değişkenlik gösterdiği bildirilmektedir (Shaffer 1996, Costello 1996, Narrow 1998).

Eapen ve ark. (2003), 6-18 yaş arası 329 çocuğu değerlendirdikleri (K-SADS ve CGAS kullanarak) çalışmada 47 olgunun belirgin bozulma ile birlikte psikiyatrik tanı aldığını ve özellikle Duygudurum Bozukluklarının en sık görüldüğünü, bunu Anksiyete Bozukluğunun izlediğini, impairment (bozulma) ile birlikte sıklıkları Duygudurum Bozuklukları için %3, Anksiyete ve İlişkili Bozukluklar için %2.8 olarak bildirmişlerdir. Bu çalışmada Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları alt tiplerinin hangileri olduğu belirtilmemiştir. Anksiyete Bozuklukları sıklığı, impairment (bozulma) kriteri dahil edildiğinde bizim çalışmamızla (%2.6) yaklaşık olarak benzer olmakla birlikte, Eapen ve ark.nın (2003) bulgularından farklı olarak Anksiyete Bozuklukları sıklığını bizim örneklem grubumuzda Duygudurum Bozuklukları sıklığından daha yüksek bulduk. Bu farklılığın nedeni Eapen ve ark.nın (2003) örneklem grubunun yaş aralığının 6-18, bizim çalışmamızdaki örneklem grubunun yaş aralığının 6-14 olması olabilir. Biliyoruz ki ergen yaş grubunda Duygudurum Bozuklukları sıklığı artmaktadır (Sadock & Sadock 2012a) ve ergenlik öncesi yaş grubunda Anksiyete Bozuklukları, Duygudurum Bozukluklarından daha sık görülmektedir (Cartwright-Hatton 2006).

Leung ve ark. (2008), Çin'de rastgele seçilen 28 okulda, 450 ergenle (Örneklemin yaş ortalaması 13.8) yaptıkları (Tanısal değerlendirme için CBCL, YSR ve DISC-IV kullanılmış) çalışmada, Anksiyete Bozuklukları için sıklığı impairment (bozulma) kriterleri olmadan %30.2, impairment (bozulma) kriteri olduğunda %6.9, Depresif Bozukluklar için ise sırasıyla %1.7 ve %1.3 olarak bildirmişlerdir. Impairment (bozulma) kriterleri eklendiğinde Anksiyete Bozuklukları prevalansında Depresif Bozuklukların prevalansına göre daha belirgin azalma saptamışlardır. Çalışmamızda da Leung ve ark.nın (2008) yapmış oldukları çalışmadaki gibi impairment (bozulma) kriterleri dahil edilerek değerlendirildiğinde, Anksiyete Bozuklukları sıklığının Depresif Bozukluklar sıklığına oranla daha belirgin olarak azaldığını gördük. Bu azalmadaki farklılıklar daha önceki bazı çalışmalara benzerdir (McArdle 2004), çalışmamızda Anksiyete Bozukluklarından özellikle Özgül/Basit Fobide bu azalmayı gördük. Leung ve ark.nın (2008) yapmış oldukları çalışmada Anksiyete Bozuklukları sıklığı impairment (bozulma) olmaksızın %30.2, impairment (bozulma) olduğunda %6.9, Depresif Bozuklukların sıklığı sadece semptom karşılandığında %1.7, impairment (bozulma) olduğunda %1.3, Anksiyete Bozukluklarından Agorafobi, Özgül/Basit fobi, OKB, Sosyal Fobi, YAB ve AAB sıklıkları sırasıyla %4.4, %22.0, %2.0, %7.2, %0.9, %1.5 olarak bildirilmiş, impairment (bozulma) kriteri eklendiğinde bu oranların sırasıyla %0.4, %3.4, %0.7, %2.6, %0.4, %0.7 olduğunu belirtilmiştir. Depresif Bozukluklar sıklığı impairment (bozulma) olduğunda bizim çalışmamızla benzer (%1.4) olmakla birlikte, Anksiyete Bozuklukları sıklığını çalışmamızda daha düşük olarak saptadık. Çalışmamızdaki hiçbir olgu Anksiyete Bozukluklarından Agorafobi ve Sosyal Fobi tanısı almazken, TSSB tanı kriterlerini karşılayan iki olgu bulunmaktaydı ve impairment (bozulma) olduğunda TSSB tanısı alan olgu bulunmamaktaydı. Leung

ve ark.nın (2008) yaptıkları bu çalışmada tanı alan grubun ÇDDÖ'de içe yönelim, dışa yönelim ve toplam sorun skorları normal örneklemden çok farklı bulunmamıştır. Biz çalışmamızda Duygudurum Bozuklukları tanısı alan grupta ÇDDÖ'de içe yönelim, dışa yönelim ve toplam sorun skorlarını normal örneklemden daha yüksek saptadık. Anksiyete Bozuklukları tanısı alan grupta ise içe yönelim skorlarını normal gruptan daha yüksek saptarken, dışa yönelim ve toplam sorun skorlarını normal örneklemden farklı saptamadık.

Roberts ve ark.nın (2007), 11-17 yaş arası 4175 çocukla yaptıkları çalışmada (DISC-IV ve CGAS kullanılmış) Anksiyete Bozukluklarından Agorafobi, YAB, PB, Sosyal Fobi, TSSB, Duygudurum Bozukluklarından da MDB, Distimi, Mani tanılarının sıklığını araştırmışlardır. Roberts ve ark. (2007) en sık görülen psikiyatrik hastalıklar olarak Anksiyete Bozuklukları ve Davranışsal Bozuklukları saptamışlardır ve Anksiyete Bozuklukları sıklığını %6.9 ve Duygudurum Bozuklukları sıklığını ise %3 olarak bildirmişlerdir. Roberts ve ark. (2007) Duygudurum Bozukluklarından en sık MDB'a, Anksiyete Bozukluklarından ise en sık Agorafobiye rastlamışlardır. Anksiyete Bozuklukları sıklığını %6.9, DISC impairment (bozulma) kriterleri kullanıldığında %3.42, CGAS 69 ve altında %1.36, Agorafobi için sırasıyla %4.5, %1.6, %0.8, YAB için %0.4, %0.4, %0.2, Panik Bozukluk için %0.7, %0.4, %0.2, TSSB için %0.6, %0.5, %0.2, Sosyal Fobi %1.6, %1, %0.3, Duygudurum Bozuklukları %3, %2, %1.1, Mani %0.4, %0.3, %0.2, MDB %1.7, %1.5, %0.7, Distimi %0.3, %0.3, %0.2 olarak bildirmişlerdir. Roberts ve ark. (2007) impairment (bozulma) kriterleri kullanıldığında sıklığın literatürdekine (Costello 2003, Canino 2004, Ford 2003) benzer oranda belirgin olarak azaldığını bildirmişlerdir, biz de benzer şekilde sıklıklarda impairment (bozulma) kriterleri kullanıldığında belirgin azalma olduğunu saptadık. Roberts ve



ark. (2007) impairment (bozulma) olsun ya da olmasın Anksiyete Bozuklukları sıklığını (%1.36, %3.42, %6.9), bizim çalışmamızdaki (%2.6, %6.7, %13.9) sıklıktan daha düşük bulmuşlardır. Bunun nedeni Özgül/Basit Fobiye bakmamış olmaları olabilir. Canino ve ark.nın (2004) en sık olarak bildirdiği Anksiyete Bozukluğu AAB (%3.1) olup ve Roberts ve ark.nın (2007) en sık bildirdiği Anksiyete Bozukluğu Agorafobi (%4.5) iken, biz çalışmamızda en sık rastlanan Anksiyete Bozukluğunu Özgül/Basit Fobi (%11) olarak saptadık. Çalışmalar arasındaki en sık görülen Anksiyete Bozukluğu tipi farklılıklarının nedeni araştırma gruplarının yaş dağılımındaki farklılıklar olabilir.

Merikangas ve ark.nın (2010), 8 ile 15 yaş arası 3042 olguyu değerlendirdiği (DISC-IV) kesitsel bir başka çalışmada ise Duygudurum Bozuklukları sıklığı %3.7, PB veya YAB sıklığı %0.7 bulunurken, impairment (bozulma) kriteri eklendiğinde literatürdeki diğer araştırmalar ve bizim çalışmamızdan farklı olarak minimal bir azalma olduğu bildirilmiştir (Duygudurum Bozuklukları %3.7'den %2.9'a, Anksiyete Bozuklukları ise %0.7'den %0.4'e gerilemiş). Bunun nedeni impairment (bozulma) değerlendirilirken sadece DISC-IV kullanılmış olması olabilir.

Birleşik Arap Emirlikleri'nde 1998 yılında 6-15 yaş arası, iki aşamalı değerlendirme yöntemiyle belirlenen 199 çocuğun değerlendirildiği bir başka çalışmada Duygudurum Bozuklukları sıklığı %3.2, Anksiyete Bozuklukları sıklığı ise %1.6 olarak bildirilmiştir. Impairment (bozulma) kriterlerinin değerlendirilmediği bu araştırmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak yaş aralığı çalışma grubumuza yakın olmasına rağmen Duygudurum Bozukluklarının, Anksiyete Bozukluklarından daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Eapen 1998). Bu

durum Eapen ve ark.nın (1998) yaptıkları bu çalışmada olguların belirlenme yönteminin iki aşamalı olmasına bağlı olabilir.

Almanya'da 7-17 yaş arası, 17.641 çocuğun ve ailenin sadece ölçeklerle telefonda değerlendirildiği, impairment (bozulma) kriterlerinin dahil edildiği bir başka epidemiyolojik çalışmada 7-10 yaş arası Depresif Bozukluk sıklığı impairment (bozulma) olmadan %10.7, impairment (bozulma) olduğunda %5.6, Anksiyete Bozukluğu sıklığı impairment (bozulma) olmadan %14.3, impairment (bozulma) olduğunda ise %6.3 olarak bildirilmiştir (Ravens-Sieberer 2008). Bu çalışmadaki her iki bozukluğun da sıklığı bizim çalışmamızdakinden daha yüksektir. Bu yüksekliğin nedeni, Ravens-Sieberer ve ark.nın (2008) yaptıkları çalışmada değerlendirme yapılırken sadece ölçeklerin kullanılmış olması olabilir.

Literatürde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmasa da, kızlarda Anksiyete ve Depresif Bozuklukların, erkeklerde de DEHB'nin daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Costello 2004, Roberts 2007). Eapen ve ark. (2003), yaş dağılımı ile psikiyatrik hastalıklar arasında belirgin bir ilişki olmamakla birlikte, özellikle Duygudurum Bozukluğunun adolesan kızlarda istatistiksel olarak anlamlı olmayacak düzeyde daha yüksek bulunduğunu bildirmişlerdir. Biz de çalışmamızda cinsiyetler ile psikiyatrik hastalıklar arasında anlamlı bir ilişki bulmadık. Leung ve ark. (2008), yaptıkları çalışmada impairment (bozulma) kriterleri eklendiğinde Anksiyete Bozuklukları için cinsiyetler arası farklılığın belirgin ortadan kalktığını, Anksiyete Bozukluklarının sıklığının erkeklerde impairment (bozulma) kriterleri değerlendirmeye eklenmediğinde %21.2, eklendiğinde %5.0, kızlarda impairment (bozulma) kriterleri eklenmediğinde %38.6, eklendiğinde %8.7, Depresif Bozukluklar sıklığının erkeklerde %0.8, impairment (bozulma) kriterleri

eklendiğinde % 0.4, kızlarda %2.5, impairment (bozulma) kriterleri eklendiğinde %2.2 olarak bildirmişlerdir (Leung 2008). Birçok çalışmada kızlarda Duygudurum Bozukluklarının (Merikangas 2010, Canino 2004) ve Anksiyete Bozukluklarının (Leung 2008) daha sık görüldüğü bildirilirken, Leung ve ark. (2008) impairment (bozulma) kriterleri eklendiğinde Anksiyete Bozuklukları için cinsiyet farkının ortadan kalktığını bildirmişlerdir. Canino ve ark. (2004) yaşla birlikte Depresif Bozukluklar, Anksiyete Bozuklukları ve Sosyal Fobi sıklığının artma eğiliminde olduğunu bildirmişlerdir. Canino ve ark. (2004) AAB'nun yaşla ilişkisinin olmadığı bildirirken, biz de benzer şekilde çalışmamızda AAB ile yaş arasında bir ilişki saptamadık. Biz çalışmamızda yaş ve cinsiyetler ile hastalık sıklıkları arasında impairment (bozulma) dahil edildiğinde ve edilmediğinde anlamlı bir farklılık bulmadık.

Önceki yıllarda çeşitli ülkelerde toplum ve klinik örneklerle yapılan araştırmalarda psikiyatrik hastalıklar ile ailesel faktörler ilişkili olarak bulunmuştur (Eapen 1998, Rutter 1975, Gureje 1995). Bu çalışmalara göre geniş aile, kronik yaşam zorlukları, aile üyelerinde psikiyatrik hastalık ve alkol problemlerinin bulunması ile çocuk ve ergenlerde görülen psikiyatrik hastalıkların ilişkili olduğu bildirilmiştir. Roberts ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada literatürün aksine sosyoekonomik durum ile psikiyatrik hastalıklar arasında bir ilişki bulamamışlardır. Eapen ve ark.nın (2003) yaptıkları çalışmada da çocuğun yaşı, aile büyüklüğü, sosyoekonomik düzey, anne-baba eğitim düzeyi, anne-baba medeni durumu ile çocuktaki psikiyatrik hastalık arasında literatürdeki başka verilere (Ghubash 1992) benzer olarak ilişki bulunmamıştır. Biz de benzer olarak çocuğun yaşı, anne-baba eğitim düzeyi ve anne-baba medeni durumu ile çocuktaki Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları sıklığı arasında bir ilişki saptamadık. Farklı olarak orta

sosyoekonomik düzeye sahip ailelerin çocuklarında Duygudurum Bozukluklarının daha sık görüldüğünü saptarken, Anksiyete Bozuklukları ile sosyoekonomik düzey arasında herhangi bir ilişki saptamadık. Canino ve ark. (2004) ailesi evli olmayan çocukların daha çok MDB kriterlerini karşıladığını, Roberts ve ark. (2007) anne-babası evli olanlarda daha az Anksiyete Bozukluğu görüldüğünü bildirmişlerdir. Biz çalışmamızda anne-babanın evli olup olmamasının, çocuktaki psikiyatrik hastalık sıklığı üzerine etkisi olmadığını saptadık.

Daha önceki çok sayıda çalışmada anne-baba eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey ile çocuktaki psikiyatrik hastalık arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Bird 1988, Costello 2001, Brooks-Gunn 1997, Bor 1997). Bununla birlikte Canino ve ark.nın (2004) yapmış oldukları çalışmada rapor ettikleri gibi biz de araştırmamızda anne-baba eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey ile çocuktaki psikiyatrik hastalık arasında bir ilişki saptamadık.

Bizim çalışmamızda olduğu gibi literatürdeki çoğu çalışma cross-sectional (kesitsel) çalışmalardır ve cross-sectional çalışmalar yalnızca belli bir zaman aralığındaki psikiyatrik hastalıkların sıklığını belirleyebilir (Cartwright-Hatton 2006). Çocukluk çağında psikiyatrik hastalıklardan etkilenen çocukların saptanabilmesi için daha uzun izlem gerektiren çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Aileden alınan bilgi ile çocuğun klinik psikiyatrik değerlendirilmesinin kombine edilmesi durumunda yüksek düzeyde tanısal spesifite ve sensitivite elde edildiği bildirilmektedir (Eapen 1999). Çalışmamızda hem çocuk, hem aile, hem de öğretmenle görüşülmüştür; ayrıca ÇDDÖ ve ÖBF kullanılmıştır. Biz bu iki

değerlendirmeye ek olarak öğretmenlerden hem form doldurularak, hem de çocukla ilgili bilgi alarak klinik değerlendirmemizi yaptık.

Bildiğimiz kadarıyla bizim çalışmamız Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları sıklığını belirlemek için klinik görüşme yapılarak ve klinik ölçekler kullanılarak gerçekleştirilen ülkemizdeki ilk epidemiyolojik çalışmadır. Bu çalışma toplum örnekleme değil, okul örneklemini temsil etmektedir. Bu nedenle ülkemizde çocuk ve ergen ruh sağlığına yönelik toplum örneklemleri daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

## 7. SONUÇLAR

Araştırmamız epidemiyolojik çalışmalar için önerilen ölçütlerin çoğunu karşılayan; ilköğretim 1., 2., 3., 4. ve 5. sınıflarda Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları sıklıklarını araştırmaya yönelik olarak, iyi belirlenmiş ve yeterli sayıdaki bir okul örneklemiyle, sene başı liste dikkate alınarak, tek aşamalı değerlendirme yöntemiyle, DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak, birebir yüz yüze çocuk-ebeveyn ve öğretmenle yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi yapılan (K-SADS-PL), ÇDDÖ ve ÖBF ölçekleri, impairment (bozulma) kriterleri kullanılan Türkiye'deki ilk kesitsel çalışmadır. Impairment (bozulma) olmadan sadece klinik görüşme ile Duygudurum Bozuklukları prevalansını %2.9, Anksiyete Bozuklukları prevalansını %13.9 olarak saptadık. Impairment (bozulma) kriterleri eklendiğinde bu oranları ebeveyn veya öğretmenden biri ile yapılan görüşme dikkate alındığında sırasıyla %2.9, %6.7 ve öğretmen ve ebeveynle görüşmenin ikisi de dikkate alındığında sıklıkları sırasıyla %1.4, %2.6 olarak bulduk.

Duygudurum ve Anksiyete Bozuklukları sıklıklarımız Batılı ülkelerde yapılmış olan çalışmalara yaklaşık olarak benzerdir. Impairment (bozulma) kriteri dahil edildiğinde hastalık sıklıklarının literatürdeki birçok çalışmada olduğu gibi belirgin olarak azaldığını gördük. Olguların yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik düzeyi, ebeveynlerinin medeni durumu ve eğitim düzeyleri ile Duygudurum ve Anksiyete Bozuklukları arasında bir ilişki saptamadık.

Araştırmamız bildiğimiz kadarıyla Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları sıklığını belirlemek için klinik görüşme yapılarak ve klinik ölçekler

kullanılarak gerçekleştirilen ülkemizdeki ilk epidemiyolojik çalışmadır. Araştırmamızın rneklem grubu sadece ilkokul çocuklarından oluştuğu için toplum örneklemine temsil etmemektedir. Bu nedenle ülkemizde ocuk ve ergen ruh sağlığına yönelik toplum örneklemli daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

## 8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çoğu alıŐma, cross-sectional (kesitsel) alıŐmadır ve cross-sectional çalışmalar yalnızca belli bir zaman aralığındaki psikiyatrik hastalıkların sıklığını belirleyebilir (Cartwright-Hatton 2006). Çocukluk ağında psikiyatrik hastalıklardan etkilenen çocukların saptanabilmesi için daha uzun izlem gerektiren çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bizim çalışmamız kesitsel bir çalıŐmaydı ve bu durum bizim çalıŐmamızın sınırlılıklarından biriydi. rneklemimiz Türkiye'nin 3. büyük ili olan İzmir'de yaŐayan ilköğretim 1-5. sınıf öğrencilerini temsil eden bir örneklem olarak belirlenmiştir. Bu rneklemın tüm Türkiye ilköğretim ağı çocuklarını temsil etmemesi de çalışmanın sınırlılıklarındandır.



## 9. ÖZET

**Amaç:** Çocukluk döneminde başlayan psikiyatrik bozukluklar, büyüdükçe çocukta daha fazla fonksiyon kaybına ve erişkin dönemde devam eden yıkımlara neden olabilmektedir. Çocukluk ve ergenlik çağındaki psikiyatrik hastalıkların etiyolojisi ve doğal seyrini anlamak için prevalans ve insidans ile ilgili sağlam bilimsel verilerin olması gerekmektedir. Çocuk ve ergenlerde psikiyatrik hastalıkların sıklığının ve hastalıklarla ilişkili risk faktörlerinin araştırıldığı az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu araştırmada Türkiye’de iyi belirlenmiş ve yeterli sayıdaki bir ilkokul örneklemeyle Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozukluklarının prevalansının saptanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından resmi sınıflamaya göre alt/orta/üst sosyoekonomik gruba göre belirlenen 12 okuldan, %5 hata payıyla, alfa (t) %1 olarak belirlenen 419 olgu rastgele örneklem alınması yöntemiyle seçildi. Araştırmada yer alan olgular 6-14 yaş aralığındaydı. 417 olguya ulaşıldı, yanıt oranı %99.5 olarak saptandı. Böylece 417 olgu yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi (K-SADS-PL) ve impairment (bozulma) kriterleri kullanılarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Impairment (bozulma) kriteri göz önüne alınmadan yani sadece klinik görüşme ile Duygudurum Bozuklukları prevalansını %2.9, Anksiyete Bozuklukları prevalansını %13.9 olarak saptanmıştır. Impairment (bozulma) kriteri dikkate alındığında ise Duygudurum Bozuklukları prevalansı %1.4, Anksiyete Bozuklukları prevalansı %2.6 olarak bulunmuştur. Olguların yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik düzeyi, ebeveyn medeni durumu ve ebeveyn eğitimi ile

Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

**Sonuç:** Çalışmamızda bulunan İzmir örneklemindeki Duygudurum ve Anksiyete Bozukluklarının prevalans oranları Batılı ülkelerde yapılmış olan çalışmalara oldukça benzer bulunmuştur. Literatürle uyumlu olarak impairment (bozulma) kriteri dahil edildiğinde hastalık sıklıklarının belirgin olarak azaldığı gözlenmiştir. Impairment (bozulma) kriteri ile değerlendirme yapıldığında Duygudurum Bozuklukları sıklığı yaklaşık yarıya, Anksiyete Bozuklukları sıklığı ise dörtte birine düşmektedir.

## 10. ABSTRACT

**Objective:** Childhood psychiatric disorders can prevent a young person from reaching his or her full potential, and disrupt normal development. Empirical data on the prevalence and incidence of childhood psychiatric disorders are fundamental to understanding the etiology and natural history of such disorders. There have been fewer epidemiologic investigations aimed at estimating prevalence and incidence and associated risk factors for children and adolescents. This study was designed to assess the prevalence of Mood Disorders and Anxiety Disorders in a representative sample of primary school children from Turkey where no previous rates were available.

**Method:** Twelve schools were randomly selected and stratified according to socioeconomical status by İzmir Directorate of National Education. The sample consisted of randomly selected 419 primary school children with 5% margin of error and alpha (t) 1%. Our study includes children from a broad range of 6 to 14 years. 417 cases were interviewed for a total response rate of 99.5%. 417 cases were assessed using the K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children- Present and Lifetime Version) and levels of functionality with the impairment criterion scale.

**Results:** The results showed that the prevalence of Mood Disorders 2.9%, Anxiety Disorders 13.9% without considering impairment, and the prevalence of mood disorders 1.4%, anxiety disorders 2.6% with considering impairment. Mood

and Anxiety Disorders were not found to be associated with age, gender, school grade, parental education, parental marital status, and socioeconomic status.

**Conclusion:** The prevalence of Mood and Anxiety Disorders in İzmir's sample are similar to those in Western studies. With the inclusion of diagnosis-specific impairment criteria, the rates reduced slightly consistent with the literature. When the impairment criteria were imposed, the rates of Mood Disorders were reduced approximately in half and rates of Anxiety Disorders were reduced in a quarter.

## 11. KAYNAKLAR

AACAP (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37 (10 Suppl): 63S-83S. Review.

Achenbach TM, Edelbrock C (1983). Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and Revised Child Behavior Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington VT.

Achenbach TM (1991). Manuel for the child behavior checklist 4-18. Profil: University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington VT.

Ağaoğlu B (2007). Majör Depresif Bozukluk. Aysev AS, Taner YI (eds.), In: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Birinci Basım, İstanbul: Golden Print, 361-371.

Akçakın M (1985) Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'nin tanıtımı ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 5: 3-6.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV) Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 69-76.

Anderson JC (1994). Epidemiological Issues. Ollendick TH, King NJ, Yule W (eds.), In: *International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in Children*, New York: Plenum, 43-65.

Axelson DA, Birmaher B (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depress Anxiety*, 14: 67-78.

Berkem M (2007). İki Uçlu Bozukluk. Aysev AS, Taner YI (eds.), In: *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Birinci Basım*, İstanbul: Golden Print, 373-381.

Biederman J, Faraone SV, Wozniak J, Mick E, Kwon A, Aleardi M (2004). Further evidence of unique developmental phenotypic correlates of pediatric bipolar disorder: findings from a large sample of clinically referred preadolescent children assessed over the last 7 years. *J Affect Disord*, 82S: S45-S58.

Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M, et al. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures. *Arch Gen Psychiatry*, 45: 1120-1126.

Birmaher B, Heydl P (2001). Biological studies in depressed children and adolescents. *Int J Neuropsychopharmacol*, 4: 149-157.

Birmaher B, Axelson D, Pavuluri M (2007). Bipolar disorder. Andres M, Fred RV (eds.), In: *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 4th ed., Philadelphia: LWW, 513-528.

Bor W, Najman JM, Andersen MJ, O'Callaghan M, Williams GM, Behrens BC (1997). The relationship between low family income and psychological disturbance in young children: an Australian longitudinal study. *Aust N Z J Psychiatry*, 31: 664-675.

Boyle MH, Offord DR, Racine Y, et al. (1993). Evaluation of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents for use in general population samples. *J Abnorm Child Psychol*, 21: 663-681.

Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, et al. (2006). Prevalence, Clinical Correlates, and Longitudinal Course of Severe Mood Dysregulation in Children. *Biol Psychiatry*, 60: 991-997.

Brooks-Gunn J, Duncan GJ (1997). The effects of poverty on children. *Future Child*, 7: 55-71.

Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, et al. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry*, 61: 85-93.

Carlson GA, Davenport YB, Jamison K (1977). A comparison of outcome in adolescent and late-onset bipolar manic-depressive illness. *Am J Psychiatry*, 134: 919-922.

Cartwright-Hatton S, McNicol K, Doubleday E (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clin Psychol Rev*, 26: 817-833.

Chavira DA, Stein MB, Bailey K, Stein MT (2004). Child anxiety in primary care: prevalent but untreated. *Depress Anxiety*, 20: 155-164.

Cho SC, Kim BN, Kim JW, et al. (2009). Full syndrome and subthreshold attention-deficit/hyperactivity disorder in a Korean community sample: comorbidity and temperament findings. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18: 447-457.

Cohen P, Cohen J, Kasen S, et al. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I. Age- and gender-specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry*, 34: 851-867.

Costello EJ, Angold A, Burns BJ, et al. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 53: 1129-1136.

Costello EJ, Keeler GP, Angold A (2001). Poverty, race/ethnicity, and psychiatric disorder: a study of rural children. *Am J Public Health*, 91: 1494-1498. Brooks-Gunn J, Duncan GJ (1997). The effects of poverty on children. *Future Child*, 7: 55-71.

Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 60: 837-844.

Costello EJ, Mustillo S, Keller G, Angold A (2004). Prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Levin BL, Pettila J, Hennessy KD (eds.). In: *Mental Health Services: a Public Health Perspective*, 2nd ed., Oxford, UK: Oxford University Press, 111-128.

Costello EJ, Egger H, Angold A (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44: 972-986.



Costello EJ, Erkanli A, Angold A (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry*, 47: 1263-1271.

Çuhadaroğlu F, Sonuvar B (1992) Adolesanlarda depresyon. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 29: 145-150.

Douglass HM, Moffitt TE, Dar R, McGee R, Silva P (1995). Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34: 1424-1431.

Eapen V, Al-Gazali L, Bin-Othman S, Abou-Saleh MT (1998). Mental health problems among school children in United Arab Emirates: prevalence and risk factors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37: 880-886.

Eapen V, Al-Gazali L, Bin-Othman S, Abou-Saleh MT (1999). Child psychiatric disorders in the United Arab Emirates: functional status and implications for service provision. *Prim Care Psychiatry*, 5: 25-29.

Eapen V, Jakka ME, Abou-Saleh MT (2003). Children with psychiatric disorders: the A1 Ain Community Psychiatric Survey. *Can J Psychiatry*, 48: 402-407.

Egeland JA, Hostetter AM, Pauls DL, Sussex JN (2000). Prodromal symptoms before onset of manic-depressive disorder suggested by first hospital admission histories. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39: 1245-1252.

Egeland JA, Shaw JA, Endicott J, et al. (2003). Prospective study of prodromal features for bipolarity in well Amish children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42: 786-796.

Ercan ES, Turgay A (2009). Mutlu Çocuk & Mutsuz Çocuk. Ercan ES, Turgay A (eds.), In: Mutlu Çocuk & Mutsuz Çocuk, Mutlu Çocuk Yetiştirme Sırları & Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Depresyonun Özellikleri. Birinci Basım, İstanbul: Doğan Egmont, 13-17.

Erol N, Arslan BL, Akçakın M (1995). The adaption and standardization of the Child Behavior Checklist among 6-18 year old Turkish children. Sergeant J (ed.), In: Eunethydis: European Approaches to Hyperkinetic Disorder, Zurich: Fotoratar, 97-113.

Erol N, Şimşek Z (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Çocuk ve Gençlerde Ruh Sağlığı: yeterlik alanları, davranış ve duygusal sorunların dağılımı, Birinci Basım, Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z (eds.). Ankara: Eksen Tanıtım Ltd Şti., 25-75.

Erol N, Şimşek Z, Munir KM (2008). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Epidemiyolojisi. Çetin FÇ, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N (eds.), In: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 782-800.

Esser G, Schmidt MH, Woerner W (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children--results of a longitudinal study. J Child Psychol Psychiatry, 31: 243-263.

Francis G, Last CG, Strauss CC (1987). Expression of separation anxiety disorder: The roles of age and gender. Child Psychiatry Hum Dev, 18: 82-89.

Ford T, Goodman R, Meltzer H (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42: 1203-1211.

Geller B, Sun K, Zimmerman B, Luby J, Frazier J, Williams M (1995). Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescents: a preliminary study. *J Affect Disord*, 34: 259-268.

Ghubash R, Hamdi E, Bebbington P (1992). The Dubai Community Psychiatric Survey: I. Prevalence and socio-demographic correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 27: 53-61.

Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Çengel Kültür E, Akdemir D, Taner Y (2004) Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 11: 109-116.

Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al. (2006). The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: Results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 67: 363-374.

Green H, McGinnity A, Meltzer H, Ford T, Goodman R (2005). Mental health of children and young people in Great Britain 2004. Great Britain, Gosport: Ashford Colour Press Ltd.

Gureje O, Omigbodun O (1995). Children with mental disorders in primary care: functional status and risk factors. *Acta Psychiatr Scand*, 92: 310-314.

Güvender N, Taneli S, Güney N (1998). Bursa ilinde çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluğun epidemiyolojik ve fenomenolojik özellikleri. 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitapçığı, Çeşme.

Güvenir T, Taş FV (2008). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığında Yataklı Tedavinin Yeri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 15: 37-46.

Işık U, Şener Ş (2007). Obsesif Kompulsif Bozukluk. Aysev AS, Taner YI (eds.), In: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Birinci Basım, İstanbul: Golden Print, 505-519.

Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (KSADS-PL): initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36: 980-988.

Kaufman J, Martin A, King RA, Charney D (2001). Are child-, adolescent-, and adult-onset depression one and the same disorder? Biol Psychiatry, 49: 980-1001.

Keeley ML, Storch EA, Dhungana P, Geffken GR (2007). Pediatric obsessive-compulsive disorder: a guide to assessment and treatment. Issues Ment Health Nurs, 28: 555-574.

Keeley ML, Storch EA (2009). Anxiety disorders in youth. J Pediatr Nurs, 24: 26-40.

Keenan K, Hipwell A, Duax J, Stouthamer-Loeber M, Loeber R (2004). Phenomenology of depression in young girls. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 43: 1098-1106.

Kendall PC, Pimentel SS (2003). On the physiological symptom constellation in youth with generalized anxiety disorder (GAD). *J Anxiety Disord*, 17: 211-221.

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52: 1048-1060.

Kessler RC, Walters EE (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress and Anxiety*, 7: 3-14.

Kessler RC, Avenevoli S, Ries Merikangas K (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry*, 49: 1002-1014.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62: 593-602. Erratum in: *Arch Gen Psychiatry*, 2005, 62: 768. Merikangas, Kathleen R [added].

Klein RG, Pine DS (2002) Anxiety disorders. Rutter M, Taylor E (eds.), In: *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th ed., Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 486-509.

Kovacs M, Akiskal HS, Gatsonis C, Parrone PL (1994). Childhood-onset dysthymic disorder: Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 51: 365-374.

Kovacs M, Devlin B (1998). Internalizing disorders in childhood. *J Child Psychol Psychiatry*, 39: 47-63.

Kroes M, Kalff AC, Kessels AG, et al. (2001). Child psychiatric diagnoses in a population of Dutch schoolchildren aged 6 to 8 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40: 1401-1409.

Lack CW, Green AL (2009). Mood Disorders in Children and Adolescents. *J Pediatr Nurs*, 24: 13-25.

La Greca AM, Lopez N (1998). Social anxiety among adolescents: linkages with peer relationships and friendship. *J Abnorm Child Psychol*, 26: 83-94.

Lahey BB, Miller TL, Gordon RA, Riley AW (1999). Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. Quay HC, Hogan AE (eds.). In: *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*. New York: Kluwer/Plenum, 23-48.

Langley AK, Bergman RL, McCracken J, Piacentini JC (2004). Impairment in childhood anxiety disorders: preliminary examination of the child anxiety impact scale-parent version. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 14: 105-114.

Lapouse R, Monk MA (1964). Behavior deviations in a representative sample of children: Variations by sex, age, race, social class, and family size. *Am J Orthopsychiatry*, 34: 436-446.

Lavigne J, Gibbons R, Christoffel K, et al. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: 204-214.

Leckman JF, Sholomskas D, Thompson WD, Belanger A, Weissman MM (1982). Best estimate of lifetime psychiatric diagnosis: a methodological study. *Arch Gen Psychiatry*, 39: 879-883.

- Leung PW, Hung SF, Ho TP, et al. (2008). Prevalence of DSM-IV disorders in Chinese adolescents and the effects of an impairment criterion: a pilot community study in Hong Kong. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17: 452-461.
- Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR (1995). Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34: 454-463.
- Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR (2000). Bipolar disorder during adolescence and young adulthood in a community sample. *Bipolar Disord*, 2: 281-293.
- Loranger AW, Levine PW (1978). Age at onset of bipolar affective illness. *Arch Gen Psychiatry*, 35: 1345-1348.
- March J (1997). *Multidimensional Anxiety Scale for Children technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Masi G, Favilla L, Mucci M, Millepiedi S (2000). Panic disorder in clinically referred children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*, 31: 139-151.
- Masi G, Mucci M, Millepiedi S (2001). Separation anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs*, 15: 93-104.
- McArdle P, Prosser J, Kolvin I (2004) Prevalence of psychiatric disorder: with and without psychosocial impairment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13: 347-353.
- Merikangas KR, Nakamura EF, Kesler RC (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*, 11: 7-20.

Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS (2010). Prevalence and Treatment of Mental Disorders Among US Children in the 2001–2004 NHANES. *Pediatrics*, 125: 75-81.

Narrow WE, Regier DA, Goodman SH, et al. (1998). A comparison of federal definitions of severe mental illness among children and adolescents in four communities. *Psychiatr Serv*, 49: 1601-1608.

Nikapota AD (1991). Child psychiatry in developing countries. *Br J Psychiatry*, 158: 743-751.

Öy B (1991) Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2: 132-136.

Pavuluri MN, Birmaher B, Naylor MW (2005). Pediatric bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44: 846-871.

Polanczyk G, Jensen P (2008). Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 17: 245-260.

Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen HU, Rothenberger A, Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Hölling H, Bullinger M, Barkmann C, Schulte-Markwort M, Döpfner M; BELLA study group (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17 Suppl 1: 22-33.

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



Roberts RE, Roberts CR, Xing Y (2006). Prevalence of youth-reported DSM-IV psychiatric disorders among African, European, and Mexican American adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45: 1329-1337.

Roberts RE, Roberts CR, Xing Y (2007). Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *J Psychiatr Res*, 41: 959-967.

Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, et al. (1999). ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38: 716-722.

Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*, 15: 53-63.

Rushton JL, Forcier M, Schectman RM (2003). Epidemiology of depressive symptoms in the national longitudinal study of adolescent health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41: 199-205.

Rutter M, Cox A, Tupling C, Berger M, Yule W (1975). Attainment and adjustment in two geographical areas. I-- The prevalence of psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*, 126: 493-509.

Sadock BJ, Sadock VA (2012a). Duygudurum Bozuklukları ve İntihar. Türkbay T (ed.), In: Kaplan ve Sadock Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kısaltılmış El Kitabı, Birinci Basım, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 132-146.

Sadock BJ, Sadock VA (2012b). Anksiyete Bozuklukları. Türkbay T (ed.), In: Kaplan ve Sadock Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kısaltılmış El Kitabı, Birinci Basım, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 147-165.

Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, et al. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study: Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: 865-877.

Simonoff E, Pickles A, Meyer JM, et al. (1997). The Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development: Influences of age, sex, and impairment on rates of disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 54: 801-808.

Simşek Z, Erol N, Oztop D, Ozer Ozcan O (2008). Epidemiology of emotional and behavioral problems in children and adolescents reared in orphanages: a national comparative study. *Turk Psikiyatri Derg*, 19: 235-246.

Steinhausen HC, Metzke CW, Meier M, Kannenberg R (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatr Scand*, 98: 262-271.

Sugawara M, Mukai T, Kitamura T, et al. (1999). Psychiatric disorders among Japanese Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38: 444-452.

Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E, Sonuga-Barke EJ, Jensen PS, Cantwell DP (1998). Attention deficit disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet*, 351: 429-433.

Taneli Y (2007). Sosyal Fobi ve Özgül Fobi. Aysev AS, Taner YI (eds.), In: *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Birinci Basım, İstanbul: Golden Print*, 475-492.

Taner YI (2007a). Yaygın Anksiyete Bozukluğu. Aysev AS, Taner YI (eds.), In: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Birinci Basım, İstanbul: Golden Print, 455-464.

Taner YI (2007b). Panik Bozukluğu. Aysev AS, Taner YI (eds.), In: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Birinci Basım, İstanbul: Golden Print, 465-473.

Tanrıöver SK (2007). Anksiyete Bozuklukları ve Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu. Aysev AS, Taner YI (eds.), In: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Birinci Basım, İstanbul: Golden Print, 443-464.

Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL, et al. (1994). Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33: 782-791.

Verduin TL, Kendall PC (2003). Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 32: 290-295.

Wozniak J, Biederman J, Kiely K, et al (1995). Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34: 867-876.

Yule W (2001). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Int Rev Psychiatry*, 13: 194-200.

# **EKLER**

## SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU / OLGU RAPOR FORMU (EK 1)

**Olgu no:** **Tanı:**  
**Adı Soyadı:** **Doğum tarihi:**  
**Öğrenim düzeyi:** **Okulu:**  
**Adres:** **Tel numarası:**

Planlanan bir gebelik mi? a) Kesinlikle planlanan b) Tam olarak planlanmayan c) İstenmeyen

Annenin gebelikteki durumu; Fiziksel: a) Sorunsuz b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

Ruhsal: a) Sorunsuz b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

Doğum şekli: a) Normal doğum b) Sezaryen

Doğum ve sonrası problem: a)Yok b) Var (belirtiniz:.....)

Yürüme: Konuşma:

Önemli hastalık geçirmiş mi? Operasyon ?

Kaza (dikiş atılma, alçıya alınma, sağlık kuruluşuna başvurma?) a) Yok b) Bir kez c) Çok sayıda

**Anne-Baba ile İlgili Bilgiler:** **Anne-Baba:** Evli ( ) Ayrı ( )

**ANNE:** Yaş: Öğrenim: İş: Sigara: Alkol:

**BABA:** Yaş: Öğrenim: İş: Sigara: Alkol:

ANNE: Psikiyatrik hastalık a)Yok b) Var (belirtiniz:.....)

ANNE: Fiziksel hastalık a)Yok b) Var (belirtiniz:.....)

BABA: Psikiyatrik hastalık a)Yok b) Var (belirtiniz:.....)

BABA: Fiziksel hastalık a)Yok b) Var (belirtiniz:.....)

**Ebeveyn ile İşlevsellik Görüşmesi:**

Arkadaş ilişkileri: a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

Kardeş ilişkileri: a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

Okul ödevlerini yapma: a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

Genel olarak çocuğun evdeki uyumu: a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

**Öğretmen ile İşlevsellik Görüşmesi:**

Arkadaş ilişkileri: a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

Ders Başarısı: a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

Benlik Saygısı: a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

Genel olarak çocuğun okuldaki uyumu: a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

## ÇOCUK DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (EK 2)

### 4-18 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

ÖĞRENCİNİN ADI – SOYADI:	EV ADRESİNİZ VE TEL NO:	ANNE – BABANIN İŞİ, EĞİTİMİ VE YAŞI
CİNSİYETİ ( ) ERKEK ( ) KIZ	YAŞI :	BABANIN İŞİ : TEL NO: EĞİTİMİ: YAŞI :
BUGÜNÜN TARİHİ :	ÇOCUĞUN DOĞUM TARİHİ:	ANNENİN İŞİ: TEL NO: EĞİTİMİ : YAŞI:
AY GÜN YIL	AY GÜN YIL	
OKULUN ADI: SINIFI: OKULA DEVAM ETMİYOR ( )	Çocuğunuzun davranışları ile ilgili bu formu lütfen görüşlerinizi yansıtacak biçimde yanıtlayınız. Her bir madde ile ilgili bilgi verilebili ve ikinci sayfadaki boşluklara yazılabilir.	FORMU DOLDURAN ANNE ( ) BABA ( ) DİĞER ( )..... Çocukla olan ilişkisi:

I. ÇOCUĞUNUZUN YAPMAKTAN EN ÇOK HOŞLANDIĞI SPORLARI SIRALAYINIZ ( Örneğin: Yüzme, futbol, basketbol, voleybol, atletizm, bisiklete binme, güreş, balık tutma, telvando, jimnastik gibi.)

( ) HİÇBİRİ

Yaştlarına oranla çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır ?

Yaştlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır ?

	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden Fazla	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
a. ....	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
b. ....	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
c. ....	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
d. ....	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

II. ÇOCUĞUNUZUN SPOR DIŞINDAKİ İLGİ ALANLARI UĞRAŞ, OYUN VE AKTİVİTELERİNİ SIRALAYINIZ.

Örneğin: pul, bebek, araba, müzik aleti çalmak ( Radyo dinlemeyi ve televizyon izlemeyi katmayınız) .

( ) HİÇBİRİ

Yaştlarına oranla çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır ?

Yaştlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır ?

	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden Fazla	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
a. ....	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
b. ....	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
c. ....	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
d. ....	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

III. ÇOCUĞUNUZUN ÜYESİ OLDUĞU KULÜP, TAKIM  
YA DA GRUPLARI SIRALAYINIZ ( Spor, müzik, izcilik, folklor gibi)

( ) HIÇBİRİ

Yaşlılarına oranla çocuğunuz  
her birinde ne kadar aktiftir.

	Bilmiyorum	Az Aktif	Normal	Çok Aktif
a. ....	( )	( )	( )	( )
b. ....	( )	( )	( )	( )
c. ....	( )	( )	( )	( )

IV. ÇOCUĞUNUZ EVDE YA DA EV DIŞINDA YAPTIĞI  
İŞLERİ SIRALAYINIZ. Örneğin: gazete alma, bakkala gitme,  
pazara gitme, elektrik su faturası yatırma, çocuk bakımı, yatak düzeltme,  
sofra kurma, bir dükkanda çalışma gibi ödeme yapılan ve yapılmayan  
her türlü işleri katınız.

( ) HIÇBİRİ

Yaşlılarına oranla her birini ne kadar başarı ile yapar ?

	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
a. ....	( )	( )	( )	( )
b. ....	( )	( )	( )	( )
c. ....	( )	( )	( )	( )

V. 1. Çocuğunuzun yaklaşık olarak kaç tane yakın arkadaşı vardır. ( kardeşlerini katmayınız)	Hiç yok ( )	1 ( )	2 ya da 3 ( )	4 ya da fazla ( )
2. Çocuğunuz okul dışı zamanlarda haftada kaç kez arkadaşları ile birlikte olur. ( kardeşlerini katmayınız)	1 den az ( )	1 yada 2 ( )	3 ya da daha fazla ( )	

VI. Yaşlılarına oranla çocuğunuzun:	Kötü	Normal Sayılır	Oldukça iyidir	Kardeşi yoktur ( )
a. Kardeşleri ile arası nasıldır?	( )	( )	( )	( )
b. Diğer çocuklarla arası nasıldır?	( )	( )	( )	( )
c. Anabasına karşı davranışı nasıldır?	( )	( )	( )	( )
d. Kendi başına oyun oynaması ve iş yapması nasıldır?	( )	( )	( )	( )

VII. 1. Çocuğunuzun okul başarısı nasıldır? ( 6 yaş ve yukarısi için)

Çocuğunuz okula gitmiyorsa lütfen nedenini belirtiniz.....

.....

	Başarısız	Orta	Başarılı	Çok başarılı
a. Okuma-yazma Türkçe	( )	( )	( )	( )
b. Hayat Bilgisi, Sosyal Bilgiler	( )	( )	( )	( )
c. Aritmetik	( )	( )	( )	( )
d. Fen Bilgisi	( )	( )	( )	( )

2. Çocuğunuz alt özel sınıf ya da bir özel eğitim kurumunda okuyor mu?

( ) Hayır ( ) Evet- Ne tür bir sınıf ya da okul?.....

3. Çocuğunuz hiç sınıfta kaldı mı?

( ) Hayır ( ) Evet- Kaçınıcı sınıfta ve nedeni?

.....

4. Çocuğunuzun okulda ders ya da ders dışı sorunları oldu mu?

( ) Hayır ( ) Evet- Açıklayınız .....

Bu sorunlar ne zaman başladı ?

Sorunlar bitti mi?

( ) Hayır ( ) Evet- Ne zaman ?

5. Çocuğunuzun herhangi bir hastalığı, fiziksel rahatsızlığı ya da zihinsel özürü var mıdır?

( ) Hayır ( ) Evet - Açıklayınız

.....

6. Çocuğunuzun sizi en çok üzen, kaygılandıran özellikleri nelerdir?

.....  
.....  
.....

7. Çocuğunuzun en beğendiğiniz özelliklerini belirtiniz:

.....  
.....  
.....



Aşağıda öğrencilerin özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu andaki ya da son 6 ay içinde ki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuğunuz için çok ya da sıklıkla doğru ise (2), bazen ya da biraz doğru ise (1), hiç doğru değil ise (0) sayıların yuvarlak içine alarak tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

**0 : Doğru değil ( bildiğiniz kadarıyla)      1: Bazen ya da biraz doğru      2 : Çok ya da sıklıkla doğru**

0 1 2	1. Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranır.	0 1 2	28. Yenilip içilmeyecek şeyleri yer, ya da içer (kum, kil,kalem, silgi gibi)
0 1 2	2. Alerjisi vardır ( yeme, koklama ile tozlu bir yerde bulunmakta kaşıntı, döküntü.....)		.....)
0 1 2	3. Çok tartışır	0 1 2	29. Bazı hayvanlardan ve okuldışı ortamlardan ya da yerlerden korkar (açıklayınız).....
0 1 2	4. Astım, nefes darlığı vardır.		
0 1 2	5. Karşı cinsten biri gibi davranır.	0 1 2	30. Okula gitmekten korkar.
0 1 2	6. Kakasını tuvaletten başka yere yapar.	0 1 2	31. Kötü bir şey düşünmekten ya da yapmaktan korkar.
0 1 2	7. Övünür, yüksekte atar, hava yapar.	0 1 2	32. Mükemmel olmasının gerektiğine inanır.
0 1 2	8. Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz.	0 1 2	33. Kimsenin onu sevmediğine inanır ve bundan yakınıdır.
0 1 2	9. Bazı düşüncelerini kafasına takar ve bunlar aklından çıkaramaz .	0 1 2	34. Başkasının ona zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşünür.
0 1 2	10. Yerinde rahat durmaz, çok hareketlidir.	0 1 2	35. Kendini değersiz hisseder.
0 1 2	11. Yetişkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz, onlara çok bağımlıdır.	0 1 2	36. Çok sık bir yerlerini incitir, başı kazadan kurtulmaz.
0 1 2	12. Yalnızlıktan yakınır.	0 1 2	37. Çok kavga, dövüş eder.
0 1 2	13. Kafası karışıktır, saçkın görünür.	0 1 2	38. Onunla alay edilir ( arkadaşları onunla alay eder).
0 1 2	14. Çok ağlar.	0 1 2	39. Başı belada olan kişilerle dolaşır.
0 1 2	15. Hayvanlara eziyet eder.	0 1 2	40. Olmayan sesler işitir.
0 1 2	16. Başkalarına eziyet etmekten hoşlanır, zalimce davranır.	0 1 2	41. Düşünmeden ya da aniden hareket eder ( aklına eseni yapar)
0 1 2	17. Hayale dalıp gider, kendini unuttur.	0 1 2	42. Başkalarıyla beraber olmaksızın, yalnız kalmayı tercih eder.
0 1 2	18. Bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişiminde bulunur.	0 1 2	43. Yalan söyler ve hile yapar.
0 1 2	19. Hep dikkat çekmek ister.	0 1 2	44. Tırnaklarını yer.
0 1 2	20. Eşyalarına zarar verir.	0 1 2	45. Sinirli ve gergindir.
0 1 2	21. Ailesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir.	0 1 2	46. Kas seyirmeleri ve tikleri vardır
0 1 2	22. Evde söz dinlemez		.....
0 1 2	23. Okulda söz dinlemez.	0 1 2	47. Gece kabusları, korkulu rüyaları vardır.
0 1 2	24. İştahsızdır, az yemek yer.		
0 1 2	25. Diğer öğrencilerle iyi geçinemez.		
0 1 2	26. Yanlış davranışlarından dolayı suçlanmış gibi görünmez.		
0 1 2	27. Genellikle kıskançtır.		

0 1 2	48. Diğer öğrenciler tarafından sevilmez.	0 1 2	69. Sır küpüdür, sırlarını kendine saklar.
0 1 2	49. Kabızlık çeker.	0 1 2	70. Olmayan şeyleri görür(Açıklayınız)
0 1 2	50. Çok korkak ve kaygılıdır.	0 1 2	.....
0 1 2	51. Baş dönmesi vardır.	0 1 2	<b>71. Sıkılğan ve utangaçtır.</b>
0 1 2	52. Kendini çok suçlu hisseder.	0 1 2	<b>72. Yangın çıkartır.</b>
0 1 2	53. Sırasını beklemeden konuşur.	0 1 2	73.Cinsel sorunları vardır(Açıklayınız)
0 1 2	54. Aşırı yorgundur.	0 1 2	.....
0 1 2	55. Çok kiloludur.	0 1 2	74. Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar.
0 1 2	56. Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır.	0 1 2	75. Çekingen ve ürkektir.
0 1 2	a) Ağrılar, sızılar	0 1 2	76. Çocukların çoğundan az uyur.
0 1 2	b) Baş ağrıları	0 1 2	77. Çocukların çoğundan gece ve gündüz daha çok uyur (açıklayınız)
0 1 2	c) Bulantı, kusma hissi	0 1 2	.....
0 1 2	d) Gözle ilgili şikayetler:	0 1 2	78. Kakasıyla oynar ya da etrafa bulaştırır.
0 1 2	.....	0 1 2	79. Konuşma güçlüğü vardır. (Açıklayınız).....
0 1 2	e) Döküntüler ya da cilt sorunları	0 1 2	80. Boş gözlerle uzun uzun bakar.
0 1 2	f) Mide karın ağrısı ve krampolar	0 1 2	81. Evden çalmaları vardır.
0 1 2	g) Kusma	0 1 2	82. Evin dışında çalmaları vardır.
0 1 2	h) Diğer ( açıklayınız)	0 1 2	83. İhtiyacı olmayan nesnelere toplar, biriktirir (Tanımlayınız).....
0 1 2	.....	0 1 2	.....
0 1 2	57. İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur.	0 1 2	84.Acayip tuhaf davranışları vardır. (Açıklayınız).....
0 1 2	58.Burnuyla, cildiyle, vücudunun bazı kısımlarıyla oynar ve yolar (açıklayınız)	0 1 2	.....
0 1 2	.....	0 1 2	85. Acayip tuhaf düünceleri vardır. (Açıklayınız).....
0 1 2	59. Herkesin ortasında cinsel organıyla oynar.	0 1 2	.....
0 1 2	60. Cinsel organlarıyla çok fazla oynar.	0 1 2	.....
0 1 2	61. Okul başarısı düşüktür.	0 1 2	.....
0 1 2	62. Dengesiz ve sakardır.	0 1 2	.....
0 1 2	63. Kendinden büyük çocuklarla oynamayı tercih eder.	0 1 2	.....
0 1 2	64. Kendinden küçük çocuklarla oynamayı tercih eder.	0 1 2	.....
0 1 2	65. Konuşmayı reddeder.	0 1 2	.....
0 1 2	66. Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar	0 1 2	.....
0 1 2	Açıklayınız.....	0 1 2	.....
0 1 2	67. Evden kaçır.	0 1 2	.....
0 1 2	68. Çok bağıırır, çığlık atar.	0 1 2	.....

0	1	2	86. İnatçı, somurtkan ve rahatsız edicidir.		
0	1	2	87. Duygu durumunda ani değişiklikler olur.		
0	1	2	88. Çok sık küser.		
0	1	2	89. Şüphelidir.		
0	1	2	90. Küfürlü ve açık saçık konuşur.		
0	1	2	91. Kendini öldürmekten söz eder.		
0	1	2	92. Uykuda yürür ve konuşur ( açıklayın)		
			.....		
0	1	2	93. Çok fazla konuşur.		
0	1	2	94. Başkalarıyla çok dalga geçer, alay eder.		
0	1	2	95. Öfke nöbetleri vardır, çok çabuk öfkelenir.		
0	1	2	96. Cinsel konuları fazlaca düşünür.		
0	1	2	97. İnsanları tehdit eder.		
0	1	2	98. Parmak emer.		
0	1	2	99. Temizliğe ve titizliğe aşırı düşkündür.		
0	1	2	100. Uyku sorunları vardır ( açıklayın)		
			.....		
0	1	2	101. Okuldan kaçır, dersini asar.		
0	1	2	102. Hareketsiz ve yavaşır, enerjik değildir.		
0	1	2	103. Mutsuz, üzgün ve çökkündür.		
0	1	2	104. Çok gürültücüdür.		
0	1	2	105. Tıbbi amaç dışında alkol ya da ilaç		
0	1	2	kullanır (Açıklayınız):.....		
0	1	2	106. Etrafındaki e_yalara amaçsız olarak zarar		
			verir.		
0	1	2	107. Gündüz altını ıslatır.		
0	1	2	108. Yatağını ıslatır.		
0	1	2	109. Sızlanır, mırıldanır.		
0	1	2	110. Karşı cinsten olmayı ister.		
0	1	2	111. İçe kapanıktır, başkalarıyla birlikte olmak		
			istemez.		
0	1	2	112. Evhamlıdır, her şeyi dert edinir		
0	1	2	113. Çocuğunuzun yukarıdaki listede		
			belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen		
			yazınız.....		
			.....		
			.....		
			.....		

## ÖĞRETMEN BİLGİ FORMU (EK 3)

Öğrencilerinizle verdiğiniz yanıtlar aynı yaştaki öğrencilerden elde edilen ve diğer kaynaklardan saptanan bilgilerle karşılaştırılacaktır. Her bir maddeden elde edilen puan öğrencinizin genel davranışlarını belirlemeye katkıda bulunacaktır. Maddelerin tümünü işaretlemeye çalışınız. Eklemek istediğiniz bilgiler ve öneriler olursa lütfen boşluklara ve arka sayfalara yazınız.

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI:		ANNE-BABANIN İŞİ, EĞİTİMİ VE YAŞI:	
CİNSİYETİ: ( ) ERKEK ( ) KIZ	YAŞI:	BABANIN İŞİ: ANNENİN İŞİ:	EĞİTİMİ: EĞİTİMİ:
BUGÜNÜN TARİHİ: AY GÜN YIL	DOĞUM TARİHİNİZ: AY GÜN YIL	FORMU DOLDURAN ( ) Sınıf öğretmeni (adı) ( ) Rehber öğretmen ( ) DİĞER	
SINIFI:	OKULUN ADI:		

I. Bu öğrenciyi ne kadar zamandır tanyorsunuz?.....

II. Bu öğrenciyi ne kadar iyi tanyorsunuz?

( ) İyi tanyorum ( ) Oldukça iyi tanyorum ( ) Çok iyi tanyorum

III. Bu öğrenciye haftada kaç saat dersiniz var?.....

IV. Okul türü ve uygulanan eğitim sistemini lütfen belirtiniz.

( ) Devlet okulu ( ) Tam gün ( ) Üçlü öğretim  
( ) Özel okul ( ) Yarım gün

V. Öğrencinizin her hangi bir alanda özel eğitime ihtiyacı var mıdır?

( ) Bilmiyorum ( ) Hayır ( ) Evet- Ne tür? .....

VI. Öğrenciniz hiç sınıfta kaldı mı?

( ) Bilmiyorum ( ) Hayır ( ) Evet-Kaçıncı sınıfta?  
.....

VII. Şu andaki okul başarısı nasıldır- Dersleri sıralayıp uygun sütünü lütfen işaretleyiniz:

DERSLER	1. Sınıf düzeyinin çok altında	2. Sınıf düzeyinin altında	3. Sınıf düzeyinde	4. Sınıf düzeyinin üstünde	5. Sınıf düzeyinin çok üstünde
1. ....	( )	( )	( )	( )	( )
2. ....	( )	( )	( )	( )	( )
3. ....	( )	( )	( )	( )	( )
4. ....	( )	( )	( )	( )	( )
5. ....	( )	( )	( )	( )	( )
6. ....	( )	( )	( )	( )	( )

Copyright 1991 T.M. Achenbach, U. of Vermont,  
Türkçe çeviri ve uyarlaması Neşe Erol ve Melâ Aktoprak tarafından  
yapılmış ve basılmıştır (1992). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı

Reproduced by permission, 1991 baskısı

## ÖĞRETMEN BİLGİ FORMU

### VIII. Yaşıtlarına oranla öğrenciniz

1. Çok az 2. Oldukça az 3. Az 4. Normal sayılır 5. Fazla 6. Oldukça fazla 7. Çok fazla

- |                               |     |     |     |     |     |     |     |
|-------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Derlerinde başarılı mıdır? | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 2. Uyumlu mudur?              | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 3. Kolay öğrenir mi?          | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 4. Mutlu mudur?               | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

### IX. Bu yıl öğrencilerinize okulda herhangi bir anket ya da ölçek uygulandı mı?

- ( ) Hayır ( ) Evet- Adı.....

### X. Bu yıl öğrencilerinize okulda zeka ya da yetenek testleri uygulandı mı?

- ( ) Hayır ( ) Evet(Testlerin Adı)..... Sonuç:.....

### Bu öğrencinin herhangi bir hastalığı, fiziksel ya da zihinsel özrü var mıdır?

- ( ) Hayır ( ) Evet açıklayınız.....

### Bu öğrencinin sizi en çok kaygılandıran özelliği nedir?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Bu öğrenciyi en iyi tanımlayan olumlu özellikleri belirtiniz:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Bu öğrencinin ders durumu, davranışları ve becerileri ile ilgili görüş ve önerilerinizi lütfen yazınız:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## ÖĞRETMEN BİLGİ FORMU

Aşağıda öğrencilerin özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu andaki ya da son 6 ay içinde ki durumunuzu belirtmektedir. Bir madde çocuğunuz için çok ya da sıklıkla doğru ise (2), bazen ya da biraz doğru ise (1), hiç doğru değil ise (0) sayılarını yuvarlak içine alarak tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0: Doğru değil	1: Bazen ya da biraz doğru	2: Çok ya da sıklıkla doğru
0 1 2	1. Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranır.	0 1 2
0 1 2	2. Sınıfta mırıldanır, garip sesler çıkarır.	0 1 2
0 1 2	3. Çok tartışır.	0 1 2
0 1 2	4. Başladığı işi bitiremez.	0 1 2
0 1 2	5. Karşı cinsten biri gibi davranır.	0 1 2
0 1 2	6. Öğretmenlere ve diğer okul personeline karşı gelir.	0 1 2
0 1 2	7. Övünür, yüksekten atar, hava yapar.	0 1 2
0 1 2	8. Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz.	0 1 2
0 1 2	9. Bazı düşüncelerini kafasına takar ve bunları aklından çıkaramaz.	0 1 2
0 1 2	10. Yeminde rahat duramaz, çok hareketlidir.	0 1 2
0 1 2	11. Yetişkinlerin dizini dibinden ayırmaz, onlara çok bağımlıdır.	0 1 2
0 1 2	12. Yalnızlıktan yakınır.	0 1 2
0 1 2	13. Kafası kaşınır, saçları görünür.	0 1 2
0 1 2	14. Çok ağlar.	0 1 2
0 1 2	15. Kıpır kıpırdır....	0 1 2
0 1 2	16. Başkalarına eziyet etmekten hoşlanır, zalimce davranır.	0 1 2
0 1 2	17. Hayale dalıp gider, kendini unuttur.	0 1 2
0 1 2	18. Bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişiminde bulunur.	0 1 2
0 1 2	19. Hep dikkat çekmek ister.	0 1 2
0 1 2	20. Eşyalara zarar verir.	0 1 2
0 1 2	21. Ailesine ya da başkalarına ait eşyaları zarar verir.	0 1 2
0 1 2	22. Yönergeyi izlemekte güçlük çeker.	0 1 2
0 1 2	23. Okulda söz dinlemez.	0 1 2
0 1 2	24. Diğer öğrencileri rahatsız eder.	0 1 2
0 1 2	25. Diğer öğrencilerle iyi geçinemez.	0 1 2
0 1 2	26. Kötü davranışlardan dolayı utanmaz, suçluluk duymaz.	0 1 2
0 1 2	27. Genellikle kıskançtır.	0 1 2
0 1 2	28. Yenilip içilmeyecek şeyleri yer, ya da işer (kum,kil, kalem, silgi gibi).....	0 1 2
0 1 2	29. Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerden korkar (Açıklayınız).....	0 1 2
0 1 2	30. Okula gitmekten korkar.	0 1 2
		0 1 2
		31. Kötü bir şey düşünmekten ya da yapmaktan korkar.
		0 1 2
		32. Mükemmel olmasın gerektiğine inanır.
		0 1 2
		33. Kimsenin onu sevmediğine inanır ve bundan yakınır.
		0 1 2
		34. Başkasına ona zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşünür.
		0 1 2
		35. Kendini değersiz hisseder.
		0 1 2
		36. Çok sık bir yerlerini incitir, başı kazadan kurtulmaz.
		0 1 2
		37. Çok kavga dövüş eder.
		0 1 2
		38. Onunla alay edilir ( arkadaşları onunla çok alay eder).
		0 1 2
		39. Başı belada olan kişilerle dolaşır.
		0 1 2
		40. Olmayan sesler işitir.(Açıklayınız).....
		0 1 2
		41. Düşünmeden ya da aniden hareket eder (aklına eseni yapar)
		0 1 2
		42. Başkalarıyla beraber olmaksızın, yalnız kalmayı tercih eder.
		0 1 2
		43. Yalan söyler ve hile yapar.
		0 1 2
		44. Tümaklarını yer.
		0 1 2
		45. Sinirli ve gergindir.
		0 1 2
		46. Kas seymeleni ve tikleni vardır.....
		0 1 2
		47. Kurallara çok fazla uyar
		0 1 2
		48. Diğer öğrenciler tarafından sevilmez.
		0 1 2
		49. Öğrenme güçlüğü vardır.
		0 1 2
		50. Çok korkak ve kaygılıdır.
		0 1 2
		51. Baş dönmesi vardır.
		0 1 2
		52. Çok suçluluk duyar.
		0 1 2
		53. Sıra sıra beklemekten konuşur.
		0 1 2
		54. Açık yorgundur.
		0 1 2
		55. Çok kilolüdür.
		0 1 2
		56. Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır.
		0 1 2
		a) Ağrılar, sıızlar
		0 1 2
		b) Baş ağrıları
		0 1 2
		c) Bulantı, kusma hissi
		0 1 2
		d) Gözle ilgili şikayetler:.....
		0 1 2
		e) Döküntüler ya da cilt sorunları
		0 1 2
		f) Mide krampları ve kramplar

## ÖĞRETMEN BİLGİ FORMU

0: Doğru değil

1: Bazen ya da biraz doğru

2: Çok ya da sıklıkla doğru

0 1 2	g) Kusma	0 1 2	86. İnatçı, somurtkan ve rahatsız edicidir.
0 1 2	h) Diğer (açıklayınız).....	0 1 2	87. Mizacı ve duyguları çabuk değişir.
0 1 2	57. İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur.	0 1 2	88. Çok sık küser.
0 1 2	58. Burnuyla, cildiyle, vücudunun bazı kısımlarıyla oynar ve yolar (açıklayınız).....	0 1 2	89. Şüphelidir.
0 1 2	59. Sınıfta uyur.	0 1 2	90. Küfürü ve açık saçık konuşur.
0 1 2	60. Hevessiz, isteksiz ve durgundur.	0 1 2	91. Kendini öldürmekten söz eder.
0 1 2	61. Okul başarısı düşüktür.	0 1 2	92. Başarısızdır, yeterince çaba göstermez.
0 1 2	62. Dengesiz ve sakardır.	0 1 2	93. Çok fazla konuşur.
0 1 2	63. Kendinden büyük çocuklarla oynamaya tereddüt eder.	0 1 2	94. Başkalarıyla çok dalga geçer, alay eder.
0 1 2	64. Kendinden küçük çocuklarla oynamaya tereddüt eder.	0 1 2	95. Öfke nöbetleri vardır, çok çabuk öfkelenir.
0 1 2	65. Konuşmaya reddeder.	0 1 2	96. Cinsel konulara fazlaca düşünür.
0 1 2	66. Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar.....	0 1 2	97. İnsanları tehdit eder.
0 1 2	67. Sınıf disiplinini bozar.	0 1 2	98. Okula ve derse geç kahr.
0 1 2	68. Çok bağırır, çığlık atar.	0 1 2	99. Temizliğe ve titizliğe ayan düşkündür.
0 1 2	69. Sır küpüdür, sırlarını kendine saklar.	0 1 2	100. Kendine verilen görevleri yerine getirmez.
0 1 2	70. Olmayan şeyleri görür. (Açıklayınız).....	0 1 2	101. Okuldan kaçır, dersini asar.
0 1 2	71. Sıkılgan ve utançtır.	0 1 2	102. Hareketsiz ve yavaşır.
0 1 2	72. Dağınık ve düzensiz çalır.	0 1 2	103. Mutsuz, üzgün ve çökkündür.
0 1 2	73. Sonumsuzca davranır (Açıklayınız).....	0 1 2	104. Çok yüksek sesle konuşur.
0 1 2	74. Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar.	0 1 2	105. Tıbbi amaç dışında alkol ya da ilaç kullanır. (Açıklayınız).....
0 1 2	75. Çekingen ve ürkettir.	0 1 2	106. Başkalarına memnun etmeye çok meraklıdır.
0 1 2	76. Beklenmedik ani fevri hareketleri vardır.	0 1 2	107. Okulu sevmez.
0 1 2	77. İstekleri yerine getirilmezse hevesi çabuk kırılır.	0 1 2	108. Hata yapmaktan korkar.
0 1 2	78. Dikkati çabuk dağılır, dikkatsizdir.	0 1 2	109. Sızlanır, manlı danır.
0 1 2	79. Konuşma gücü vardır. (Açıklayınız).....	0 1 2	110. Dış görünüşü temiz değildir.
0 1 2	80. Boş gözlerle uzun uzun bakar.	0 1 2	111. İçer kapalıdır, başkalarıyla birlikte olmak istemez.
0 1 2	81. Eleştirildiğinde incinir, gücenir.	0 1 2	112. Evhanlıdır.
0 1 2	82. Evin dışında çalmaları vardır.	0 1 2	113. Öğrencinizin yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen yazınız.....
0 1 2	83. İhtiyacı olmayan nesnelere toplar, biriktirir (Tanımlayınız).....		.....
0 1 2	84. Alışılmadık acayip davranışları vardır. (Açıklayınız).....		.....
0 1 2	85. Alışılmadık acayip düşünceleri vardır. (Açıklayınız).....		.....

**BÜTÜN MADDELERİ CEVAPLAYIP CEVAPLAMADIĞINIZI LÜTFEN KONTROL EDİNİZ.**