

T.C. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK-ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK-ERGEN
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ÇOCUK VE
ERGENLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE BELİRTİ DAĞILIMI

DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND SYMPTOM DISTRIBUTION OF CHILD
AND ADOLESCENTS ATTENDING TO KARADENİZ TECHNICAL UNIVERSTY
MEDICAL FACULTY CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY CLINIC

UZMANLIK TEZİ

Dr. Tülin Yöntem

TRABZON–2004

T.C. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK-ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK-ERGEN
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ÇOCUK VE
ERGENLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE BELİRTİ DAĞILIMI

DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND SYMPTOM DISTRIBUTION OF CHILD
AND ADOLESCENTS ATTENDING TO KARADENİZ TECHNICAL UNIVERSTY
MEDICAL FACULTY CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY CLINIC

UZMANLIK TEZİ

Dr. Tülin Yöntem

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Sema Kandil

TRABZON-2004

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TABLolar LİSTESİ.....	III
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.Çocuk Psikiyatrisinin Dünyada ve Türkiye’de Gelişimi.....	2
2.2.Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Değerlendirme.....	5
2.3.Çocuk Psikiyatrisinde Epidemiyoloji.....	8
2.4.Epidemiyolojik Bulgular.....	13
2.4.1.Bireysel Özellikler.....	13
2.4.1.1.Yaş ve Cinsiyet.....	13
2.4.1.2.Etnisite.....	13
2.4.1.3.Kronik Sağlık Sorunları.....	14
2.4.1.4.Mizaç.....	14
2.4.1.5.Zeka Düzeyi-Öğrenme Bozuklukları.....	14
2.4.2.Biyolojik Özellikler.....	15
2.4.3.Psikososyal Faktörler.....	15
2.4.3.1.Erken Dönemde Çevre.....	15
2.4.3.2.Ailedeki Psikopatoloji.....	15
2.4.3.3.Ailesel Faktörler.....	16
2.4.3.4.Sosyoekonomik Durum.....	16
2.4.4.Diğer Faktörler.....	17
2.5.Çocuk Psikiyatrisinde Tanı ve Sınıflandırma.....	17
2.5.1.Sınıflandırma Sistemlerinin Kısıtlılık ve Zorlukları.....	17
2.5.2.Gelişimsel Yaklaşım.....	18
2.5.3.Boyutsal Yaklaşım.....	19
2.5.4.Kategorik Yaklaşım.....	20
3.MATERYAL VE METOD.....	21
4.BULGULAR.....	23
5.TARTIŞMA.....	43
6.SONUÇLAR.....	59
7.ÖZET.....	62
8.SUMMARY.....	63
9.KAYNAKLAR.....	64
10.EKLER.....	77

TABLOLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
BÖLÜM I: ÇOCUK VE AİLENİN TANITICI ÖZELLİKLERİ	
Tablo 1.1: Cinsiyet Dağılımı.....	23
Tablo 1.2: Yaş Dağılımı.....	24
Tablo 1.3: Kardeş Sayısı.....	24
Tablo 1.4: Olguların Kardeş Sıralaması.....	24
Tablo 1.5: Olguların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	25
Tablo 1.6: Okul öncesi eğitime göre dağılım.....	25
Tablo 1.7: Olguların Muayeneye Geliş şekli.....	26
Tablo 1.8: Olguların geldiği illere göre dağılımı	26
Tablo 1.9: Anne ve babaların eğitim düzeyine göre dağılım.....	27
Tablo 1.10: Annelerin meslek dağılımı.....	27
Tablo 1.11: Babaların meslek dağılımı.....	28
Tablo 1.12: Annelerin sağlık durumu.....	28
Tablo 1.13: Babaların sağlık durumu.....	29
Tablo 1.14: Anne ve baba soy hastalıkları.....	29
Tablo 1.15: Ailenin durumunu belirleyen dağılım.....	30
Tablo 1.16: Ebeveynlerin akrabalık durumu.....	30
Tablo 1.17: Ailede ruhsal hastalık dağılımı.....	30
Tablo 1.18: Ailelerin sosyo-ekonomik düzeylerine göre dağılımı.....	31
Tablo 1.19 : Olgularda saptanan organik bulguların cinsiyete göre dağılımı.....	31
BÖLÜM II: BELİRTİ DAĞILIMI	
Tablo 2.1: Olguların başvuru yakınmalarının dağılımı.....	33
Tablo 2.2: Cinsiyete göre belirti dağılımı.....	34
Tablo 2.3: Yaşa göre belirti dağılımı.....	36
Tablo 2.4: Aile durumuna göre belirti dağılımı.....	38
Tablo 2.5: Anne ve babanın anlaşılabilir (geçimlilik- geçimsizlik)durumuna göre belirti dağılımı.....	39
Tablo 2.6: Ailede Ruhsal Hastalık ile Belirti Dağılımı.....	41

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ana bilim dallarında farklı dönemlerde yapılan epidemiyolojik çalışmalar, zaman içinde Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanındaki değişimin değerlendirilmesi ve gelişmelerin saptanması açısından önemlidir.

Bu çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi Çocuk- Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 1 Ocak 2003- 30 Haziran 2003 tarihleri arasında aileleri tarafından çeşitli belirtilerle ilk kez başvuran 632 çocuk ve ergenle yapılmıştır. Bu çocuk ve ergenler demografik özellikleri, ruhsal belirtilerinin dağılımı açısından incelenmiş ve bu demografik özelliklerin başvuru yakınmaları ile ilişkisi araştırılmıştır.

Çalışmanın amacı bölgemizde tek hizmet veren Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniği olmamız nedeniyle başvuru yakınmalarını, belirti dağılımını, demografik özelliklerini araştırmaktır. Bu amaç doğrultusunda yaş, cinsiyet, kardeş durumu, eğitimi, ailenin oturduğu yer, çocuğu getiren kişi ya da kurum, anne-babanın eğitimi ve işi, anne-babanın sağlık durumu, anne-baba soy hastalıkları, ailenin durumu, anne- babanın akrabalık durumu, ailede ruhsal hastalık dağılımı, ailelerin sosyoekonomik düzeyleri, eş zamanlı organik bulgular, başvuru yakınmalarının dağılımı, belirtilerin cinsiyete, yaşa, aile durumuna göre dağılımı, ailede ruhsal hastalık ile belirti dağılımı, belirtilerin anne- babanın geçimlilik / geçimsizlik durumuna göre dağılımı, olgularda saptanan tanıların dağılımı araştırılmıştır.

Elde edilecek sonuçların muhtemel katkıları bölgemizde tek hizmet veren çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniği olmamız nedeni ile bölgemiz demografik özelliklerini ve belirti dağılımını saptamak ve diğer illerdeki Çocuk Ruh Sağlığı ve hastalıkları polikliniklerinde yapılan çalışmalardan bölgesel farklılığın olup olmadığını belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk-Ergen Psikiyatrisinin Dünyada ve Türkiye’de Gelişimi

Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, çocuk-ergeni biyolojik, genetik yapısı, içinde bulunduğu gelişim dönemi, ailesi, sosyal çevresi ve etkileşimleri ile

birlikte ele alan ve aynı zamanda koruyucu ruh sağlığı işlevlerini de yürüten bir ana bilim dalıdır (1).

Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları tarihine baktığımızda, çocukta ruhsal hastalıklarla ilgili ilk olgu sunumlarının 1800'lü yılların başlarında yayınlandığını görüyoruz (2). Dünyada özellikle batı ülkelerinde 1930 yılından sonra kristalleşerek gelişen ve önce Çocuk Psikiyatrisi daha sonra Çocuk-Ergen Psikiyatrisi ismini alan tıp dalından Türkiye'de 1955 yılından sonra söz edilmeye başlanmıştır. Çocuk-Ergen Psikiyatrisinin gelişimi, Erişkin psikiyatrisinin gelişiminden oldukça farklı ve ayrı bir seyir takip etmiş ve II. Dünya Savaşı'nın sonuna kadar Erişkin Psikiyatrisinden etkilenmesi minimal seviyede olmuştur. II. Dünya Savaşı'ndan önce ve bu savaş sonrasında belirli bir sürede Çocuk- Ergen Psikiyatrisi konuları ile ilgilenen hekimler "Çocuk Rehberliği Merkezleri " nde görev yapmakta olup sevk edilen vakalar çoğunlukla sosyal kuruluşlardan, aile hekimlerinden gelmiş onlar da bu kuruluş ve hekimlerle bağlantı kurmuşlardır. Çocuk-Ergen Psikiyatrisinin kısmen Pediatri'den ve minimal düzeyde Erişkin Psikiyatrisi'nden kaynaklandığı kabul edilmektedir. Gelişimindeki bu farklılık Çocuk-Ergen Psikiyatrisi'nin klinik problemlere farklı bir yaklaşım geliştirmesine yol açmış, bu yaklaşım da Erişkin Psikiyatrisi'nin semptomaya dayalı hastalık modelinden daha çok psikolojik, çok daha sosyolojik ve ailenin " temel sosyal birim " olarak ele alınmasıyla da çok daha çevresel olarak değerlendirilmiştir (3).

Batıda Çocuk Psikiyatrisi'nin oluşumunun temelinde zeka geriliği ve kreten çocuklara duyulan ilginin olduğu şüphesizdir. Fransız hekimi Itard'ın (1715 – 1780) muhtemelen bir idiot olan " Aveyron'lu vahşi çocuk " ile deneyleri ve A.B.D.'ne göç eden öğrencisi Seguin'in (1816 - 1863) çalışmaları özel eğitimin esasları olmuştur. İsviçreli hekim Guggenbühl (1816 - 1863) kretenler için tedavi esaslarını ve yataklı kuruluşu getirmiştir. Fransa'da Binet ve Teman'ın çalışmaları (1905 – 1906) ile zeka testlerinin yaygınlaşması tanıyı kolaylaştırmıştır (3).

Bir psikolog ve eğitimci olan Stanley Hall normal çocuk gelişimi ve davranışlarını değerlendiren ölçekler geliştirerek katkıda bulunmuştur. Bu bilgilerin ışığında 1904'de ilk çocuk gelişimi kitabı " Adolescent " yayınlanmıştır (4).

1909 ve 1915 yılları arasında A.B.D.'nin Boston ve Chicago şehirlerinde suç işleyen ve davranış bozukluğu gösteren çocuklarda ekip incelemesi başlatılmış, dolayısıyla 'Akıl Sağlı' kavramı ve hareketi de bu tarihlerden itibaren ortaya çıkmıştır. Yine bu yıllarda Adolf Meyer biyo-psikolojik yaklaşımıyla büyüklerin psikozlardan korunması için çocuklara eğilmek gereğini kabul ettirmiş; Sigmund Freud'u izleyen Anna Freud, F.

Allen, S. Lipmann ve Melanie Klein gibi araştırmacılar çocukluk seksualitesi teorisini, çocuk analizini, çocuk oyununun değerlendirilmesini, çocuk psikoterapisini geliştirmişlerdir. Fransa’da Heuyer ve ABD’de Leo Kanner’in, çocuk psikiyatrisi makalelerini yazmalarından sonra Çocuk Psikiyatrisi kavramı genel bir kabul görmeye başlamış. 1930’dan sonra birçok ülkede çocuk rehberliği merkezleri oluşmaya ve gelişmeye başlamıştır. ABD’de 1950 yılında Çocuk Psikiyatrisi ayrı bir uzmanlık dalı olarak tanımlanmış ve 1950 yılından bu yana da bu yeni uzmanlık dalı bir çok ülkede tıp fakültelerinde yerini almıştır (3).

Yakın tarihimizde çocukların ruhsal ve toplumsal durumlarına yönelik çalışmaları Mithat Paşa’nın ilk sanat okulları ile ıslah evini açmasında ve 1895’de kurulan Darülcenze’de ilk çocuk kreşinin açılışında görmekteyiz. 1921’de Himaye-i Eftal Cemiyeti (Çocuk Esirgeme Kurumu) açılmıştır.1934 yılında Bakırköy Akıl Hastanesinde idiot çocuklar için koğuş açılmış. Bu konuda Mazhar Osman tarafından Münih Kliniği’ne yollanan hekimlerden Necati Kemal Kip bazı çalışmalar yapmış ve ‘Anormal Çocuk davası’ başlıklı bir makaleyi 1939 yılında yayınlamıştır. 1954 yılından itibaren Milli Eğitim Bakanlığı önce yetiştirme yurtlarını sonra rehberlik ve araştırma merkezlerini daha sonra da eğitilebilir zeka geriliği için özel alt sınıfları açmaya başlamıştır (3).

İlk Çocuk Psikiyatrisi Bölümü Prof. Dr. Mualla Öztürk tarafından 1958’de Hacettepe Çocuk Sağlığı Enstitüsünde kurulmuş, bu alanda ilk çocuk psikiyatristlerini ve klinik psikologlarını yetiştirmeye başlamıştır (5).

Aynı yıllarda İstanbul Üniversitesi Çapa Psikiyatri Kliniğinde de çocuk psikiyatrisi çalışmaları başlamıştır (6) .

1973 yılında yürürlüğe giren “ Tababet Uzmanlık Tüzüğü” nde Çocuk Ruh Sağlığı Uzmanlığı Psikiyatri Uzmanlığından sonra başlanarak iki yılda tamamlanan bir yan dal uzmanlığı haline getirilmiştir (3).

1982 yılında yürürlüğe giren “ Çocuk Mahkemelerinin Kuruluşu, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkındaki Kanun ” ile “ ceza-tedbirin uygulanmasından önce gerekirse küçüğün aile, terbiye, okul durumu, gidişatı içinde geliştirdiği ve bulunduğu şartlar veya bunlar gibi gerekli görülen sair hususların Çocuk Mahkemeleri nezdinde görevlendirilmiş olan Sosyal Hizmet uzmanları veya yardımcıları veya pedagog veya psikolog veya psikiyatrist gibi uzmanların marifetiyle araştırılır ” hükmü getirilmiştir (3).

1983 yılında Psikiyatri ihtisasının 4 ayının Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalında geçirilmesi mecburiyeti getirilmiştir (3).

1987 yılında Adli Tıp Kurulunda bir Çocuk Psikiyatrisi Uzmanının üye olarak bulunması mecburiyeti getirilmiştir (3).

1990 yılında Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları yan dal uzmanlığı kaldırılmış ve bu uzmanlık dört yıl süreli ana dal uzmanlığı haline getirilmiştir (3).

Halen Türkiye’de, Ankara’da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İstanbul’da İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir’de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa’da Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana’da Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Trabzon’da Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli’nde Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya’da Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gaziantep’te Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana bilim dalları faaliyet göstermektedir. Bunların dışında Sağlık Bakanlığına bağlı Devlet Hastanelerinde de Çocuk- Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanları görev yapmaktadır (3).

Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanındaki uzman elemanların sayıca artışı ve alandaki çalışmaların daha kapsamlı ve nitelikli oluşu, dünyadaki bu alandaki gelişmelere paralel olarak epidemiyolojik çalışmalarda da sayıca artışa neden olmuştur. Bu çalışmaların sonuçları ruhsal belirtilerin sıklığının ve yaygınlığının saptanmasına, bu belirtilerin çeşitli değişkenlerle ilişkisinin ortaya konmasına, oluşum nedenlerinin açığa çıkarılmasına yardımcı olmaktadır.

2.2. Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Değerlendirme

Çocuk-ergen psikiyatristleri çeşitli emosyonel, bilişsel, fiziksel, davranışsal sorunlarla başvuran çocuk ve ergenleri değerlendirme ve tedavi etmek durumundadır. Bu değerlendirme aile, okul, toplumsal ve kültürel yönleri kapsamak zorundadır. Çocukları tanısal değerlendirmenin amaçları;

- a)Psikopatolojik bir durumun söz konusu olup olmadığı, söz konusu ise ayırıcı tanıyı yapmak,değilse çocuğun ruh sağlığını korumak
- b)Tedavinin gerekli olup olmadığı
- c) Tedavi programını geliştirerek, ebeveyn ve çocuğun bu programa katılımını sağlamaktır.

Bu değerlendirme süreci başvuru sebebini ,çocuğun gelişimsel işlevleri ve davranışsal zorluklarının boyutunu, bu probleme yol açan bireysel (yapısal), ailevi veya çevresel faktörlerin tespitini içermektedir. Çocuklar ile erişkinlerin psikiyatrik değerlendirmesinde farklılıklar söz konusudur. Başvuran çocuklarda bazen tanımlanabilir bir psikiyatrik bozukluktan ziyade gelişimin bir veya daha fazla boyutunda aksamalar söz konusudur (3).

Çocuk ve ergenlerde şikayetleri ve öyküyü almada, bulunduğu gelişimsel dönemin özelliklerine göre çeşitli alanlardaki işlev düzeyi sorulmalıdır. Normal ve anormal gelişimi iyi bilmeyen klinisyen bu süreçte başarılı olamamaktadır. Çocuklarda sıklıkla başvuru nedeni ebeveynin veya öğretmenin yakındığı problemlerdir. Çocuğun bu alanda algısı onlardan farklı olabilir (3).

Çocuğu değerlendirirken evde ve okulda işlev düzeyini öğrenmek, o alanda gereken kaynaklardan bilgi toplamak tanısai değerlendirilmeye yardımcı olur. Çocuğun kendisi ile olan görüşmelerde tek görüşme tanıya yönelik yetersiz kalmaktadır, ancak 2-3 görüşmeden sonra tanısai değerlendirme uygundur (3).

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisine İlk Başvuru: İdeal başvuru şekli (gelişmiş ülkelerde uygulanan ebeveynin (veya bakım veren kişi) telefonla psikiyatristi araması, kısaca çocukları ve sorunun doğasından söz etmeleri, çocuklarını psikiyatriste götürmek için nasıl açıklama yapmaları konusunda bilgi edinmeleridir. Ülkemizde klinik deneyimlerimizde ise ebeveynlerin az bir kısmının telefonla bilgi alarak çocuğa nasıl açıklama yapmaları gerektiğini öğrenmekte, çok az bir kesim kendiliğinden doğru olanı yapmaktadır (3).

Başvuran çocukların önemli bir kısmı başvuru sebebi ve nereye geldiklerini bilmeden anne babaları ya da başka büyükler tarafından getirilirler. Sorunları için kendi isteği ile başvuran genellikle ergenlerdir. Kendi isteğiyle başvuran ergenle, ilişkide ve tedavide başarıya ulaşma şansı daha fazladır. Belirgin bir sorun yoksa, çocuk-ergen hekime neden geldiğini ve kendisinden ne beklendiğini bilmez. Çocuğu-ergeni, bekleme salonuna gidip hekimin karşılaması uygundur. Okul dönemindeki çocuk-ergen, görüşmeye yalnız girebilir. Okul öncesi dönem çocukların çoğu anne babadan ayrılmaya katlanamaz. O nedenle görüşmeye anne baba ile birlikte alınması uygundur. Aynı odada görüşmeye alındıktan sonra hekim, ayrılık için çeşitli yöntemler kullanır. Çocuğun tepkisini ve bu önemli olayın üstesinden nasıl geldiğini gözlemler. Hekimin ilk ipuçları, çocuğun genel görünümü, sözlü-sözsüz ilk yanıtları ve anne babadan ayrılmaya tepkileridir. Görüşmeye başlarken, çocuğun rahatlaması için, hekimin ilk işi çocukla anlaşmaktır. Çocuğa-ergene görüşmeye gelirken anne babasının ne söylediği öğrenilmelidir. Hekim, çocuğun

anlayacağı dilde ve onu destekler biçimde, özetleyerek, görüşmenin ne amaçla yapıldığını anlatmalıdır. Görüşme süresince hekim; çocuğun-ergenin aile üyeleriyle, akranlarıyla ilişkilerini öğrenmelidir. Okulda, ders başarısının ve davranışlarının nasıl olduğunu ve neler yapmaktan hoşlandığını araştırmalıdır. Çocuğun-gencin bilişsel işlevlerinin genel değerlendirilmesi ruhsal durum incelemesinin bir bölümüdür (7).

Küçük çocukla görüşmede tüm özgül bilgiler anne babadan alınır. Hekimin ergenle yapmış olduğu görüşme daha fazla gizlilik gerektirebilir (7).

Çocuk-ergenin psikiyatriste çeşitli başvuru nedenleri vardır:

a) Bir sorun olduğunu fark edip başvurma: Sorunlu bir ergen ya da çocuk, çoğu zaman çevresi tarafından fark edilmez. Ergenlik dönemi depresif duygu durumu açısından dalgalanmalar gösterir. Belirgin ruhsal sorunu olan bazı çocukların-ergenlerin anne ve babası sorunun anlamını ve ciddiyetini kavramaz. Çocuklarının yaramaz ya da tembel olduğunu düşünebilirler. Mutsuz bir çocuk , ilaç içip intihar edinceye kadar fark edilmeyebilir.

b) Ailenin ya da yönlendiren kurumun/ kişinin yardım alma isteğiyle başvurma: Okulda çalma davranışları olan bir ergenin, okul rehberlik servisi tarafından yönlendirilmesi gibi.

c) Ailenin soruna belirli bir tutumu vardır. Başvurunun esas nedeni çocuğun sorunu değil, ailede ya da anne babanın birinde var olan sorundur.

d) Ailenin bazı kuşkular nedeniyle yönlendirilmesi nedeniyle başvuru: Örneğin, babanın çocuğunu cinsel kötüye kullanımı kuşkusu ile yönlendirme gibi. Böyle bir nedenle başvuran aileler en dirençli olanlardır.

e) Çocuğun-ergenin bozukluğundan çok, bir olay nedeniyle başvuru: Okulda öğretmeniyle tartışmasından sonra bir ergenin hekime getirilmesi gibi.

f) Aileden kaynaklanan sorun için sevk nedeniyle başvuru. Örnek olarak anne babanın boşanmasında çocuğun velayeti ile ilgili mahkemenin sevkı olabilir.

Tanı amaçlı yaklaşımda, başvuru nedenlerini ve dinamiklerini anlamak gereklidir. Bu nedenle çocuğa olduğu kadar, sosyal içeriğe ve başvuru biçimine de odaklanılmalıdır. Çocuğun-ergenin ruhsal değerlendirilmesinde, başvuru nedeni, çocuğun geçmiş ve o andaki işlev düzeyi belirlenmelidir. Çocuğa-ergene yönlendirilen özgül sorularla, anne babadan edinilen bilgilerle en önemlisi, çocuğun-ergenin gözlenmesiyle ruhsal durum incelemesi gerçekleştirilir. Hasta, anne, baba ile birlikte görüşme, değerlendirmenin başında ya da sonunda yapılabilir. Görüşmede hekim, anne babanın hastaya tutumu, soruna yönelik duyguları hakkında bilgi edinir. Hekim çocuğun-ergenin anne babasına yönelik

duygusal tepkilerini gözler. Hekimin görevi, aile üyelerine tarafsız bir tutum içinde, duygularını rahatça ifade edebilecekleri bir ortam sağlamaktır. Hekim için çocuğunu büyütürken anne babanın duygularının ne olduğu önem taşır. Çocuktaki değişimlere anne babanın nasıl uyum yaptığı öğrenilmelidir. Bu değişim, çocuğun büyümesiyle ilgili olabileceği gibi (ergenlik dönemine girme) ailenin yaşam koşullarının değişmesiyle de ilişkili olabilir (babanın ölümü gibi) (7).

Psikolojik test bulguları, nesnel olması ve odaklaşabilme niteliği ile olguda varolan etmenlerin ayırt edilebilmesine yardımcı olur. Psikolojik testler özellikle zihinsel düzeyi, özgül bilişsel bozukluğu, beyin işlevsel bozukluğunun davranışa yansımaları, coşkusal gelişim düzeyini, kişilik özelliklerini, psiko-sosyal çevrenin doğasını ve niteliğini açığa çıkarmada yararlıdır.

Çocuk ve ergenin psikiyatrik değerlendirilmesinde kullanılan psikolojik testler Wechsler (WISC, WISC-R) Zeka Testi , Stanford Binet Zeka Testi, Peabody Resim Kelime Testi, Bender Gestalt Görsel Motor Algılama Testi, Benton Görsel Bellek Testi, Porteus Labirentleri Testi, Goodenough-Harris Adam Çizme Testi, Lateralleşme Testi, AAMD Uyumsal Davranış Skalası, Achenbach Çocuk Davranış Skalası, Çocuklar için Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Rorshhach Testi, Tematik Algı Testi (T.A.T), Çocuklar için Algı Testi (Ç.A.T) Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (M.M.P.I.), Rosengberg Benlik Saygısı Ölçeği , Anne Çocuk İlişkileri Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (PARI), Anne Baba Davranış Ölçekleri, Denver Gelişim Testidir (7).

2.3. Çocuk Psikiyatrisinde Epidemiyoloji

Dünya savaşı öncesi epidemiyolojik çalışmalar daha çok infeksiyon hastalıklarının etiyolojisi ile ilgili idi. Sonraları ilgi infeksiyon hastalıklarından kronik hastalıklara ve beslenme bozukluklarına kaydı. Böylece epidemiyolojinin ilgi alanı genişledi (8).

Cassel 1965’de epidemiyolojiyi, “insanların fizik, mental ve sosyal sağlığını belirleyen ya da etkileyen durumlarla ilgili, aynı zamanda belirli sosyal gruplarda bu sağlığın davranışlarla ilgisini araştıran bilim dalı” olarak tanımladı. Bu tanımlama tek nedenli hastalık modellerinin çoğul nedenli modellere geçişine neden oldu. Bu çoğul nedenler etiyolojik faktörlerden, bireyin kişisel özelliklerine, çevresel faktörlere değin uzanmaktadır. Böylece genişleyen epidemiyoloji alanı psikiyatride kullanılmaya başlanarak belki de en yaygın ve işlevsel kullanımını bulmuştur. Bugünlerde birçok

hastalığın, yüksek tansiyon, koroner arter hastalıkları gibi, psikiyatrik hastalıkların da kronik karakteri ve multifaktöriyel oluşu araştırmacılarca kabul edilmiştir (8).

Çocuk psikiyatrisi ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar yaklaşık 30 yıldır tanımlanmıştır. 1958’de Lapaue ve Monk ilk kez ailelerin tanımladığı problem davranışları, 482 çocuklu, 6-12 yaş arası bir örneklem grubunda incelemişlerdir. Bu çalışma ilk sistematik çocuk psikiyatrisi epidemiyolojik çalışmasıdır ve alana yeni boyutlar getirmiştir. O zamana değin bu alanda yayınlanan çalışmalar olgu sunumları ve teorik varsayımlardan öteye geçememiştir. Bu çalışmada yazarlar anneler tarafından tanımlanan problem davranışların daha yüksek oranlarda olduğunu vurgulamışlardır. Böylece aile ve çocuğun bildirimleri arasındaki farklılığa dikkat çekilmiş bu durum bu güne değin çocuk psikiyatrisinde epidemiyolojinin önemli sorunlarından birini oluşturmuştur. Birçok yazar tarafından bu konuda araştırma yapılmaktadır (8).

Epidemiyoloji ile çocuk ve adolesan psikiyatrik hastalıkların önlenmesi birbirine sıkıca bağlıdır. Epidemiyolojiden elde edilen veriler koruyucu, etkili programları destekler ve çocuk psikiyatrisindeki koruyucu girişimler için temel verileri sağlar. Koruyucu girişimlerde risk faktörlerinin gerçek nedenlerini ayırt ederek epidemiyolojinin anlaşılmasına katkıda bulunur (9).

Epidemiyoloji klinik çalışmadan farklıdır, çocuk ve adolesan popülasyonunda psikiyatrik bozuklukların araştırılmasıyla ilgilidir. Klinik çalışmalar ise hastaneye başvuran hasta çocuk grubu, en azından danışma gereksinimi duyulan çocuklarla ilgilidir. Toplum çalışmaları ise tüm hastalıkları ya da sorunları, aynı zamanda da hastaneye başvurmayan ve tedaviye alınamayanları içermektedir. Psikiyatrik epidemiyoloji, ruhsal bozuklukların dağılımı, sıklığı, demografik özellikleri, etiyolojik nedenleri konusunda sayısal bilgi sağlar (9).

Klinik örneklem grubu, bazen bizi yanılgıya götürebilir. Örneğin, klinik örneklem grubunda anksiyeteli çocukların ailelerinde yüksek anksiyete düzeyleri bulunursa, bu bizi çocuklardaki anksiyetenin etiyolojisinde kuvvetli ailesel faktörler olduğu bilgisine götürebilir. Ancak bu şöyle de açıklanabilir, anksiyeteli anne-babalar, diğer anne babalara nazaran daha fazla yardım arayışı içinde olabilirler ve gerçekte ailesel faktörler görüldüğünden de zayıf olabilir (8) .

Bu fenomen ilk kez , “Berkson’un Yanılgısı” adı altında 1946’da tartışılmıştır. Bu görüşe göre bir bozuklukta örneğin çocuklardaki anksiyete bozukluklarında, belli bir dışavurumun örneğin anne babanın anksiyetesi ya da genetik, çevresel etkenlerin bileşim psikiyatri kliniklerine başvuruyu arttırabilir (8).

Epidemiyoloji alanında iki temel araştırma deseni vardır:

- a) Kesitsel (Cross-sectional) Desen
- b) Uzunlamasına (Longitudinal) Desen

Kesitsel desenler prevalans belirler. Bir başka deyişle belli bir sorunun, belli bir zamanda görülme oranını yani yaygınlığını işaret eder. İnsidans ise bir zaman diliminde yeni olguların ortaya çıkış sayısıdır. Kesitsel çalışmalar insidansı vermez. Sorun ile ilişkili faktörler aynı zaman diliminde değerlendirilir. Çocuk psikiyatrisinde daha çok bu araştırma deseni kullanılır. Belirli bir zaman diliminde yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, ırk, aile değişkenleri ,biyolojik ve çevresel değişkenlerin ilişkileri incelenir (8) .

Bu çalışma deseninin özel bir formu risk çalışmalarıdır. Veriler bize toplumun hangi kesiminin risk taşıdığı konusunda bilgi verir. Bozukluklarda olası etiyolojik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlerse de, bu çalışmalar, sorunun başlangıcıyla, etiyolojik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirleyemez. Örneğin bozuk giden evlilik ilişkisi, anne- baba anlaşmazlığı, empati eksikliği çocukta ortaya çıkan sorunlarla ilişkili olabilir. Ancak bu verilerden neden sonuç ilişkisini çıkarmak güçtür. Sorunlu bir çocuk da evlilik ve aile sorunlarının ortaya çıkmasına neden olabilir (8).

Kesitsel çalışmalar, bireyler arasındaki değişkenler hakkında bilgi verirken, uzunlamasına çalışmalar, zaman içinde bireylerde olan değişiklikleri anlama, bireydeki gelişim sürecini tanıma ve bunu etkileyen faktörleri tanımlama olanağı sağlar (8).

Hasta ve ailesi genellikle hastalıkla ilgili bazı semptom, davranış şikayetleriyle yardım arayışı içindedir. Epidemiyoloji sadece çocukta psikiyatrik bozuklukların kesitsel çalışmalardan elde edilen prevalansı ve dağılımıyla ilişkili değildir. Prospektif çalışmalarla, tanımlayıcı epidemiyoloji , insidans veya yeni vakalarla, bozuklukların kalıcı veya geçici olması , olası risklerin, koruyucu faktörlerin saptanması, bireyleri zaman içinde sağlıklı veya sağlıksız kılan risklerin ve koruyucu faktörlerin oluşumu ile ilgilidir (9) .

Çocuk Psikiyatrisinde epidemiyolojinin Verhulst ve Koot'a göre iki temel alanı vardır:

- a) Tanımlayıcı (Descriptive) Epidemiyoloji
- b) Deneysel (Analitik) Epidemiyoloji

Tanımlayıcı epidemiyolojinin temel amaçları; genel nüfusta, çocuk psikiyatrik bozukluklarının sıklığını ve dağılımını saptamak, sıklığa etkili tarihsel yaklaşımlar araştırmak, çocukta psikopatolojinin gelişimine neden olan olumlu ya da olumsuz faktörleri ayırtmaktır. Ayrıca, psikiyatrik bozukluklar ile demografik değişkenlerin ilgisini araştırarak, bu verilerin ışığında çocuk psikiyatri servislere ihtiyacı belirlemeye

ve bu servislerin işlevlerini değerlendirmeye çalışır. Yardım aramaya neden olan sebepleri araştırıp bozuklukları önleme çalışmalarını düzenler (8) .

Deneysel (Analitik epidemiyoloji) epidemiyolojinin temel amacı ise bir risk faktörünün bozukluğa neden olup olmadığını araştırmak, temel verileri hazırlamak, değerlendirme ve sınıflandırma konularında çalışmaktır. Bunu da önleyici çalışmalarla risk faktörünün azaltılarak bozukluk insidansının azaltulmasını sağlayarak yapar (8, 9).

Birincil önlemlerle patolojik sürecin başlamasından önce uygulanan başarılı görüşmelerle hastalığın başlaması önlenbilir. İkincil önlemlerle hastalık başladıktan sonra hastalığın seyrinin değiştirilmesine çalışılır. Üçüncül önlemlerle de hastalığın ağırlığı azaltılır ve iyileşme yada remisyona girme sağlanır. Epidemiyoloji sadece hastalığın ve bozukluğun başlamasıyla ilgilenmez aynı zamanda süreklilik, remisyon ve relaps süreçleriyle de ilgilenir. Toplum araştırmaları bir veya daha çok psikiyatrik hastalık prevalansının %17.6 ve %22.2 arasında değiştiğini göstermektedir (10, 11). Burns ve arkadaşları 1995'te yaptıkları bir çalışmada ciddi duygusal bozukluğu olan beş hastadan sadece birinin akıl sağlığı servislerine getirildiği, bu çocukların çoğunun aileleri tarafından tedaviye getirilmediği sonucunu bulmuşlardır (12).

Normal ve anormal arasındaki sınır: Bozukluğun ölçülmesi

Çocuk psikiyatrisi epidemiyolojisinde bozuklukları tanımlamada iki farklı yaklaşım kullanılmaktadır. İlk yaklaşım kategorik yaklaşımdır, psikopatolojinin nosolojik kategorileri bir komite tarafından seçilir daha sonra bir bireyin tamamen hasta olarak kabul edilebilmesi için gereken tüm kriterler belirlenir. Bu yaklaşım yukarıdan aşağıya doğru bir yaklaşımdır. İkinci yaklaşım ampriktir, aşağıdan yukarıya doğru işler. İstatistiksel teknikler aynı zamanda, birlikte açığa çıkan, bir grup maddeleri oluşturmak için kullanılır ve sendrom olarak adlandırılır. Tanısal kategorilerin sonuçları geçerlilik ve kullanılabilirlik açısından test edilir. Çocuktaki hastalıkla ilgili neden, yol , prognoz ve tedaviye yanıtla ilgili ilave bazı bilgileri tanısal kategori içerir. Bu bilgiler çocuk psikopatolojisinin kategorik veya boyutsal fenomoloji olarak kavramsallaştırılmasıyla ilgili tartışmalara ışık tutar. Günümüzdeki çalışmalar tüm yaklaşımların yararlı olduğunu göstermektedir (13, 14).

Hangi yaklaşım kullanılırsa kullanılsın klinisyenler çocuğun ne zaman hasta olarak nitelendirileceğini bilmektedir. Semptom frekansı ve ağırlık derecesiyle ilgili bir eşik değerinin olması gereklidir. Çocuk bu eşik değeri aştığında klinisyen çocukta bir hastalık olduğunu söyleyebilir. Eğer çocuk eşik değerinin altındaysa hastalığı olmadığı şeklinde tanımlanır. Eşik değerin olması ve doğrulanması çocuk psikiyatrisinde çocuğun hasta veya

değil şeklinde tanımlanmasını sağlayan kritik bir durumdur. Bir bozuklukla ilgili eşik değeri önemsenmeyip değiştirilmesi sadece prevalans oranları değil aynı zamanda komorbid ve korele durumlarda fark edilir etkilere neden olur (15, 16) . Eşik değeri semptomların ötesinde bozukluktaki hastalanma kriterlerini de kapsar. Bozulmanın ölçümü genellikle sürekli ve sonuçta eşik değeri klinik anlamı olan bozukluğun nerede başladığını göstermelidir. Ne yazık ki çocuk psikiyatrisi epidemiyolojisinde bozukluk için varolan eşik değerlerin saptanmasıyla ilgili verilerde bir yetersizlik vardır.

Ontoria Çocuk sağlığı çalışmasında 6 ile 16 yaş arasındaki çocukların %67.8'inde dört psikiyatrik bozukluktan en az birinin olduğu ve bu bireylerde bir veya daha fazla ilave tanının olduğu bulunmuştur (17). Bazı faktörler komorbiditeyi artırır (18) . Düşük eşik değeri kullanılması bozuklukların prevalansını artırması, sınıflamadaki sorunlar, örneğin aynı semptomun bozukluğun farklı kategorilerde tanımlanması ve eğer iki bozukluk kesitsel bir çalışmada birlikteyse sadece erken belirti verenin saptanabilmesidir.

2.4. Epidemiyolojik Bulgular

2.4.1. Bireysel Özellikler

2.4.1.1. Yaş ve Cinsiyet

Çocuklardaki psikiyatrik bozuklukların prevalansı yaşla artar. Okul öncesi, preadolesan ve adolesanlarda ortalama prevalans oranları sırasıyla %10.2, %13.2, %16.5'dir (19) .

Cinsiyet farklılıkları dikkate alındığında, dışsal (external) nedenler erkeklerde daha fazlayken içsel (internal) problemler kızlarda daha fazladır (20- 23) .

Adolesan yaş grubunda psikiyatrik problemler erkeklerde daha fazladır çünkü erkeklerde dışsal (external) sorunlar yoğunudur. Bu dönemde kızlar erkeklerden daha fazla soruna sahiptir, bunun nedeni ise kızlar arasında içselleştirme (internalizing) probleminin artmış olmasıdır (22 , 24).

Çalışmalar bazı gelişim dönemlerinde çevresel problemlerin önemli olduğunu göstermektedir (25, 26). Son yapılan çalışmalar içselleştirme probleminin çocukluktan yetişkinliğe doğru arttığını göstermektedir (27) . Bu bulgular eğer problemler erken başlangıçlı ise adolesan ve sonrasında kronik, ciddi problemlerin göstergesidir tartışmasını desteklemektedir (28 , 29) .

Cinsiyet farklılıklarıyla özgül ruhsal bozuklukların başlama zamanı ve daha sonra ruh sağlığına etkileri hakkında bilinenler azdır.

2.4.1.2.Etnisite

Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan çalışmalarda belirli ırksal, etnik gruplarda duygusal ve davranışsal problemlerin arttığı, özellikle ailedeki zorluk, güçlüklerin okulda yeterli performansı göstermeyi engellemesiyle risk oluşturduğu gösterilmiştir (30).

2.4.1.3.Kronik Sağlık Sorunları

Kronik sağlık sorunu olan çocuklarda eğer hastalıkları bedensel yetersizliğe sebep olmuşsa psikiyatrik bozukluk ve sosyal sorunların oranı kronik hastalığı olmayan yaşlılarına göre 3 kat fazladır (31).

Beyin fonksiyonunu etkileyen hastalıklar psikiyatrik bozukluklara daha çok neden olurlar. Psikiyatrik hastalıklara en fazla yatkınlık yaratan kronik hastalık epilepsidir (32).

2.4.1.4.Mizaç

Çocuklar yaşamlarının erken dönemlerinde birbirlerinden birtakım özellikler örneğin inhibisyon, biyolojik düzensizlik, duygusal yoğunluk, aktivite düzeyiyle ayrılırlar. Kızlar ve erkekler arasında bazı sabit farklılıklar vardır (33) .

Duygusal reaksiyon ve regülasyondaki erken dönemde bu farklılıklar, çocukların içselleştirme (internalizing) ve dışsallaştırma (externalizing) problemlerinde risk faktörü olabilmektedir (34).

Bir seri çalışmada erken davranışsal inhibisyonun daha sonraki dışsal sorunlar için risk faktörü olduğu gösterilmiştir (35).

Ailesel uyarıların dışındaki uyarılara yüksek reaksiyon veren infantlar, 4 yaşında daha inhibedir ve 7 yaşında daha anksiyetelidir (36) .

İnfant döneminde zor mizaç özellikleri , okul öncesinde ve okul çağında içsel ve dışsal problemlerin göstergesidir (37 , 38 , 39) .

Mizaç özellikle bakım veren ve aile ile etkileşimle gelişim süresince modifiye edilir. Korkak, ürkek bir çocuk ailesel teşvikle daha yürekli, iddiacı olabilir (40) . Zor mizacı olan çocukların aileleri fonksiyonel değilse zarar verici davranışlar belirgin olarak artar (41).

2.4.1.5.Zeka Düzeyi-Öğrenme Bozuklukları

Okul başarısızlığı olan bir çocukta düşük zeka düzeyi veya özgül öğrenme güçlüğü varsa psikiyatrik bozukluklar için artmış bir risk söz konusudur. Özellikle davranım bozukluğu, hiperaktivite, aşırı anksiyete, hata yapma oranı artmıştır (42, 43, 44).

2.4.2.Biyolojik Faktörler

Çocuk psikiyatrisindeki birçok bozukluğun biyolojik ve psiko-sosyal faktörlerin kombine etkileriyle oluştuğu bilinmektedir (45) .

İntrauterin alkole maruz kalma, doğum öncesi travma gibi faktörler santral sinir sisteminde fonksiyon bozukluğuna neden olmaktadır (46, 47) .

Biyolojik faktörler bazı bozukluklarda, Erken-başlangıçlı Şizofreni, Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Otizm, Tourette Sendromu ve Obsesif - Kompulsif Bozukluğun etiyolojisinde rol oynamaktadır (48, 49) .

2.4.3. Psikososyal Faktörler

2.4.3.1.Erken dönemde çevre

Yeni doğan ve okul öncesi dönemde yeterli etkileşim emosyonel, kognitif uyaranlı sabit çevre sağlanamamışsa kognitif, fiziksel ve ruh sağlığı gelişiminde gerilik söz konusu olacaktır (50, 51, 52 ,53) .

Çocuk ve bakım veren arasındaki ilişkinin kalitesi bağlanmanın güvenli olup olmadığını gösterir. Kaliteli bir bağlanma ruh sağlığı için önemlidir. Depresyon, özellikle çocuk kötüye kullanıldığında, ilgisiz bir çevrede büyütülüyorsa daha çok artar ve zamanla davranım bozukluğu gelişebilir (54 , 55 , 56 , 57) .

2.4.3.2.Ailedeki Psikopatoloji

Psikiyatrik bozukluğu olan ailelerin çocuklarında psikopatoloji oranları genelde artar. Bu durumun tersine psikiyatrik bozukluğu olan çocuklarda sağlıklı yaşlılarından daha fazla psikiyatrik bozukluğu olan ebeveyne sahiptir (58) .

Deprese ailelerin çocuklarında deprese olmayan ailelerin çocuklarından 3 kat daha fazla depresyon gözlenmiştir (59) .

Psikopatolojinin aileden çocuğa geçişinde hem çevre hem de genetik faktörler etkilidir. Çevresel etkiler; ayrılmış aile, evlilikte anlaşmazlık, ailesel işlevselliğin olmaması, ailesel depresyon ve çocukluktaki psikopatoloji arasındaki bağlantıya neden olan faktörler olarak ileri sürülmektedir (60, 61, 62).

Parental depresyon çocukta sadece depresyon riskini artırmaz aynı zamanda anksiyete bozukluğu, davranım bozukluğu ve alkol bağımlılığı riskini de artırır (60, 63 , 64) .

Kontrollü bir aile çalışmasında özellikle alkolik olan ailelerin çocuklarında davranım bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve karşıt gelme bozukluğu oranlarında artış bulunmuştur (65) .

2.4.3.3.Ailesel Faktörler

Bazı ailesel faktörler; tek ebeveynli aile, zayıf aile bağları, ailesel geçimsizlik, ailesel işlevselliğin olmaması ve çok kalabalık aile ortamı çocuklarda psikiyatrik bozuklukların artmış insidansı ile ilişkilidir (30, 66 , 67) .

95 çalışmanın meta-analizinin yapıldığı bir çalışma boşanmış aile çocuklarının boşanmamış aile çocuklarına oranla sosyal, duygusal, ve akademik alanda daha az başarılı olduklarını göstermektedir (68) .

Bununla birlikte çocukların boşanmaya tepkileri çok değişkendir, çoğu çocukta ciddi veya sürekli davranış problemleri göstermemektedir (69) .

2.4.3.4.Sosyoekonomik durum

Düşük sosyoekonomik durum ve çocuk psikiyatrik bozuklukları arasındaki ilişki sosyoekonomik düzey, emosyonel ve davranışsal sorunların varlığına ait bilgilerin kimden alındığı, fakirlik olup olmadığı, çocuğun yaşı gibi faktörlere bağlıdır. Ailenin sosyoekonomik durumu sadece ekonomik dezavantajla ifade edilip mesleki durum göz önüne alınmazsa düşük sosyoekonomik düzeyle psikiyatrik bozukluklar arasında güçlü bir bağlantının olduğu ortaya çıkar (30, 70, 71) .

Düşük sosyoekonomik düzey ve dışavurum (externalizing) bozuklukları arasındaki ilişki öğretmenler tarafından fark edilen şikayetlerde daha güçlüdür (17).

Süregelen fakirlik içsel semptomlara neden olurken şu anki fakirlik dışsal semptomların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (72) .

Ekonomik dezavantaj ile çocuk psikiyatrik bozukluğu arasındaki ilişki genç çocuklarda adolesanlardan daha güçlüdür (73) .

2.4.4. Diğer Faktörler

Stres dolu yaşam olayları, çocuklara kötü muamele de çocuk psikiyatrik bozukluklarıyla ilişkilidir (74) .

2.5. Çocuk-Ergen Psikiyatrisinde Tanı ve Sınıflandırma

Sınıflama becerisi insana has bir olgudur. Bu beceri sayesinde insanların gözlem, gözlemlerini düzenleme ve sıralama ve buna dayanarak genel ilke, kuramlar ortaya koymaları mümkün olur. Bilimsel sınıflama sistemleri iletişim kurma, tahminde bulunma ve açıklama yapma amaçları ile kullanılmaktadır. Çocuk-ergen psikiyatrisinde sınıflama sistemlerinin temel rolü, hem klinik, hem araştırma amaçlı iletişimi kolaylaştırmaktadır. Tahmin edici ve açıklayıcı rolleri kısıtlıdır. Çocukluk çağı bozukluklarını sınıflamak için tek doğru söz konusu değildir. Sınıflama sistemleri amaçlarına ve sınıflanacak materyalin niteliğine göre farklılık göstermektedir. Klinik uygulamalarda sıklıkla kategorik yaklaşımlar kullanılmaktadır, ancak daha az kullanılan boyutsal yaklaşımlarda değerlidir (3) .

Sınıflama sistemlerinin profesyoneller arası iletişimi kolaylaştırmayı, bozukluklarla ilgili bilgi vermeyi (hem tedavi, hem önleme ile ilgili) ve patogenezi araştırılmayı öngörüldüğünden, bunların klinisyen ve araştırmacılar tarafından hazırlanması ve geçerliliğinin saptanması uygundur (3) .

Son dönemlerde DSM III, DSM III-R, DSM IV, DSM IV-R hem klinik hem araştırma amaçlı geliştirilmiş sınıflama sistemleridir. ICD-10 ise araştırma tanımlamalarını ayırarak sunmuştur (3,75,76) .

2.5.1.Mevcut Sınıflama Sistemlerinin Kısıtlılık ve Zorlukları

Psikiyatrik epidemiyolojinin en önemli sorunlarından biri, tanı ve sınıflandırma sorunudur. Bu sorun çocukta olduğu kadar karışıklık yaratmasa da, erişkin psikiyatrisinde

de önemli bir sorundur. Çünkü ülkeden ülkeye, hekimden hekime, hastalıkların ayırımında önemli görüş ayrılıkları bulunabilir. Örneğin bazı ülkeler psikosomatik hastalıkları fiziksel hastalık grubunda ele alarak, nedenlerin daha çok organik kaynaklı olduğunu varsayar ve somatik tedavi yöntemleri uygulayabilirler. Bazıları da psikojenik nedenlerin daha önemli olduğunu düşünerek psikoterapötik yaklaşımlara yönelirler ve prognoz konusunda daha iyimser olabilirler. Kimi zaman aynı ülkede ve aynı hastanede çalışan psikiyatristler arasında bile tanı koymakta çoğu zaman güçlüklerle karşılaşılabilir. Organik ya da psikojenik nedenin ağırlığı karıştırılabilir (77, 78) .

Bu sorun çocuk psikiyatri kliniklerinde de aynı oranda zorluklar yaratmaktadır. Ayrıca burada erişkinlere nazaran sınıflandırma çalışmaları daha da karmaşık görünmektedir. Örneğin bazı kliniklerde uyum reaksiyonu tanısı alan çocuklar, başka kliniklerde davranış bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, zeka geriliği gibi değişik tanıları alabilirler ve çoğu da doğru olabilir. Ayrıca birçok psikiyatrist de çocukların hızlı değiştiklerini, bu nedenle çocuklara belirli kalıplarda olan sabit bir sınıflama uygulanamayacağını, bu kalıplaşmış isimlendirmelerin yerine hastaların derinlemesine incelenmesini ve durumun bireysel özelliklerini gizleyebileceğini öne sürerek sınıflandırmalara karşı çıkmışlardır (79) .

Çocuk-ergen psikiyatrik bozukluklarını sınıflandırma ve tanılamada bir takım zorluklar mevcuttur

2.5.2.Gelişimsel Yaklaşım

Belli bir yaş dilimi için normal sayılan bir davranış, başka bir yaş diliminde önemli bir patolojiye işaret edebilir. Ayrıca bazı bozuklukların temelde gelişimsel özelliği (mental retardasyon, fonolojik bozukluk) söz konusu iken, bazı bozuklukların sapan doğası (yaygın gelişimsel bozukluk) gibi söz konusudur. Anna Freud çocukların psikoanalitik değerlendirilmesinde gelişimsel öğeleri içeren bir model önermiştir. Ancak yaygın klinik uygulamada bunu kullanmak zordur. Fenomenolojik temele dayalı sınıflama sistemleri ise Kraepelin'in şizofreni ve bipolar bozukluğu ele alışı ile başlamıştır. Fenomenolojik temele dayalı sınıflama sistemlerinin teorik olmaları sebebi ile eleştirilere maruz kalmaktadır. Ancak bunun sebebi tanısal içeriğin klinik çalışmadan çıkarılmasıdır. Bu teorik yaklaşımı benimseyen klinisyenler için rahatsız edici olmuştur. Ancak bir sınıflama sistemlerinin teorik oluşu teoriyi önemsememe anlamına gelmemelidir. Bir grup araştırmacı ise ideal tanı sistemlerinin etiyolojiyi içeren klinik durumları vurgulamaktadırlar (3) .

Ancak sınıflama sistemleri hastalık modeli sunmak zorunda olmadığından, bu da mümkün değildir. Pek çok farklı etiyojoloji benzer klinik tablolara yol açabileceği gibi, aynı etiyojolojik sebepten doğan farklı klinik tablolar söz konusu olmaktadır. DSM IV' te etiyojolojisi belirlenen tek bozukluk Tepkisel Bağlanma Bozukluğudur (3) .

2.5.3.Boyutsal (Dimensional) Yaklaşım

Bu yaklaşım farklı boyutlardaki işlev veya bozukluğunun derecesini değerlendirmektedir. Bu yaklaşımda yararlanılan kaynaklar, davranış değerlendirme ölçekleri, ebeveyn, öğretmen raporları, gelişimsel temele dayalı testler ve benzerleridir. Bu yaklaşım tıbbi olmayan alanlarda daha fazla kullanılmakta ancak bazı tıbbi durumlarda süregelenlik gösterdiğinden (hipertansiyon, kısa boyluluk) o alanda da kullanılabilir (3) .

Tourette Bozukluğu ve Otizm dışında çocukluğun birçok davranışsal ve duygusal problemi, kesin sınırlar içinde bir tanı sınıflandırmasına sokulamaz. Bozukluklar arasında çok iyi tanımlanmış sınırlar olmadıkça, sorunun hangi alanda yoğunlaştığı gözden kaçabilir. Örneğin, depresyon ve hiperaktivitenin varlığı ya da yokluğu tartışılırken, kantitatif dereceleri gözden kaçabilir. Kantitatif yaklaşım, her problem için normal aynı yaş ve cinste yapılan çalışmalarla problem davranışlı çocuktan ne kadar farklı olduğunu verir. Bu kardiyovasküler hastalıklar için de geçerlidir. Örneğin hipertansiyonun varlığı ya da yokluğu tartışılacağına, kan basıncının kantitatif ölçümü kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörlerinin belirlenmesinde daha önemlidir (8) .

Çoklu bilgi kaynağı gereksinimi: Anne baba ,öğretmen, çocukların kendileri ve klinisyenlerin verdikleri bilgiler ve çocuğu değişik konumlarda (ev, okul, oyun) değerlendirmek çocuk psikiyatrisinde sağlıklı değerlendirme yapmak için gereklidir. Çocuğun davranışları erişkinlere kıyasla daha sıklıkla değişiklik gösterir ve çocuklar çevresel etkenlerden daha fazla etkilenirler. Birçok çalışma bu görüşü destekler niteliktedir. Bu nedenle çalışmalar değişik gözlemlere ve çocuğun kendi bildirimlerine ayrı ayrı dayandırılmalıdır (77) .

2.5.4.Kategorik Yaklaşım

Sınıflama modellerinden biri kategorik yaklaşımdır. Tıbbi bir yaklaşımı içermektedir. Bir bozukluğun olup olmadığını sunmaktadır. Yani dikotomik bir yaklaşım

söz konusudur. Dünya Sağlık Örgütüne ait olan ICD–10 ve Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından sunulan DSM IV günümüzde psikiyatri ve çocuk psikiyatrisi alanında en sık kullanılan sınıflama sistemleridir.

Boyutsal yaklaşım ve İdeografik yaklaşım diğer sınıflama modelleridir (3).

Değişik ülkelerdeki kültür ayrılıkları, yaşam şartları, sağlık sistemlerindeki farklılıklar, kullanılan ölçekler ve bu ölçeklere, hastayı değerlendiren kişilerin bakış açıları arasındaki farklılıklar, toleransları, belirtilere verdikleri yorumlarını etkileyebilir (80) .

Epidemiyolojik çalışmalar geliştikçe, çocuğun gelişimine ve gelişim dönemlerine özgü özellikleri temel alan ayrı bir sınıflandırma sistemi geliştirilmesi gereği her geçen gün daha da önem kazanmaktadır (80) .

3. MATERYAL VE METOD

Bu çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine 1 Ocak 2003- 30 Haziran 2003 tarihleri arasında 6 ay süre ile aileleri tarafından çeşitli belirtilerle ilk kez getirilen 632 çocuk-ergenle yapılmıştır. Bu çocuk ve ergenler demografik özellikleri ve ruhsal belirti dağılımı açısından incelenmiş ve bu demografik özelliklerin başvuru yakınmaları ile ilişkisi araştırılmıştır.

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde yapılan bu çalışmada ilk başvuru görüşmesi, anne-baba ve çocukla ayrı olmak üzere iki aşamalı yapılmıştır. Yaklaşık 1 saat süren yarı yapılandırılmış bir görüşme sonrasında veriler toplanmıştır. Bu görüşmenin amacı, çocuğun Çocuk Psikiyatrisine getirilmesine neden olan yakınmaları, ortaya çıkarıcı etmenleri, onun ruhsal ve fizyolojik gelişimini kaydetmenin yanı sıra, çocuğun geliştiği psikolojik ve sosyal ortamı anlamaya yöneliktir.

Çocuğun ruhsal değerlendirilmesi ise bireysel görüşme, bir insan resmi çizdirme, çocuklar için Cümle Tamamlama Testi, Bender- Gestalt (Görsel Motor Algılama) Testleri ile yapılmıştır. Daha ileri değerlendirmeye alınan çocuklar için ise psikolojik ve organik incelemeler (Projektif Testler, Zeka Testleri, Konsültasyonlar, EEG, BBT, MRI gibi) yapılmıştır.

Çalışma süresince bölümümüzde uygulanan görüşme tekniklerine sadık kalınmış, dosyanın hazırlanması ve doldurulması bu süre içinde görev yapan klinik elamanları tarafından yapılmıştır. 1 Ocak 2003- 30 Haziran 2003 tarihleri arasında ilk kez başvuran her olgu geliş tarihine göre protokol numarası verilerek bu sırayla çalışmaya alınmıştır. Her olguyla ilk görüşme yapıldıktan sonra EK -1'de sunulan poliklinik anamnez formu poliklinikte görev yapan hekimler tarafından doldurulmuştur. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde kullanılan poliklinik anamnez formunda olguların yaş, cinsiyet, kardeş durumu, eğitimi, ailenin oturduğu yer, çocuğu getiren kişi ya da kurum, anne-babanın eğitimi ve işi , anne-babanın sağlık durumu, anne-baba soy hastalıkları, ailenin durumu, anne-babanın akrabalık durumu, ailede ruhsal hastalık dağılımı, ailelerin sosyo- ekonomik düzeyleri, istenen konsültasyonlar, eş zamanlı organik bulgular, başvuru yakınmaları değerlendirilmiştir .

Bu çalışmanın önde gelen amacı olguları bölüme getiren belirtilerin saptanmasıdır. Bu nedenle tanı koymaya kimse zorlanmamış, belirtiler öncelikle ele alınmış ve benzer belirtiler gruplandırılmaya çalışılmıştır.

Veri toplama formu ile çocuk ve ailesi hakkında sosyo-demografik bilgiler, çocuğun hangi belirtileri ile ele alındığı, organik sorunları, ailedeki ruhsal hastalığın varlığı ve türü , çocuğun sorunu ile ilgili klinikteki çalışmaları ve konulan tanılarını içermektedir. Belirtiler ve organik bulgular açık uçlu sorularla sorgulanmıştır.

Çalışma sonucu elde edilen veriler “ Statistical Package for Social Sciences ” SPSS 11.0 bilgisayar programında hazırlanan veri toplama formuna dönüştürülmüş ve bulgular bu veri tabanına göre bilgisayara kaydedilmiştir. Bulgular yüzde olarak değerlendirilmiştir. Cinsiyet, yaş, ailenin durumu, ailede ruhsal hastalık varlığı, anne ve babanın anlaşılabilirliği gibi değişkenler ile başvuru belirtileri arasındaki anlamlılık düzeyleri araştırılmıştır. Verilerin istatistiksel yönden karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmış olup anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Bulgular iki bölüm halinde verilmiştir.

1. Polikliniğe getirilen çocukların cinsiyeti, yaşı, kardeş sayısı, kardeşleri arasında yaş sıralaması, çocuğun eğitim durumu, okul öncesi eğitim durumu, polikliniğe getiren kişi, ailenin oturduğu yer, anne ve babanın eğitim durumları, anne ve babanın meslek dağılımı, anne ve babanın sağlık durumu, anne ve baba soy hastalıkları, ailenin durumu, ebeveynlerin akrabalık durumu, ailede ruhsal hastalık dağılımı, ailelerin sosyo-ekonomik düzeylerine göre dağılımı, çocuklarda saptanan organik bulguların cinsiyete göre dağılımı, istenen konsültasyonlar tablolar halinde verilmiştir.

2. Olguların başvuru yakınmalarının dağılımı, belirtilerin cinsiyete göre dağılımı, yaşa göre belirti dağılımı, belirtilerin aile durumuna (parçalanmış aile-parçalanmamış aile) göre dağılımı, ailede ruhsal hastalık ile belirti dağılımı, Belirtilerin anne ve babanın anlaşabilme(geçimlilik-geçimsizlik) durumuna göre dağılımı, tanılarının dağılımı verilmiştir.

BÖLÜM I: ÇOCUK VE AİLENİN TANITICI ÖZELLİKLERİ

Araştırma grubunu oluşturan 632 olgunun 399'u erkek (% 63.1), 233' ü kız (% 36.9) olup yaş aralığı 0- 18 yaştır (Tablo 1.1).

Tablo 1.1: Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	Yüzde
Erkek	399	63.1
Kız	233	36.9
Toplam	632	100.0

Olgularda en çok başvuru % 40.3 ile 73-132 ay (6-11 yaş) arasında olduğu saptanmıştır. En az başvuru ise 0-36 ay (1- 3 yaş) grubundadır (Tablo 1.2).

Tablo 1.2: Yaş Dağılımı

Yaş	Sayı	Yüzde
0-36 Ay	39	6.2
37-72 Ay	141	22.3
73-132 Ay	255	40.3
133-180 Ay	161	25.5
181 Ay ve Üstü	36	5.7
Toplam	632	100.0

Çocukların büyük bir oranının bir kardeşi ya da iki kardeşi olduğu, yani başvuran ailelerin 2 ya da 3 çocuklu olduğu saptanmıştır (Tablo 1.3).

Tablo 1.3: Kardeş Sayısı

Kardeş Sayısı	Sayı	Yüzde
Tek Çocuk	98	15.5
1 Kardeşi	249	39.4
2 Kardeşi	183	29.0
3 Kardeşi	51	8.1
4 Kardeşi	30	4.7
5 ve Daha Fazla Kardeşi Var	21	3.3
Toplam	632	100.0

Olguların kardeş sıralamasındaki yeri araştırıldığında ilk sırada % 39.6 oranında 1. çocuk ,2. sırada % 28.3 oranında 2. çocuk 3. sırada % 14.7 oranında 3. çocuk ve tek çocuğun % 8.1 oranında 4. sırada başvurduğu saptanmıştır (Tablo 1.4).

Tablo 1.4: Olguların Kardeş Sıralaması

Kardeş Sayısı	Sayı	Yüzde
Tek Çocuk	51	8.1
1. Çocuk	250	39,6
2. Çocuk	179	28.3
3. Çocuk	93	14.7
4. Çocuk	30	4.7
5 ve Daha Fazla	27	4,3
Bilinmiyor	2	0,3
Toplam	632	100.0

Olguların en çok % 56.4 oranında ilköğretim öğrencisi olduğu, %26.4'ünün de hiç okula gitmediği görülmektedir (Tablo 1.5).

Tablo 1.5: Olguların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Düzeyi	Sayı	Yüzde
Hiç okula gitmemiş	167	26.4
Kreş	8	1.3
Anaokul	33	5.2
İlköğretim	357	56.4
İlkokul	268	42.4
Ortaokul	89	14.1
Lise	53	8.4
Özel alt sınıf	6	0.9
İlköğretim mezunu	9	1.4
İlköğretim terk	2	0.4
Lise terk	1	0.2
İşitme engelliler okulu	1	0,2
Özel eğitim alıyor	1	0,2
Toplam	632	100.0

Olguların sadece %22.2'sinin okul öncesi eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 1.6).

Tablo 1.6: Okul öncesi eğitime göre dağılım

Okul öncesi eğitim	Sayı	Yüzde
Yok	481	76.1
Var	140	22.2
Bilinmeyen	11	1.7
Toplam	632	100.0

Olguların muayeneye geliş şekli araştırıldığında ilk sırayı % 42.9 ile annelerin aldığı saptanmıştır. Görüşmeye yalnız gelenlerin 13 yaş ve üstü olgular olduğu belirlenmiştir (Tablo 1.7).

Tablo 1.7: Olguların Muayeneye Geliş şekli

Geliş şekli	Sayı	Yüzde
Anne	271	42,9
Anne ve baba	159	25,2
Baba	111	17,6
Konsultasyon	44	6,9
Diğer (akrabalar)	42	6,6
Yalnız	5	0,8
Toplam	632	100,0

Olguların yarısından fazlasının % 69.1'inin Trabzon Merkez, Trabzon ilçe ve köylerinden, ikinci sırada % 9.7 oranı ile Giresun ilinden geldiği, başvuru sıklığına göre Rize, Artvin ve Gümüşhane illerinden olguların başvurduğu saptanmıştır.

Tablo 1.8: Olguların geldiği illere göre dağılımı

Geldiği il	Sayı	Yüzde
Trabzon Merkez	279	44,1
Trabzon İlçe-Köy	158	25,0
Giresun	61	9,7
Rize	46	7,3
Artvin	33	5,2
Gümüşhane	28	4,4

Ordu	13	2,1
Erzincan	7	1,1
Bayburt	2	0,3
Erzurum	2	0,3
Ağrı	1	0,2
Tunceli	1	0,2
Samsun	1	0,2
Toplam	632	100,0

Anne ve babaların eğitim durumları araştırıldığında annelerin % 47.2 ile en fazla ilkokul mezunu, babaların ise % 31.5 ile en fazla lise mezunu 2. sırada % 27.4 ile ilkokul mezunu oldukları saptanmıştır. Anne ve baba eğitimi bilinmeyen 4 olgunun 2'sinin yuva çocuğu olduğu belirlenmiştir (Tablo 1.9).

Tablo 1.9: Anne ve babaların eğitim düzeyine göre dağılım

Eğitim Düzeyi	Anne		Baba	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Okur-yazar değil	38	6.0	9	1.4
Okur-yazar	18	2.8	5	0.8
İlkokul	298	47.2	173	27.4
Ortaokul	62	9.8	79	12.5
Lise	143	22.6	199	31.5
Yüksek okul- Üniversite	69	10.9	156	24.7
Bilinmeyen	4	0.6	11	1.7
Toplam	632	100.0	632	100.0

Annelerin meslek dağılımı incelendiğinde annelerin % 80.9'unun ev hanımı olduğu, çalışan annelerinde en fazla sırasıyla % 6.8 oranında memur, % 4 oranında öğretmen olduğu görülmektedir (Tablo1.10)

Tablo1.10: Annelerin meslek dağılımı

Meslekler	Sayı	Yüzde
Ev hanımı	511	80,9
Memur	43	6,8
Öğretmen	25	4,0
İşçi	16	2,5
Hemşire	14	2,2
Emekli	8	1,3
Serbest meslek	4	0,6
Doktor	2	0,3

Din görevlisi	2	0,3
Mühendis	2	0,3
Polis	1	0,2
Bilinmeyen	4	0,6
Toplam	632	100,0

Babaların meslek dağılımı incelendiğinde babaların %34.4'ünün serbest meslek sahibi , % 21.7 oranında memur , % 18. 4 oranında işçi, % 6.8 oranında öğretmen olduğu saptanmıştır (Tablo 1.11).

Tablo 1.11: Babaların meslek dağılımı

Meslekler	Sayı	Yüzde
Serbest meslek	204	32,4
Memur	137	21,7
İşçi	116	18,4
Öğretmen	43	6,8
İşsiz	26	4,1
Emekli	24	3,8
Din görevlisi	18	2,8
Çiftçi	11	1,7
Asker	11	1,7
Mühendis	10	1,6
Polis	9	1,4
Öğretim üyesi	3	0,5
Hakim	2	0,3
Doktor	2	0,3
Bilinmeyen	16	2,5
Toplam	632	100,0

Annelerin sağlık durumu incelendiğinde en fazla % 14. 1 oranında psikiyatrik hastalıkların var olduğu, sırasıyla % 2. 7 oranında endokrinolojik ve % 2.4 oranında nörolojik hastalıkların olduğu görülmektedir (Tablo 1.12).

Tablo 1.12: Annelerin sağlık durumu

lık		
k hastalık		
olojik hastalık		
hastalık		
hastalık		

nal hastalıklar estinal hastalıklar sistemi hastalığı stalığı en		

Babaların sağlık durumu incelendiğinde en fazla % 5.4 oranında psikiyatrik hastalıkların var olduğu, % 2.5 oranında kardiyak hastalıklar, % 1.5 oranında nörolojik hastalıkların olduğu görölmektedir (Tablo 1.13).

Tablo1.13: Babaların sağlık durumu

Baba sağlık	Sayı	Yüzde
Sağlıklı	519	82,1
Psikiyatrik hastalık	34	5,4
Kardiyak hastalık	16	2,5
Nörolojik hastalık	10	1,5
Diğer	10	1,5
Solunum sistemi hastalığı	9	1,4
Endokrinolojik hastalık	7	1,1
Malignite	4	0,6
Gastrointestinal hastalıklar	1	0,2
Behçet hastalığı	1	0,2
Romatizmal hastalık	0	0
Bilinmeyen	22	3,5
Toplam	632	100,0

Anne ve baba soy hastalıkları incelendiğinde anne soy ağacında psikiyatrik hastalık görölme sıklığı kardiyak, endokrinolojik ve multisistem hastalıklarından sonra % 4.4 oranında, babanın soy ağacında psikiyatrik hastalık görölme sıklığı ise kardiyak hastalıklardan sonra %3.8 oranında olduğu saptanmıştır (Tablo 1.14).

Tablo 1.14: Anne ve baba soy hastalıkları

Soy hastalıkları	Anne		Baba	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sağlıklı	419	66,3	429	67,9
Kardiyak hastalık	84	13,3	92	14,6

Endokrinolojik hastalık	35	5,5	22	3,5
Multi sistem hastalıkları	30	4,7	21	3,3
Psikiyatrik hastalık	28	4,4	24	3,8
Malignite	18	2,8	24	3,8
Solunum sistemi hastalığı	4	0,6	4	0,5
Bilinmeyen	4	0,6	3	0,5
Diğer	12	1,8	13	2,1
Toplam	632	100,0	632	100,0

Ailelerinin durumu araştırıldığında parçalanmış aile, ebeveyn ölümü, boşanma, ebeveynlerin ayrı yaşama oranları sırasıyla %3.5, % 2.8, %2.4 olarak saptanmıştır. Tabloda görüldüğü gibi ailelerin büyük bir çoğunluğu çekirdek aile olup birlikte yaşamaktadır. Ayrı yaşayan aileler boşanmadan ayrı evlerde yaşayan ebeveynleri temsil etmektedir (Tablo 1.15).

Tablo 1.15: Ailenin durumunu belirleyen dağılım

Ailenin durumu	Sayı	Yüzde
Parçalanmamış aile	577	91.3
Ebeveyn ölümü	22	3.5
Boşanmış aile	18	2.8
Anne- baba ayrı yaşıyorlar	15	2,4
Toplam	632	100,0

Ebeveynlerin akrabalık durumu % 20.4 oranında saptanmış olup bu oran polikliniğe başvuran ailelerin 1/ 5 'inde akraba evliliği olduğunu göstermektedir (Tablo 1.16).

Tablo 1.16: Ebeveynlerin akrabalık durumu

Akrabalık durumu	Sayı	Yüzde
Yok	499	79,0
Var	129	20,4
Bilinmeyen	4	0,6
Toplam	632	100,0

Anne ve babanın ruhsal hastalık dağılımı incelendiğinde annelerin %19.2' sinde, babalarında % 23.5' ininde depresif bozukluk olduğu saptanmıştır. Başvuran olguların annelerinde babalardan yaklaşık üç kat daha fazla ruhsal hastalık oranı mevcuttur (Tablo 1.17).

Tablo 1.17: Ailede ruhsal hastalık dağılımı

Ailede ruhsal hastalık	Anne		Baba	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Depresif Bozukluk	17	19,2	8	23,5
Panik atak	2	2,2	1	2,9
Psikotik bozukluklar	1	1,1	5	14,8
Diğer psikiyatrik hastalıklar	69	77,5	20	58,8
Toplam	89	100,0	34	100,0

Ailelerin sosyo-ekonomik düzeyleri incelendiğinde ailelerin % 54.7 oranında orta , % 36.4'ünün düşük, %8.9'unun yüksek gelir düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1.18).

Tablo1.18: Ailelerin sosyo-ekonomik düzeylerine göre dağılımı

Gelir düzeyi	Sayı	Yüzde
< 500 milyon	230	36.4
500 milyon – 1.499 milyar	346	54.7
> 1.5 milyar	56	8.9
Toplam	632	100,0

Olgularda saptanan organik bulgular cinsiyete göre incelendiğinde kızlarda en fazla % 4.7 oranında nörolojik hastalıklar, erkeklerde ise % 3.0 ile görme kusuru, % 1.7 oranında da nörolojik hastalıkların olduğu saptanmıştır (Tablo 1.19).

Tablo 1.19 : Olgularda saptanan organik bulguların cinsiyete göre dağılım

Organik bulgu	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Organik bulgu olmayan	191	72.0	356	89.4	547	86.5
Nörolojik hast.	11	4,7	7	1.7	18	2.9
Görme kusuru	8	3.4	12	3.0	20	3.2
Genito üriner sistem hast.	4	1.7	0	0	4	0.6
Diğer	4	1.7	1	0.3	5	0.8
Solunum sistemi hast. Bilinmeyen	3	1,2	4	1.0	7	1.1
Endokrinolojik hast.	3	1.2	3	0.7	6	0.9
Ortopedik hastalıklar	2	2.8	1	0.3	3	0.5
Malignite	2	0.8	1	0.3	3	0.5
Kardiyak hastalıklar	2	0,8	2	0.5	4	0.6
Gastrointestinal hast.	1	0,4	1	0.3	2	0.3
İşitme azlığı	1	0,4	1	0.3	2	0.3
Gelişme geriliği	1	0,4	2	0.5	3	0.5
Hematolojik hast.	1	0,4	0	0	1	0.2
Dermatolojik hast.	0	0	4	1.0	4	0.6
Toplam	0	0	3	0.7	3	0.5
Toplam	234	100.0	398	100.0	632	100.0

BÖLÜM II: BELİRTİ DAĞILIMI

Olguların başvuru yakınmalarının sıklığı sayı ve yüzde olarak verilmektedir.

Olguların 47 farklı belirti grubu ile başvurduğu ve olguların birçoğunda birden fazla başvuru yakınmasının olduğu saptanmıştır. Bir olgu başına düşen semptom sayısı yaklaşık olarak 2'dir. Birbiri ile ilintili yakınmalar gruplandırılmaya çalışılmıştır. Yaramazlık, söz dinlememe grubunda anne ile zıtlasma, inatçılık; okul başarısızlığı grubunda derslere ilgisizlik, anlama ve kavrama azlığı, sıkıntı ve huzursuzluk semptomları aynı grupta; korku grubunda okul korkusu; konuşma bozukluğu grubunda konuşma gecikmesi, yabancılarla konuşmama, fonolojik bozukluk; zarar verici davranışlar grubunda, saldırganlık, eşyalara zarar verme, hayvanlara zarar verme, kendine zarar verme; uyku bozukluğu grubunda uykusuzluk, aşırı uyuma, gece korkuları, kabus görme, uyurgezerlik; ağrı grubunda, baş, karın ve göğüs ağrısı; tekrarlayan hareketler, sallanma, el çırpma, kendi etrafında dönme vb. stereotipiler, yıkanma, kontrol etme, çizgilere basmama, sayı vb. kompulsiyonlar; hastalık taklidi yapma grubunda, yalancı nöbetler, bayılma vb. konversif belirtiler; iletişim sorunu grubunda otistik bulgular, danışma amaçlı, babayı ilk kez görme, yuva çocuğu olduğunu söyleme, tik grubunda göz kırpma, omuz silkme, geniz temizleme, öksürme vb. vokal tikler; davranış bozukluğu grubunda hırsızlık, küfürlü konuşma, yalan söyleme, evden-okuldan kaçma; yeme bozuklukları grubunda iştah azalması ve artması; mutsuzluk ve ağlama bir grupta toplanmaya çalışılmıştır.

En çok başvuru nedeni sinirli olmadır. Bu yakınmayı sırasıyla yaramazlık, söz dinlememe, okul başarısızlığı, sıkıntı, aşırı hareketlilik ve gece altını ıslatma takip etmektedir (Tablo 2.1).

Tablo 2.1: Olguların başvuru yakınmalarının dağılımı

Başvuru yakınması	Sayı (n=632)	Yüzde
Sinirlilik	111	17.6
Yaramazlık, söz dinlememe	109	17.2
Okul başarısızlığı	107	16.9
Sıkıntı	74	11.6
Aşırı hareketlilik	73	11.5
Gece altını ıslatma	72	11.4
Mutsuzluk, ağlama	64	10.1
Zarar verici davranışlar	58	9.2
Konuşma bozukluğu	54	8.5
Korku	52	8.2
Uyku bozukluğu	43	6.8

Adli başvuru	34	5.4
Kekemelik	31	4.9
İçe kapanık olma	31	4.9
Öz kıyım girişimi	22	3.5
Dikkat eksikliği	21	3.3
Geçimsizlik	21	3.3
Kardeş kıskançlığı	20	3.2
Davranış sorunları	20	3.2
Yeme bozukluğu	19	3.0
Ağrı (göğüs, baş, karın ağrısı)	18	2.8
Tik	16	2.5
Bayılma	14	2.2
Tekrarlayan davranışlar	13	2.,0
Kaka kaçırma	12	1.,9
Gündüz altını ıslatma	12	1.9
Anne-babaya aşırı bağlılık	12	1.9
Mastürbasyon	10	1.6
Unutkanlık	10	1.6
Aklından atamadığı düşünceler	10	1.6
Bulantı-Kusma	10	1.6
Tuvalet eğitimine uyumsuzluk	7	1.1
Dudak-parmak emme	6	0.9
İletişim sorunu	6	0.9
Nefes darlığı	6	0.9
Hastalık taklidi yapma	5	0.8
Saç dökülmesi	5	0.8
Havale geçirme	5	0.8
Çarpıntı	4	0.6
Saç-kaş koparma	3	0.5
Tedaviye uyumsuzluk	2	0.3
Cinsel oyun	2	0.3
Algı bozukluğu (görsel-işitsel halüsinasyon)	2	0.3
Danışma amaçlı	1	0.2
Harfleri karıştırma	1	0.2
Baş dönmesi	1	0.2
Karşı cinse özenme		

Cinsiyete göre belirti dağılımını göstermektedir. Bu tabloda kız olgularda mutsuzluk, ağlama, öz kıyım girişimi ve saç dökülmesi erkeklere oranla daha fazladır ($p < 0.05$). Okul başarısızlığı, yaramazlık, söz dinlememe, aşırı hareketlilik, kekemelik, adli başvuru ve tik belirtileri ise erkeklerde kızlara oranla daha fazladır ($p < 0.05$) (Tablo 2.2).

Tablo 2.2: Cinsiyete göre belirti dağılımı

Başvuru yakınması	Kız (n=233)		Erkek (n=399)		Toplam (n=632)		P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Mutsuzluk, ağlama	40	17.2	24	6.0	64	10.1	0.000
Sinirlilik	36	15.5	75	18.7	111	17.6	0.324
Sıkıntı	36	15.5	38	9.5	74	11.6	0.035
Gece altını ıslatma	28	12.0	44	11.0	72	11.4	0.804
Okul başarısızlığı	26	11.2	81	20.3	107	16.9	0.004
Korku	22	9.4	30	7.5	52	8.2	0.484
Yaramazlık, söz dinlememe	21	9.0	88	22.1	109	17.2	0.000
Uyku bozukluğu	21	9.0	22	5.5	43	6.8	0.128
Zarar verici davranışlar	20	8.6	38	9.5	58	9.2	0.800
Öz kırım girişimi	20	8,6	2	0.5	22	3.5	0.000
Konuşma bozukluğu	16	6.9	38	9.5	54	8.5	0.314
İçe kapanık olma	13	5.5	18	4.5	31	4.9	0.582
Aşırı hareketlilik	12	5.1	61	15.2	73	11.5	0.000
Yeme bozukluğu	9	3.9	10	2.5	19	3.0	0.470
Ağrı (göğüs, baş, karın ağrısı)	9	3.9	9	2.3	18	2.8	0.355
Bayılma	8	3.4	6	1.5	14	2.2	0.190
Anne-babaya aşırı bağlılık	7	3.0	5	1.3	12	1.9	0.137
Dikkat eksikliği	6	2.5	15	3.8	21	3.3	0.567
Kardeş kıskançlığı	6	2.5	14	3.5	20	3.2	0.680
Mastürbasyon	6	2.5	4	1.0	10	1.6	0.184
Aklından atamadığı düşünceler	6	2.5	4	1.0	10	1.6	0.184
Geçimsizlik	5	2.1	16	4.0	21	3.3	0.302
Bulantı-Kusma	5	2.1	5	1.3	10	1.6	0.510
Saç dökülmesi	5	2.1	0	0	5	0.8	0.006
Kekemelik	4	1.7	27	6.7	31	4.9	0.008
Tekrarlayan davranışlar	4	1.7	9	2.3	13	2.0	0.776
Gündüz altını ıslatma	4	1.7	8	2.0	12	1.9	1.000
Çarpıntı	4	1.7	1	0.3	5	0.8	0.064
Adli başvuru	3	1.2	31	7.7	34	5.4	0.000
İletişim sorunu	3	1.2	3	0.8	6	0.9	0.674
Unutkanlık	3	1.2	7	1,7	10	1.6	0.752
Davranış sorunları	3	1.2	17	4.3	20	3.2	0.068
Hastalık taklidi yapma	3	1.2	3	0.8	6	0.9	0.674
Tuvalet eğitimine uyumsuzluk	2	0.8	5	1.3	7	1.1	0.300
Dudak-parmak emme	2	0.8	5	1.5	7	1.1	1.000
Nefes darlığı	2	0.8	4	1.0	6	0.9	1.000

Havale geçirme	2	0.8	3	0.8	5	0.8	1.000
Saç-kaş koparma	2	0.8	2	0.5	4	0.6	0.628
Tik	1	0.4	15	3.8	16	2.5	0.010
Kaka kaçırma	1	0.4	11	2.8	12	1.9	0.064
Danışma amaçlı	1	0.4	1	0.3	2	0.3	1.000
Karşı cinse özenme	1	0.4	0	0	1	0.2	0.369
Tedaviye uyumsuzluk	0	0	3	0.8	3	0.5	0.300
Cinsel oyun	0	0	2	0.5	2	0.3	0.533
Algı bozukluğu (görsel-işitsel halüsinasyon)	0	0	2	0.5	2	0.3	0.533
Harfleri karıştırma	0	0	1	0.3	1	0.2	1.000
Baş dönmesi	0	0	1	0.3	1	0.2	1.000

$p < 0.05$ anlamlıdır.

Yaşa göre belirti dağılımı verilmiştir. Olgularda en çok başvuru 255 olgu ile 6-11 yaş grubundadır, sırasıyla 11-15 yaş grubunda 161 olgu ve 3-6 yaş grubunda 141 olgu yer almaktadır. 0-3 yaş ve 15 yaş üstünde başvuru sayıları sırasıyla 39 ve 36'dır.

0-36 ay (0-3 yaş) arasında en çok başvuru yakınmaları, sırasıyla, konuşma bozukluğu, sinirlilik, yaramazlık, söz dinlememe, aşırı hareketlilik, zarar verici davranışlar, uyku bozukluğu, kardeş kıskançlığı, iletişim sorunudur.

37-72 (3-6 yaş) ay arasında en çok başvuru yakınmaları sırasıyla yaramazlık, söz dinlememe, aşırı hareketlilik, zarar verici davranışlar, konuşma bozukluğu, sıkıntı, kekemelik, gece altını ıslatma uyku bozukluğu, mutsuzluk ve ağlamadır.

73-132 ay (6- 11 yaş) arasında en çok başvuru yakınmaları sırasıyla okul başarısızlığı, gece altını ıslatma, yaramazlık, söz dinlememe, sinirlilik, aşırı hareketlilik, korku, sıkıntı, mutsuzluk, ağlama, zarar verici davranış, dikkat eksikliği, uyku bozukludur.

133-180 ay (11-15 yaş) arasında en çok başvuru yakınmaları sırasıyla sıkıntı, okul başarısızlığı, mutsuzluk, ağlama, sinirlilik, adli vaka, korku, uyku bozukluğu, ağrıdır.

181 ay ve üstünde (15 yaş ve üstü) en çok başvuru yakınması sırasıyla öz kıyım girişimi, mutsuzluk, ağlama, adli vaka, sinirlilik, okul başarısızlığı, içe kapanık olma, uyku bozukluğu, sıkıntıdır.

Tabloda görüldüğü gibi konuşma bozukluğu, zarar verici davranış, iletişim sorunu , anne babaya aşırı bağlılık, kekemelik, saç-kaş koparma 0-36 ay (0-3 yaş) arasında , yaramazlık söz dinlememe, aşırı hareketlilik, gece altını ıslatma, gündüz altını ıslatma, okul başarısızlığı, korku, içe kapanık olma, kaka kaçırma 37-132 ay (3-6 yaş) arasında, sıkıntı, mutsuzluk ve ağlama, adli yazı, ağrı 133- 180 ay (11 - 15 yaş) arasında ,

öz kıyım girişimi 181 ay ve üstünde (15 yaş ve üstü) daha fazla oranda görülmektedir (p< 0.05) (Tablo 2.3).

Tablo 2.3: Yaşa göre belirti dağılımı

Başvuru yakınması	0-36 ay (n=39)		37-72 ay (n=141)		73-132 ay (n=255)		133-180 ay (n=161)		181 ay ve üstü (n=36)		P
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Konuşma bozukluğu	15	38.4	19	13.5	15	5.9	3	1.9	2	5.5	0.000
Sinirlilik	13	33.3	27	19.1	40	15.7	25	15.5	6	16.7	0.089
Yaramazlık,söz dinlememe	13	33.3	41	29.0	46	18.0	8	4.9	1	2.8	0.000
Aşırı hareketlilik	12	30.8	24	17.0	33	12.9	3	1.9	1	2.8	0.000
Zarar verici davranışlar	10	25.6	21	14.9	18	7.0	8	4.9	1	2.8	0.000
Uyku bozukluğu	4	10.2	7	4.9	15	5.9	14	8.7	3	8.3	0.580
Kardeş kıskançlığı	3	7.7	5	3.5	9	3.5	3	1.9	0	0	0.302
İletişim sorunu	3	7.7	2	1.4	1	0.4	0	0	0	0	0.000
Gece altını ıslatma	2	5.1	10	7.1	46	18.0	11	6.8	3	8.3	0.000
Geçimsizlik	2	5.1	5	3.5	9	3.5	4	2.5	1	2.8	0.588
Yeme bozukluğu	2	5.1	2	1.4	11	4.3	3	1.9	1	2.8	0.408
Anne-babaya aşırı bağlılık	2	5.1	7	4.9	3	1.2	0	0	0	0	0.007
Sıkıntı	1	2.6	15	10.6	24	9.4	31	19.2	3	8.3	0.007
Mutsuzluk, ağlama	1	2.6	5	3.5	22	8.6	28	17.4	8	22.2	0.000
Öz kıyım girişimi	1	2.6	1	0.7	2	9.0	7	4.3	11	30.5	0.000
Dikkat eksikliği	1	2.6	3	2.1	15	5.9	2	1.2	0	0	0.053
Tekrarlayan davranışlar	1	2.6	1	0.7	5	1.9	4	2.5	2	5.5	0.453
Gündüz altını ıslatma	1	2.6	3	2.1	7	2.7	0	0	1	2.8	0.021
Mastürbasyon	1	2.6	3	2.1	4	1.6	0	0	2	5.5	0.149
Tuvalet eğitimine uyumsuzluk	1	2.6	4	2.8	0	0	1	0.6	1	2.8	0.068
Okul başarısızlığı	0	0	4	2.8	68	26.7	30	21.3	5	13.8	0.000
Korku	0	0	7	4.9	30	11.8	14	8.7	1	2.8	0.024
Adli vaka	0	0	1	0.7	3	1.2	23	14.3	7	19.4	0.000
Kekemelik	0	0	15	10.6	10	3.9	5	3.1	1	2.8	0.007
İçe kapanık olma	0	0	2	1.4	15	5.9	9	5.6	5	13.8	0.013
Davranış sorunları	0	0	0	0	13	5.0	6	3.7	1	2.8	0.056

Ağrı (göğüs, baş, karın ağrısı)	0	0	0	0	7	2.7	10	6.2	1	2.8	0.015
Tik	0	0	4	2.8	7	2.7	5	3.1	0	0	0.687
Bayılma	0	0	2	1.4	3	1.2	8	4.9	1	2.8	0.082
Kaka kaçırma	0	0	0	0	10	3.9	1	0.6	1	2.8	0.030
Unutkanlık	0	0	2	1.4	3	1.2	5	3.1	0	0	
Aklından atamadığı düşünceler	0	0	0	0	4	1.6	5	3.1	1	2.8	0.229
Bulantı-Kusma	0	0	0	0	8	3.1	2	1.2	0	0	0.109
Dudak-parmak emme	0	0	1	0.7	4	1.6	2	1.2	0	0	0.814
Nefes darlığı	0	0	0	0	4	1.6	2	1.2	0	0	0.515
Hastalık taklidi yapma	0	0	0	0	3	1.2	3	1.9	0	0	0.456
Saç dökülmesi	0	0	0	0	3	1.2	1	0.6	1	2.8	0.435
Havale geçirme	0	0	2	1.4	0	0	2	1.2	1	2.8	0.259
Çarpıntı	0	0	1	0.7	1	0.4	3	1.9	0	0	0.480
Saç-kaş koparma	0	0	3	2.1	0	0	0	0	1	2.8	0.032
Tedaviye uyumsuzluk	0	0	2	1.4	0	0	1	0.6	0	0	0.366
Cinsel oyun	0	0	0	0	1	0.4	1	0.6	0	0	0.877
Algı bozukluğu (görsel/ işitsel halüsinasyon)	0	0	0	0	1	0.4	1	0.6	0	0	0.877
Danışma amaçlı	0	0	1	0.7	1	0.4	0	0	0	0	0.829
Harfleri karıştırma	0	0	0	0	1	0.4	0	0	0	0	0.830
Baş dönmesi	0	0	0	0	1	0.4	0	0	0	0	0.830
Karşı cinse özenme	0	0	1	0.7	0	0	0	0	0	0	0.829

*Yüzdeler o yaş grubundaki yaş sayılarına göre alınmıştır.

p< 0.05 anlamlıdır.

Ailenin durumuna göre belirti dağılımı verilmiştir. Parçalanmış aileler, boşanmış, dul kalmış yada ayrı yaşayan ailelerdir. Sıkıntı, uyku bozukluğu, adli başvuru, davranış sorunları, okul başarısızlığı, danışma amaçlı başvurma, aşırı hareketlilik, zarar verici davranışlar parçalanmış ailelerde parçalanmamış ailelerden daha fazladır (p< 0.05) (Tablo 2.4).

Tablo 2.4: Aile durumuna göre belirti dağılımı

Başvuru yakınması	Parçalanmış aile (n=55)	Parçalanmamış aile (n=577)	P
-------------------	-------------------------	----------------------------	----------

	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Sıkıntı	13	23.6	60	10.4	0.006
Sinirlilik	11	20.0	100	17.3	0.619
Uyku bozukluğu	10	18.1	33	5.7	0.002
Adli başvuru	9	16.4	25	4.3	0.001
Mutsuzluk,ağlama	8	14.5	56	9.7	0.366
Davranış sorunları	7	12.7	13	2.2	0.000
Yaramazlık,söz dinlememe	5	9.1	104	18.0	0.136
Korku	5	9.1	47	8.1	0.796
Okul başarısızlığı	4	7.3	103	17.8	0.045
Yeme bozukluğu	4	7.3	15	2.6	0.074
Gece altını ıslatma	3	5.4	69	11.9	0.219
Öz kıyım girişimi	3	5.4	19	3.3	0.428
Ağrı (göğüs, baş, karın ağrısı)	3	5.4	15	2.6	0.200
İçe kapanık olma	2	3.6	29	5.0	1.000
Kardeş kıskançlığı	2	3.6	18	3.0	0.690
Bulantı-Kusma	2	3.6	8	1.4	0.213
Danışma amaçlı	2	3.6	0	0	0.007
Aşırı hareketlilik	1	1.8	72	12.5	0.032
Zarar verici davranışlar	1	1.8	57	9.9	0.047
Konuşma bozukluğu	1	1.8	53	9.2	0.074
Kekemelik	1	1.8	30	5.2	0.507
Dikkat eksikliği	1	1.8	20	3.5	1.000
Geçimsizlik	1	1.8	20	3.5	1.000
Tik	1	1.8	15	2.6	1.000
Bayılma	1	1.8	13	2.2	1.000
Tekrarlayan davranışlar	1	1.8	12	2.1	1.000
Kaka kaçırma	1	1.8	11	1.9	1.000
Gündüz altını ıslatma	1	1.8	11	1.9	1.000
Unutkanlık	1	1.8	9	1.5	0.600
Aklından atamadığı düşünceler	1	1.8	9	1.5	0.600
Saç dökülmesi	1	1.8	4	0.7	0.366
Çarpıntı	1	1.8	4	0.7	0.366
Tedaviye uyumsuzluk	1	1.8	2	0.3	0.239
Algı bozukluğu (görsel-işitsel halüsinasyon)	1	1.8	1	0.2	0.167
Anne-babaya aşırı bağlılık	0	0	12	2.1	0.612
Mastürbasyon	0	0	10	1.7	1.000
Tuvalet eğitimine uyumsuzluk	0	0	7	1.2	1.000
Dudak-parmak emme	0	0	7	1.2	1.000
İletişim sorunu	0	0	6	1.0	1.000
Nefes darlığı	0	0	6	1.0	1.000

Hastalık taklidi yapma	0	0	6	1.0	1.000
Havale geçirme	0	0	5	0.9	1.000
Saç-kaş koparma	0	0	4	0.7	1.000
Cinsel oyun	0	0	2	0.3	1.000
Harfleri karıştırma	0	0	1	0.2	1.000
Baş dönmesi	0	0	1	0.2	1.000
Karşı cinse özenme	0	0	1	0.2	1.000

$p < 0.05$ anlamlıdır.

Anne ve babanın anlaşabilme (geçimlilik-geçimsizlik) durumuna göre belirti dağılımı görülmektedir. Davranış sorunları ve tik belirtileri anne ve baba anlaşmazlığı olan ailelerde daha fazladır ($p < 0.05$) (Tablo 2.5).

Tablo 2.5: Anne ve babanın anlaşabilme (geçimlilik- geçimsizlik) durumuna göre belirti dağılımı

Başvuru yakınması	Geçimsizlik var(n=59)		Geçimsizlik yok (n=567)		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Yaramazlık, söz dinlememe	13	23.2	96	16.9	0.400
Sinirlilik	11	18.6	100	17.6	0.989
Okul başarısızlığı	10	17.9	97	17.1	0.880
Sıkıntı	9	16.1	65	11.5	0.490
Adli vaka	6	10.7	28	4.9	0.246
Gece altını ıslatma	5	8.9	67	11.8	0.581
Zarar verici davranışlar	5	8.9	53	9.3	0.987
Korku	5	8.9	47	8.3	1.000
Davranış sorunları	5	8.9	15	2.6	0.032
Aşırı hareketlilik	4	7.1	69	12.2	0.310
Öz kıyım girişimi	4	7.1	18	3.2	0.126
Geçimsizlik	4	7.1	17	3.0	0.126
Tik	4	7.1	12	2.1	0.054
Mutsuzluk, ağlama	3	5.3	61	10.8	0.252
Kekemelik	3	5.3	28	4.9	1.000
İçe kapanık olma	3	5.3	28	4.9	1.000
Dikkat eksikliği	3	5.3	18	3.2	0.437
Konuşma bozukluğu	2	3.6	52	9.2	0.951
Uyku bozukluğu	2	3.6	41	7.2	0.414
Bayılma	2	3.6	12	2.1	0.632
Kaka kaçırma	2	3.6	10	1.8	0.314
Unutkanlık	2	3.6	8	1.4	0.241

Saç dökülmesi	2	3.6	3	0.5	0.143
Yeme bozukluğu	1	1.8	18	3.2	1.000
Ağrı (göğüs, baş, karın ağrısı)	1	1.8	17	3.0	1.000
Gündüz altını ıslatma	1	1.8	11	1.9	1.000
Anne-babaya aşırı bağlılık	1	1.8	11	1.9	1.000
Mastürbasyon	1	1.8	9	1.6	1.000
Çarpıntı	1	1.8	4	0.7	0.391
Danışma amaçlı	1	1.8	1	0.2	0.179
Kardeş kıskançlığı	0	0	20	3.5	0.243
Tekrarlayan davranışlar	0	0	13	2.3	0.623
Aklından atamadığı düşünceler	0	0	10	1.8	0.610
Bulantı-Kusma	0	0	10	1.8	1.000
Tuvalet eğitimine uyumsuzluk	0	0	7	1.2	1.000
Dudak-parmak emme	0	0	7	1.2	1.000
İletişim sorunu	0	0	6	1.1	1.000
Nefes darlığı	0	0	6	1.1	1.000
Hastalık taklidi yapma	0	0	6	1.1	1.000
Havale geçirme	0	0	5	0.9	1.000
Saç-kaş koparma	0	0	4	0.7	1.000
Tedaviye uyumsuzluk	0	0	3	0.5	1.000
Cinsel oyun	0	0	2	0.3	1.000
Algı bozukluğu (görsel-işitsel halüsinasyon)	0	0	2	0.3	0.179
Harfleri karıştırma	0	0	1	0.2	1.000
Baş dönmesi	0	0	1	0.2	1.000
Karşı cinse özenme	0	0	1	0.2	1.000

p< 0.05 anlamlıdır.

Ailede ruhsal hastalık varlığı ile olgulardaki belirti dağılımı araştırılmıştır. Ruhsal hastalık olan ailelerde sinirlilik, yaramazlık, söz dinlememe, öz kıyım girişimi, adli başvuru, kekemelik belirtileri fazladır (p< 0.05) (Tablo 2.6).

Tablo 2.6: Ailede Ruhsal Hastalık ile Belirti Dağılımı

Başvuru yakınması	Ruhsal hastalık var (n=113)		Ruhsal hastalık yok (n=519)		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Sinirlilik	28	24.8	83	16.0	0.037

Yaramazlık, söz dinlememe	28	24.8	81	15.6	0.027
Okul başarısızlığı	21	18.6	86	16.6	0.704
Sıkıntı	19	16.9	55	10.6	0.088
Zarar verici davranışlar	14	12.4	44	8.5	0.260
Korku	13	11.5	39	7.5	0.226
Gece altını ıslatma	12	10.6	60	11.6	0.902
Mutsuzluk, ağlama	12	10.6	52	10.0	0.984
Aşırı hareketlilik	11	9.8	62	11.9	0.614
Uyku bozukluğu	10	8.8	33	6.3	0.455
Öz kıyım girişimi	9	8.0	13	2.5	0.008
İçe kapanık olma	8	7.0	23	4.4	0.346
Kardeş kıskançlığı	7	6.2	13	2.5	0.067
Davranış sorunları	6	5.3	14	2.7	0.147
Konuşma bozukluğu	5	4.4	49	9.4	0.110
Yeme bozukluğu	5	4.4	14	2.7	0.358
Kaka kaçırma	4	3.5	8	1.5	0.242
Geçimsizlik	3	2.6	18	3.5	1.000
Ağrı (göğüs, baş, karın ağrısı)	3	2.6	15	2.9	1.000
Tik	3	2.6	13	2.5	1.000
Anne-babaya aşırı bağlılık	3	2.6	9	1.7	0.457
Unutkanlık	3	2.6	7	1.3	0.395
Aklından atamadığı düşünceler	3	2.6	7	1.3	0.395
Dikkat eksikliği	2	2.6	19	3.7	0.398
Tuvalet eğitimine uyumsuzluk	2	2.6	5	1.0	0.614
Adli başvuru	1	0.9	33	6.3	0.035
Bayılma	1	0.9	13	2.5	0.483
Tekrarlayan davranışlar	1	0.9	12	2.3	0.481
Saç dökülmesi	1	0.9	4	0.8	1.000
Çarpıntı	1	0.9	4	0.8	1.000
Kekemelik	0	0	31	6.0	0.015
Gündüz altını ıslatma	0	0	12	2.3	0.137
Mastürbasyon	0	0	10	1.9	0.222
Bulantı-Kusma	0	0	10	1.9	0.222
Dudak-parmak emme	0	0	7	1.3	0.362
İletişim sorunu	0	0	6	1.2	0.597
Nefes darlığı	0	0	6	1.2	0.597
Hastalık taklidi yapma	0	0	6	1.2	0.597
Havale geçirme	0	0	5	1.0	0.591
Saç-kaş koparma	0	0	4	0.8	1.000
Tedaviye uyumsuzluk	0	0	3	0.6	1.000
Cinsel oyun	0	0	2	0.4	1.000
Algı bozukluğu	0	0	2	0.4	1.000

(görsel-işitsel halüsinasyon)					
Danışma amaçlı	0	0	2	0.4	1.000
Harfleri karıştırma	0	0	1	0.2	1.000
Baş dönmesi	0	0	1	0.2	1.000
Karşı cinse özenme	0	0	1	0.2	1.000

$p < 0.05$ anlamlıdır.

5. TARTIŞMA

Birinci bölümde Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine getirilen çocuk ve ergenlerin altı aylık süre içinde ilk başvuru sayısı 632' dir. Tablo 1.1' de cinsiyet dağılımına baktığımızda , 632 olgunun 399 'u erkek (% 63.1), 233' u (% 36.9) kız olup erkek çocukların kızlardan iki kat daha fazla olduğu dikkati çekmiştir. Ülkemizde diğer çocuk psikiyatrisi kliniklerinde yapılan benzer çalışmalarda erkek çocuklarındaki başvurunun kızlara oranla iki kat daha fazla olduğunu bildirir bu bulguyu destekler niteliktedir (79-86, 89).

Erkek çocuklarda başvuru oranlarının daha fazla olması iki açıdan incelenebilir.

1. Belirtilerin daha çok erkek çocuklarda görülmesi,
2. Erkek çocuklar için yardım arayışının kız çocuklara kıyasla daha fazla olması.

Çeşitli kaynaklarda erkeklerin yapısal örselenmelere daha duyarlı oldukları ya da fizyolojik yapılarının daha karmaşık olması buna neden olarak gösterilmektedir (83).

Erkek çocuk için yardım arayışının fazla oluşu ise, kültürümüzde erkek çocuğa verilen rol ile açıklanabilir. Toplumumuzda erkek çocuğa verilen değer ve önem kız çocuktan daha fazladır. Erkeklerden ya okuyup ya da çalışarak ailelerine bakma garantisi ya da diğer kardeşleri okutma garantisi beklenir. Erkek çocuk ailenin sosyal güvencesidir. Aile ismini sürdürmesi ve bu ismin namusunu koruması beklenir. Erkek çocuklara evin potansiyel “ ekmek getireni ” gözüyle bakıldığından ruhsal ve fiziksel sorunlarında kız çocuklara nazaran daha fazla yardım arandığı düşünülebilir (87).

Kliniğimizde 1993–1994 yılları arasında iki yıl süre içinde yapılan demografik özellikler ve başvuru yakınmalarını amaçlayan çalışmada da erkek çocukların kızların 2 katı fazla oranda olması gözlenmiş ancak geçen süre içinde ilk başvuru ile getirilen çocuk sayısında 5–6 kat artış saptanmıştır. Bu durum geçen 10 yıl süre içinde bölgede tek hizmet veren çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları bölümü olmasının yanı sıra bölümün tanınması, duyulması, çalışan eleman sayısının artması; hizmetin kalitesi, hasta hekim ilişkisinin tutarlılığı ve güvenilirliği ile açıklanabilir.

Diğer çocuk ruh sağlığı bölümlerinde yapılan çalışmalarla benzer olarak en çok başvurunun 73- 132 ay (7-11 yaş) arasında (% 40.3) olduğu saptanmıştır (79- 86, 89) . Cinsiyet ve yaş değişkenleri birlikte incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu çalışmada her iki cinste de en fazla başvuru oranları çalışmamızda 73- 132 ay (7-11 yaş) arasındadır. Çocukta bu dönem Freud 'un psikoseksüel gelişim

dönemlerine göre “Gizlilik (Latency Stage)” , E. Ericson’un psiko-sosyal gelişim kuramına göre “ Çalışma ve Yapıcılık ” dönemidir. Bu dönemde çocuğun ruhsal ve cinsel çalkantılar ve çatışmalarında yatışma, yeni bilgiler ve uğraşlar içine girmesi beklenir(okul, oyun, öğretmenler, çeşitli uğraşlar, spor, arkadaşlar). Artık çocuğun benliği ailenin dar alanından toplumun geniş ilişki ve öğrenme olanaklarına uzanmaktadır. Çocuk toplumsal kurum ve kurallarla yüz yüze gelir ve üst benliği giderek daha belirginleşir. Anne ve baba ile özdeşimin yanı sıra başka kişilerle (öğretmenler, başka yetişkinler, arkadaşlar vb.) özdeşimler de önem kazanmaktadır. Aslında bu dönemde bütün cinsel dürtülerin ve ilgilerin uykuya yattığı söylenemez. Nitekim bu yaştaki çocuklarda da cinsel meraklar, cinsel oyunlar, oynaşmalar görülür. Bu dönemde uykuya yatan dürtü, eğilim ve çatışmalar çocukluk cinselliği ile ilgili olanlardır. Çocuğun enerjisi büyük oranda yüceleştirme (sublimasyon) amacı ile kullanılmaktadır (86).

Bu dönem eğitimin başlangıcı olarak kabul edilir. Her ne kadar bu dönem sorunların uyuklama dönemi gibi görünse de, ruhsal sorunların bu yaşlarda bu denli fazla oluşu döneme özgü sorun kaynakları ile açıklanabilir. Çoğunlukla öğretim dönemi ile ilgili sorunlar okul korkusu, öğrenme güçlüğü vb. bu yaşlarda başlamaktadır. Zekâ düzeyindeki gerilikler aile tarafından fark edilmeyip yâdsınsa bile okulda açığa çıkabilir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi temel bozukluklar yine aynı nedenlerle ilk kez bu dönemde fark edilir. Daha önce aile tarafından önemsenmeyen kekemelik, tik gibi sorunlar için öğretmenin önerisi ile yardım arayışına gidilebilir. Arkadaş gruplarına girmek ve arkadaş edinme sorunları ortaya çıkabilir (80) .

Sınıftaki diğer çocukların aralarına katılarak en az onlar kadar başarılı olmak, öğretmenin beğenisini kazanmak önemli sorunlardandır. Hepsinden önemlisi çocuk bu dönemle birlikte, şimdiye değin birlikte olduğu koruyucu kollayıcı aile ortamından çıkıp, tümüyle yabancı olduğu bir çevre ile uyum yapmak zorundadır (80) .

Tek çocuğun sıralamasının 2, 3 kardeşli çocuklara göre daha az olduğunu saptadık diğer çocuk ruh sağlığı kliniklerinde yapılan çalışmaların çoğu çalışmamıza benzer sonuçlar bildirmişlerdir (79- 86, 89) .

Erzurum Atatürk Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisinde 1994 yılında Özatalay ve arkadaşlarının (89) yaptıkları demografik çalışmada, başvuran ailelerin çocuk sayısı bizim çalışmamızdan farklı olarak 4 yada daha çok çocuk olarak belirlenmiştir. Bu farklılık yörede eğitim düzeyinin düşük olmasına bağlanmıştır.

Genelde çok çocuklu ailelerin ilk çocuklarında daha fazla sorun ortaya çıkmasına şu şekilde bir açıklama getirilebilir. İlk çocuklar anne- babanın gençlik yıllarına, deneyimsiz

oldukları zamana denk gelmekte ve belki de daha çok çatışma ile yüz yüze kalmaktadırlar. Anne- babaların aileleri tarafından ilk torun olmaları nedeniyle aşırı koruyucu kollayıcı tutum içinde büyütülüyor olabilirler. İki nesil arasındaki nesil farkı nedeniyle oluşan çatışmalarla karşı karşıya kalabilirler. Bir süre tüm ailenin şefkat ve ilgi odağı iken, kardeş doğumu ruhsal belirtiler ortaya çıkarabilir (80).

Ortanca çocukların durumu biraz karışıktır. İkinci kardeşin aileye katılımı, daha az heyecanlı, daha olağan sayılan bir olaydır. Karı- koca, anne ve baba rollerini öğrenmiş, toyluk ve tedirginliklerden sıyrılmışlardır. İkinci çocuğun sorunları, ilk çocuğunki gibi abartılmaz. Daha hoşgörülü, daha az kaygılı bir tutumla ele alınır. Beklentiler ve bunun sonucu, ilk çocuğa yapılan baskılar azalmıştır. Daha az kollanan çocuk da kendi doğrultusunda gelişme olanağını daha kolay bulur. Oynayacak bir abla ya da bir ağabeyi vardır. Çevreye daha kolay uyar, daha çabuk arkadaş edinir. Ablanın ya da ağabeyinin kıskançlığını çekerek büyüdüğü için, daha gergin ve girişken olur. Ancak anne babaların tutumlarına, çocuğun özelliklerine bağlı olarak, gelişmesi olumsuz yönde de olabilir. Kendinden büyük ve kendinden sonra doğan kardeş arasında sıkışıp kalabilir (90).

Olgularımızın eğitim durumlarına baktığımızda % 56.5 oranında ilköğretim de okuyan çocuklardan oluştuğu, bunun % 42.4 ilk 5 yılda olduğu, % 14.1'inin 6-7 ve 8. sınıf öğrencisi olduğu gözlenmiştir. Yani ilköğretime giden çocuklarımızda ilk başvuru talebinin, çocukların okula başlamasıyla sorunlarının açığa çıkması, öğretmenler tarafından fark edilen bulguları nedeni ile hekime gönderilmesinden kaynaklandığı düşüncesindeyiz. Bu bulgular benzer çalışmalarla aynı özelliktedir (79-86, 89). Hiç okula gitmemiş çocuklarda başvuru % 26.4 olup ikinci sırada gözlenmiştir, bu durum zaman içinde çocuk psikiyatrisine ilginin artması ve diğer branşlardan hekimlerin çocukları polikliniğimize kanalize etmesi ile açıklanabilir (84).

Başvuran olgularımızın % 22.2 'sinin ilkokul öncesi eğitim aldığı saptanmıştır. Okul öncesi eğitim özellikle psiko- sosyal, gelişimsel açıdan geriliği olan çocuklara özellikle önerilmektedir. Çocuğun kreş ve ana okul eğitimi ile sosyalleşmesi, bilgi ve becerilerinde artma daha kolay olmaktadır.

Başvuran olguların en fazla % 42.9 oranında anneleri ile, ikinci sırada % 25.2 oranında anne- baba ile birlikte getirildiği görülmektedir (83-86) . Çocukların bu çalışmalarda çoğunlukla anneleri tarafından getirilmesi, annelerin çocuklarının sorunlarını daha fazla üstlendiklerinin bir göstergesi olabilir. Ayrıca çocuğun hastalığı ve gelişim dönemleri ile ilgili bilgiler alınırken klinik gözlemlerde çalışmacıya daha fazla yardımcı oldukları söylenebilir (80).

Olguların ilk sırada % 44.1 oranında Trabzon merkez, % 25.0 oranında köy ve ilçelerinden başvurduğu, % 9.7 oranında Giresun ilinden, bunu takiben % 7.3 oranında Rize ilinden başvuru olduğu görülmektedir. Kliniğimizde 1993 – 1994 yıllarında yapılan çalışmada yine ilk sırada Trabzon merkez ve ilçe- köylerinden başvurunun olduğu bulunmuştur. Ancak ikinci sırada olguların geldiği il Rize'dir. Giresun ilinden gelen hastalardaki artış Giresun ilindeki Erişkin Psikiyatrisinde görev yapan hekimlerin Çocuk Psikiyatrisine kolay sevk yapmaları olabilir. Diğer illerde yapılan demografik çalışmalarda kırsal kesimden başvuru oranları bizim çalışmamıza oranla çok düşüktür (79, 82, 89). Bunun nedenleri, bölgenin coğrafi şartları nedeniyle geniş arazilerin olmaması sebebiyle yerleşim birimlerinin birbirine yakın olması, merkeze bağlı köylerin merkezle bağlantısının kolay olması insanların köyde oturup merkezde çalışabilmesi ya da kırsal kesimin eğitim düzeyinin fazla olması olabilir. Kırsal kesimde yaşayan insanların düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olmaları, yetersiz psiko-sosyal çevre psikiyatrik hastalıkların oluşmasını kolaylaştırabilir. Düşük sosyoekonomik durum ve çocuk psikiyatrik bozuklukları arasındaki ilişki sosyoekonomik düzey, emosyonel ve davranışsal sorunların varlığına ait bilgilerin kimden alındığı, fakirlik olup olmadığı, çocuğun yaşı gibi faktörlere bağlıdır. Ailenin sosyoekonomik durumu sadece ekonomik dezavantajla ifade edilip mesleki durum göz önüne alınmazsa düşük sosyoekonomik düzeyle psikiyatrik bozukluklar arasında güçlü bir bağlantının olduğu ortaya çıkar (30, 70, 71) .

İlk sırada annelerin % 27.4 oranında ilkököl mezunu, babaların % 31.5 oranında lise mezunu oldukları tespit edilmiştir. İkinci sırada ise anneler % 22.6 oranında lise mezunu, babalar ise % 31.5 oranında ilkököl mezunu olarak tespit edilmiştir. Annelerin eğitim oranı diğer çalışmalarla uygunluk göstermektedir. Babaların eğitimleri karşılaştırıldığında 1993-1994 yıllarında polikliniğimizde yapılan çalışmada ilk sırada lise yerine yüksekokul mezunu babaların çocuklarının başvurduğu bulunmuştur. Zaman içinde babaların eğitim durumunda azalma olduğu görülmektedir. Bunun nedeni 10 yıl içinde polikliniğe başvuran olgu sayısının yaklaşık olarak 5-6 kat artması ve bu artışla birlikte daha önce de tartıştığımız gibi eğitim düzeyi merkeze göre düşük olan kırsal kesimden de başvuran olgu sayısında belirgin artış olmasıdır. Hiç eğitim almamış anne oranı % 6.0 dır. Bu oran 1993-1994 yıllarında polikliniğimizde yapılan demografik çalışma ve diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir (80, 84, 85). 1993'de Erzurum 'da yapılan çalışmada ise okuryazar olmayan anne oranı % 32.98 olarak bulunmuştur (89).

Anne ve babaların meslek dağılımına baktığımızda annelerin % 80.9 oranında ev hanımı olduğu, ikinci sırada memur, öğretmen oldukları tespit edilmiştir. Babaların meslek

dağılımında ilk sırada % 32.4 oranında serbest meslek, ikinci sırada % 21.7 oranında memur olduğu bulunmuştur. Annelerin meslek dağılımı ile ilgili bulgu diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir. Babaların meslek dağılımı diğer çalışmalarda ilk sırada memur olarak tespit edilmiştir (80, 84, 85). Babaların meslek dağılımındaki bu farklılık, 1999 Ağustos ayında yaşanan deprem sonrası daha önce büyük şehre göç etmiş ailelerin bölgeye dönmesi ya da yaşanan ekonomik krize bağlı olarak kurumların kapanması sonucu insanların iş alanlarını değiştirmeleri olarak açıklanabilir. Babalarda işsizlik oranı % 4.1 olarak bulunmuştur. Bu oran 1992'de Avcı'nın (80) A.Ü.Tıp Fakültesine başvuran olgularda yaptığı sosyo- demografik çalışmada saptanan %16 oranından yaklaşık 4 kat daha fazla olduğu görülmektedir. İşsizlik oranının düşmesi toplum ruh sağlığı tabii ki çocuk ve ergen ruh sağlığının korunması ve risk faktörünün azaltılması açısından da olumlu bir gelişme olarak görülmektedir.

Olguların annelerinin % 73.7'si, babalarının % 82.1 'i sağlıklıdır. En sık görülen hastalık grubu hem anne hem de babalarda sırasıyla % 14.1 ve % 5.4 oranında psikiyatrik hastalıklardır. İkinci sırada en fazla görülen hastalık grubu annelerde % 2.4 oranında nörolojik hastalıklar, babalarda ise en sık görülen ikinci hastalık grubu % 2.5 oranında kardiyak hastalıklardır. Diğer sosyo-demografik çalışmalarda anne ve babaların sağlık durumuyla ilgili bilgi verilmemiştir.

Anne ve baba soy hastalıklarında sırasıyla en sık % 13.3 ve % 14.6 ile kardiyak hastalıklar görülmüştür. Anne ve baba soy hastalıklarında psikiyatrik hastalık oranları sırasıyla % 4.4 ve % 3.8 'dir. Yaş ilerledikçe malign hastalık ve multisistem hastalıklarının (kardiyak, endokrinolojik) oranları artmıştır.

Alenin durumunu belirleyen dağılıma baktığımızda, % 91.3 gibi büyük bir çoğunluğun parçalanmamış ailelerden geldiğini, ikinci sırayı ise % 3.5 ile ebeveyn kaybının aldığını (% 0.3 anne kaybı, % 3.2 baba kaybı) görüyoruz. Üçüncü sırada ise % 2.8 oranında boşanmış ailelerin olduğu görülmektedir. 1992 yılında A. Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisinde yapılan çalışmada boşanma oranı %6.3, ebeveyn kaybı % 5.1 oranında tespit edilmiştir (80). Bizim çalışmamızda ve 1979 yılında yine A. Ü. Tıp Fakültesi Çocuk psikiyatrisinde yapılan sosyo-demografik çalışmada boşanma oranı belirgin olarak daha düşük bulunmuştur (79).Bu bulgular Karadeniz bölgesinde boşanmaların Ankara ve çevresi ile karşılaştırıldığında daha az olduğu sonucunu göstermektedir. Bir diğer farklılık ise parçalanmış ailelerin % 2.4 'ünü ayrı yaşayan ebeveynler oluşturmaktadır. Bu oran diğer çalışmalarda daha azdır. Anne ve baba ayrı evlerde yaşadıkları halde boşanma gerçekleşmemiştir.

Boşanmış eşler üzerinde karşılaştırılmalı olarak yapılan bir araştırmada, boşanmış erkeklerde evli erkeklere göre beş kat daha yüksek bir oranda, boşanmış kadınlarda da evli kadınlara göre üç kat yüksek bir oranda ruhsal bozukluk saptanmıştır. Bu bulgular iki şekilde yorumlanabilir. Ya mutsuz evlilikler eşlerde ruhsal uyumsuzluklara yol açıyor, ya da ruhsal uyumu bozuk olan çiftlerin evliliği kısa sürüyor. Belki de her ikisinde doğru olabilir, yani evliliğe adım atarken ruhsal dengeleri yerinde olmayan eşler evliliği yürütemiyor, sorumluluğu taşıyamıyor ve evlilikten daha da örselenmiş olarak çıkıyorlar (90).Ebeveynlerde % 20.4 oranında akrabalık saptanmış olup bu oran polikliniğe başvuran ailelerin 1/ 5 'inde akraba evliliği olduğunu göstermektedir.

Annelerin %19.2' sinde, babalarında % 23.5' ininde depresif bozukluk olduğu saptanmıştır. Başvuran olguların annelerinde babalardan yaklaşık üç kat daha fazla ruhsal hastalık oranı mevcuttur. Annelerde diğer psikiyatrik bozukluklar (nevrotik bozukluklar) büyük oranda görülmekteyken, babalarda diğer psikiyatrik bozukluklar (nevrotik bozukluklar), psikotik bozukluklar daha fazla görülmektedir. Bu sonuç diğer çalışmalarla paraleldir. Bugünkü bilgilerimize göre depresyonlar ve anksiyete bozuklukları (Panik atak, fobik bozukluklar) kadınlarda, alkolizm, ilaç bağımlılığı ve anti-sosyal kişilik bozukluğu erkeklerde daha sık görülmektedir(77) .

Başvuran olguların % 54.7'sinin orta gelir düzeyindeki ailelerden olduğu ve % 86.5'inde organik patoloji olmadığı, ruhsal yakınmalarla polikliniğimize başvurduğu saptanmıştır.

Olgularda en sık görülen ilk altı belirti sırasıyla “sinirlilik” (% 17.6), “ yaramazlık, söz dinlememe” (% 17.2), “okul başarısızlığı ” (% 16.9), “sıkıntı ” (% 11.6), “aşırı hareketlilik” (% 11.5), “gece altını ıslatma” (% 11.4) olarak belirlenmiştir. 1993- 1994 yıllarında KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisine ilk kez başvuran olgularda bu sıralama kekemelik (% 12.7), yatak ıslatma (% 11.7), hırçınlık- sinirlilik (% 10.3), konuşma geriliği (% 7.4), kaka kaçırma (% 7.4), okul başarısızlığı (% 6.5) şeklindedir (84). 10 yıllık zaman diliminde başvuru yakınmalarında belirgin değişikliğin olduğu görülmektedir. Özellikle okul başarısızlığı yakınmasıyla gelen olguların sayısında yaklaşık 3 kat artış olduğu gözlenmiştir. 1993 - 1994 yıllarında yapılan çalışmada aşırı hareketlilik yakınmasıyla gelen olgu yoktur. Bu çalışmada ise sıklık sırasına göre aşırı hareketlilik 5. sırada yer almaktadır. Bunun nedenleri son yıllarda toplumun dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu konusunda konferans, panel, medya ile düzenli olarak bilgilendirilmesi ve ailelerin okulda ve evde aşırı hareketli olan çocuklarını daha kolay Çocuk Psikiyatrisine getirmeleri yada ilköğretim

okullarında görev yapan rehberlik servislerinin ve öğretmenlerin DEHB semptomlarına sahip çocukları direkt Çocuk Psikiyatrisine yönlendirmeleri olabilir.

1977-79 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümünde yapılan çalışmada ilk sırayı enürezis (% 21.5), ikinci sırayı (% 16) ile kekemelik almaktadır. Bunu zeka geriliği (% 12), sinirlilik (% 8.2) , korkular (% 6.5) , epilepsi (% 5.5) izlemektedir (82). 1979 yılında A. Ü. Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada ise ilk sırada zeka geriliği (% 9), ikinci sırada enürezis (% 8.9), sonra sırasıyla sinirlilik (% 8.9), korkular (% 8), konuşma bozuklukları gelmektedir (79). 1988 yılında A. Ü. Tıp Fakültesinde yapılan diğer bir çalışmada ilk sırada enürezis (% 13.5), öfke nöbetleri (% 12.8), zeka geriliği (% 11.2), konuşma geriliği (% 9.1), ve kekemelik (% 8.6) saptanmıştır (81). Avcı'nın çalışmasında başvuru belirtileri; ilk sırada zeka geriliği (% 15.7), enürezis (% 11.2), sinirlilik, huysuzluk, geçimsizlik (% 9.2), danışma (% 6.5), kekemelik (% 5.5), DEHB (% 5.5) olarak belirlenmiştir(80).

Ankara, İstanbul, Adana illerinde yapılan tüm bu çalışmalarda, gece altını ıslatma (enürezis) yakınmasıyla gelen olgu sayısının 1993- 1994 ve 2003 yıllarında yaptığımız çalışmalarımızdan fazla olduğu görülmektedir(84). Doğu Karadeniz Bölgesinde gece altını ıslatma yakınmasının Erzurum'da yapılan çalışmada olduğu gibi pek sorun olarak görülmediği ve Ankara, İstanbul ve Adana' ya göre kültürel olarak daha kolay kabul edilen bir belirti olmasıyla açıklanmıştır.

Bu çalışmada en çok başvuru yakınması sinirlilik bunu takiben yaramazlık, söz dinlememe olarak tespit edilmiştir. Aşırı sinirli, hırçın ve öfkeli olgular sinirlilik yakınmasıyla tanımlanmıştır. Türk Dil kurumu Sözlüğünde sinirlilik sinirli olma durumu veya sinirli bir biçimde davranma, kolayca ve çabuk sinirlenme, asabi ise belirli bir sebebi olmadan sinirlenip huysuzluk eden (kimse) olarak tanımlanmaktadır. Sinirlilik semptomu psikiyatrik hastalıkların birçoğuna eşlik eden bir semptomdur. Duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları gibi birçok psikiyatrik hastalığa eşlik eder. Yapılan bir çalışmada okul öncesi dönemde depresyonun tipik semptomlarla örneğin üzüntü/ irritabilite gibi karakterize olduğunu göstermektedir. İrritabilite, hırçın, sinirli, çabuk kızan, asabi, alingan anlamında kullanılmaktadır. Üzüntülü veya irritable duygu durum duyarlılığı yüksek olan bir semptomdur yani deprese çocukların % 98 'i bu semptomu taşırlar(94, 95).

Türk Dil Kurumu Sözlüğünde “yaramaz” söz dinlemeyen, uslu durmayan, yasaklanan şeyleri yapmakta ayak direyen, haşarı olarak tanımlanmıştır. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu

olan olgularda anne ve babaların ifadesiyle yaramaz olma bir semptom olabilir. Ergenlik dönemi dengesiz ve düzensiz bir evredir. Bu evrede duyguların şiddet kazandığı görülür. Bunlar sinirlilik, öfke, bağırma, her şeye karşı gelme gibi özelliklerdir.

Okul başarısızlığı 3. sırada en sık başvuru nedenidir. Okul başarısızlığı, büyük oranda anlama kavrama azlığı yani mental geriliğe bağlıdır. 3 ağır, 10 orta, 53 hafif olmak üzere toplam 66 olguya zeka testi (St. Binet, WISC-R) ile mental gerilik tanısı konmuştur.

Genel nüfusta yapılan bazı araştırmalar da zeka bölümü 70 'in altında olanların % 2-3 olduğu bulunmuştur. Düşük sosyo- ekonomik gruplarda hafif zeka geriliği yüksek bulunurken, yüksek sosyo- ekonomik gruplarda düşüktür. İleri zeka geriliği oranı sosyo ekonomik durumdan daha az etkilenmektedir. Bunun başlıca nedeni ileri zeka geriliklerinin daha çok organik etmenlerden olmasıdır (7).

1979 ve 1992 yılında A. Ü. Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada ilk sırada zeka geriliği saptanırken (79, 80), 1977- 79 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümünde yapılan (82) ve, 1988 yılında A. Ü. Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada (881) zeka gerilikleri çalışmamızda olduğu gibi 3. sırada en sık başvuru nedeni olarak saptanmıştır.

Depresyon, anksiyete varlığı dikkat eksikliği, düşüncelerini yoğunlaştırma ve öğrenme güçlüğüne neden olarak okul başarısızlığına yol açabilmektedir.

Olgularımızda 4. sırada en sık görülen yakınma sıkıntı idi. Sıkıntı psikiyatride kişiyi en rahatsız eden semptomlardan biridir ve anksiyeteyi ifade eder. Kötü, nahoş korkunç bir şey olacakmış gibi bir beklenti içinde olma durumudur. Anderson ve ark 1987 yılında yaptıkları bir çalışmada anksiyete bozuklukları oranları % 3.5 ayrılık kaygısı bozukluğu, % 2.9 anksiyete bozukluğu, % 2.4 basit fobi ve % 1.0 sosyal fobidir. Bowen ve arkadaşlarının 1990 yılında 12-16 yaş grubunda yaptıkları bir çalışmada ise bu oranlar % 3.6 ayrılık kaygısı bozukluğu, % 2.4 anksiyete bozukluğu olarak saptanmıştır. 14 - 17 yaş grubunda yaşam süresince panik bozukluk oranı % 0.6, Yaygın anksiyete bozukluğu % 3.7 'dir . 1994 'de Frick ve ark annelerin çocuklarındaki anksiyete semptomlarından aşırı derecede yakınmalarının artmış maternal anksiyete ile bağlantılı olduğunu söylemişlerdir. Bu bulgu ışığında klinisyenin ebeveyn anksiyete düzeyine dikkat etmesi önemli ve gerekmektedir (91). İlkokul çocuklarında % 4- 5 oranında prevalanstan söz edilir. Kızlarla erkeklerde eşit orandadır. Alt sosyo-ekonomik düzeyde daha sık görülmektedir. En sık görüldüğü yaş grupları 5-7, 11-13 yaşdır (3).

Aşırı hareketlilik 5. sırada en sık görülen yakınmadır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanı kriterlerinden birini aşırı hareketlilik oluşturmaktadır. Ama belirtilerin hiç birinin bu bozukluğa özgü olmadığı, hatta bu belirtilerin çoğuna normal çocuklarda da rastlandığını görmekteyiz. Normal çocuklar ile bu çocuklar sadece belirtilerin sıklığı, şiddeti, ve yaygınlığı açısından farklı oldukları bilinmektedir. Çocuğun yaşı ne kadar küçükse, aktivitesi o kadar fazladır. Bu nedenle yaşa özgü aşırı hareketlilik açısından 3-4 yaş çocukları daha dikkatli izlenmelidir (3).

Genetik, psikolojik yatkınlık ve erken dönemde duygusal/ davranışsal ve fiziksel çocuk sorunları daha sonraki yıllarda psikopatoloji gelişimi için önemli potansiyel risk faktörleridir. Son yıllarda yapılan çalışmalar yaygın çocukluk psikopatolojisinde genetik etkilenmenin, duygu durum bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve karşıt olma karşıt gelme bozukluğunda olduğunu göstermiştir (92). Bununla birlikte erken dönemde genetik/ biyolojik yatkınlık çevresel koşullarla azaltılabilir (93). Erken dönemde içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları olan okul öncesi çocukların ileri adolesan öncesi dönemde de benzer sorunların gelişeceğinin göstergesi olabilir. Buna ilaveten okul öncesi içsel sorunlar daha sonraki dışsal sorunların göstergesi olduğuna dair kanıtlar vardır. Okul öncesi dönemde içselleştirme sorunları olan çocukların ileri yıllarda 3 kat daha fazla benzer sorunları olabilir. 2-3 yaşlarında dışsallaştırma sorunları yaşayan çocukların ileri yıllarda 5 kat daha fazla benzer sorunları olabilir. Aynı zamanda okul öncesi fiziksel sağlık sorunlarının içselleştirme ve dışsallaştırma psikopatolojisinin kuvvetli bir göstergesi olduğu kanıtlanmıştır. 2001 yılında Mesnan ve arkadaşlarının (94) yaptığı bir çalışmada okul öncesi çocuk özellikleri (içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları, fiziksel sağlık sorunları) birçok çevresel faktörler (sert/ kaba aile tutumu, negatif anne davranışı, düşük sosyo- ekonomik düzey) ile göz önünde bulundurulduğunda adolesan öncesi psikopatolojiye bağımsız olarak katkıda bulunmazken, ikinci risk faktörleri (çevresel faktörler) eşlik eden fiziksel, duygusal veya davranışsal problemlerle birlikte daha sonra oluşacak psikopatolojiye katkıda bulunur. Sadece stresli yaşam olaylarının daha sonra oluşacak dışsallaştırma problemleri için bağımsız belirgin bir gösterge olduğu bulunmuştur.

Olgularımızda mutsuzluk, ağlama, öz kırım girişimi gibi depresif bozukluklarla daha çok ilişkili yakınmaların kızlarda daha fazla olduğu görülmektedir. Literatüre baktığımızda özellikle adolesan dönemde depresif bozuklukların ortalama kızlarda % 10.2, erkeklerde % 2.6 oranında olduğu bildirilmiştir. (7, 95, 96).

Okul başarısızlığı, yaramazlık, söz dinlememe, aşırı hareketlilik, kekemelik, adli başvuru ve tik belirtileri ise erkeklerde kızlara oranla daha fazlaydı. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olama karşıt gelme bozukluğu semptomları, adli başvuru literatürle uyumlu olarak erkeklerde fazla oranda bulunmuştur (7,97) .

Olgularımızda 0-36 ay (0-3 yaş) arasında en çok başvuru yakınmaları, sırasıyla, konuşma bozukluğu, sinirlilik, yaramazlık, söz dinlememe, aşırı hareketlilik, zarar verici davranışlar, uyku bozukluğu, kardeş kıskançlığı, iletişim sorunudur.

Zarar verici davranış, iletişim sorunu, saç koparma gibi belirtiler yaygın gelişimsel bozukluklarda veya ağır- orta mental retarde çocuklarda görülen bulgulardır. Aile 0 – 3 yaş grubunda çocuklarının gelişimindeki gecikme ve sapmayı fark edip çocuk psikiyatrisine başvurmaktadır. Bir çok vakada otizmin belirgin başlangıcı yaşamın ilk bir ya da ikinci yılı içindedir. Detaylı aile raporlarından elde edilen verilere göre infant dönemine ait video görüntüleri incelendiğinde bir çok çocukta sosyal cevap vermede ve iletişimde farklılıklar olduğu örneğin 1. yaş günü döneminde ismine bakmadığı gösterilmiştir. Bazı faktörler, örneğin ailenin ilk çocuğu olma, ailenin çocuğu reddi, ailede iki lisanın konuşulması, çocukta entelektüel düzeyin yüksek olması çocuğun tanınmasını geciktirebilir (9).

Çalışmamızda 37-72 (3-6 yaş) ay arasında en çok başvuru yakınmaları sırasıyla yaramazlık, söz dinlememe, aşırı hareketlilik, zarar verici davranışlar, konuşma bozukluğu, sıkıntı, kekemelik, gece altını ıslatma, uyku bozukluğu, mutsuzluk ve ağlamaydı.

Kekemelik 2- 7 yaşlarında başlamaktadır. 3-4 yaş grubunda kekemelik yakınması, bu yaş grubunda düşünme hızının konuşma hızını geçmesi nedeniyle pik yapmaktadır (9).

73-132 ay (6 - 11 yaş) arasında en çok başvuru yakınmaları sırasıyla okul başarısızlığı, gece altını ıslatma, yaramazlık, söz dinlememe, sinirlilik, aşırı hareketlilik, korku, sıkıntı, mutsuzluk, ağlama, zarar verici davranış, dikkat eksikliği, uyku bozukluğu idi.

Daha önce tartışıldığı üzere bu dönem eğitimin başlangıcı olarak kabul edilir. Her ne kadar bu dönem sorunların uyuklama dönemi gibi görünse de, ruhsal sorunların bu yaşlarda bu denli fazla oluşu döneme özgü sorun kaynakları ile açıklanabilir. Çoğunlukla öğretim dönemi ile ilgili sorunlar bu yaşlarda başlamaktadır. Okul korkusu, öğrenme güçlüğü, zeka düzeyindeki gerilikler aile tarafından fark edilmeyip yadsınsa bile okulda açığa çıkabilir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi temel bozukluklar yine aynı nedenlerle ilk kez bu dönemde fark edilir. Daha önce aile tarafından önemsenmeyen kekemelik, tik gibi sorunlar için öğretmenin önerisi ile yardım arayışına gidilebilir. Arkadaş gruplarına girmek ve arkadaş edinme sorunları ortaya çıkabilir (80) .

Sınıftaki diğer çocukların aralarına katılarak en az onlar kadar başarılı olmak, öğretmenin beğenisini kazanmak önemli sorunlardandır. Hepsinden önemlisi çocuk bu dönemle birlikte, şimdiye değin birlikte olduğu koruyucu kollayıcı aile ortamından çıkıp, tümüyle yabancı olduğu bir çevre ile uyum yapmak zorundadır (80) .

Rutter' ın 1973 yaptığı çalışmasından (9) elde edilen veriler, idrar kaçırma sorunlarının 5 - 7 yaş arasında geliştiğini göstermiştir. Psiko - sosyal strese maruz kalan ve sosyal olarak yetersiz çevresi olan çocuklarda bu oranın daha fazla olduğu bilinmektedir.

133 - 180 ay (11 - 15 yaş) arasında en çok başvuru yakınmaları sırasıyla sıkıntı, okul başarısızlığı, mutsuzluk, ağlama, sinirlilik, adli vaka, korku, uyku bozukluğu, ağrı olarak saptandı.

11 - 15 yaş grubu adolesan dönemini kapsamaktadır. Bu dönem fiziksel ve ruhsal birçok değişimin meydana geldiği bir dönemdir. Duyguların şiddeti ve yoğunluğunun artmasına bağlı daha impulsif davranışların görüldüğü bir dönemdir. Bizim çalışmamızda anksiyete ve depresyon belirtilerinin arttığı görülmektedir. Adolesan dönemi major depresyonun, depresyon riskinin arttığı bir dönemdir. Emosyonel labilite, deprese duygudurum ve negatif duygular (anksiyete ve kendilik bilinci) adolesanlarda belirgin olarak artmıştır. Offord ve arkadaşları (17) 1989 yılında yaptıkları çalışmada depresyon prevalansı 6 - 11 yaş arasındaki çocuklarda % 2.6, 12 - 16 yaş grubunda ise 6- 11 yaş grubundaki sıklığın üç katı daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.

181 ay ve üstünde (15 yaş ve üstü) en çok başvuru yakınması sırasıyla öz kıyım girişimi, mutsuzluk, ağlama, adli vaka, sinirlilik, okul başarısızlığı, içe kapanık olma, uyku bozukluğu, sıkıntı idi.

Çalışmamızda 15 yaş üstü yaş grubunda literatürle uyumlu olarak öz kıyım girişiminin ilk sırada olduğu bulunmuştur. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE)'nün 1998 yılına ilişkin intihar istatistikleri geçici sonuçlarına göre, ülkemizde öz kıyım girişimi oranı 100 binde 3'tür (98). Çocukluk ve ergenlik döneminde yaş arttıkça öz kıyım girişiminin sıklığı artmaktadır. Ergenlik döneminin temel özelliklerinden biri ayrılma ve bireyselleşmeyi başarmaktır. Bu nedenle araştırmacılar ergenliğin başlı başına öz kıyım eğilim yaratan dönem olduğunu belirtmişlerdir (99). Genelde öz kıyım girişimlerine, öz kıyımdan daha sık rastlanır. Erkeklerde öz kıyım, kızlarda öz kıyım girişimleri daha fazladır (100). Öz kıyım girişimlerinde kız/erkek oranı 3/1 ile 9/1 arasında değişir. Türkiye'deki değişik çalışmalar da öz kıyım girişimlerinde kız/erkek oranı 4/1 ve 3/1'dir (101, 102).

Adolesanlarda depresif semptomlar yaygındır ve fark edilmesi zor bir durumdur. Çoğu adolesan depresyonun minimal semptomlarını gösterir. Bununla birlikte orta ve ciddi

derecede depresif semptomlar adolesanların, özkıyım riski nedeniyle uzun dönem takip edilmesi gereklidir (103).

Türk Ceza kanununa göre 11-15 yaş ceza ehliyetinin şarta bağlı olduğu dönemdir. Bu nedenle çalışmamızda bu yaş grubundaki olguların adli yazıyla başvurma oranları anlamlı ölçüde artmıştır. Suç işlendiği zaman 11 yaşını bitirmiş olup da 15 yaşını doldurmamış olanların işlediği suçta “ farik ve mümeyyiz ” olmayanlar hakkında kovuşturma yapılmaz ve ceza verilmez , T.C.K. 53. Madde hükümleri uygulanır. Çocuk işlediği suçta karşı farik ve mümeyyiz ise kısmen ceza ehliyeti vardır ve hafifletilmiş bir ceza uygulanır (T.C.K. 54) (3).

Parçalanmış aileler, boşanmış, dul kalmış yada ayrı yaşayan aileleri ifade etmektedir. Sıkıntı, uyku bozukluğu, adli başvuru, davranış sorunları, okul başarısızlığı, danışma amaçlı başvurma, aşırı hareketlilik, zarar verici davranışlar parçalanmış ailelerde parçalamamış ailelere göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur.

Literatürde ailenin parçalanmasının çocukluk çağı problemlerinde belirgin artışa sebep olduğu görülmektedir. Özellikle boşanma ve yetersiz çocuk eğitimi ile ilgili literatürün meta analizinin yapıldığı bir çalışmada, 1991 ‘de Amato ve Keith ebeveynleri boşanan çocuklarda davranışsal, psikolojik ve kognitif problemlerde artış olduğunu rapor etmiştir. 1994 ‘de Fergusson ve arkadaşlarının (104) yaptıkları çalışmada, ebeveynleri çocukluk çağında ayrılan ya da boşananlarda erken seksüel aktivite, madde kullanımı ve kötüye kullanımı, iletişim problemleri, ruhsal bozukluklar ve anksiyete bozuklukları gibi bir seri adolesan problemleri davranışları ve psikopatolojisinin ölçümü arasındaki ilişkinin 15 yıllık çalışma sonuçları rapor edilmiştir. Buna göre ailesel ayrılığa maruz kalmış çocukların, adolesan dönemde problem riski artmıştır, bu ilişkinin çoğunun sahte/ taklit olduğu görülmektedir ve ailesel ayrılıktan önce çocuğun ailesinde var olan sosyal ve içeriksel beraberlikten dolayı ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte sonuçlar çocukluk döneminde ailesel ayrılığa maruz kalma ile adolesan iletişim sorunları, davranış bozuklukları, duygu durum bozuklukları ve madde kötüye kullanımı arasında küçük fakat saptanabilen artış olduğu bulunmuştur.

Özellikle aile ve çocuk gelişimiyle ilgili literatürde, emniyetsiz/ sağlam olmayan evliliklerle sosyo- ekonomik durum, ebeveyn eğitimi, ebeveyn yaşı, aile stresi ve benzeri faktörler arasında belirgin ilişki olduğu izlenmektedir.

Çalışmamızda davranış sorunları ve tik belirtileri anne ve baba anlaşmazlığı olan ailelerde daha fazla saptanmıştır.

Anne -babanın depresyonu, major depresif bozukluğun göstergesi olarak ailenin geçimsizliğinden daha önemlidir. Fakat madde kötüye kullanımında ise ailenin geçimsizliği anne – babanın depresyonundan daha önemlidir. Anne ve babanın depresyonu primer, aile geçimsizliği ise dolaylı olarak major depresyon gibi içselleştirme sorunlarını artırırken, aile geçimsizliği primer, anne- baba depresyonu dolaylı olarak davranış sorunları veya madde kötüye kullanımı gibi dışsallaştırma sorunlarının riskini artırmaktadır (105).

Tik bozuklukları strese duyarlıdır. Ailedeki geçimsizlik durumunun da tiklerin artmasına neden olan bir stres kaynağı olduğu söylenebilir (9).

Gerçekten süre giden karı-koca kavgalarında, çocukların dışa vuramadıkları en önemli duygular, ana babanın ayrılmasıyla, kendilerinin ortada kalacağı korkusudur. Ayrıca, kavgalara kendilerinin neden olduğu duygusuna kapılırlar. Aile kavgalarının önemli bir bölümünün, çocuklar yüzünden çıktığı, sonra da ana babanın kişisel kavgasına dönüştüğü düşünülürse çocuklardaki bu suçluluk duygusu daha kolay anlaşılır. Çocuk öfkeyi de, kızgınlığı da, sevgi ve hoş görüyü de evde görerek, yaşayarak öğrenir. Sevgi, acıma, anlayışlı olma gibi duygular, öğütlerle aşılabilir nitelikler değildir. Ancak, ana baba örnek alınarak, yavaş yavaş geliştirilir. Çocuğun çevresinde hep tatlı dil, güler yüz görmesi gerekir diye bir kural yoktur. İnsanca duygular olan, kızgınlık, öfke gibi olumsuz duyguları da tanınmalıdır. Ancak, çocuk bu olumsuz duyguların nasıl dizginlendiğini, nasıl uygarcı dışa vurulduğunu da evinde öğrenir. Saldırganlığını sınırlandıramayan bir baba, ya da öfke saçan bir anne, çocuğuna ölçülü olmayı öğretmez. Çocuklar için örseleyici olan, tartışılan şu ya da bu konu değil, ana baba ilişkisinin bozulmasıdır. Çığırdan çıkmayan, uzlaşmayla biten tartışmalar, çocuklar için öğretici ve yararlıdır. Aşağılayıcı suçlamalar ve dayakla birlikte giden ve sık yinelenen karı koca kavgaları çocukları örseler. Her tartışmanın kavgaya dönüştüğü, ayrılmalar ve evden gitmelerle sonlandığı ailelerde, çocukların ruhsal sağlıkları, uzun süre yerinde kalmaz. Bu ortamda, çocuklar, şaşkın, çaresiz ve tedirgin kalırlar. İçleri, kızgınlık, düşmanlık duyguları ve kötümserlikle dolar. Geçici ve kalıcı ruhsal sorunlar geliştirirler. Okul başarıları düşer. Erkek çocukların davranışları bozulur. Kız çocukları ise korkak, kuruntulu ve kaygılı olur. Evlilikten korkarak büyürler. Ya ana ile baba arasında kalır, ya da birine sığınmak isterler. Yan tutmaya zorlandıkça bocalar, suçluluk duygusuna kapılırlar. Tutunacak dal kalmadığını gördükçe, güven duyguları sarsılır. Ana ve babanın sevgisinden kuşku duyarlar (89).

Ruhsal hastalık olan ailelerde sinirlilik, yaramazlık, söz dinlememe, öz kıyım girişimi, adli başvuru, kekemelik belirtileri fazla olarak saptadık. Özellikle ailesel

psikopatoloji temelinde, gelişimsel psikopatoloji riskleri artmış çocuklarla yapılan çalışmalarda, psikopatolojinin ailesel birikiminin olası etiyolojik mekanizmaları değerli bir bilgi olarak göz önünde bulundurulmalıdır. Olgulardaki diğer olası psiko-pataloji nedenleri veya tıbbi hastalık ve ailesel geçişte ailesel birlikteliğin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (106).

Yüksek risk çalışmalarında anksiyete bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında anksiyete semptomları artmış oranlarda bulunmuştur. 1999 yılında Dierker ve arkadaşlarının (106) yaptığı risk araştırmasında, güçlü derecede özgülüğün anksiyete bozukluklarıyla ilişkisi, anksiyeteli / duygu durum bozukluklu ailelerin yapısal (boşanma oranları, tek ebeveynli aile olma) veya fonksiyonel (aile ve çocuk etkileşiminde problem) olarak düzensiz olmasının aile danışmasında olmaması bulgusuyla birleştirildiğinde, anksiyete bozukluklarının gelişiminde mizaç veya stres cevabı gibi içsel (intrinsik) risk faktörlerinin daha çok rol oynadığı öne sürülmüştür (106).

1999 yılında Dierker ve arkadaşlarının (106) yaptıkları aynı çalışmada anksiyete / duygu durum bozukluğu olan annelerin çocuklarında, madde kullanan, sağlıklı ve kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anksiyete belirtilerinin belirgin olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Anksiyeteli / duygu durum bozukluklu annelerin çocuklarında aynı zamanda karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve diğer DSM III-R tanılarında artma tespit edilmiştir. Bunun da ötesinde hem madde kullanan / bağımlı hem de anksiyete / duygu durum bozukluğu olan annelerde, davranım bozukluğu ve komorbid yaşam boyu devam eden hastalıkların oranlarında, sağlıklı kontrol grubu annelerin çocuklarına kıyasla artma olduğu saptanmıştır. Babada anksiyetenin varlığında da çocuklarda görülen anksiyete bozukluklarında artma görülmüştür. Buna ilaveten madde kullanımı/ bağımlılığı olan babaların çocuklarıyla sağlıklı kontrol grubunun çocuklarında davranım bozukluğu oranlarında belirgin artma vardır. Anne ve babanın psikiyatrik hastalıklarının çocuklara etkisi karşılaştırıldığında anksiyete bozuklukları, davranım bozukluğu veya karşıt olma karşıt gelme bozukluğu oranlarında farklılık bulunamamıştır. Çiftlerden ikisi birden etkilendiğinde, en azından birinde madde kullanımı / bağımlılığı olduğunda çocuklarda davranım bozukluğu oranlarında artma olduğu meydana çıkmıştır. Ebeveynin ikisi de etkilenmiş ailelerin çocuklarının sağlıklı ailelerden daha düşük sosyo-ekonomik ev yaşantıları olduğu söylenebilir.

Ailedeki çevresel etkiler örneğin zayıf etkileşim ve ebeveyn ile çocuk arasındaki ilişkinin yetersizliği adolesanlar da erken dönemde madde kullanımı ve davranış sorunlarına neden olmaktadır (107).

Çocuk yetiştirme dönemindeki 25 –44 yaşındaki annelerin % 8- 10 ‘unda klinik depresyon görülmektedir. Başka bir çalışmada bebeği olan annelerin % 16’sında depresyon belirtilerde artma olduğu rapor edilmiştir. Depresyon yada depresyon semptomları artmış kadınların çocuklarında duygusal regulasyon, daha az ideal ilişkiler kurma, güvensiz bağlanma, problemlili davranışlar ve rekabette yetersizlik gibi zorluklar açısından artmış bir risk vardır. Depresyonu olmayan annelerin çocukları depresyon semptomları artmış annelerin çocukları kıyaslandığında daha fazla negatif duygu durum ve daha az canlı bakış sergiledikleri görülmüştür. Deprese annelerin infantlarında artmış irritabilite (huzursuzluk), cevap vermede azalma, sosyal ilişkilerde azalma olduğu saptanmıştır. Bir çok çalışmada maternal depresyonun infant ve okul öncesi bağlanmada güvensizlik riskini artırdığı rapor edilmiştir (108).

Parental depresyon çocukta sadece depresyon riskini artırmaz aynı zamanda anksiyete bozukluğu, davranım bozukluğu ve alkol bağımlılığı riskini de artırır (60, 63, 64).

6.SONUÇLAR

Bu çalışmada KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvurularda 10 yıl içinde 5-6 kat artış olduğu, daha önceki çalışmalarda olduğu gibi erkek çocukların, kızlardan daha fazla başvuruda bulunduğu saptanmıştır.

1. Olgularda en çok başvurunun 73-132 ay (6-11 yaş) arasında, en az başvurunun ise 0-36 ay (1- 3 yaş) yaş grubunda olduğu saptanmıştır.
2. Çocukların büyük bir oranının bir kardeşi ya da iki kardeşi olduğu, yani başvuran ailelerin 2 ya da 3 çocuklu olduğu bulunmuştur.
3. Olguların kardeş sıralamasındaki yeri araştırıldığında ilk sırada 1. çocuk, 2. sırada 2. çocuk 3. sırada 3. çocuk ve tek çocuğun 4. sırada başvurduğu saptanmıştır.
4. Başvuruların en çok ilköğretim öğrencisi olduğu görülmektedir.
5. Olguların sadece yaklaşık dörtte birinin okul öncesi eğitim aldığı saptanmıştır.
6. Olguların muayeneye gelme şekli araştırıldığında ilk sırayı annelerin aldığı saptanmıştır. Görüşmeye yalnız gelenlerin 13 yaş ve üstü olgular olduğu belirlenmiştir.
7. Olguların yarısından fazlasının Trabzon Merkez, Trabzon ilçe ve köylerinden, ikinci sırada Giresun ilinden geldiği , başvuru sıklığına göre Rize ,Artvin ve Gümüşhane illerinden başvurduğu saptanmıştır.
8. Anne ve babaların eğitim durumları araştırıldığında annelerin en fazla ilkokul mezunu, babaların ise en fazla lise mezunu 2. sırada ilkokul mezunu oldukları saptanmıştır. Anne ve baba eğitimi bilinmeyen 4 olgunun 2'sinin yuva çocuğu olduğu belirlenmiştir.
9. Annelerin meslek dağılımı incelendiğinde annelerin ev hanımı olduğu, çalışan annelerinde en fazla sırasıyla memur, öğretmen olduğu gözlenmiştir.
10. Babaların meslek dağılımı incelendiğinde babaların en fazla serbest meslek sahibi, daha sonra sırasıyla memur, işçi, öğretmen olduğu saptanmıştır.
11. Annelerin sağlık durumu incelendiğinde en fazla psikiyatrik hastalıkların var olduğu, sırasıyla endokrinolojik ve nörolojik hastalıkların olduğu görülmektedir.

12. Babaların sağlık durumu incelendiğinde en fazla psikiyatrik hastalıkların var olduğu bulunmuştur.
13. Anne ve baba soy hastalıkları incelendiğinde anne soy ağacında psikiyatrik hastalık görülme sıklığı kardiyak, endokrinolojik ve multisistem hastalıklarından sonra, babanın soy ağacında psikiyatrik hastalık görülme sıklığı ise kardiyak hastalıklardan sonra olduğu saptanmıştır.
14. Ailelerinin durumu araştırıldığında sıklık sırasına göre parçalanmış aile, ebeveyn ölümü, boşanma, ebeveynlerin ayrı yaşadığı aileler saptanmıştır. Ailelerin büyük bir çoğunluğu çekirdek aile olup birlikte yaşamaktadır. Ayrı yaşayan aileler boşanmadan ayrı evlerde yaşayan ebeveynleri temsil etmektedir.
15. Ebeveynlerin akrabalık durumu incelendiğinde polikliniğe başvuran ailelerin 1/5 'inde akraba evliliği olduğunu göstermektedir.
16. Anne ve babanın ruhsal hastalık dağılımı incelendiğinde anne-babalarda depresif bozuklukların en sık rastlanan psikiyatrik hastalık olduğu saptanmıştır. Başvuran olguların annelerinde babalardan yaklaşık üç kat daha fazla ruhsal hastalık oranı mevcuttur.
17. Ailelerin sosyo-ekonomik düzeyleri incelendiğinde ailelerin yarısından fazlasının orta gelir düzeyinde olduğu tespit edilmiştir.
18. Olgularda saptanan organik bulgular cinsiyete göre incelendiğinde kızlarda en fazla nörolojik hastalıklar, erkeklerde ise görme kusuru olduğu saptanmıştır.
19. Olguların 47 farklı belirti grubu ile başvurduğu ve olguların birçoğunda birden fazla başvuru yakınmasının olduğu saptanmıştır. Bir olgu başına düşen semptom sayısı yaklaşık olarak 2'dir. En çok başvuru nedeni sinirli olmadır. Bu yakınmayı sırasıyla yaramazlık, söz dinlememe, okul başarısızlığı, sıkıntı, aşırı hareketlilik ve gece altını ıslatma takip etmektedir.
20. Kız olgularda mutsuzluk, ağlama, öz kırım girişimi gibi depresif bulgular ve saç dökülmesi erkeklere oranla daha fazla bulunmuştur. Okul başarısızlığı, yaramazlık, söz dinlememe, aşırı hareketlilik, kekemelik, adli başvuru ve tik belirtileri ise erkeklerde kızlara oranla daha fazla bulunmuştur.
21. Olgularda en çok başvuru 6-11 yaş grubundadır, sırasıyla 11-15 yaş grubunda ve 3-6 yaş grubunda başvuru saptanmıştır. En az başvuru 15 yaş üstü ve 0-3 yaş grubunda olmuştur.
22. 0-36 ay (0-3 yaş) arasında en çok başvuru yakınmaları, sırasıyla, konuşma bozukluğu, sinirlilik, yaramazlık, söz dinlememe, aşırı hareketlilik, zarar verici

davranışlar, uyku bozukluğu, kardeş kıskançlığı, iletişim sorunudur. 37-72 (3-6 yaş) ay arasında en çok başvuru yakınmaları sırasıyla yaramazlık, söz dinlememe, aşırı hareketlilik, zarar verici davranışlar, konuşma bozukluğu, sıkıntı, kekemelik, gece altını ıslatma uyku bozukluğu, mutsuzluk ve ağlamadır. 73-132 ay (6- 11 yaş) arasında en çok başvuru yakınmaları sırasıyla okul başarısızlığı, gece altını ıslatma, yaramazlık, söz dinlememe, sinirlilik, aşırı hareketlilik, korku, sıkıntı, mutsuzluk, ağlama, zarar verici davranış, dikkat eksikliği, uyku bozukludur. 133-180 ay (11-15 yaş) arasında en çok başvuru yakınmaları sırasıyla sıkıntı, okul başarısızlığı, mutsuzluk, ağlama, sinirlilik, adli vaka, korku, uyku bozukluğu, ağrıdır. 181 ay ve üstünde (15 yaş ve üstü) en çok başvuru yakınması sırasıyla öz kıyım girişimi, mutsuzluk, ağlama, adli vaka, sinirlilik, okul başarısızlığı, içe kapanık olma, uyku bozukluğu, sıkıntıdır.

23. 0-36 ay (0-3 yaş) arasında konuşma bozukluğu, zarar verici davranış, iletişim sorunu , anne babaya aşırı bağlılık, kekemelik, saç-kaş koparma;37-132 ay (3-6 yaş) arasında, yaramazlık söz dinlememe, aşırı hareketlilik, gece-gündüz altını ıslatma, okul başarısızlığı, korku, içe kapanık olma, kaka kaçırma; 133- 180 ay (11 - 15 yaş) arasında , sıkıntı, mutsuzluk ve ağlama, adli yazı, ağrı; 181 ay ve üstünde (15 yaş ve üstü) öz kıyım girişimi anlamlı olarak daha fazla görülmüştür.
24. Parçalanmış ailelerde sıkıntı, uyku bozukluğu, adli başvuru, davranış sorunları, okul başarısızlığı, danışma amaçlı başvurma, aşırı hareketlilik, zarar verici davranışlar parçalanmamış ailelerden daha fazladır.
25. Davranış sorunları ve tik belirtileri anne ve baba anlaşmazlığı olan ailelerde daha fazladır.
26. Ruhsal hastalık olan ailelerde sinirlilik, yaramazlık, söz dinlememe, öz kıyım girişimi, adli başvuru, kekemelik belirtileri fazladır.

Doğu Karadeniz bölgesinde tek hizmet veren Çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğimizde yaptığımız bu çalışmada; diğer ruh sağlığı polikliniklerinde Ankara, İstanbul, Adana, Erzurum ve 10 yıl önce Trabzon'da yapılan çalışmalarla benzer bulgular elde edilmiş olup başvuru yakınmalarında sadece sıralamada farklılıklar gözlenmiştir.

7. ÖZET

Bu çalışmanın amacı, Doğu Karadeniz Bölgesinde tek hizmet veren Çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kliniği olmamız nedeniyle bölgemiz demografik özelliklerini, belirti dağılımını saptamak ve bunun diğer illerdeki Çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniklerinde yapılan çalışmalardan bölgesel farklılığın olup olmadığını araştırmaktır.

Karadeniz Teknik Üniversitesi Çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine 1 Ocak 2003- 30 Haziran 2003 tarihleri arasında aileleri tarafından çeşitli belirtilerle ilk kez başvuran 632 çocuk-ergen çalışmaya alınmıştır. Her çocuk-ergen için yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak veriler elde edilmiştir. Bu çocuk ve ergenlerin demografik özellikleri, ilk başvuru yakınmalarının dağılımı araştırılmış, demografik özelliklerin başvuru yakınmaları ile ilişkisi araştırılmıştır.

Bu çalışmada KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran olguların belirti dağılımlarının ve demografik özelliklerinin diğer bölgelerdeki çocuk-ergen ruh sağlığı kliniklerindeki belirti dağılımlarına benzerlik gösterdiği saptanmıştır.

Çocukta psikopatolojinin gelişimine neden olan risk faktörleri belirlenerek, ruh sağlığıyla ilgili olumlu ya da olumsuz faktörler epidemiyolojik çalışmalar ile tanımlanabilir ve bozuklukları önlemeye yönelik koruyucu, yeni ve etkili programlar oluşturulabilir.

8. SUMMARY

The aim of this study is to determine the demographic features, symptom distribution of child and adolescents in this region. In east blacksea region only serving Child and Adolescent Clinic is in Karadeniz Technical University Medical Faculty and compare all these regional findings with studies which was done in other Child and Adolescent Clinics in order to determine differences between the regions.

632 child and adolescents who applied first time by their families with different symptoms between 1 January 2003 and 30 June 2003 to Karadeniz Technical University Child and Adolescent Psychiatry Clinic were included the study. The data was obtained by using semi- structured interview forms to each child and adolescent. Demographic features and first application symptoms of these child and adolescent were obtained. Relation between the demographic features and the first application symptoms were investigated.

In this study , demographic features and symptom distribution between patients who were applied to KTU Faculty of Medicine Child and Adolescent Psychiatry Clinic and other Child and Adolescent Psychiatry Clinics were found similar.

The positive and negative factors which affect the spirit health by detecting risk factors that result the psychopathology in the child can be defined with epidemiologic studies, and the protective, new and effective programs can be formed for preventing disorders.

9. KAYNAKLAR

1. Kerimoğlu E. : Dünyada ve Ülkemizde Çocuk Psikiyatrisinin gelişimi. A.Ü. Tıp Fakültesi Bülteni ,1992.
2. Shirley, H. F. : Pediatric Psychiatry. Harvard University Press, Cambridge, 1963.
3. Polvan Ö. : Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Ders Kitabı. Birinci Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s. 22-41, 2000.
4. Musto, D.F. : Child Psychiatry . In the a historical perspective, R Michels (Ed) ,Basic Boks Inc., New York, 1989.
5. Kerimoğlu E.: Prof. Dr. M. Öztürk ve Çocuk Psikiyatrisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2: 2-5, 1991.
6. Özbek, V : Dünyada ve ülkemizde Çocuk Psikiyatrisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 1: 226-227,1990.
7. Güleç C, Köroğlu E : Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt 2. Birinci Baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s. 1035-1039, 1998.
8. Earls, F: Epidemiolgy and child psychiatry: Entering the second phase . Amer J Orthopsychiatry, 59(2), 1989.
9. Lewis M : Child and Adolescent Psychiatry. Third edition. Lippincott Williams& Wilkins, Philadelphia, pp. 1320-1335, 2002.
10. Costello Aj, Angold A, Burns BJ: The Great Smoky Mountain Study of Youth. Arch Gen Psychiatry. 53: 1136,1996.
11. Costello EJ : Developments in child psychiatric epidemiology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 28: 836-841, 1989.

12. Burns BC, Costello EJ, Angold A : Children's mental health service use across service sectors. *Health Aff(Millwood)*. 14: 147-159,1995.
13. Achenbach TM: What is normal? What is abnormal? Developmental perspectives on behavioral and emotional problems. In *Developmental Psychopathology: Perspectives on Adjustment, Risk and Disorder*, Luthar SS, Burach JA, Jacob A (Eds) Cambridge University Press, pp 93-114, 1997.
14. Jensen PS, Brooks- Gunn J, Graber JA : Dimensional scales and diagnostic categories: Constructing crosswalks for child psychopathology assessments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 38: 118-120,1999.
15. Boyle MH, Offord DR, Racine YA: Identifying thresholds for classifying childhood psychiatric disorders: Issues and prospects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 35: 1140-1448,1996.
16. Robins LN: Reflections on testing the validity of psychiatric interviews. *Arch Gen Psychiatry*. 42: 918- 924, 1985.
17. Offord DR, Boyle MH, Racine Y: Ontario Child Health Study: Correlates of disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 28: 856- 860,1989.
18. Caron C, Rutter M: Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry*. 32 : 1063-1080,1991.
19. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A: Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 155: 715-725,1998.
20. Achenbach TM, Howell CT, Quay HC: National survey of problems and competencies among four to sixteen years olds. *Monogr Soc Res Child Dev*. 56: 1-131 ,1991.
21. Anderson JC, Williams SC, Mc Gee R: DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalance in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry*. 44:69-76,1987.

22. Offord DR, Boyle MH, Szatmani: Ontario Child Health Study. II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Arch Gen Psychiatry*.44: 832-836,1987.
23. Verhulst FC, Akkerhuis GW, Altaus M: Mental health in Dutch children. I. A cross-cultural comparison. *Acta Psychiatr Scand*. 72:323:1-108,1985.
24. Zahn-Waxler c, Klimes- Dougan B, Slattery MJ: Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Dev Psychopathol*. 12: 443- 466, 2000.
25. Cohen P, Cohen J, Brook J: An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence. II. Persistence of disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 34: 869-877,2001.
26. Feehan M, Mc Gee R, Williams SM: Mental Health disorders from age 15 to age 18 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 32 : 1118- 1126,1993.
27. Hofstra M, Van der J, Verhulst FC. Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: A 14- year follow up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 39: 850- 858, 2000.
28. Moffitt TE. Adolescence- limited and life course persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychol Rev*. 100: 674-701, 1993.
29. Rutter M : Antisocial behavior: Developmental psychopathology perspectives. In *Handbook of Antisocial Behavior*, Staff DM, Breiling J, Maser JD (Eds)New York, Wiley, pp 115-124, 1997.
30. Offord DR: Social factors in the etiology of childhood disorders. In *Handbook of Studies on Child Psychiatry*, Tonge B, Burrows G, Werry J (Eds), Amsterdam, Elsevier, pp 55-68, 1990.

31. Camdan D, Boyle M, Szatmani P: Chronic illness, disability and mental and social well-being: Findings of the Ontario Child Health Study. *Pediatrics*. 79: 805-813,1987.
32. Hoare P, Kerley S: Psychosocial adjustment of children with chronic epilepsy and their families. *Dev Med Child Neurol* . 33: 201-215,1991.
33. Martin RP, Wisenbaker j, baker J: gender differences in temperament at six months and five years. *Infant Behav Dev* . 20: 339-347,1997.
34. Rothbart MK, Bates JE: Temperament. In *Handbook of Child Psychology*, Damon W(Ed), New York, Wiley, pp 105-176, 1998.
35. Biderman J, rosenbaum JF, Bolduc-Murphy EA : A 3 year follow up of children with and without behavioral inhibition . *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 32: 814-821, 1993.
36. Kagan , Snidman N, Zentner M : Infant temperament and anxious symptoms in school age children. *Dev Psychopathol*. 11: 209-224,1999.
37. Bates JE, Bayles K, Bennett D: Origins of externalizing behavior problems at eight years age. In *The Development and Treatment of Childhood Agression*, Pepler D, Rubin K(Eds), Hillside NJ , Erlbaum, pp 93-120, 1991.
38. Prior M, Smart D , Sanson A: Transient versus stable behavior problems in a normative sample: Infancy to school age. *Pediatr Psychol*. 17 : 423-443, 1992.
39. Shaw DS, Winslow EB : Precursors and correlates of antisocial behavior from infancy to preschool. In *Handbook of Antisocial behavior*, Staff DM and Breiling J (Eds), New York , Wiley, pp 148-158, 1997.
40. Kagan J: *Unstable Ideas: Temperament, Cognition and Self*. Cambridge, MA, Harvard University Pres, 1989.

41. Maziade M, Caperaa P, Laplante B: Value of difficult temperament among seven years olds in the general population for predicting psychiatric diagnosis at age 12. *Am J Psychiatry*. 142:943-946,1985.
42. Rutter M, Tizard J, Whitmore K: *Education, Health and Behavior*. London, Longman,1970.
43. Hinshaw SP: Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychol Bull*. 111: 127- 155, 1992.
44. Velez CN, Johnson J, Cohen P: A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 28: 861, 1989.
45. Rutter M, Silberg J, O'Connor T, : Genetics and child psychiatry. I. Advances in quantitative and molecular genetics. *J Child Psychol Psychiatry*. 40: 3-18,1999.
46. Needleman HL, Schell A, Bellinger D: The long term effects of exposure to low doses of lead in childhood: An 11 year foollow up reort. *N Engl J Med*. 322: 83-88,1990.
47. Nichols PL, Chen TC: *Minimal Brain Dysfunction : A prospective Study*. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1981.
48. Peterson BS, Lewis M: Neuroimaging . *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* . 305-324,1997.
49. Leonard HL, Rapoport JL, Swedo SE: Obsessive-Kompulsive disorder. In *Textbook of Child and Adolescent Psychiatric Press*, Weiner JM (Ed), pp 481-490,1997.
50. Committee on Integrating the Science of early Childhood Development: In from Neurons to Neighbourhoods: The Science of Early Childhood Development, Shonkoff JH, Phillips DA (Eds), Washington DC , National Academy Press, 2000.

51. Janus M, offord DR: Reporting on readiness to learn in Canada. ISUMA Can J Policy Res. 1: 71-75, 2000.
52. Mc Cain MN, Mustard JF: Reversing the Real Brain drain: Early Years Study, Final Report. Toronto, Ontario Children's Secretariat, 1999.
53. Young M : Early Child Development: Investing in Our Children's Future. New York, Elsevier, 1997.
54. Rutter M: Clinical implications of attachment concepts: Retrospect and prospect: J Child Psychol Psychiatry. 36: 549-571,1995.
55. Van Ijzendoorn MH, Goldberg S, Kroonenberg Pm: The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A metaanalysis of attachment in clinical samples. Child Dev. 63. 840-858, 1992.
56. Sampson RJ, Laub JH: Crime in the Making: Pathways and Turning Points Thorough Life: Cambridge, MA, Harvard University Press,1993.
57. Toth SL: Patterns of relatedness, depressive symptomatology and perceived competence in maltreated children. J Consult Clin psychol. 64: 32-41,1996.
58. Rutter M, Quinton D: Parental psychiatric disorder: Effects on children. Psychol Med. 14: 853-880,1984.
59. Birmaher B, Ryan ND, Williamson De: Childhood and adolescent depression: A review of yhe past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 35: 1427-1439,1583,1996.
60. Weisman MM, warner V, Wickramaratne: Offspring of depressed parents: 10 years later. Arch Gen Psychiatry: 54: 932-940,1997.
61. Crachetti D, Rogosch FA, Toth SL: Maternal depressive disorder and contextual risk:

Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Dev Psychopathol.* 10: 283-300,1998.

62. Cummings EM, Davies PT: Maternal depression and child development. *J Child Psychol Psychiatry.* 35: 73-112,1994.

63. Downey G, Coyne JC : Children of depressed parents: An integrative review. *Psychol Bull.* 108: 50-76, 1990.

64. Wickramaratne P, Weismann MM: Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 37:933-942,1998.

65. Earls F, Reich W, Jung K : Psychopathology in children of alcoholic and antisocial parents. *Alcohol Clin Exp Res.* 12: 481, 1988.

66. Lipman EL, Offord DR, Dooley MD : What Do We Know About Children from Single-Mother Families? Publication 89-550- mpe, no.1 Ottawa, Human Resources Development Canada, 1996.

67. Reynolds Wm, Rob MI : The role of family difficulties in adolescent depression, drug taking and other problem behaviors. *Med J Austr* 149: 250-256, 1988.

68. Amota PR, Keith B: Parental divorce and the well being of children: A meta- analysis. *Psychol Bull.* 110: 24-46, 1991.

69. Hethenington EM, Clingempeel WG, Anderson ER: Coping with marital transitions: A family systems perspective. *Serial No. 223.* 57: 2-3,1992.

70. Lahey BB, Miller TL, Gordon RA: Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders: In *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*, Quay HC, Hogan AE (Eds), Newyork, Kluwers Academic-Plenum Press, pp 23-48, 1999.

71. Offord Dr, Lipman EL: Emotional and behavioral problems: Fruqency by age, gender and income level and co-ocurance with other problems: In *Growing up in Canada:*

National Longitudinal Study of children and Youth. Publication no. 89-550-MPE, Ottawa. Human Resources Development Canada. Statistics Canada, 1996.

72. Mc Lead JD, Shanahan MJ: Poverty, parenting and children's mental health. Am Social Rev. 58: 351-366, 1993.

73. Lipman EL, offord Dr, Boyle MH: Relation between economic disadvantage and psychosocial morbidity in children. Can Med Assoc J. 151: 431-437,1994.

74. Garrison CZ, Waller JL, Cuffee SP: Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 36: 458-465,1997.

75. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM- IV) ,Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'den çeviren Köroğlu E, Hekimler yayın birliği, Ankara, 1995.

76. Dünya Sağlık Örgütü: ICD-10 ruhsal ve davranışsal bozuklukların sınıflandırılması. Çeviren Çuhadaroğlu ve ark., Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1992.

77. Öztürk O. : Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 9. basım. Feryal Matbaası, Ankara, 2002.

78. Ünal M: Ruh Hastalıklarının yaygınlığı ve sosyo ekonomik olaylarla ilişkisi. Doçentlik Tezi , Ankara,1979.

79. Kürşad N: Çocuk Psikiyatrisinde belirti dağılımı ve toplumsal özellikler. Uzmanlık Tezi, AÜTF, 1979.

80. Avcı Ayşe: AÜTF Çocuk Psikiyatrisi kliniğine başvuran hastaların belirti dağılımı ve sosyo demografik özellikleri. Uzmanlık Tezi, AÜTF, 1992.

81. Erol N : Çocuk psikiyatrisinde demografik özellikler ve belirti dağılımı. Ankara Tıp Bülteni. 10 : 13, 1988.

82. Sonuvar B, Yörükoğlu A, Öktem F, Akyıldız S: Hacettepe Çocuk Ruh Sağlığı Kliniğinde iki yıl içinde görülen çocukların demografik özellikleri. Psikoloji Dergisi. 13: 33-30, 1982.
83. Tanrıöver S, Kaya N, Tüzün Ü, Aydoğmuş K: Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine çocukların demografik özellikleri ile ilgili bir çalışma. 27. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Antalya, 1991.
84. Tanrıöver S: KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine ikik yıl içinde başvuran çocukların demografik özellikleri ve başvuru yakınmaları, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 3: 2, 69-72, 1996.
85. Avcı A: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine başvuran çocukların belirti dağılımı ve sosyo demografik özellikleri. 29. Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı, Bursa, 1993.
86. Tanrıöver S, Kaya N, Tüzün Ü, Aydoğmuş K: Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine başvuran çocukların demografik özellikleri ile ilgili bir çalışma. 5: 1, 2, 3, Düşünen Adam, 1992.
87. Kağıtçıbaşı Ç: Sex roles, family and community in Turkey. Indiana University Turkish Studies, 3. Indiana, 1982.
88. Öztürk O: Psikanaliz ve Psikoterapi. 3. baskı, Bilimsel Tıp Yayınevi, 116-118, Ankara, 1998.
89. Özatalay E, Turan M: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine başvuran hastalarda belirti dağılımı ve demografik özellikler. 4. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Bursa, 1994.
90. Yörükoğlu A: Değişen Toplumda Aile ve Çocuk.4. Baskı, Özgür Yayın – Dağıtım, Ankara, 1992.

91. Bernstein A, Borchardt C, Pewien A: Anxiety Disorders In Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: 9, 110- 1119, 1996.
92. Rutter M, Silberg J, O'Connor T, Simanoff E: Genetics and child psychiatry: Emperical research findings. *J Child Psychol Psychiatry*, 40: 19 – 55, 1999.
93. Rutter M, Dunn J, Planin R et al: İntegrating nature and nurture: İmplications of person environment correlation and interactions for developmental psychology. *Dev Psychopathol* 9: 335 – 364, 1997.
94. Koot M: Early Preschool Predictors of Preadolescent Internalizing and Externalizing DSM-IV Diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40: 9, 1029- 1036, 2001.
95. Luby J, Heffelfinger A, Mrakotsy C: The Clinical Picture of Depression in Preschool Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42: 3, 340- 348, 2003.
96. Luby J, Heffelfinger A, Mrakotsy C: Preschool Major Depressive Disorder: Preliminary Validation for Developmentally Modified DSM-IV Criteria. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41: 8, 928-937, 2002.
97. Tanrıöver Kandil S, Hocoğlu Ç, Bağdatlı H, Aktepe E, Yöntem T, Aksu G: Son dört yılda KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk psikiyatrisine başvuran adli olguların değerlendirilmesi. *Klinik Adli Tıp* 2: 2, 1-6, 2002.
98. Aycan S, Tümay Ş, Şimsek Z: İntiharın Önlenmesi. Ankara, Sağlık Bakanlığı, 2000.
99. Ercan Sabri E: İntihar girişiminde bulunmuş ergenlerin psikiyatrik değerlendirilmesinde nelere dikkat edilmeli. *Psikiyatri Bülteni* 4(3):124-127,1996.
100. Odağ C: İntihar (Öz kıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım. İzmir Psikiyatri Derneği Psikoterapiler Birimi, 1995.
101. Sonuvar B: Gençlerde intihar ve intihar girişimleri. XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı, s. 26-28,1985.

102. akmak D, Arslanoğlu K, Akman MB: İntihar girişimi nedeniyle acil dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda psikopatolojik değerlendirme. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongre Kitabı, s. 214-217, 1988.
103. Rushtan J, Michelle F, Schectman R: Epidemiology of Depressive Symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41: (2), 199 – 205, 2002.
104. Fergusson D, Horwood J, Lynskey M: Parental seperation, Adolescent psychopathology and problem behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:(8), 1122 – 1131,1994.
105. Nomura Y, Wickramaratne P, Warner V: Family discord, parental depression and psychopathology in offspring: Ten year follow – up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41: (4), 402 – 409, 2002.
106. Dierker L, Menihangas K, Szatmani P: İnfluence of parental concordance for psychiatric disorders on psychopathology in offsprings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38: (3), 280 – 288, 1999.
107. Brook J.S, Whiteman M, Nonwa C, Gorden A.S, Cohen P: Personality, family and ecological influences on addescent drug use: A developmental analysis. *J Chem Dependency Treatment* 1: 123 – 161, 1998.
108. Carter A, Garrity – Rokous E, Chazan – Cohen R, Little C, Briggs – Gowan M: Maternal depression and comorbidity; Predicting early parenting, attachment security and Toddler social – emotional problems and competencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40: (1), 18 – 26, 2001.

EK:1

**ARAŞTIRMAYA KATILACAK HASTALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ
ONAM FORMU**

SAYIN VELİ:

KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Araş. Görevlisi Dr. S. Tülin Yöntem' in izleyeceği bir çalışma planlanmış bulunmaktayız. Bu nedenden dolayı 2003 Ocak-Haziran aylarında polikliniğimize ilk kez başvuran çocuklar çalışmaya alınacaktır. Çocukların bazı demografik özellikler(yaş, cinsiyet, eğitim durumu.....) ve başvuru yakınmaları belirlenecektir.Çalışmayı kabul ettiğimiz ve bu çalışmaya katılmak istediğimizi belirten kabul imzanızı atmanızı rica ederiz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Saygılarımızla

Araştırmaya katılan gönüllü hastanın velisinin;

Adı soyadı :

İmzası :

Tarih :

Araştırmayı yürüten Dr.;

Adı soyadı :

Bölümü :

İmzası :

Tanık araştırmacının;

Adı soyadı :

Bölümü :

İmzası :