

# Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirti ve Tanı Dağılımları

Evrım Aktepe<sup>1</sup>, Kadir Demirci<sup>2</sup>,  
Ali Metehan Çalışkan<sup>2</sup>,  
Yonca Sönmez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Yrd. Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Ana Bilim Dalı, Isparta,

<sup>2</sup>Araş. Gör. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Isparta,

<sup>3</sup>Yrd. Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Isparta

## ÖZET

Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirti ve tanı dağılımları

**Amaç:** Çalışmamızda çocuk ve ergen psikiyatrisine başvuran hastaların belirti ve tanı dağılımlarının saptanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Ekim 2007 - Ekim 2008 tarihleri arasında başvuran 763 olgunun dosyası geriye dönük olarak incelenmiştir.

**Bulgular:** Olguların çoğunluğunun 7-12 yaş grubundaki erkekler olduğu belirlenmiştir. Olguların %93.8'i uzun zamandır devam eden kronik sorunlar için başvuruda bulunmuştur. En sık görülen belirtinin (%34.2) sinirlilik olduğu tesbit edilmiştir. Diğer belirtiler arasında, erkeklerde dikkat dağınıklığı, kekemelik, derslere ilgisizlik; kızlarda ise aileyle ilişki sorunu, mutsuzluk-karamsarlık-isteksizlik, bunaltı-sıkıntı-huzursuzluk, fiziksel yakınmalar, özyıkım girişimi, alışkanlıklar, takıntılı düşünce ve davranışlar anlamlı düzeyde fazla oranda bulunmuştur. En sık görülen tanıları, sırasıyla, depresyon, anksiyete bozuklukları, enürezis, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, uyum bozukluğu, ilişki sorunları, kekemelik ve mental retardasyondur. Olguların %25'i birden fazla tanı almıştır. Tanıların cinsiyete göre dağılımı değerlendirildiğinde; DEHB ve kekemeliğin erkeklerde, depresyon ve ilişki sorunlarının kızlarda anlamlı düzeyde fazla olduğu görülmüştür.

**Sonuç:** Çalışmamızda en sık saptanan tanıları içe vurum bozuklukları olmakla birlikte, cinsiyetler arası farklılıklar gözlenmektedir. Eşit oranı da dikkate değer düzeyde saptanmıştır. Eşitlikte birlikte hastalığın şiddeti daha ağır olmakta, psikososyal işlevsellikte daha ciddi bozulmalar görülmektedir. Çocuk-ergen psikiyatrisi başvurularında cinsiyetler arası tanı farklılıkları ve eşitlikte değerlendirilmelidir. Olguların çoğunluğunun kronik sorunlar için çocuk psikiyatrisine başvurduğu tespit edilmiştir. Başvuru süresinin uzaması ve tedavinin gecikmesi belirtilerinin ağırlaşmasına neden olabilir. Eşitlikte birlikte değerlendirildiğinde, depresif bozukluğun en sık ilişki sorunları ile birlikte görüldüğü saptanmıştır. Depresif bozukluk tanısı konulan olgularda ailevi ve sosyal ilişkilerin de değerlendirilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Çocuk, ergen, belirtiler, tanıları

## ABSTRACT

Symptoms and diagnoses of patients referring to a child and adolescent psychiatry polyclinic

**Objective:** The aim of the present study is to identify the complaints and diagnoses of patients who referred to a child and adolescent psychiatry polyclinic.

**Method:** Medical records of 763 patients referred to the Children and Adolescent Psychiatry Polyclinic at Süleyman Demirel University Faculty of Medicine between October 2007 and October 2008 were studied retrospectively.

**Results:** Most of the patients were male and within 7 to 12 years of age. 93.8% of the patients referred to the hospital for chronic conditions persisting for a long time. The most common symptom was nervousness (34.2%). The symptoms of inattentiveness, stuttering, disinterest to school lessons were more frequent among boys and problems in family relations, unhappiness-pessimism-unwillingness, distress-annoyance-discomfort, physical complaints, suicidal attempts, habits, obsessed thoughts and behaviors among girls. The most common diagnosis was depression, followed by anxiety disorders, enuresis, attention deficit hyperactivity disorder, adjustment disorder, relationship problems, stuttering and mental retardation, respectively. Of the cases, 25% were diagnosed with multiple conditions. When the distribution of the diagnoses to sex were assessed, ADHD and stuttering were more frequently diagnosed among boys, on the other hand, depression and relationship problems among girls.

**Conclusions:** In our study, although the internalizing disorders are the most frequent diagnoses, there are differences between genders. The rate of comorbid diagnosis was found to be considerable. In the presence of comorbid diagnoses, the disorder is experienced more heavily and psychosocial functionality gets deteriorated. Diagnostic differences between sex and comorbidity must be assessed carefully in child and adolescent psychiatry polyclinics. It is observed that most of the cases do refer to child psychiatry polyclinic for chronic problems. The prolonging of the referral period and the delay in treatment may cause symptoms to get more serious. When comorbid diagnosis coexistences were evaluated, it is observed that depressive disorder was mostly observed to coexist with relationship problems. It is considered to be important to evaluate family relations and social relations when depressive disorder diagnosed patients are concerned.

**Key words:** Child, adolescent, symptoms, diagnosis

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Yrd. Doç. Dr. Evrım Aktepe, Modemevler  
Mahallesi, 142. Cadde, Narin Sitesi, B Blok, Kat:4,  
No:12, Isparta - Türkiye

Telefon / Phone: +90-246-2112-402

Faks / Fax: +90-246-237-1758

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
e\_aktepe@yahoo.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
02 Haziran 2010 / June 02, 2010

## GİRİŞ

Çocukluk döneminde başlayan çoğu ruhsal bozukluk yaşam boyu önem taşımaktadır. Ruhsal bozukluklar, büyüdükçe çocukta daha fazla fonksiyon kaybına neden olmakta ve erişkin dönemde devam eden yıkımlara neden olabilmektedir (1,2). Türkiye’de, toplum örnekleminde 4-18 yaş grubunda klinik düzeyde ruhsal problem görülme oranı, anne-babalar tarafından %11.3 olarak bildirilmiştir (3). Yurtdışında yapılan çalışmalarda, çocuk ve ergenlerin %9.5 ila %19.8 oranlarında psikiyatrik tanı aldıkları bildirilmektedir (4-7).

Steinhausen’in yaptığı bir çalışmada, çocuk ve ergen psikiyatrisinde sık görülen teşhislerin zaman içinde farklılık gösterdiği, 8-9 yaş ile ergenlik döneminde sorun olan davranışların sıklıkla gözlemlendiği ve erkek/kız oranınının 2/1 olduğu bildirilmiştir (8). Yirmi yıldır çocuk psikopatolojisi alanında yapılan izleme çalışmalarıyla, çocuklardaki davranış sorunlarına neden olan etkenler arasında yaş, cinsiyet, doğum sırası, aile büyüklüğü, ailenin ekonomik durumu, annenin gebeliği sırasında yaşanan güçlükler, stresli yaşam olayları gibi konular belirlenmiştir (1).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran ve psikiyatrik rahatsızlığı olan çocukların sadece %10-22 arasındaki kısmı birinci basamak sağlık çalışanı tarafından fark edilebilmektedir. Bu da, çocuk ve ergenlerin büyük bir çoğunluğunun gerekli ruh sağlığı hizmetinden yararlanmadığını göstermektedir. Bunun da ötesinde, eşik altı olarak tanımlanan, yani tanı konmadığı halde ruhsal sorunlar yaşayan bir grup ise hiçbir ruhsal girişim ve destek şansını yakalayamamaktadır. Oysa ki, çocuk ve ergenlerin yaşadıkları ruhsal hastalıkların birçoğu uygun bir yaklaşımla tedavi edilebilir, bu çocuklar ve aileleri normal ya da normale yakın bir hayat yaşayabilirler. Ruhsal hastalık yaşayan çocuk ve ergenler uygun tedavi ve destek almadıkları sürece sorunları devam edecek ve bu durum onların sosyal, eğitimsel ve mesleki geleceklerini tehlikeye sokacaktır. Bu da, aile için ek maddi yük ve toplum için üretim kaybı anlamına gelmektedir (9).

Yurtdışında yapılan bir çalışmada, çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran çocuk ve ergenlerde en sık konulan tanıların dışı atım bozuklukları (dikkat eksik-

liği, hiperaktivite bozukluğu -DEHB/davranım bozukluğu) olduğu, bu tanıları içe vurum bozukluklarının (depresyon/anksiyete bozukluğu) takip ettiği bildirilmektedir (10). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, erkeklerde %17.8, kızlarda %4.6 oranlarında DEHB tanısı konulduğu bildirilmektedir. İçe vurum bozukluklarına bakıldığında, depresyon kızların %11.3’ünde, erkeklerin %6.7’sinde; anksiyete bozuklukları da kızların %12.7’sinde, erkeklerin %7.1’inde saptanmıştır (11).

Çocukların ruhsal sorunlarının ortaya çıktığı koşullar, klinik belirtiler ve ruh sağlığı birimlerine başvuru biçimleri, ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içinde de farklılıklar gösterebilmektedir (11). İspanya’da yapılan bir çalışmada, olguların %73’ünün kendiliğinden polikliniğe başvurduğu bildirilmiş (12), Avustralya’da yapılan bir çalışmada ise, ruh sağlığı kliniğinde değerlendirilen çocukların %66’sının başka servislerden konsültasyon amacıyla gönderildiği tespit edilmiştir (13).

Çocuklardaki ruhsal sorunların dağılım ve yaygınlığının belirlenmesi, koruyucu önlemler ve tedavi hizmetleri gerektiren alanların saptanmasında temel verileri sağlamaktadır. Öncelikli gereksinimlerin ortaya çıkarılması sayesinde, çocuk ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik etkili programlar geliştirilebilir (11).

Bu çalışmada, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda sosyodemografik özellikler ile saptanan belirtilerin ve tanıların araştırılması amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Bu çalışmada, Ekim 2007 - Ekim 2008 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine ilk kez başvuran 763 çocuk ve ergenin dosyaları geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Bilgilerin çoğunun eksik olduğu görülen 35 hasta çalışma dışı bırakılmıştır. Dosyaların standart bölümlerine kaydedilen sosyodemografik özellikler, aile özellikleri, yakınmaları, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskısı’na (DSM IV) (14) göre değerlendirme sırasında almış oldukları psikiyatrik tanıları değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil edilen çocuk ve ergenlerde belirtiler ve tanıları ilişkin özelliklerin cinsiyete göre dağılımı ele alınmıştır.

## İstatistiksel değerlendirmeler

Veriler SPSS 11.0 (Statistical Package for the Social Sciences) bilgisayar programı ile değerlendirilmiştir. Tamamlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Veriler ki-kare, Fisher kesin testi, çok gözlü düzende ki-kare ve eğimde ki-kare testleri ile analiz edilmiştir. Tüm değerlendirmelerde  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Değerlendirme grubundaki çocuk ve ailelerin özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır. Değerlendirme grubunun %64.6'sını ( $n=493$ ) erkekler, %35.4'ünü ( $n=270$ ) kızlar oluşturmaktadır. Kızların %43.3'ü, erkeklerin %47.5'i 7-12 yaş grubunda bulunmaktadır. 13-17 yaş grubundaki kızların oranı erkeklerle göre anlamlı olarak daha fazladır ( $p=0.01$ ). Aile özellikleri kaydedilen 763 olgunun 94'ünün öz anne-babadan birinin veya ikisinin birden olmadığı bir ortamda yaşadığı bulunmuştur. Bu durumun nedenleri; boşanma ( $n=66$ ), ebeveyn kaybı ( $n=9$ ), evlat edinilme ( $n=15$ ), yurtta yaşama ( $n=4$ ) olarak belirlenmiştir. Olguların çoğunluğu, ailele-

rin ilk çocuğudur ve yarıdan fazlası iki çocuklu ailelerden gelmektedir. Çocukların annelerinin yaş ortalaması  $35.1 \pm 6.2$  ve babaların yaş ortalaması  $38.9 \pm 6.9$ 'dur. Annelerin (%56.6) ve babaların (%52.3) yarıdan fazlası 30-39 yaş grubu aralığındadır. Anne ve babaların eğitim düzeyleri ve meslekleri Tablo 2'de yer almaktadır. Olguların %51.4'ünün anne ile, %33.6'sının her iki ebeveyn ile birlikte polikliniğe başvurduğu saptanmış olup, çoğu kentsel bölgede yaşamaktadır (%79.6). Olguların çoğunluğunun (%93.2) anne sütü aldığı; %13.2'sinde doğum travma öyküsünün, %11.5'inde de havale öyküsünün bulunduğu saptanmıştır. Olguların annelerinin %25'inde, babalarının %11.8'inde, diğer akrabaların %21.2'sinde psikiyatrik tedavi öyküsü saptanmıştır. Olguların %86.6'sı Isparta'dan, %7.3'ü Burdur'dan ve %4.2'si Afyon'dan gelmektedir.

Bozukluğun başlama şekli ile ilgili kayıtlara bakıldığında, olguların %93.8'nin uzun zamandır devam eden kronik sorunlar için, %5.4'ünün son bir ay içinde ortaya çıkan sorunlar için, %0.8'in de zaman zaman tekrarlayan sorunlar için başvurduğu görülmektedir. Başvuru sırasında bildirilen yakınmalar değerlendirildiğinde, olguların %65.7'sinde ( $n=501$ ) birden fazla belirti saptanmıştır. Başvuruda birden fazla belirti bildirme oranı cinsi-

**Tablo 1: Çalışma grubundaki çocuk ve ailelerin özellikleri**

Özellikler	n=763	%
Cinsiyet		
Erkek	493	64.6
Kız	270	35.4
Yaş grubu		
1-6 yaş	251	32.9
7-12 yaş	351	46.0
13-18 yaş	161	21.1
Ailedeki çocuk sayısı		
Tek çocuk	156	20.4
İki kardeş	409	53.6
Üç kardeş	164	21.5
Dört kardeş	22	2.9
Beş kardeş	7	0.9
Altı kardeş ve üzeri	5	0.7
Ailedeki çocuk sırası		
1. çocuk	426	55.8
2. çocuk	250	32.8
3. çocuk	65	8.5
4. çocuk	16	2.1
5. çocuk	5	0.7
6. çocuk	1	0.1

**Tablo 2: Çalışma grubundaki çocukların anne babalarının eğitim düzeyleri ve meslekleri**

	Anne		Baba	
	(n=763) n	%	(n=763) n	%
Eğitim Düzeyi				
Yok	13	1.7	6	0.8
İlkokul	365	47.8	225	29.5
Ortaokul	47	6.2	94	12.3
Lise	208	27.3	209	27.4
Yüksekokul	130	17	229	30
Meslek				
Ev hanımı	564	73.9	-	-
Memur	41	5.4	106	13.9
İşçi	39	5.1	168	22
Emekli	10	1.3	51	6.7
Çiftçi	2	0.3	27	3.5
Öğretmen	38	5	45	5.9
Serbest	14	1.8	245	32.1
Hemşire	41	5.4	-	-
Asker	1	0.1	43	5.6
Avukat, doktor, mühendis	13	1.7	55	7.2
İşsiz	-	-	23	3

\* serbest meslek: şoför, esnaf, muhasebeci, berber, müteahhit

yetler arasında anlamlı farklılık göstermemektedir. 1-6 yaş grubunun tek belirti göstermesi, diğer yaş gruplarına göre anlamlı oranda yüksektir ( $p<0.001$ ). En sık görülen belirtiler, sinirlilik (%34.2), mutsuzluk-karamsarlık-isteksizlik (%27), bunaltı-sıkıntı-huzursuzluk (%18.7), dikkat dağınıklığı (%18.1), aşırı hareketlilik (%17.4), alt ıslatma (%11.5) olarak saptanmıştır. Başvuruda bildirilen belirtiler arasında dikkat dağınıklığı, kekemelik, derslere karşı ilgisizlik erkeklerde; aileyle ilişki sorunu, mutsuzluk-karamsarlık-isteksizlik, bunaltı-sıkıntı-huzursuzluk, fiziksel yakınmalar, özkıyım girişimi, alışkanlıklar, takıntılı düşünce ve davranışlar kızlarda anlamlı düzeyde fazla oranda bulunmuştur (Tablo 3).

Doksanyedi olguda normal özellikler bulunduğu saptanmış olup, 666 olguda da (%87.3) en az 1 tanı-

nın varlığı kaydedilmiştir. Tüm gruplarda en fazla konan tanılar depresyon, anksiyete bozuklukları, enürezis, DEHB, uyum bozukluğu, ilişki sorunu, kekemelik, mental retardasyon olarak sıralanmıştır. DSM-IV (14) tanılarının cinsiyete göre dağılımı değerlendirildiğinde; DEHB ve kekemelik erkeklerde, depresyon ve ilişki sorunları kızlarda anlamlı düzeyde fazladır (Tablo 4). 763 olgunun 191'ine (%25), birden fazla tanı konmuştur. Sık bulunan bozukluklarda birlikte görülen tanılar değerlendirildiğinde, DEHB'si olan çocuklarda en sık eştanılar, mental retardasyon (%14.1), enürezis nokturna (%9.8), sınırdaki entelektüel işlev (%6.5), karşıt olma - karşı gelme bozukluğudur (KOKGB) (%4.3). Depresyonu olan çocuklarda en sık eştanılar, ilişki sorunları (%10.8), sosyal fobi (%8.3); anksiyete bozuk-

**Tablo 3: Başvuruda bildirilen yakınmalar**

Yakınma	Erkek (n=493)		Kız (n=270)		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Sinirlilik	171	34.7	90	33.3	0.142	0.71
Mutsuzluk, karamsarlık, isteksizlik	112	22.7	96	35.6	14.499	<0.001
Dikkat dağınıklığı	110	22.3	28	10.4	16.793	<0.001
Bunaltı, sıkıntı, huzursuzluk	82	16.6	61	22.6	4.069	0.04
Alt ıslatma	54	11.0	34	12.6	0.459	0.49
Aşırı hareketlilik	49	9.9	17	6.3	2.930	0.08
Ders başarısızlığı	49	9.9	17	6.3	2.930	0.09
Kekemelik	40	8.1	9	3.3	6.634	0.01
Uyku sorunu	38	7.7	25	9.3	0.457	0.46
Yıkıcı davranışlar, okuldan-evden kaçma, çalma	37	7.5	15	5.6	1.044	0.31
Aile ilişki sorunu	36	7.3	33	12.2	5.134	0.02
Çeşitli korkular	36	7.3	22	8.1	0.178	0.67
Alışkanlıklar, masturbasyon, parmak emme, tırnak yeme, saç yolma	33	6.7	32	11.9	5.956	0.02
Konuşma geriliği	30	6.1	12	4.4	0.903	0.34
Tik	27	5.5	11	4.1	0.725	0.39
Kaka kaçırma	26	5.3	11	4.1	0.544	0.46
Ders ilgisizliği	25	5.1	4	1.5	6.148	0.01
Fiziksel yakınma, karın ağrısı, bayılma	24	4.9	28	10.4	8.316	0.004
Okuma, yazma, matematik sorunu	18	3.7	5	1.9	1.932	0.17
Kendine zarar verici davranışlar	16	3.2	14	5.2	1.738	0.19
Telaffuz bozukluğu	16	3.2	7	2.6	0.254	0.61
Takıntı düşünce ve davranışlar	16	3.2	18	6.7	4.796	0.03
Arkadaşsızlık, çekingenlik	14	2.8	15	5.6	3.519	0.06
Yeme sorunu	13	2.6	13	4.8	2.514	0.11
Okul reddi	12	2.4	11	4.1	1.605	0.21
Genel gelişim geriliği	10	2.0	7	2.6	0.255	0.61
Garip davranışlar, ilgiler ve iletişim kurmama	10	2.0	8	3	0.661	0.42
Özkıyım girişimi	8	1.6	15	5.6	9.230	0.002
Okul/öğretmen uyum sorunu	6	1.2	6	2.2	1.139	0.28
İstismar cinsel*	1	0.2	1	0.4	-	1.00
Madde kötüye kullanımı*	1	0.2	1	0.4	-	1.00
Cinsel kimlik sorunu*	1	0.2	2	0.7	-	0.28

\* Fisher'in kesin testi

**Tablo 4: Olgulara konulan tanıların cinsiyete göre dağılımı**

DSM-IV tanıları	Erkek (n=493)		Kız (n=270)		χ <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu	78	15.8	14	5.2	18.613	<0.001
Depresyon	61	12.4	59	21.9	11.826	0.001
Enürezis noktürna	48	9.7	30	11.4	0.359	0.54
Anksiyete bozuklukları	42	8.5	34	12.6	3.227	0.07
Uyum bozukluğu	41	8.3	23	8.5	0.009	0.92
Kekemelik	40	8.1	9	3.3	6.634	0.01
İlişki sorunları	27	5.5	25	9.3	3.930	0,04
Tik bozukluğu	26	5.3	10	3.7	0.957	0.32
Enkoprezis	26	5.3	11	4.1	0.544	0.46
Karşıt olma karşı gelme bozukluğu	23	4.7	6	2.2	2.848	0.09
Mental retardasyon	22	4.5	17	6.3	1.210	0.27
Sosyal fobi	20	4.1	11	4.1	0.000	0,99
Artikülasyon bozukluğu	15	3.0	7	2.6	0.126	0.72
Obsesif kompulsif bozukluk	13	2.6	13	4.8	2.514	0.11
Enürezis diurna	9	1.8	11	4.1	3.455	0.06
Uyaran eksikliğine bağlı konuşma gecikmesi*	8	1.6	2	0,7	-	0,51
Otizm*	8	1.6	1	0,4	-	0,17
Sınır entelektüel işlev	7	1.4	8	3.0	2.155	0.14
Özgül fobi*	7	1.4	2	0,7	-	0.50
Ayrılma anksiyetesi bozukluğu	5	1.0	4	1.5	0.327	0.57
Okul fobisi*	5	1.0	3	1.1	-	1.00
Travma sonrası stres bozukluğu*	5	1.0	1	0,4	-	0.43
Davranım bozukluğu*	5	1.0	1	0,4	-	0.43
Donuk normal zeka düzeyi*	4	0.8	2	0,7	-	1.00
Ergenlik dönem özellikleri*	4	0.8	2	0,7	-	0.91
Psikoz*	3	0.6	4	1.5	-	0.25
Konversiyon bozukluğu*	3	0.6	6	2.2	-	0.07
Yaygın gelişimsel bozukluklar*	2	0.4	2	0,7	-	0.61
Selektif mutizm*	2	0.4	1	0,4	-	1.00
Madde kullanım bozukluğu*	1	0.2	1	0,4	-	1.00
Cinsel kimlik bozukluğu*	1	0.2	1	0,4	-	1.00
Uyku terörü*	1	0.2	4	1.5	-	0.56

\* Fisher'in kesin testi

luğu olan çocuklarda en sık eştanılar, enürezis (%9.2), kekemelik (%3.9), tik bozukluğu (%3.9) ve depresyondur (%3.9). Enürezis noktürnası olan çocuklarda en sık eştanılar, enkoprezis (%26.9), enürezis diurna (%16.7), DEHB (%11.1), artikülasyon bozukluğu (%9) olarak belirlenmiştir.

Başvuru sırasında en sık bildirilen yakınmalara göre değerlendirme sürecinin sonunda varılan tanıları değerlendirilmiştir (Tablo 5). Sinirlilik yakınmasıyla getirilenlerde uyum bozukluğu, ilişki sorunları, KOKGB; mutsuzluk-karamsarlık-isteksizlik yakınmasıyla getirilenlerde depresyon, uyum bozukluğu, ilişki sorunları, sosyal fobi; bunaltı-sıkıntı-huzursuzluk yakınmasıyla getirilenlerde anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, kekemelik, obsesif kompulsif bozukluk, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu, panik bozukluk anlamlı düzeyde yüksek oranda bulun-

muştur. Dikkatsizlik yakınmasıyla getirilen çocuklarda DEHB, KOKGB, sınırda entelektüel işlev, anksiyete bozukluğu, öğrenme bozukluğu; aşırı hareketlilik yakınmasıyla getirilenlerde DEHB, mental retardasyon, KOKGB; alt ıslatma yakınmasıyla getirilenlerde enürezis noktürna, enkoprezis, enürezis diurna, artikülasyon bozukluğu, donuk normal zeka düzeyi anlamlı düzeyde yüksek oranda bulunmuştur.

## TARTIŞMA

Çocuk ruh sağlığı birimlerine erkek çocukların daha fazla oranda getirildiği bildirilmektedir (15). Ülkemizde üç ayrı çocuk psikiyatrisi kliniğinde yapılan araştırmalarda, olguların %61.5-%66.9 arasında değişen oranlarda erkek çocuklardan oluştuğu saptanmıştır (15-17). ABD'de 2000 yılında yapılan bir çalışmada, ruh sağlığı

**Tablo 5: Başvuru sırasında bildirilen yakınmalara göre konan tanılar**

Başvuru yakınması	Konan tanı	Yakınma olan çocuklarda tanı			
		n	%	$\chi^2$	p †
Sinirlilik	Uyum bozukluğu	32	12.3	7.742	0.005
	İlişki sorunları	28	10.7	9.563	0.002
	KOKGB	23	8.8	27.249	<0.001
Mutsuzluk-karamsarlık-isteksizlik	Depresyon	111	53.4	305.636	<0.001
	Uyum bozukluğu	44	21.2	6.644	<0.001
	İlişki sorunları	27	13.0	17.117	<0.001
	Sosyal fobi	15	7.2	7.273	0.007
Bunalıtı-sıkıntı-huzursuzluk	Anksiyete bozukluğu	42	29.4	73.926	<0.001
	Sosyal fobi	28	19.6	108.715	<0.001
	Kekemelik	15	10.5	4.845	0.028
	OKB	11	7.7	9.816	0.004
	Aynlık anksiyetesi	7	4.9	20.843	<0.001
Dikkat dağınıklığı	DEHB	80	58.0	334.919	<0.001
	KOKGB	9	6.5	3.411	0.06
	Sınır entelektüel işlev*	8	5.8	-	0.002
	Anksiyete bozukluğu	6	4.3	5.918	0.02
	Öğrenme bozukluğu*	2	1.4	-	0.003
Aşırı hareketlilik	DEHB	72	54.1	268.954	<0.001
	Mental retardasyon	17	12.8	19.540	<0.001
	KOKGB	11	8.3	8.802	0.003
Alt ıslatma	Enürezis noktürna	77	87.5	647.247	<0.001
	Enkoprezis*	21	23.9	-	<0.001
	Enürezis diurna*	20	22.7	-	<0.001
	Artikülasyon bozukluğu*	7	8.0	-	0.009
	Donuk normal zeka*	3	3.4	-	0.023

\* Fisher'in kesin testi

†Yakınma olan çocuklardaki tanı oranları ile yakınma olmayanlardaki tanı oranları karşılaştırıldığında elde edilen p değerleri

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

ğı hizmeti alan 40.639 çocuktan %60.8'inin erkek olduğu saptanmıştır (18). İspanya'da ve İngiltere'de yapılan çalışmalarda, çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine başvuran olguların çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu bildirilmektedir (12,19). Literatürde erkek çocukların, genel popülasyonda, ruh sağlığı kliniklerine çeşitli nedenlerle getirilmesini erkek çocuğun fizyolojik olgunlaşmamışlığına dayandıran yazarlar bulunmaktadır (15). Çalışmamızda da olguların çoğunluğu erkektir (%64.6). Tanrıöver ve arkadaşlarının (15) çalışmasında en sık başvuran yaş grubunun 6-11 olduğu belirtilmiş, çalışmamızda da 7-12 yaş grubu en sık başvuruda bulunan grup olarak saptanmıştır.

Trabzon'da çocuk psikiyatrisi poliklinik başvurularının değerlendirildiği bir çalışmada, olguların %41.1'inin iki çocuklu ailelerden oluştuğu, hasta olarak getirilen çocuğun %32 oranında ilk çocuk olduğu bulunmuştur (15). Çalışmamızda, olguların %53.6'sının iki

çocuklu ailelerden oluştuğu, hasta olarak getirilen çocuğun da %55.8 oranında ilk çocuk olduğu saptanmıştır. Tanrıöver ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin %51'inin, babaların %52'sinin ilkokul düzeyinde eğitim gördükleri saptanmıştır (15). Çalışmamızda annelerin %47.8'i ilkokul mezunu, babaların %57.4'ü lise ve üniversite mezunudur. İki çalışma arasındaki farklılığın Trabzon ve Isparta çevresinin sosyal yapısıyla ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Norveç ve İspanya'da yapılan iki çalışmada, çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başlıca yönlendirilme nedenlerinin anksiyete ve ergenlik sorunları olduğu, hiperaktivite ve dikkat sorunlarının da artma eğiliminde olduğu saptanmıştır (12,20). Çalışmamızda en sık karşılaşılan başvuru nedenleri sinirlilik, mutsuzluk, bunalıtı, dikkat dağınıklığı, hiperaktivite olarak saptanmıştır. Literatürle uyumlu olarak, çalışmamızda, erkeklerde dikkat dağınıklığı, kekemelik, ders ilgisizliği yakınma-

larının; kızlarda ise mutsuzluk-karamsarlık-isteksizlik, aile ilişki sorunlarının anlamlı düzeyde fazla oranda olduğu saptanmıştır (11,15).

Fettahoğlu ve Özatalay'ın yaptıkları çalışmada, dikkatsizlik ve/veya hareketlilik yakınmaları ile getirilen 52 çocuk ve ergende saptanan tanılar DEHB, depresyon, anksiyete bozukluğu, öğrenme güçlüğü olduğu saptanmıştır (21). Çalışmamızda dikkatsizlik ve/veya hareketlilik yakınmasıyla getirilenlerde en sık saptanan tanılar DEHB, KOKGB, sınırdaki entelektüel işlev, anksiyete bozukluğu, öğrenme bozukluğu ve mental retardasyondur.

Çocuk psikiyatrisine başvuran çocuk ve ergenlerin klinik ve demografik özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada, en sık görülen tanının duygulanım bozuklukları olduğu, bu tanıyı davranım problemlerinin takip ettiği saptanmıştır (22). 1995-2000 yılları arasında çocuk ve ergenlerde tanı dağılımlarını değerlendiren bir çalışmada depresyon ve anksiyete bozukluklarının artış gösterdiği bildirilmektedir (18). Çalışmamızda da en sık konulan tanılar, depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır.

Irak'ta yapılan bir çalışmada enürezisin en sık görülen ikinci hastalık olduğu saptanmıştır (23). Ülkemizde yapılan iki çalışmada eliminasyon bozukluklarının en sık görülen tanılar içinde olduğu bildirilmektedir (11,24). Çalışmamızda enürezis, depresyon ve anksiyete bozukluğundan sonra üçüncü sırada saptanmıştır. Enürezisin ailenin ve çocuğun yaşam kalitesini oldukça olumsuz yönde etkileyen bir hastalık olması nedeniyle, çocuk psikiyatrisi başvurularında öncelik kazandığı düşünülebilir.

DEHB'nin de dahil olduğu dışa vurum bozukluklarının ve iletişim sorunlarının, erkeklerde kızlara göre daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (11,21,24-26). Yurtdışında yapılan bir çalışmada, yıkıcı davranım bozukluklarının kızlara oranla erkek çocuklarda 3 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (27). Kız çocukları daha sık olarak duygulanım ve anksiyete bozuklukları tanılarını almakta, yıkıcı davranım bozuklukları daha az oranlarda görülmektedir (21,28). 2007 yılında Irak'ta yapılan bir çalışmada, erkek çocuklarda kekemeliğin daha sık görüldüğü saptanmıştır (23). Çalışmamızda erkeklerde DEHB ve kekemelik, kızlarda depresyon ve ilişki sorunlarının anlamlı düzeyde fazla bulunması literatürü destekler niteliktedir.

Görker ve arkadaşlarının ergenler üzerinde yaptığı çalışmada DEHB ile birliktelik gösteren en sık eştanının sınırdaki entelektüel işlevsellik olduğu belirtilmektedir (29). Çalışmamızda ise, DEHB ile en sık birliktelik gösteren eştanı mental retardasyondur. Enürezisle birlikte sık görülen bozukluklar gelişimsel gecikmeler, uyku bozuklukları, DEHB ve enkoprezistir (30). Çalışmamızda enürezis nokturna ile birliktelik gösteren hastalıklar sırasıyla enkoprezis, enürezis diurna ve DEHB olarak saptanmış olup, bulgularımız literatürü desteklemektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, mental retardasyon tanısı alan olguların en sık dışa vurum bozuklukları ile komorbidite gösterdiği saptanmıştır (29). Çalışmamızda da enürezis tanısıyla yüksek birliktelik bulunmuştur. Literatürde (31,32) anksiyete bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde depresyon oranlarının düşük bulunduğu bildirilmekte olup, çalışmamızda anksiyete bozukluğu olan çocuklarda depresyon oranı %3.9 olarak saptanmıştır.

Aras ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada eştanı oranı %28.7 olarak saptanmıştır (11). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada eştanı %15.29 oranında bulunmuştur (26). Yurtdışında yapılan bir çalışmada bu oran %29.9'dur (23). Eştanıların varlığında hastalığın şiddeti daha ağırdır ve kronikleşme olasılığı daha fazladır. Ayrıca yaşam kalitesi daha düşüktür ve psikososyal işlevsellikte daha ciddi bozulmalar olur (33). Çalışmamızda hastaların 1/4'ünde eştanılar görülmekte olup çocuk psikiyatrisi başvurularında eştanıların varlığı göz önünde tutulmalıdır.

## SONUÇ

Çalışmamızda, çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuranların yaklaşık üçte ikisi erkektir. Çocuk psikiyatrisi başvuruları 7-12 yaş grubunda fazladır. Çalışmamızda en sık saptanan tanılar içe vurum bozuklukları olmasına rağmen, cinsiyetler arası farklılıklar gözlenmekte olup, eştanı oranı da dikkate değer düzeyde saptanmıştır. Çocuk-ergen psikiyatrisi başvurularında cinsiyetler arası tanı farklılıkları ve eştanılar dikkatle değerlendirilmelidir. Olguların çoğunluğunun kronik sorunlar için çocuk psikiyatrisine başvurduğu tespit edilmiştir. Başvuru süresinin uzaması ve tedavinin gecikme-

si belirtilerin ağırlaşmasına neden olabilir. Eştanı birliktelikleri değerlendirildiğinde, depresif bozukluğun en sık ilişki sorunları ile birlikte görüldüğü saptanmıştır. Depresif bozukluk tanısı konulan olgularda ailevi ve sosyal ilişkilerin değerlendirilmesinin uygun olacağı

düşünülmüştür. Ayrıca çalışmamızda sık saptanan psikiyatrik tanılarla ilgili bulgular tedavi gereksinimlerinin belirlenmesine temel teşkil edebileceği için, çocuk psikiyatrisi poliklinik hizmetlerinin düzenlenmesi ve koruyucu önlemlerin geliştirilmesinde yol gösterici olabilir.

## KAYNAKLAR

1. Erol N, Şimşek Z, Munir KM. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Epidemiyolojisi. İçinde: Çetin FÇ, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N (editörler). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2008, 782-800.
2. Güvenir T, Taş FV. Çocuk ve ergen ruh sağlığında yataklı tedavinin yeri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2008;15:37-46.
3. Erol N, Şimşek Z. Çocuk ve gençlerde ruh sağlığı: yeterlik alanları, davranış ve duygusal sorunların dağılımı: İçinde Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z (editörler). Türkiye'de ruh sağlığı profili raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Eksen Tanıtım Ltd. Şti., 2008, 25-75.
4. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:837-844.
5. Lehmkuhl L, Köster I, Schubert I. Outpatient care for child and adolescent psychiatric disorders-data from an insurance-related epidemiological study. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 2009; 58:170-185.
6. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, Chavez L, Alegria M, Bauermeister JJ, Hohmann A, Ribera J, Garcia P, Martinez-Taboas A. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. Arch Gen Psychiatry 2004; 61:85-93.
7. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003; 42:1203-1211.
8. Steinhausen HC. Child and adolescent psychiatric disorders in a public service over seventy years. Eur Child Adolesc Psychiatry 1997; 6:42-48.
9. World Health Organization. Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. WHO Library Cataloguing-in-publication Data. Mental Health Policy and Services Guidance Package, 2005.
10. Stoller JA. Diagnostic profiles in outpatient child psychiatry. Am J Orthopsychiatry 2006; 76:98-102.
11. Aras Ş, Ünlü G, Taş FV. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. Klinik Psikiyatri Dergisi 2007; 10:28-37.
12. Recart C, Castro P, Alvarez H, Bedregal P. Characteristics of children and adolescents attended in a private psychiatric outpatient clinic. Rev Med Chil 2002; 130:295-303.
13. Sawyer MG, Sarris A, Baghurst PA, Cornish CA, Kalucy RS. The prevalence of emotional and behaviour disorders and patterns of service utilisation in children and adolescents. Aust N Z J Psychiatry 1990; 24:323-330.
14. Amerikan Psikiyatri Birliği. Metal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı, (DSM-IV-TR). Köroğlu E (Çeviri Ed.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1994, 43-68.
15. Tanrıöver S, Kaya N, Tüzün Ü, Aydoğmuş K. Çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran çocukların demografik özellikleri ile ilgili bir çalışma. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 1992; 5:13-19.
16. Sonuvar B, Yörükoğlu A, Öktem F, Akyıldız S. Hacettepe Çocuk Ruh Sağlığı kliniğinde iki yıl içinde görülen çocukların demografik özellikleri. Psikoloji Dergisi 1982; 13:33-39.
17. Epir N. Bir çocuk sağlığı kliniğine başvuran çocuklarla ilgili incelemeler. 10. Milli Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi Özet Kitabı, 1974, 161-164.
18. Harpaz Rotem I, Rosenheck RA. Changes in outpatient psychiatric diagnosis in privately insured children and adolescents from 1995 to 2000. Child Psychiatry Hum Dev 2004;34:329-340.
19. Garralda ME, Bailey D. Child and family factors associated with referral to child psychiatrists. Br J Psychiatry 1988;153:81-89.
20. Reigstad B, Jorgensen K, Wichstrom L. Changes in referrals to child and adolescent psychiatric services in Norway 1992-2001. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004; 39:818-827.
21. Fettahoğlu Ç, Özatalay E. Çocuklarda hareketlilik ve/veya dikkatsizlik yakınmaları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2006; 13:13-18.
22. Kosky R, McAlpine I, Silburn S, Richmond J. A survey of child psychiatry outpatients. 1. Clinical and demographic characteristics. Aust N Z J Psychiatry 1985; 19:158-166.
23. Al-Jawadi AA, Abdul-Rhman A. Prevalence of childhood and early adolescence mental disorders among children attending primary health care centers in Mosul, Iraq: a cross sectional study. BMC Public Health 2007; 7:274.
24. Berkem M, Bildik T. Deprem Marmara üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine başvuru profili üzerine etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2:29-35.
25. Hölling H, Kurth BM, Rothenberger A, Becker A, Schlack R. Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). Eur Child Adolesc Psychiatry 2008; 17 (Suppl.1):34-41.

26. Morita H, Suzuki M, Suzuki S, Kamoshita S. Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *J Child Psychol Psychiatry* 1993; 34:317-332.
27. Fombonne E. The Chartres Study: I. Prevalence of psychiatric disorders among French school-age-children. *Br J Psychiatry* 1994; 164:69-79.
28. Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *J Psychiatr Res* 2007; 41:959-967.
29. Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M, Aydoğdu A. Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004; 7:103-110.
30. Toros F. Eliminasyon Bozuklukları: İçinde Aysev AS, Taner YI (editörler). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Ankara: Golden Print, 2007, 615-626.
31. Angold AE, Costello J, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40:57-87.
32. Brady EU, Kendall PC. Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychol Bull* 1992; 111:244-255.
33. Cloninger CR. Comorbidity of anxiety and depression. *J Clin Psychopharmacol* 1990; 10 (Suppl.3):43-46.