

# Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniğine Başvuran Ergenlerde Belirti ve Tanı Dağılımı

Işık Görker<sup>1</sup>, Ümran Korkmazlar<sup>2</sup>, Melek Durukan<sup>3</sup>, Arzu Aydoğdu<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Uz. Dr. <sup>2</sup> Prof. Dr. <sup>3</sup>Sos. Hizm. Uzm. <sup>4</sup>Kl. Hem. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

\*Bu çalışma, 14. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi'nde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, biyopsikososyal bir değişme ve büyüme süreci içinde olan ergenlerin, hangi ruhsal yakınmalar ile Çocuk ve Ergen Psikiyatrisine başvurdukları ve hangi tanı ölçütlerini karşıladıklarını araştırmaktır. **Yöntem:** İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na 2001-2002 yılları arasında başvuran 12-18 yaş arası 1079 ergen (638 erkek, 441 kız), belirti ve tanısız yönden geriye dönük olarak incelendi. **Bulgular:** Tüm olguların başvuru yakınmaları incelendiğinde, 226 belirti saptandı. Bulgular, sıklık sırasına göre cinsiyet farklılıkları gösterse de, en fazla görülen ortak yakınmaların sinirlilik, okul başarısızlığı, tırnak yeme, sıkıntı hissi, içe kapanıklılık, yaşlıları ile anlaşamama ve kardeş kıskançlığı olduğu görüldü. DSM-IV tanı ölçütlerine göre yapılan değerlendirmelerde 200 ergen (%18.54) tanı almadı. 613 ergen (%56.81) Eksen I bozukluğu, 203 ergen (%18.81) Eksen II bozukluğu, 63 ergen (%5.84) Eksen III bozukluğu olarak tanı dağılımı gösterdiler. 165 ergen (%15.29) komorbid tanı aldı. **Sonuç:** Eksen I tanı dağılımlarının yüksek oranda olduğu ergenlerdeki tanıları değerlendirilerek tartışılmıştır. %18.53 oranında tanı almayan grubun, DSM-IV tanı ölçütlerini karşılamaması, ergenlerde belirli tanısız değerlendirme içinde sınırlı kalınmayacağı olasılığını düşündürmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Ergen, psikiyatrik bulgu, psikiyatrik bozukluk.

(*Klinik Psikiyatri 2004;7:103-110*)

## SUMMARY

### Symptoms and Diagnoses of First-Time Adolescent Applications to a Child and Adolescent Psychiatry Out-Patient Clinic

**Objectives:** The aim of this study was to assess the psychological complaints of adolescents within a biopsychosocial transformation and growth period who have applied to a Child and Adolescent Psychiatry out-patient Clinic and the diagnostic criteria they have fulfilled. **Methods:** 1079 adolescents (638 boys, 441 girls) aged between 12-18 and who were seen in Istanbul University, Istanbul Medical Faculty, Department of Child Psychiatry between 2001 and 2002, were investigated retrospectively for symptoms and relevant diagnoses. **Results:** When complaints of all adolescents during referral were reevaluated 226 symptoms were recognised. Although the frequency and distribution of symptoms varied according to gender, the most common complaints were nervousness, school failure, nail biting, anxiety, introversion, not getting along well with peers and sibling rivalry. When DSM-IV diagnostic criteria were used, 200 adolescents (18.54%) did not meet any diagnosis. 613 adolescents (56.81%) had an axis I disorder, 203 adolescents (18.81%) an axis II disorder, 63 adolescents (5.84%) an axis III disorder. 165 adolescents (15.29%) had comorbid diagnosis. **Conclusion:** Diagnoses of adolescents which mainly consisted of Axis I were evaluated and discussed. The group consisting of 18.53% which did not meet any of the DSM-IV diagnostic criteria made us think that evaluation of adolescents might not be confined to existing criteria.

**Key Words:** Adolescent, psychiatric symptom, psychiatric disorders.

## GİRİŞ

Ergenlik dönemi, çocukluktan yetişkinliğe doğru giden büyüme ve gelişme süreci içinde, kişinin fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uğradığı bir geçiş dönemidir. Bu dönemde gelişimsel yönden çatışmalar yaşandığı için, normal ile patolojinin ayırımında zorluklar olabilmektedir. Erickson'un ruhsal-toplumsal kuramında ergenlik ve gençlik çağı, kimlik oluşum sürecinin yaşandığı gelişim evresi olarak tanımlanır. Burada yaşanan kimlik krizinin bir tanı ölçütü olamayacağını, ancak gelişimsel bocalamanın, akut başlangıçlı bir bozukluk içinde tanımlanmasının, bir tanı tablosu oluşturabileceğini belirtmiştir (Erickson 1968). Ergenlik dönemine bilimsel bir yöntemle ilk olarak yaklaşan G. Stanley Hall, bu dönemi, 'fırtına ve stress' dönemi olarak değerlendirmiş, ergenlik dönemini çelişkiler dönemi olarak tanımlamıştır. Bir çok araştırmacının sonuçlarına göre, bu dönemin uzaması, sosyal ve biyolojik olgunlaşmanın birlikte kazanılmaması, erişkin rollerin fazlalığı, ailevi ve sosyal destek ağlarında erozyon ve yaşamı tehdit edici aktiviteler, emosyonel karışıklığın oluşmasında önemli etkenler olmaktadır (Varan 1997). Araştırmalar ergenlik döneminde bildirilen sorunların, ergenliğin %40'ında genç erişkinlik dönemine geldiklerinde de sürdüğünü göstermiştir (Robert ve Ferdinand 1955). Bu durum ergenin ruhsal yakınmalarının psikiyatrik değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Ruhsal ve bedensel değişim ile sosyal değişim yaşandığı bu geçici dönemin doğal seyrinde uyum zorlukları yaşandığı kadar, bu değişimler psikiyatrik bozuklukların oluşmasına da zemin hazırlayabilmektedir. Bu dönemde ortaya çıkan ruh sağlığı sorunları arasında en sık görülen psikiyatrik bozuklukların, anksiyete bozuklukları ve depresyon olduğu belirtilmektedir (Bernstein 1991, Freeman ve ark. 2002). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, anksiyete bozukluklarının, çocuk ve ergen psikiyatrisinde yaygınlığının en yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Kashari ve Orvaschel 1990, Bernstein ve ark. 1996). Çalışmalarda, klinik olarak işlevsellikte bozulması olan ergen olguların %8.7'sinde en az bir anksiyete bozukluğu saptanmıştır (Kashari ve Orvaschel 1988). Ergenlerde anksiyete yaygınlığının, %0.6'dan %7'ye kadar geniş bir aralık gösterdiği belirtilmektedir. Ancak çalışmalarda, sosyoekonomik durum, yaş ve cinsiyet farklılığına yönelik bilgiler çok sınırlıdır (Freeman ve ark. 2002). Bir çalışmada, Ulusal Komorbidite Tetkik sonuçlarına göre, ergenlerin ve genç erişkinlerin yaklaşık dörtte birinde bir major depresyon epizodu (%15.3) ya da minör depresyon epizodu (%9.9) geçirdiği belirtil-

mektedir (Kessler ve Walters 1998). Öy, Çuhadaroğlu ve Sonuvar, ülkemizde ergenlerde depresyon belirti sıklığını %27 olarak bildirmişlerdir. Depresyon tanısı almış olan ergenlerin, hastalık öncesi dönemde sağlıklı ergenlere göre daha fazla stresli yaşam olaylarına maruz kaldıkları ve gösterdikleri belirtilerin tipi ve şiddeti ile stresli yaşam olayları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Canat 1997, Öy 1995). Wade ve arkadaşları (2002), okulu erken bırakan ya da okula bağlılığı ve okul performansı düşük olan öğrenciler ile depresyonun korelasyonunun yüksek olduğunu belirtmektedirler. Yine ergenlerde Eksen I tanı grubu içinde yer alan davranım bozukluğunun, geç çocuklukta ve erken adolesan dönemde pik yaptığı, okul öncesinden geç adolesan döneme kadar yayılım gösterdiği, gençler arasında yaygınlığın, son birkaç yılda artma gösterdiği belirtilmektedir (Practice Parameters for Conduct Disorders 1997). Sık görüldüğü belirtilen bu bozuklukların yanısıra ergenlerdeki ruhsal psikopatolojiler, ya herhangi bir tanı ölçütüne girmekte ya da tanı oluşturmamaktadırlar. Bu dönemde yaşanan gelişimsel çatışmaların ortaya çıkardığı sorunlar ile gelişen psikiyatrik bozukluklar, ergenin kendisinin ya da çoğunlukla çevresinin bir psikiyatri kliniğine başvurmasına yol açmaktadır.

Çalışmamızın amacı, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği'ne 1 yıl içinde başvuran ergenlerin hangi sorunları dile getirdikleri ve eğer psikiyatrik tanı alıyorsa, hangi tanı ölçütlerini karşıladıklarını bularak, tanısal dağılımı belirlemektir. Belirli bir zaman dilimi içinde yapılan bu belirleme, toplumumuzdaki ergenlerin, ruhsal yakınma ve psikopatolojilerine yönelik bir veri oluşturacağı inancını taşımaktadır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne 2000-2001 yılları arasında başvuran 12-18 yaş arası (yaş ortalaması  $13.69 \pm 1.50$ ) 1079 ergenin, geriye dönük dosya taramaları yapılmıştır. Polikliniğimize başvuran olguların ilk muayene ve daha sonraki izlemeleri, kliniğimizde uygulanan yarı-yapılandırılmış bir görüşme formu ile değerlendirilmektedir. Bu incelemede önceden uygulanmış olan bu görüşme formunda yer alan sosyodemografik veriler, başvuru yakınmaları ve DSM-IV tanı ölçütlerine (APA 1994) göre olguların aldıkları tanıları incelenmiştir.

Değerlendirmede, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır (ortalama, SD, % dağılımı vb).

**Tablo 1.** Sosyodemografik özellikler

	n	%
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	770	71.36
Geniş aile	139	12.89
Parçalanmış aile	14	1.29
Bilinmiyor	155	14.37
Kurumda kalıyor	1	0.09
<b>Akraba evliliği</b>		
Var	196	18.17
Yok	792	73.40
Bilinmiyor	81	8.43
<b>Çocuk okul durumu</b>		
Lise	805	74.61
Lise terk	5	0.46
10. sınıf	47	4.36
<b>Ortaokul terk</b>		
5. sınıf	43	3.98
İlkokul 1-4. sınıf	68	6.30
Alt özel sınıf	24	2.22
Yok	70	6.49
<b>Sosyo-ekonomik durum (Aylık gelir)*</b>		
100-200 arası	230	21.32
200-300 arası	185	17.15
300-400 arası	120	11.12
400-500 arası	65	6.02
500 ve üzeri	112	10.38
Bilinmiyor	367	34.01

\* x 1 000 000 000

**BULGULAR**

Ergenlerin 638'i erkek (%59.0), 441'i kız (%41.0) bulundu. Sosyodemografik verileri incelendiğinde; 70 çekirdek aile (%71.36), 139 geniş aile (%12.89), 14 parçalanmış aile (%1.29) belirlendi. Bir çocuğun kurumda kaldığı öğrenildi. Kalan 155 çocuğun aile tipinin belirlenmediği görüldü (%14.37). Sosyoekonomik durumları incelendiğinde 535 ailenin (%49.5) açlık sınırında olduğu, 65 ailenin (%6.02) orta düzeyde geçim sağladığı ve 112 ailenin ekonomik durumlarının iyi düzeyde olduğu (10.38) belirlendi.

Geri kalan ailelerin sosyoekonomik durumlarının belirlenemediği anlaşıldı (34.01). Eğitim düzeyleri incelendiğinde, 805 çocuğun (%74.61) ortaokulda, 111 çocuğun ilkokulda (10.28), 24 çocuğun (%2.22) alt özel sınıfta öğrenimine devam ettikleri, 70 çocuğun ise (6.49) hiç eğitim almadığı belirlendi (Tablo 1).

Tüm olguların başvuru yakınmaları incelendiğinde toplam 266 belirti saptandı. Bu belirtiler cinsiyete göre farklılıklar gösterse de, en fazla görülen ortak yakınmaların, sinirlilik, okul başarısızlığı, tırnak yeme, sıkıntı hissi, içe kapanıklılık, yaşlılarıyla anlaşamama, kardeş kıskançlığı olduğu belirlendi. Cinsiyete göre semptom dağılımında; 441 kızda en sık belirlenen yakınmaların, sinirlilik (%35.37), okul başarısızlığı (%24.71), tırnak yeme (%21.08), sıkıntı hissi (%14.73), bayılma (%10.65), ağlama (%10.2) olduğu görüldü. 638 erkekte semptom dağılımı bakıldığında, en sık belirlenen yakınmalar, okul başarısızlığı (%40.75), sinirlilik (%33.54), tırnak yeme (%15.83), hareketlilik (%12.53), içe kapanıklık (%16.78), dikkat dağınıklığı (%11.12), sıkıntı hissi (%10.97), kardeş kıskançlığı (%10.34), enürezis nokturna (%10.03) olarak bulundu (Tablo 2).

613 olgu (%56.81) Eksen I, 203 olgu (%18.81) Eksen II, 63 olgu (%5.84) Eksen III tanı dağılımı gösterdi. 200 olgunun tanı almadığı belirlendi (%18.54) (Tablo 3). 123 olgu (%11.39), mental retardasyon tanısı ile Eksen II tanı dağılımı gösterdi. 73 olgu (6.76) sınırdan entellektüel işlevsellik tanısını karşıladı (iç dağılımda kızlarda %1.57, erkeklerde %5.19 oranında). Eksen II tanı dağılımında 7 olgu (%0.64) borderline kişilik bozukluğu tanısını gösterdi. Eksen I tanı dağılımında, sıklık sırasına göre ilk 10 tanının cinsiyetlere göre dağılım oranları ve bu tanıların alt grupları belirlendi (Tablo 4). Anksiyete bozuklukları, en fazla görülen bozukluk idi (%14.45). Bu bozukluğun cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, kızlarda %7.59, erkeklerde %6.85 oranında dağılım gösterdiği belirlendi. Alt grupların dağılımına bakıldığında, en çok başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğunun görüldüğü saptandı. Bu tanı kızlarda %3.98, erkeklerde %3.15 oranında bulundu. İkinci sıklıkta görülen bozukluk, Duygudurum bozuklukları idi (%13.16). Cinsiyete göre dağılımında 81 kızda (%7.5) ve 61 erkekte (%5.65) duygudurum bozukluğu saptandı. Alt grup dağılımında, en sık konulan tanının depresyon olduğu görüldü. Depresyonun cinsiyete göre dağılımında 65 kız (%6.02) ve 51 erkekte (%4.72) depresyon belirlendi. 6 kız (%0.55) ve 11 erkek (%1.01) distimik bozukluk tanısı aldı. Bipolar bozukluk ise 8'i kız (%0.74)

**Tablo 2.** Başvuru yakınmalarının cinsiyete göre dağılımı

Yakınma	KIZ (n=441)		ERKEK (n=638)		
	n	%	n	%	
Sinirlilik	156	35.37	Okul başarısızlığı	260	40.75
Okul başarısızlığı	109	24.71	Sinirlilik	214	33.54
Tırnak yeme	93	21.08	Tırnak yeme	101	15.83
Sıkıntı hissi	65	14.73	Hareketlilik	80	12.53
Bayılma	47	10.65	İçe kapanıklık	74	11.59
Ağlama	45	10.20	Dikkat dağınıklığı	71	11.12
Kardeş kıskançlığı	44	9.97	Sıkıntı hissi	70	10.97
Uyku bozukluğu	39	8.84	Kardeş kıskançlığı	66	10.34
İçe kapanıklık	39	8.84	Altını ıslatma	64	10.03
Yaşlıları ile anlaşamama	35	7.93	Yaşlıları ile anlaşamama	60	9.40
Baş ağrısı	33	7.48	Kekemelik	58	9.09
Aile geçimsizliği	32	7.25	Uyku bozukluğu	50	7.83
Altını ıslatma	32	7.25	Aile geçimsizliği	49	7.68
Yaşlılarından geri davranış	30	6.80	Yalan söyleme	48	7.52
Yaşamdan zevk almama	24	6.12	Unutkanlık	41	6.42
Deprem korkusu	24	5.44	Yaşlılarından geri davranış	41	6.42
Çekingenlik	24	5.44	Çalma davranışı	36	5.64
Az yemek yeme	24	5.44	Deprem korkusu	35	5.48
Karanlık korkusu	22	4.98	Çekingenlik	34	5.32
Ölüm düşüncesi	22	4.98	Diş gıcırdatma	32	5.01

**Tablo 3.** Eksenlere göre dağılım

	n	%
Eksen I	613	56.81
Eksen II	203	18.81
Eksen III	63	5.84
Tanı almayan	200	18.54

olmak üzere 9 olguda saptandı. Dışa atım bozuklukları gösteren olguların cinsiyete göre iç dağılımında, kızlarda %2.87, erkeklerde %5.09 oranında enürezis noktürna ve kızlarda %0.55, erkeklerde %1.85 oranında enkoprezis saptandı. Dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozukluklarının %9.08 oranında görüldüğü olgularda, cinsiyete göre dağılımında, erkeklerde davranım bozukluğu %3.98, kızlarda ise %0.64

oranında idi. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu erkeklerde %3.61 oranında, kızlarda %0.46 oranında bulundu. Karşıt olma-karşı gelme bozukluğu ve dikkat eksikliği bozukluğu erkeklerde %0.18 oranında iken, kızlarda saptanmadı. Sıklık sırasına göre yedinci sırada iletişim bozuklukları yer aldı (%6.39). Bu bozukluklardan kekemelik, cinsiyete göre dağılımında erkeklerde %4.54 oranında, kızlarda %0.74 oranında bulundu. Somatoform bozukluklar ergen olgularda %5.37 oranında saptandı. İç dağılımında, konversiyon bozukluğu kızlarda %2.96, erkeklerde %0.92 oranında iken, somatizasyon bozukluğu kızlarda %0.92, erkeklerde %0.55 oranında bulundu. %3.15 oranında tik bozuklukları saptanan olguların cinsiyete göre iç dağılımında geçici tik bozuklukları erkeklerde %1.57, kızlarda %0.18 iken, Tourette bozukluğu erkeklerde %1.2, kızlarda yine %0.18 oranı şeklinde belirlendi. Şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların (%2.04) cinsiyete göre dağılım oranları eşit bulundu.

**Tablo 4.** Sıklık sırasına göre ilk 10 tanı ve cinsiyete göre dağılım oranları

	Erkek		Kız		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Anksiyete bozukluğu	74	6.85	82	7.59	156	14.45
Duygudurum bozukluğu	61	5.65	81	7.50	142	13.16
Mental retardasyon	78	7.22	45	4.17	123	11.39
Dışa atım bozukluğu	75	6.95	37	3.42	112	10.37
Yıkıcı davranım bozukluğu	84	7.78	14	1.29	98	9.08
Sınırdaki entelektüel işlevsellik	56	5.19	17	1.57	73	6.76
İletişim bozukluğu	57	5.28	12	1.11	69	6.39
Somatoform bozukluk	16	1.48	42	3.89	58	5.37
Tik bozuklukları	29	2.68	5	0.46	34	3.15
Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	11	1.02	11	1.02	22	1.29

Tüm tanı dağılımında, tanılarının %15.29 oranında komorbidite gösterdiği saptandı. Mental retardasyonun en sık komorbidite gösteren tanı grubu olduğu belirlendi (%3.43). Mental retardasyon ile en sık dışa atım bozuklukları komorbidite gösterdi (%0.92). Duygudurum bozukluğu %2.87 oranında komorbidite gösterirken, komorbiditenin en sık uyum bozukluğu (%0.64) ve anksiyete bozukluğu (%0.55) ile olduğu belirlendi. %1.48 oranında komorbidite gösteren İletişim bozuklukları, en sık anksiyete bozukluğu ile komorbidite gösterdi (%0.55). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu %1.3 oranında komorbidite gösterirken, birlikteliği en sık Sınırdaki entelektüel işlevsellik ile gösterdi (%0.37). %0.93 oranında komorbidite gösteren anksiyete bozukluklarının, yukarıda belirtildiği gibi sıklıkla duygudurum bozuklukları ile komorbiditesi olduğu görüldü. Diğer tanı gruplarında belirlenen komorbidite oranları %0.5 oranının altında olup, anlamlı bulunmadı.

## TARTIŞMA

Çalışmamızda, kliniğimize 1 yıl içinde başvuran ergen yaş grubunun başvuru yakınmaları ve izlenme süresi içinde aldıkları tanılar, geriye dönük olarak incelenmiştir. Yapılan incelemede, olguların başvuru yakınmalarının cinsiyete göre dağılımında okul başarısızlığı, sinirlilik, sıkıntı hissi, sosyal içe çekilme, tırnak yeme davranışı gibi sorunların, her iki cinsiyette de üst sıralarda olduğu görülmüştür. Başvuru yakınmalarının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, kızlarda bedensel bulgular, anksiyete ve depressif bulgular gibi içe

yönelim bulgularının ağırlıkta olduğu, erkeklerde ise hareketlilik, dikkat dağınıklığı, yalan söyleme ve çalma davranışı gibi dışa yönelim bulgularının bulunduğu belirlenmiştir. Ergenlerde semptom taraması ile ilgili çalışmalarda kızlarda depresyon, anksiyete ve bedensel yakınmaların erkeklere oranla daha yüksek olduğu ve yaşla birlikte artma eğiliminde olduğu görülmüştür (Offord ve ark. 1992). Demirarslan ve arkadaşlarının (1999), SCL-90-R ile yaptıkları çalışmasında, ergenlerin başvuru semptomları değerlendirildiğinde, anksiyete, obsesyon, kişilerarası güçlük, paranoid ve hostilite skorlarında yükselmenin anlamlı olduğu görülmüştür. Anksiyete, sinirlilik, yaşlıları ile anlaşmada zorlukların yakınma olarak sıkça getirildiği olgularımız, diğer araştırmalarla paralellik göstermektedir.

Başvuruların büyük bir kısmı aileler tarafından yapılmıştır ve incelenen verilerde, yakınmaların, ilk olarak ailelerin ifade ettiği yakınmalar olduğu görülmüştür. Ailelerin, çocukları için, ön planda akademik başarı ve uyumlu olmaları gerektiği şeklindeki beklentileri gözönüne alındığında, okul başarısızlığının, sinirliliğin, sosyal içe çekilmenin, genellikle ailelerin yakındığı belirtiler olduğu düşünülebilir. İzleme süresince yapılan görüşmelerde, olguların kendi bildirimleri ile elde edilen yakınmaların farklı olabileceği gözardı edilmemelidir.

Ergenin kendisinin veya ailesinin onunla ilgili olarak dile getirdiği yakınmalar, bir kimlik bocalamasını gösterebildiği gibi yardım ve tedavi gerektiren bir ruhsal bozukluğun ilk ya da süregen belirtileri olabilmektedir. Bu çalışmada, başvuran olguların tanısız

**Tablo 5.** Komorbidite gösteren tanı dağılımları

	n	%
Mental retardasyon	37	3.43
Duygudurum bozukluğu	31	2.87
İletişim bozukluğu	16	1.48
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	14	1.30
Dışa atım bozukluğu	12	1.11
Anksiyete bozukluğu	10	0.93
Uyum bozukluğu	6	0.56
Sınırdışı işlevsellik	6	0.56
Madde kullanım bozukluğu	5	0.46
Epilepsi	5	0.46
Somatizasyon bozukluğu	4	0.37
Tik bozukluğu	3	0.28
Davranım bozukluğu	3	0.28
BTA dürtü kontrol bozukluğu	2	0.19
Borderline kişilik bozukluğu	2	0.19
Öğrenme bozukluğu	1	0.09
Psöriasis	1	0.09
Kimlik sorunu	1	0.09

yönden incelenmesi sonucunda, 200 olgunun DSM-IV tanı ölçütlerine göre tanı almadığı görülmüştür (Tablo 3). Eksen I tanı dağılımlarında ilk sırayı anksiyete bozuklukları almaktadır (%14.45). Çalışmamızda anksiyete bozukluğu tanısı alan olgularda komorbiditenin en sık, duygudurum bozuklukları ile olduğu görülmüştür (%1.3). Yapılan çalışmalar, çocuklarda anksiyete bozukluğu ve major depresyonun sık komorbidite gösterdiğini bildirmektedir (Bernstein 1991, Freeman ve ark. 2002). Çuhadaroğlu'nun (1993) çalışmasında, depresyon ve anksiyete belirtilerinin birlikte görülmesinin, tanımlayıcı yönden depresyon tanısı ile paralellik gösterdiğini ve patogenezi yönünden de iki durumun aynı çizgi üzerinde birbirine geçişli patolojiler olabileceğini belirtilmektedir.

Değerlendirmelerimizde, %13.16 oranına tanı grubu olan duygudurum bozuklukları, ikinci sıklıkta yer alan tanı grubudur. Bu grupta olgular sıklıkla depresyon tanısı almışlardır (%8.89). Depresyonun kızlarda (%6.02), erkeklerden (%4.72) daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Kaynaklarda ergenlerde depresif bozukluğun yaygınlığı %4.7 olarak belirtilirken, ülke-

mizde okul topluluğu ile yapılan bir çalışmada, depresif bozukluk %4.3 oranında belirlenmiştir. Ayrıca major depresyon insidansı %3, distimik bozukluk insidansı %1.3 olarak bildirilmiştir (Weller ve ark. 2002, Demir ve ark. 1999). Yapılan çalışmalar, kızlarda depresif bozukluğun, erkeklerden daha fazla görüldüğünü ortaya koymaktadır (Lewinsohn ve ark. 1994, Demir ve ark. 1999, Wade ve ark. 2002). Çalışmamızda kız ve erkek olgularda belirlenen depresyon oranları, kaynaklara uygunluk göstermektedir.

Kliğimize başvuran ergen olgularda, erkeklerde daha fazla olmak üzere mental retardasyon saptanmıştır (%11.39). Birleşmiş Milletler'de mental retardasyonun, genel toplumun %2.3'ünde olduğu bildirilmiştir. Çalışmalar, mental retardasyonun oluşumunda biyolojik etkenlerin olduğu kadar psikolojik ve sosyal risk etkenlerinin de rol oynadığını vurgulamaktadır. Çalışmamızda klinik tanı alan olguların sosyodemografik verileri, psikiyatrik öyküleri tanısal olarak ayrı ayrı değil, toplu olarak değerlendirmeye alınmıştır. Ancak genel olarak sosyodemografik verilerimize baktığımızda, başvuran olguların yaklaşık yarısı açlık sınırının altında bir gelir ile yaşamını sürdürmektedir. Bu yaşam ortamında, onaylanma, dikkate alınma gibi temel gereksinimleri olmadığı, öğrenilmiş çaresizliklerin yaşandığı, uygun olmayan davranış ve ilişkilere yol açan negatif davranışları zorlayıcı bir ortam içinde oldukları, sosyal desteğin olmaması ile sosyalleşmenin azalması, diğer topluluklardan izole olma, ailede stres, olası ihmal ve istismarın, mental retardasyon için risk etkenleri olduğu bilinmektedir (Volkmar ve Dykens 2002). Mental retardasyonun cinsiyete göre farklılık oranlarına bakıldığında, erkek/kız = 1.5/1 olarak bildirilmektedir (Volkmar ve Dykens 2003). Olgularımızın cinsiyete göre oranlamaları, kaynaklara uygunluk göstermektedir (erkek %7.22, kız %4.17). Mental retardasyon tanısı alan olguların, en sık dışa atım bozuklukları ile komorbidite gösterdiğini saptanmıştır. %10.37 oranında belirlenen dışa atım bozukluklarının erkeklerde görülme oranı kızların üç katıdır. Enürezis nokturna yine erkeklerde en sık görülen bozukluk olarak bulunmuştur (5.09). Enürezisin 5-7 yaş arasında sık oluştuğu (%10-20), 15 yaşında ise bu oranın %1-2'ye düştüğü belirtilmektedir (Erenmiş ve Aydın 1999). Olgularımızda bu oran, bildirilenden yüksektir. Enürezisin mental retardasyon ile sık komorbidite göstermesi, kaynaklara uyan bir bulgudur (Erenmiş ve Aydın 1999). Enürezisi olan çocukların, diğer klinik yakınması olan çocuklardan farklılığının, gelişimsel gecikmelerindeki sıklık olduğu vurgulanmıştır (Mikkelsen 2002). Dışa atım bozuklukları

İNİNDE yer alan enkoprezis, erkeklerde kızlara göre üç kat fazla bulunmuştur. Bu bulgu, kaynaklara uygunluk göstermektedir (Ereymiş ve Aydın 1999). Dikkat eksikliği ve yıkıcı davranım bozukluğu sınıfına giren olgular, %9.08 oranında iken, cinsiyete göre dağılımda, erkeklerde oran yüksek bulunmuştur (%7.78). Bu grupta en sık davranım bozukluğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ergenlerde davranım bozukluğunun yaygınlığı, %7.1 oranında bulunmuştur (Avcı 1992, Boyle ve ark. 1992). Daha az oranda görülen dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yine erkeklerde (%3.61), kızlardan 4-5 kat daha fazla görülmesi, kaynaklara uyan bir bulgudur (APA 1994). Çalışmamızda, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile davranım bozukluğunun komorbiditesi, beklenenin aksine yüksek bulunmamıştır. Buna karşın, en sık komorbid olduğu tanı grubu Sınırdaki entellektüel işlevsellik olmuştur (%0.37).

Sıklık sırasına göre %6.39 oranında saptanan iletişim bozuklukları, erkeklerde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (55.28). Bu bozukluk grubu İNİNDE yer alan kekemelik, erkeklerde kızlardan 6 kat daha yüksek bulunmuştur (%4.54). Bu bulgu kaynak bilgilerine uysa da, bildirildiği gibi ergenlik dönemine geçtikçe azalmamış, oran olarak yüksekliğini korumuştur (Paul 2002). İletişim bozuklukları ile en sık karşılaşılan komorbid tanı grubunun anksiyete bozuklukları olduğu bulunmuştur (%0.55).

Olgularımız incelendiğinde somatoform bozukluklar,

kızlarda üç kat daha yüksek oranda görülmüştür. Offord ve arkadaşları (1987), 12-16 yaş grubu ergenlerde, kızlarda %11, erkeklerde %4 oranında somatoform bozukluk saptamıştır. Konversiyon bozukluklarında da, yapılan çalışmalara uygun şekilde yine kızlarda erkeklere göre yüksek oran saptanmıştır (Fritz ve Campo 2002).

Geriye dönük olarak yapılan bu incelemede, kliniğimize başvuran olguların düşük sosyoekonomik düzeyde oldukları, %20 gibi bir oranda çocukların eğitimsiz ya da yeteri kadar eğitim alamadıkları saptanmıştır. Psikiyatrik tanı dağılımında, olguların yüksek oranda anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar gösterdiği ve mental retardasyonun da azımsanamayacak ölçüde yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular, ergenlerin, kendi bildirim ölçekleri kullanılarak değerlendirilmesi ve dolayısı ile yakınmalarının saptanmasının sağlanması için, toplum taramalarının psikiyatrik ve sosyal yönden önemini ortaya koymaktadır. Kimlik bocalaması İNİNDE olabilen ergenlerde ailevi ve sosyal engeller oluşturabilecek etkenlerin araştırılması, toplum sağlığının olumlu yönde geliştirilmesi açısından önem kazanmaktadır.

Yazışma adresi: Dr. Çiğdem Aydemir, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Psikiyatri Kliniği, Ankara, ceddie@turk.net

## KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Baskı (DSM-IV), Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Avcı A (1992) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniğine Başvuran Hastaların Belirti Dağılımı ve Sosyodemografik Özellikleri. Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Bernstein GA (1991) Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinic sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 30:43-50.
- Bernstein GH, Borchardt CM, Pervien AR (1996) Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35: 1110-1119.
- Boyle M, Offord D, Racine Y ve ark. (1992) Predicting Substance Use in Late Adolescence: Results from the Ontario Child and Health Study Follow-up. Am J Psychiatry, 149:761-767.
- Canat S (1997) Ergenlerde Depresyon. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları; Ege Psikiyatri Derneği Yayın Organı, 2:469-472.
- Çuhadaroğlu F (1993) Adolesanlarda Depresyon ve Anksiyetenin Görülmesi: Bir Araştırma. Türk Psikiyatri Dergisi, 4:189-194.
- Demir T, Demir D, Kayaalp ML ve ark. (1999) Ergenlerde Depressif Bozuklukların Yaygınlığı ve Depressif Bozukluğu Olan Ergenlerin Özellikleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 6: 3-11.
- Demirarslan P, Sarılğan C, Sayın I (1999) Gençlik Polikliniğine Başvuran Ergenlerde Başvuru Semptomlarının Değerlendirilmesi, Nöropsikiyatri Arşivi, 36: 176-179.
- Ereymiş S, Aydın C (1999) Çocuk ruh sağlığı yönünden enkoprezis. Ben Hasta Değilim, A Ekşi (Ed) Nobel Tıp Kitabevleri, 119-123.
- Ereymiş S, Aydın C (1999) Çocuk ruh sağlığı yönünden enüresis. Ben Hasta Değilim, A Ekşi (Ed) Nobel Tıp Kitabevleri, 109-118.
- Erikson EH (1968) Identity. WW Norton & Company, New York, London.
- Freeman JB, Garcia AM, Leonard HL (2002) Anxiety Disorders.

Child and Adolescent Psychiatry, M Lewis (Ed) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 821-834.

Fritz GK, Campo JV (2002) Somatoform Disorders. Child and Adolescent Psychiatry, M Lewis (Ed) Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 847-858.

Kashari JH, Orvaschel H (1988) Anxiety Disorders in Mid Adolescence: a community sample. Am J Psychiatry, 145: 960-964.

Kashari JH, Orvaschel H (1990) A Community Study of Anxiety in Children and Adolescents. Am J Psychiatry, 147: 313-318.

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

Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR ve ark. (1994) Major Depression in Community Adolescents. Age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry*, 33: 809-818.

Mikkelsen EJ (2002) Modern approaches to enuresis and encopresis. Child and Adolescent Psychiatry, M Lewis (Ed) Lippincott, Williams & Wilkins, 700-711.

Offord DR, Boyle MH, Raine YA ve ark. (1992) Outcome, prognosis and risk in a longitudinal follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31: 916-924.

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

Paul R (2002) Disorders of Communication. Child and Adolescent Psychiatry, M Lewis (Ed) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 612-621.

Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Conduct Disorder (1997) *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 (Supp 10) 122-139.

Robert F, Ferdinand MD (1995) Continuity and change of self-reported problem behaviors from adolescence into young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:5.

Varan A (1997) Ergenlik Dönemiyle İlgili Bazı Temel Tartışmalar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 2: 313-324.

Volkmar FR, Dykens E (2003) Mental retardation. Child and Adolescent Psychiatry, M Rutter, E Taylor (Ed) Blackwell Science, 697-710.

Volkmar FR, Dykens F (2002) Mental Retardation. Child and Adolescent Psychiatry, M Lewis (Ed), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 603-611.

Wade TJ, Cairney J, Pevalin JD (2002) Emergence of Gender Differences in Depression During Adolescence: National Panel Results from Three Countries. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41: 190-198.

Weller EB, Weller RA, Rower AB ve ark. (2002) Depressive disorders in children and adolescents. Child and Adolescent Psychiatry, M Lewis (Ed), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 767-781.