

# Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tanı Dağılımı

İbrahim Durukan<sup>1</sup>,  
Dursun Karaman<sup>1</sup>, Koray Kara<sup>2</sup>,  
Türker Türker<sup>3</sup>, Ali Evren Tufan<sup>4</sup>,  
Özhan Yalçın<sup>5</sup>,  
Koray Karabekiroğlu<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Çocuk ve Ergen Psikiyatristi, <sup>2</sup>Asist. Dr., Gülhane Askeri  
Tıp Akademisi, Çocuk Psikiyatrisi AD, Ankara - Türkiye

<sup>3</sup>Halk Sağlığı Uzmanı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi,  
Halk Sağlığı AD, Ankara - Türkiye

<sup>4</sup>Çocuk ve Ergen Psikiyatristi, Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları  
Hastanesi, Çocuk Psikiyatrisi AD, Elazığ - Türkiye

<sup>5</sup>Çocuk ve Ergen Psikiyatristi, Çocuk Hastalıkları  
Hastanesi, Çocuk Psikiyatrisi Bölümü, Şanlıurfa - Türkiye

<sup>6</sup>Doç. Dr., 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Çocuk Psikiyatrisi AD, Samsun - Türkiye

## ÖZET

Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı

**Amaç:** Bu çalışmada çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastaların tanı dağılımlarının saptanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine Ocak 2009-Haziran 2009 tarihleri arasında başvuran 538 hastanın dosyaları geriye dönük olarak incelenmiştir.

**Bulgular:** Olguların daha çok erkek olduğu ve 7-18 yaş grubu çocuk ve ergenlerden oluştuğu saptanmıştır. Başvuran olguların dörtte üçüne, bir ya da birden çok tanı konduğu, 0-6 yaş arası olgularda ise tanı konma oranının %50 olduğu görülmüştür. Olguların %13.7'sinde eş tanı saptanmış, eş tanı saptanma oranının en sık dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) grubunda olduğu belirlenmiştir. Tüm olgular göz önüne alındığında, en sık saptanan tanıların, sırasıyla DEHB, yaygın anksiyete bozukluğu, zeka geriliği, depresyon ve enürezis olduğu, tüm yaş gruplarında en sık DEHB tanısı konduğu, erkek çocuklarda en sık DEHB, zeka geriliği, yaygın anksiyete bozukluğu, enürezis ve depresyon; kızlarda ise DEHB, yaygın anksiyete bozukluğu, depresyon, zeka geriliği ve enürezis saptanmıştır.

**Sonuç:** Sık saptanan tanıların bilinmesi, cinsiyetler arası tanı farklılıklarının ve yaş gruplarına göre olası tanıların belirlenmesi, çocuk ve ergen psikiyatrisi poliklinik hizmetlerinin iyileştirilmesine katkıda bulunacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Çocuk, ergen, tanılar

## ABSTRACT

Diagnoses of patients referring to a child and adolescent psychiatry outpatient clinic

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

**Method:** Medical records of 538 patients referred to the Children and Adolescent Psychiatry outpatient clinic at Gulhane Military Medical School, between January 2009 and June 2009 were studied retrospectively.

**Results:** It was found that the patients were mostly male and within 7 to 18 years of age. It was also determined that three quarters of patients had at least one diagnosis and the diagnosis rate in children between the ages of 0-6 was 50 percent. Comorbid diagnoses were found in 13.7 percent of all cases and they were mainly in the attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) group. The most common diagnoses were ADHD, generalized anxiety disorder, mental retardation, depression and enuresis, respectively. The most common diagnosis in all age subgroups was ADHD. While the most common diagnoses in boys are ADHD, mental retardation, generalized anxiety disorder, enuresis and depression respectively, they were ADHD, generalized anxiety disorder, depression, mental retardation and enuresis in girls.

**Conclusion:** To know the most common diagnoses, diagnosis differences within genders and possible diagnoses for certain age groups will be useful for improving child and adolescent psychiatry services.

**Key words:** Child, adolescent, diagnoses

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Çocuk ve Ergen Psikiyatristi İbrahim Durukan,  
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Çocuk ve Ergen  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Etlik,  
Ankara - Türkiye

Telefon / Phone: +90-312-304-4565

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
idurukan2003@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:  
13 Aralık 2010 / December 13, 2010

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
25 Ocak 2011 / January 25, 2011

## GİRİŞ

Çocuk ve ergen psikiyatri poliklinikleri farklı ruhsal bozuklukların tanı ve tedavisinde önemli rol

üstlenirler. Ruhsal bozukluklar, yetişkinlerde olduğu gibi çocuk ve ergenlerde de hem bireyin hem de ailenin yaşam kalitesini önemli oranda etkilemektedir. Günümüzde çocuk ve ergenlerde ruhsal bozuklukların

azımsanmayacak oranda olduğu, çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniklerine müracaatların hızla arttığı yapılan epidemiyolojik çalışmalarda gösterilmiştir. Bu nedenle, çocuk ve ergenlerdeki ruhsal bozuklukların erken tanı ve tedavisi, çocuk ve ergen psikiyatrisi uygulamaları açısından önemli gözükmetedir.

Çocuk ve ergen ruh sağlığının ilgi alanı yaşamın sadece ilk 18 yılını kapsamına rağmen, bu zaman dilimi, Erickson'un ruhsal-toplumsal kuramındaki sekiz evrenin beşini, klasik psikoanalitik kuramın ise tüm evrelerini içermektedir. Çocukluk döneminde başlayan ruhsal sorunların etkilerinin sadece çocukluk ve ergenlik dönemiyle sınırlı olmadığı, erişkin dönemde de devam eden etkilerinin olduğu günümüzde daha çok kabul görmektedir.

Psikiyatrik hastalığı olan ve birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran çocuk ve ergenlerin yalnızca %10-22 kadarının tanı alıyor olması, bu yaş grubunun çoğunlukla gerekli ruh sağlığı hizmeti alamadığına işaret etmektedir. Bunun yanında, çocuk ve ergenlerin psikiyatrik hastalıklarının genellikle uygun yaklaşımlarla tedavi edilebildiği, sosyal ve akademik işlevselliklerinin düzeldiği bilinmektedir (1).

Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvurular, belirti ve tanı dağılımları birçok çalışmada değerlendirilmiştir (2-4). Toplum tabanlı bir çalışmada, 18 yaşını doldurmamış çocuk ve ergen yaş grubunda ruhsal bozukluk yaygınlığı %15.8 bulunmuştur (5). Ülkemizde ise, toplum örnekleminde, 4-18 yaş grubunda klinik düzeyde ruhsal sorun görülme oranı, anne-babalar tarafından %11.3 olarak bildirilmiştir (6). Çocuk ve ergenlerde yapılan diğer çalışmalarda, psikiyatrik tanı alma oranları %9.5 ile %19.8 arasında değişmektedir (7-10). Bu yüksek yaygınlık oranlarına rağmen gelişmiş ülkelerde dahi, ciddi düzeyde ruhsal sorunu olan çocukların sadece beşte birinin ruhsal yardım alabildiği bilinmektedir (11).

Stoller (12), çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran çocuk ve ergenlerde en sık konulan tanıların dışı vurum bozuklukları (dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu) olduğunu, bu tanıları ise içe vurum bozukluklarının takip ettiğini (anksiyete bozukluğu, depresyon) bildirmiştir. Aras ve arkadaşları (3) erkeklerde en sık olarak, sırasıyla dikkat eksikliği

hiperaktivite bozukluğu (DEHB) (%17.8), enürezis (%9.5), mental retardasyon (MR) (%7.1), anksiyete bozuklukları (%7.1) ve depresyon (%5.9); kızlarda ise, sırasıyla anksiyete bozuklukları (%12.7), depresyon (%10.2), enürezis (%9.5), MR (%7.4) ve DEHB (%4.6) tanılarının konduğunu saptamışlardır. Aktepe ve arkadaşları (4) ise, erkeklerde sırasıyla en sık DEHB (%15.8), depresyon (%12.4), enürezis (%9.7), anksiyete bozuklukları (%8.5) ve uyum bozukluğu (%8.3); kızlarda ise sırasıyla en sık depresyon (%21.9), anksiyete bozuklukları (%12.6), enürezis (%11.4), uyum bozukluğu (%8.5) ve DEHB (%5.2) tanılarının konduğunu bildirmişlerdir.

Çocuklardaki ruhsal sorunların dağılım ve yaygınlığının bilinmesi, koruyucu önlemler ve tedavi hizmetleriyle ilgili alanların saptanmasında temel verileri sağlamaktadır. Öncelikli gereksinimlerin ortaya konması sayesinde, çocuk ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik etkili programlar geliştirilebilir (11). Bu çalışmada, Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalara konulan tanılarının araştırılması amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Bu çalışmada, Ocak 2009-Haziran 2009 tarihleri arasındaki altı aylık dönemde GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran 548 hastanın dosyası geriye dönük olarak değerlendirildi. Bu 548 hasta, üç farklı çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanı tarafından muayene edilmiştir. Bilgilerinin önemli bir kısmının eksik olduğu tespit edilen 10 hastanın dosyası çalışmadan çıkarıldı. Geriye kalan 538 hasta dosyası araştırma grubuna alındı. Polikliniğe ilk başvuru sırasında aileden ve hastadan alınan bilgilerin işlendiği yarı yapılandırılmış görüşme formu ve hasta dosyası ile yapılan psikiyatrik muayene bilgileri temel alınarak değerlendirilme yapıldı. Değerlendirilen olguların cinsiyet dağılımı, yaş dağılımı ve tanı grupları belirlendi. Başvuran hastalardaki psikiyatrik tanılar DSM IV'e göre, hastaları muayene eden hekimler tarafından, ortalama 45 dakikalık klinik görüşme sonrası konulmuştu. Olgular 0-6 yaş, 7-11 yaş ve 12-18 yaş olmak üzere 3 alt grupta incelendi.

## İstatistiksel Analiz

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

## BULGULAR

Araştırmaya 538 hastanın dosyası dahil edilmiştir. Olguların %58.7'si ( $n=316$ ) erkek, %41.3'ü ( $n=222$ ) kızlardan oluşmaktadır. Olguların %28.4'ü 0-6 yaş, %41.4'ü 7-12 yaş, %30.2'si ise 12-18 yaş arasındadır. Bu olguların %74.7'sine ( $n=402$ ) tanı konulmuş, kalan %25.3'üne ( $n=136$ ) ise tanı konmamıştır. Olguların yaş gruplarına göre tanı konulma oranları Tablo 1'de verilmiştir (Tablo 1).

Birden fazla tanı konmuş olgular değerlendirildiğinde, 0-6 yaş arası 6, 7-11 yaş arası 36 ve 12-18 yaş arası 31 olgu olmak üzere, toplam 73 olguya (%13.6) birden fazla tanı konulduğu saptanmıştır. En sık eştanının

**Tablo 1: Yaş gruplarına göre tanı konma oranları**

Yaş grubu	Tanı alan olgular		Tanı almayan olgular	
	n	%	n	%
0-6 yaş ( $n=153$ )	77	50.3	76	49.7
7-11 yaş ( $n=223$ )	185	82.9	38	17.1
12-18 yaş ( $n=162$ )	140	86.4	22	13.6
Toplam ( $n=538$ )	402	74.7	136	25.3

DEHB olgularında olduğu görülmüştür ( $n=46$ ). On dört olguda DEHB ve özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB), 8 olguda DEHB ve yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), 6 olguda DEHB ve enürezis (EN), 5 olguda DEHB ve iletişim bozuklukları ve 4 olguda DEHB ve depresyon, 4 olguda DEHB ve hafif derecede MR, birer olguda ise davranım bozukluğu, enkoprezis, kronik motor ya da vokal tik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk (YGB-BTA) eştanıları saptanmıştır. DEHB dışında en sık eştanı, 3 olguda hafif derecede MR ve iletişim bozuklukları birlikteliği olarak saptanmıştır.

Tüm yaş grubu göz önüne alındığında, en sık saptanan tanıların, sırasıyla DEHB, YAB, MR, depresyon ve EN olduğu görülmüştür. Sık saptanan DSM-IV eksen I ve II tanıları ve saptanma oranları tablo 2'de verilmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2: Sık saptanan tanılar ve oranları**

DSM-IV Eksen I veya II tanıları	Tanı alan olgu sayısı ( $n=538$ )	
	n	%
1. DEHB	143	26.5
2. Yaygın anksiyete bozukluğu	38	7.0
3. Mental retardasyon	31	5.7
4. Depresyon	28	5.2
5. Enürezis	27	5.0
6. Özgül Öğrenme Bozukluğu	21	3.9
7. Sosyal fobi	17	3.1
8. Obsesif kompulsif bozukluk	15	2.7
9. Fonolojik bozukluk	15	2.7
10. YGB-BTA	12	2.2

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu  
YGB-BTA: Yaygın Gelişimsel Bozukluk-Başka Türü Adlandırılmayan

**Tablo 3: Yaş gruplarına göre en sık saptanan ilk 10 DSM-IV eksen I ve II tanıları**

0-6 yaş ( $n=76$ )	7-11 yaş ( $n=185$ )	12-18 yaş ( $n=140$ )
1. DEHB ( $n=12$ )	1. DEHB ( $n=85$ )	1. DEHB ( $n=46$ )
2. YGB-BTA ( $n=10$ )	2. YAB ( $n=19$ )	2. Depresyon ( $n=22$ )
3. Sözel Anlatım bozukluğu ( $n=8$ )	3. Enürezis ( $n=17$ )	3. YAB ( $n=18$ )
4. Otistik Bozukluk ( $n=7$ )	4. Hafif Derecede MR ( $n=14$ )	4. Sosyal Fobi ( $n=12$ )
5. Fonolojik Bozukluk ( $n=7$ )	5. ÖÖB ( $n=12$ )	5. OKB ( $n=11$ )
6. Enürezis ( $n=6$ )	6. Fonolojik Bozukluk ( $n=6$ )	6. ÖÖB ( $n=7$ )
7. Kekemelik ( $n=4$ )	7. Kekemelik ( $n=5$ )	7. Hafif Derecede MR ( $n=6$ )
8. Hafif Derecede MR ( $n=4$ )	8. Depresyon ( $n=5$ )	8. Davranım Bozukluğu ( $n=5$ )
9. Mastürbasyon ( $n=3$ )	9. Sınır Zeka İşlevi ( $n=5$ )	9. Enürezis ( $n=4$ )
10. Artikülasyon Bozukluğu ( $n=2$ )	10. OKB ( $n=4$ )	10. Tik Bozuklukları ( $n=4$ )

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu  
YGB-BTA: Yaygın Gelişimsel Bozukluk-Başka Türü Adlandırılmayan,  
MR: Mental Retardasyon, ÖÖB: Özgül Öğrenme Bozukluğu, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

Tablo 4: Sık saptanan tanılar ve tanıların cinsiyete göre dağılımı

DSM-IV Eksen I veya II tanıları	Erkek (n=316)		Kız (n=222)		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
1. Yıkıcı Davranış Bozuklukları	106	33.5	44	19.8	12.215	< 0.001
a. DEHB	102	32.2	41	18.4	12.743	< 0.001
b. Davranım Bozukluğu	3	0.94	2	0.9		a
c. KGB	1	0.31	1	0.45		a
2. Anksiyete Bozuklukları	39	12.3	36	16.2	1.632	0.201
a. Yaygın anksiyete bozukluğu	18	5.6	20	9.0	2.180	0.140
b. Obsesif kompulsif bozukluk	9	2.8	6	2.7	0.010	0.920
c. Sosyal fobi	10	3.1	7	3.1	0.000	0.994
d. Diğer anksiyete bozuklukları	2	0.6	3	1.4		a
3. Dışa atım bozuklukları	19	6.0	12	5.4	0.089	0.766
a. Enürezis	17	5.3	10	4.5	0.210	0.647
b. Enkoprezis	2	0.7	2	0.9		a
4. Normalin altında zeka düzeyi	24	7.5	14	6.3	0.330	0.566
a. Mental retardasyon	20	6.3	11	4.9	0.453	0.501
b. Sınırdaki zeka işlevi	4	1.2	3	1.4		1.000
5. Duygudurum bozuklukları	14	4.4	16	7.2	1.910	0.167
a. Depresyon	12	3.7	16	7.2	3.073	0.080
b. Bipolar bozukluk	2	0.7	0	0		a
6. İletişim bozuklukları	28	8.8	11	4.9	2.959	0.085
a. Kekemelik	8	2.5	2	0.9	1.604	0.208
b. Fonolojik bozukluk	11	3.4	4	1.8	1.357	0.244
c. Artikülasyon bozukluğu	3	0.9	1	0.45		a
d. Sözel anlatım bozukluğu	6	1.8	4	1.8	0.000	1.000
7. Yaygın gelişimsel bozukluklar	17	5.3	6	2.7	2.283	0.131
a. Otistik bozukluk	6	1.8	3	1.35	0.138	0.742
b. YGB-BTA	10	3.2	2	0.9	2.242	0.135
c. Asperger sendromu	1	0.3	1	0.45		a
8. Tik bozuklukları	9	2.8	3	1.4	0.940	0.375
a. Kronik motor/vokal tik bozukluğu	6	1.9	3	1.4	0.138	0.742
b. Tourette sendromu	3	0.9	0	0		a
9. Öğrenme bozuklukları	15	4.7	6	2.7	1.453	0.265

a, yeterli sayıda olgu olmadığı için p değeri hesaplanamamıştır.  $\chi^2$ , Ki kare  
KGB: Karşı Gelme Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu  
YGB-BTA: Yaygın Gelişimsel Bozukluk-Başka Türü Adlandırılmayan

Yaş gruplarına göre en sık saptanan tanılara bakıldığında, her üç yaş grubunda da DEHB ilk sırada gözük-mektedir. 0-6 yaş grubunda DEHB'yi, sırasıyla YGB-BTA ve sözel anlatım bozukluğu, 7-11 yaş grubunda sırasıyla YAB ve EN, 12-18 yaş grubunda ise, sırasıyla depresyon ve YAB takip etmektedir. Yaş gruplarına göre saptanan ilk 10 DSM-IV eksen I ve II tanıları tablo 3'de verilmiştir (Tablo 3).

Erkek çocuklarda en sık, sırasıyla DEHB, MR, YAB, EN ve depresyon saptanmışken, kız çocuklarda sırasıyla DEHB, YAB, depresyon, MR ve EN tanılarının konduğu görülmüştür. Sık saptanan tanılar ve tanıların cinsiyete göre dağılımı tablo 4'de verilmiştir (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Araştırmamızda çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran olgularda en sık DEHB tanısının konduğu, erkek olguların fazla olduğu, başvuruların daha çok okul çağı çocukluk dönemi ve ergenlik döneminde olduğu saptanmıştır.

Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalığı polikliniklerine daha çok erkek çocuklar getirilmektedir (13). Ülkemizde dört farklı çocuk psikiyatrisi kliniğinde yapılan araştırmalarda, olguların %61.5 ile %66.9 arasında değişen oranlarda erkek çocuklardan olduğu bildirilmiştir (4,13-15). Harpaz-Rotem ve Rosenheck (2), yaklaşık 40

bin çocuğu değerlendirdikleri araştırmalarında, olguların %60.8'inin erkek olduğunu bildirmişlerdir. Recart ve arkadaşları (16), bir çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran 376 olgunun %53.2'sinin erkek olduğunu bildirmişlerdir. Araştırmamızda saptadığımız %57.8'lik erkek çocuk başvuru oranı, literatür bilgileriyle uyumlu gözükmetedir. Erkek çocukların genel toplumda ruh sağlığı polikliniklerine, kızlara oranla daha sık getirilmesi, erkek çocukların fizyolojik olgunlaşma sürecinin kızlara oranla daha geç başlaması ve daha geç sonlanmasıyla ilişkili görülmektedir (13).

Harpaz-Rotem ve Rosenheck (2), ruhsal yardım amacıyla başvuran yaklaşık 40 bin çocuğun %13'ünün 0-6 yaş, %41'inin 7-12 yaş ve %46'sının 13-18 yaş aralığında olduğunu bildirmişlerdir. Aras ve arkadaşları (3), bu oranları, sırasıyla %23, %43.7 ve %33.3 olarak saptamışlardır. Tanrıöver ve arkadaşları (13), en sık başvuran yaş grubunun 6-11 olduğunu saptamış, Aktepe ve arkadaşları (4) ise 7-12 yaş grubunun en sık başvuruda bulunan grup olduğunu bildirmişlerdir. Araştırmamızda ise bu oranlar, sırasıyla %28.4 (0-6 yaş), %41.4 (7-11 yaş) ve %30.2 (12-18 yaş) olarak bulunmuştur. Tüm bu araştırmalar birlikte değerlendirildiğinde, en sık başvuruların ilkokul ve ergenlik döneminde olduğu; farklı çalışmalarda en sık başvurunun olduğu yaş grupları değişmekle birlikte, başvuru oranlarının 7-11 ve 12-18 yaş gruplarında birbirine olduğuça yakın olduğu görülmektedir. Bu dönemlerde başvuru oranlarının yüksek olması, okula başlangıç döneminde ortaya çıkabilen uyum sorunları ve ergenlikteki davranış sorunları ile ilişkili olabilir.

Bu araştırmada, tüm olguların %74.7'sine tanı konduğu, kalan %25.3'üne ise herhangi bir psikiyatrik tanı konmadığı görülmüştür. Aktepe ve arkadaşları (4) araştırmalarında, olguların %87.3'üne en az bir tanı konulduğunu, kalan %12.7'sinin ise normal özellikler taşıdığını, Aras ve arkadaşları (3) ise olguların %85.1'ine en az bir tanı konulduğunu, kalan %14.9 olgunun ise normal özellikler taşıdığını bildirmişlerdir. Bu iki araştırma ile karşılaştırıldığında, bizim araştırmamızda normal olarak değerlendirilen olgu oranının daha yüksek olması, diğer iki üniversitesi hastanesinin çocuk ruh sağlığı polikliniklerine başvuru yakınmaları daha şiddetli olan olguların getirilme olasılığı ve çok farklı sosyoekonomik düzey-

lerden başvurunun olması, ancak bu araştırmanın yapıldığı çocuk ruh sağlığı polikliniğine ise sadece belli bir meslek grubuna ait ailelerin başvurabilmesi ile ilişkili olabilir. Polikliniğimize belli bir meslek grubunun başvuruyor olması, sosyoekonomik düzeyin yüksek olmasına ve bununla ilişkili olarak danışmanlık amaçlı başvuruların daha fazla olmasına yol açmış olabilir.

0-6 yaş arası olguların %50.3'ünün, 7-11 yaş arasındaki olguların %82.9'unun ve 12-18 yaş arası olguların ise %86.4'ünün bir ya da birden fazla tanı aldığı saptanmıştır. Çocuk psikiyatrisi poliklinik başvurularında zihinsel beceriler, öğrenme düzeyi, dil becerileri, uyum becerileri, görsel-motor koordinasyon ve kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (17). Özellikle okul öncesi başvuruların yarısında herhangi bir psikiyatrik tanı konulmaması, yukarıda belirtilen özelliklerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan başvurularla ilişkili olabilir. Görker ve arkadaşlarının (18) 12-18 yaş, toplam 1079 ergenin belirti ve tanılarını değerlendirdikleri bir araştırmada, olguların tanı alma oranları %81.5 olarak saptanmıştır. Bu oran, bizim araştırmamızda aynı yaş grubu için saptanan %86.4'lük oranla uyumlu gözükmetedir. Ancak, Görker ve arkadaşları eksen III tanılarını da değerlendirmişken, araştırmamızda sadece eksen I ve II tanıları değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmamızda, olguların %13.6'sının (n=73) eştanı aldığı saptanmıştır. Ülkemizde çocuk ve ergenlerle yapılan 3 farklı araştırmada eştanı oranı, sırasıyla %15.29, %25 ve %28.7 bulunmuştur (3,4,18). Yurtdışında yapılan bir çalışmada ise, bu oran %29.9 olarak bildirilmiştir (19). Eştanı ya da eştanıların olmasının hastalığının şiddetini arttırdığı, kronikleşmeye sebebiyet verdiği, psikososyal işlevsellik ve yaşam kalitesinde daha belirgin düzeyde bozulmaya yol açtığı bildirilmektedir (20). Bu çalışmada saptanan eştanı oranı, Görker ve arkadaşlarının (18) sadece ergenlerle yaptıkları çalışma sonucuyla benzeşmekte iken, hem çocuk hem de ergen yaş grubunu değerlendiren çalışmaların daha az olması, normal özellikler taşıyan olgu oranının bizim araştırmamızda diğer araştırmalara oranla daha yüksek olması ve polikliniğimize başvuran hasta profilinin sınırlı olmasıyla ilişkili olabilir. Bunun yanında tanıların, yapılandırılmış görüşme formları ile konulmamış olması nedeniyle, olası eştanıların saptanamamış olması da olası

gözükmektedir.

Recart ve arkadaşları (16), çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran olgularda, başlıca, DEHB, diğer yıkıcı davranış bozuklukları, uyum bozuklukları, duygudurum ve anksiyete bozuklukları tanılarının konduğunu saptamışlardır. Harpaz-Rotem ve Rosenheck (2) ise en sık konulan tanıların DEHB, depresyon ve anksiyete bozukluğu olduğunu bildirmişler; aynı çalışmada, depresyon ve anksiyete bozukluklarının zaman içinde artış gösterdiğini bildirmişlerdir. Aras ve arkadaşları (3) en sık konulan tanılarının, sırasıyla DEHB, EN, anksiyete bozuklukları, depresyon ve MR olduğunu saptamışlar; Aktepe ve arkadaşları (4) ise, en sık konan eksen I ve II tanılarının, sırasıyla depresyon, anksiyete bozuklukları, EN, DEHB ve uyum bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada en sık saptanan tanılarının DEHB, YAB, MR, depresyon ve EN olması literatür bilgileriyle uyumlu gözükmektedir. Karşıt olma karşı gelme bozukluğunun (KGB) 538 olgu içinde sadece 2 olguda saptanması, tanılarının yapılandırılmış bir klinik görüşme formuyla konmamış olması ve KGB'nin DEHB ile sık binişiklik göstermesi nedeniyle, poliklinik şartlarında, DEHB'nin tanı ve tedavisinin KGB tanısının ihmal edilmesine neden olma olasılığıyla ilişkili olabilir. Sıklık sırasındaki farklılıklar, örneklem büyüklükleri ve çalışmaların yapıldığı çocuk psikiyatrisi polikliniklerine başvuran hastaların sosyoekonomik özelliklerine bağlı olabilir.

Araştırmamızda yaş gruplarına göre en sık saptadığımız tanı, her üç yaş grubunda da DEHB idi. 0-6 yaş grubunda DEHB'yi, sırasıyla YGB-BTA ve sözel anlatım bozukluğu; 7-11 yaş grubunda, sırasıyla YAB ve EN; 12-18 yaş grubunda ise, sırasıyla depresyon ve YAB'ın takip ettiği görülmüştür. Harpaz-Rotem ve Rosenheck (2) örneklemelerindeki olguları 3 alt gruba ayırarak, 1995 ve 2000 yılında olmak üzere tanı amaçlı olarak 2 kez değerlendirmiş; 0-6 yaş grubundaki her iki değerlendirmede de, en sık DEHB, uyum bozukluğu ve anksiyete bozuklukları tanılarını konduğunu, 5 yıl sonra yapılan ikinci değerlendirmede, erkeklerde otizm tanısının anlamlı düzeyde daha sık konduğunu saptamışlardır. Araştırmamızda, 0-6 yaş grubunda otizm ve YGB-BTA tanısı en sık konan ilk 5 tanı arasındaydı.

Yedi oniki yaş grubunda her iki değerlendirmede de,

ilk iki sırada DEHB ve uyum bozukluğu tanılarının konduğu, ancak 3. sırada, erkeklerde hafif düzeyde depresyon, kızlarda ise anksiyete bozukluklarının olduğu görülmüştür. Araştırmamızda, bu çalışmadan farklı olarak, enürezis tanısının sık konduğu görülmüştür. Bu farklılık, araştırmamızın örnekleminin bahsedilen araştırma örnekleminde yaklaşık 80 kat küçük olmasıyla ilişkili olabilir. Bunun yanında, Harpaz-Rotem ve Rosenheck'in (2) tanı grupları içinde "diğer tanılar" alt başlığındaki tanılarının hangileri olduğu ifade edilmemiştir.

Yine aynı çalışmada 13-18 yaş grubu erkeklerde, sırasıyla DEHB, uyum bozukluğu ve hafif düzeyde depresyon saptanmışken, kızlarda ise en sık, uyum bozukluğu, hafif düzeyde depresyon ve depresyon saptanmıştır. 7-12 ve 13-18 yaş grubunun beş yıl sonra yapılan ikinci değerlendirmelerinde, daha çok olgunun anksiyete bozuklukları ve DEHB tanısı aldıkları saptanmıştır.

Görker ve arkadaşlarının (18) 12-18 yaş grubu çocuk ve ergenlere konulan tanılarını değerlendirdikleri çalışmalarında, en sık konan tanılarının, sırasıyla anksiyete bozukluğu, duygudurum bozukluğu, MR, dışa atım bozuklukları ve yıkıcı davranım bozukluğu olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda ise, sırasıyla en sık DEHB, depresyon, YAB, sosyal fobi, OKB tanılarını konmuştur. DEHB dışındaki diğer tanı grupları Görker ve arkadaşlarının çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Toplum örnekleminde dışa yönelim (saldırganlık, suç davranışları ve DEHB) ve iletişim sorunlarının erkeklerde, içe yönelim sorunlarının (geri çekilme, bedensel yakınmalar, anksiyete, depresyon) ise kızlarda daha sık bulunduğu bildirilmektedir (21-23). Yurtdışında yapılan bir çalışmada, yıkıcı davranış bozukluklarının, kızlara oranla erkek çocuklarda 3 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (24). Kız çocukları daha sık olarak duygudurum ve anksiyete bozuklukları tanılarını almakta, yıkıcı davranış bozuklukları daha az sıklıkta görülmektedir (25,26).

Araştırmamızda, çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran kızlarda anksiyete ve depresyonun, erkeklerde ise DEHB'nin sık saptanmış olması literatür bilgileriyle uyumluyken, kızlarda en sık saptanan tanının DEHB olması literatürle çelişmektedir. Bu uyumsuzluk, örneklem sayısının göreceli olarak az olması ile ilişkili olabilir. Kız DEHB olgularında sıkça bildirilen dikkatsizlik yakınmalarının daha çok yedi yaşından sonra

başlaması (27,28), aşırı hareketlilik ve dürtüsellik yakınmaları olan DEHB olgularına göre DEHB tanısının kızlarda daha geç konulmasına yol açmaktadır. Ancak ülkemizde çocuk psikiyatrisi eğitiminin yaygınlaşması ve ilgili uzman doktor sayısının artmasıyla birlikte, DEHB düşündürülen yakınmalarla başvuran kız çocuklara daha çok tanı konuyor olabilir. Ayrıca, tanısız ölçütler tam olarak karşılanmasa da, işlevsellikteki belirgin bozulmanın aileleri tedavi arayışına ittiği bildirilmiştir (29). Bu tedavi arayışı da kız çocuklarda daha sık DEHB tanısı konulmasına neden olmuş olabilir. Bu bulgunun daha geniş örneklemlerle araştırmalarla değerlendirilmesi gerekmektedir. Araştırmamızda en sık saptanan tanılar arasında, erkek olgularda DEHB'nin yanı sıra anksiyete bozuklukları, EN ve MR'nin olması; kızlarda ise anksiyete bozuklukları, depresyon, EN ve MR'nin olması literatürle uyumlu gözükmektedir (3,4).

Çalışmamızda hiçbir olguya alkol madde kullanım bozukluğu tanısının konulmamış olması, bu araştırmanın yapıldığı şehirde sadece alkol ve madde kullanım bozukluklarına yönelik tanı ve tedavi merkezlerinin bulunmasıyla ve araştırma kapsamındaki alkol ve madde kullanım öyküsü olan olguların davranım bozukluğu tanısı çerçevesinde değerlendirilmesi ve alkol-madde kullanım bozukluğu eştanısının ihmal edilmiş olma ola-

sılığıyla ilişkili olabilir.

Bu araştırmada, olguların sadece tanılarına odaklanıp başvuru yakınmaları, çocuk ve ailelerin sosyodemografik verilerinin değerlendirilmemiş olması, tanılarının yapılandırılmış ölçeklerle konulmamış olması ve olguların, ilk kez başvuran olguların yanında kontrol başvurusu yapan olguları da kapsamaması araştırmanın kısıtlıkları olarak kabul edilebilir. Ancak bilindiği kadarıyla, ülkemizde çocuk ve ergen olguların ilk kez yaş gruplarına göre bölünerek değerlendirilmiş olması ise araştırmanın güçlü bir yanı olarak değerlendirilebilir.

## SONUÇ

Bu araştırmada çocuk psikiyatrisi polikliniğine daha çok erkek çocukların başvurduğu ve başvuru sıklığının 7-11 ve 12-18 yaş aralığında daha fazla olduğu görülmüştür. Bu araştırmanın sonuçları, cinsiyetler arası tanı farklılıklarının ve yaş gruplarına göre olası tanılarının dikkatle değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Ayrıca sık saptanan tanılarının bilinmesinin tanı ve tedavi sürecinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Bu araştırmada elde edilen sonuçların, alt gruplardaki olgu sayısının daha fazla olacağı geniş örneklemlerle araştırmalarla geliştirileceği düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Aktepe E, Demirci K, Çalışkan AM, Sönmez Y. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler ve tanı dağılımları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010; 23:100-108.
5. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1998; 155:715-725.
6. Erol N, Şimşek Z. Türkiye ruh sağlığı profili. Çocuk ve gençlerde ruh sağlığı: yeterlik alanları, davranış ve duygusal sorunların dağılımı: İçinde Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z Türkiye Ruh Sağlığı Raporu (Hazırlayanlar). Ankara: Sağlık Bakanlığı, 1998, 25-75.
7. 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.
8. 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.
9. 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.

10. 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.
11. Offord DR, Bennett KJ. Epidemiology and prevention: In Lewis M (editor). *Child and adolescent psychiatry. A Comprehensive Textbook*. Third edition. USA: Lippincott Williams Wilkins, 2002, 1320-1335.
12. Stoller JA. Diagnostic profiles in outpatient child psychiatry. *Am J Orthopsychiatry* 2006; 76:98-102.
13. 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.
14. Epir N. Bir çocuk sağlığı kliniğine başvuran çocuklarla ilgili incelemeler. 10. Milli Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi Özet Kitabı, 1974, 161-164.
15. 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.
16. 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.
17. Moss NE, Racusin GR. Psychological assessment of children and adolescents: In Lewis M (editor). *Child and adolescent psychiatry. A Comprehensive Textbook*. Third edition. USA: Lippincott Williams Wilkins, 2002, 555-573.
18. 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.
19. 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.
20. Cloninger CR. Comorbidity of anxiety and depression. *J Clin Psychopharmacol* 1990; 10 (Suppl.3):43-46.
21. Verhulst FC, Achenbach TM, van der Ende J, Verhulst FC, Achenbach TM, van der Ende J. Comparison of problems reported by youths from seven countries. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1479-1485.
22. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13:354-361.
23. Benenson JF. Sex differences: In Hopkins B (editor). *The Cambridge Encyclopedia of Child Development*. UK: Cambridge University Press, 2005, 366-374.
24. Fombonne E. The Chartres Study: I. Prevalence of psychiatric disorders among French school-age-children. *Br J Psychiatry* 1994; 164:69-79.
25. 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.
26. 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.
27. Applegate B, Lahey BB, Hart EL, Biederman J, Hynd GW, Barkley RA ve ark. Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:1211-1221.
28. Barkley RA, Biederman J. Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1204-1210.
29. Angold A, Costello EJ, Farmer EM, Burns BJ, Erkanli A. Impaired but undiagnosed. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:129-137.