

■ Orjinal Makale

## Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastaların başvuru biçimi, şikayet, tanı ve eştanı dağılımları

### *Assessment of symptoms, diagnosis and comorbidity of patients referring to a child and adolescent psychiatry outpatient clinic*

Burcu ERSÖZ ALAN\* 

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara/TÜRKİYE

#### Öz

**Amaç:** Çocuk ve ergen psikiyatrisine aile, genç kendi isteğiyle veya başka birimlerin yönlendirmesiyle başvurabilir. Bu çalışmada çocuk ve ergen psikiyatrisi başvurularının, tanı ile eştanının birden çok başvuru şikayetine göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Nisan 2017-Mart 2018 tarihlerinde Kırıkkale Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine ayaktan başvuruların dosyası geriye dönük olarak incelenmiştir.

**Bulgular:** %63,5'i erkek, yaş ortalaması  $9,2\pm 4,0$  yıl olan 1079 hastanın dosyasından okul çağında erkeklerin, ergenlikte kızların daha fazla başvurduğu; okulun erkekleri, pediatrinin kızları daha sık yönlendirdiği; ergen kızların kendi isteğiyle başvurabildiği saptanmıştır. Okul tarafından dışa vurum şikayetleri; pediatri tarafından nörogelişimsel sorunlar ve somatik belirtiler belirtilmiştir. Erkeklerde hareketlilik, sinirlilik/laf dinlememe, konuşma/telaffuz sorunları, konuşmama/geç konuşma; kızlarda somatik yakınmalar, mutsuzluk/kolay ağlama, kendine zarar verme davranışı/intihar girişimi daha fazladır. Birden fazla şikayet erkeklerde daha fazladır. %75,3'ü en az bir tanı almıştır. Erkeklerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), iletişim bozuklukları, otizm spektrum bozukluğu; kızlarda depresyon, ayrılık anksiyetesi bozukluğu daha fazladır ( $p<0,05$ ). Erkeklerin %17,7'si, kızların %12,7'si eştanı almıştır ( $p<0,05$ ). Eştanı sıklığı okul öncesinde %5,2, okul çağında %19,2, ergenlikte %19,5 şeklindedir. İkinci şikayet belirtenlerin %86,5'i eştanı almıştır ( $p<0,05$ ). En fazla eştanı DEHB ve zihinsel yetersizlikte saptanmıştır.

**Sonuç:** Bulgular literatürle uyumludur. Bu çalışmanın çocuk ve ergen psikiyatrisinde bölge özelliklerine göre hasta profilinin oluşturulmasına, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Yapılandırılmış ölçeklerle epidemiyolojik verilerin toplanması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Çocuk; ergen; psikiyatri; şikayet; tanı; eştanı

Sorumlu Yazar\*: Burcu Ersöz Alan, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara/TÜRKİYE

E-posta: burcuersoz02@gmail.com

ORCID: 0000-0002-3704-0722

Gönderim: 11.01.2019 kabul: 01.04.2019

Doi: 10.18663/tjcl.511659

## Abstract

**Aim:** Referrals to child and adolescent psychiatry may be due to the family, school, the teenager's own request or other units like paediatrics. In this study, it was aimed to evaluate child and adolescent psychiatry applications, diagnosis and comorbidities according to multiple referral complaints.

**Material and Methods:** Medical records of 1079 patients referred to the Child and Adolescent Psychiatry outpatient clinic at Kırıkkale University, between April 2017 and March 2018 were evaluated retrospectively.

**Results:** Most of the cases were boys (63.5%) and mean age was  $9.2 \pm 4.0$  years. Boys were mostly at school aged. Adolescent girls could apply due to their own request. School directed mostly for externalizing problems, paediatrics directed mostly for neurodevelopmental problems and somatic complaints. Hyperactivity, nervousness, speech problems/delay were common in boys; somatic complaints, unhappiness/easy crying, self-harm behavior/suicide attempt were common in girls. More than one complaint was seen mostly in boys. 75.3% of patients had at least one diagnosis. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), communication disorders and autism spectrum disorder were common in boys, depression, separation anxiety disorder were common in girls. 17.7% of boys and 12.7% of girls had comorbidities. The rate of comorbidity was 86.5% in the presence of more than one complaints ( $p < 0.05$ ). The diagnosis rate of comorbidities were 5.2% in preschool patients, 19.2% in school aged patients and 19.5% in adolescent patients. They were mainly in ADHD and intellectual disability group.

**Conclusion:** The findings were consistent with the literature. This study would contribute to the improvement of child and adolescent psychiatry services and may be beneficial for preventive mental health. It is recommended to collect epidemiological data with structured scales.

**Key words:** Child; adolescent; psychiatry; symptom; diagnosis; comorbidity

## Giriş

Dünyada çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozukluk görülme prevalansı %13,4; yaş grupları arasında okul öncesi dönemde %8, okul çağı döneminde %12 ve ergenlik döneminde %15 oranında saptanmıştır [1,2]. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniklerine başvurular ailenin, gencin kendi isteğiyle ya da okul, pediatri gibi birimlerin yönlendirmesiyle olabilmektedir. Değerlendirmede çocuk ve ergen biyopsikososyal açılardan bütüncül olarak ele alınmalıdır [3]. Çocuğun yaşadığı bölge başvuru biçimini, koruyucu ve tedavi edici ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasını etkiler.

Psikiyatrik bozukluklarda eştanı oranının fazla olması ve belirtilerin örtüşmesi nedeniyle başvurular birden fazla şikayetle olabilmektedir. Çalışmaların çoğunda başvuru şikayetlerinin sadece biri değerlendirilmiştir. Bu çalışma ile çocuk ve ergen psikiyatrisi başvurularının, tanı ile eştanının birden çok başvuru şikayetine göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntemler

Nisan 2017-Mart 2018 tarihleri arasında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı

polikliniğine ayaktan başvuran 1197 hastanın dosyası geriye dönük olarak incelenmiştir. Adli vakalar (s:20), başka bir merkezin takibinde olup ilaç yazdırmaya gelen hastalar (s:15), sağlık kurulu raporuna itiraz sonucu başvuran hastalar (s:13) ve yaşam olaylarına (kardeş doğumu, boşanma, vefat gibi) dair danışmanlık almak için gelen aileler (s:70) çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışma için Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Psikiyatrik tanılar ve eştanılar Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskısı'nda (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013) (DSM-5) yer alan ölçütlere uygun yapılan klinik görüşme ve gerektiğinde istenilen ölçeklerle (öğretmen formu gibi) testlerin (gelişim testi, zeka testi gibi) sonuçlarına göre konulmuştur [4]. Hastaların cinsiyet ve yaş (0-5,9, 6-11,9, 12-17,9 yıl) grupları belirlenmiştir. Başvurularına neden olan en önemli ilk iki şikayet göz önüne alınmıştır. Birincil tanılar işlev kaybına en çok neden olan ve klinik seyri en çok etkileyen şikayet ile şikayetlerin başlangıç zamanı göz önünde bulundurularak belirtilerin tümünü kapsayan tanının saptanmasıyla konulmuştur. Diğer belirti ve bulgulara göre ikincil tanılar belirlenmiştir.

Veriler Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical

Package for Social Sciences (SPSS) 21) kullanılarak analiz edilmiştir. Tüm veriler tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) değerlendirilmiştir. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi, numerik verilerin değerlendirilmesinde t-testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## Bulgular

1197 hastadan 118 hasta çalışmaya dahil edilmemiştir. Yaş ortalaması  $9,2 \pm 4,0$  yıl olan %63,5'i erkek (s:685) 1079 hastanın sosyodemografik verileri Tablo 1'de belirtilmiştir.

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik bulguları					
Yaş (yıl)	Erkek		Kız		p
	s	%	s	%	
Yaş Dönemi					
Okul Öncesi (0-5.9 y)	181	26,4	86	21,8	0,107
Okul Çağı (6-11.9 y)	357	52,1	147	37,2	<0,05
Ergen (12-17.9 y)	147	21,5	161	40,8	<0,05
Yaşadığı il					
Kırıkkale	595	86,9	351	88,8	0,388
Kırıkkale Dışı	90	13,1	44	11,2	
Yönlendiren Birim					
Anne	287	41,9	173	43,9	0,129
Baba	51	7,4	23	5,8	0,527
Anne ve Baba	155	22,6	74	18,8	0,345
Okul	123	18,0	38	9,6	<0,05
Pediatri	21	3,1	30	7,6	<0,05
Kendisi	10	1,5	30	7,6	<0,05
Diğer*	20	2,9	16	4,1	0,170

\*Kulak Burun Boğaz, Göz, Çocuk Cerrahi, Plastik Cerrahi bölümleri; Sosyal Hizmetler Kurumu

Erkeklerin 262 (%38,2), kızların 131 (%33,2)'inin başvurusunda birden fazla şikayet belirtilmiştir ( $p < 0,101$ ). Hareketlilik (s:80), ders sorunları (s:61), dikkatsizlik (s:48), sinirlilik/laf dinlememe (s:45), korku/endişeler (s:34), mutsuzluk (s:20) en sık belirtilen şikayetlerdir. Erkekler arasında hareketlilik (s:66, %9,6), ders sorunları (s:46, %6,7), dikkatsizlik (s:35, %5,1), sinirlilik/laf dinlememe (s:33, %4,8); kızlar arasında korku/endişeler (s:18, %4,6), ders sorunları (s:15, %3,8), mutsuzluk (s:15, %3,8) en sık belirtilen ikinci şikayetlerdir. Yaş gruplarına göre ikinci şikayet sıklığı okul çağı (s:221, %43,8), ergenlik (s:134, %43,5) ve okul öncesi (s:38, %14,2) şeklindedir; ikinci şikayet oranı her yaş grubunda anlamlı olarak düşüktür ( $p < 0,05$ ). Okul öncesi dönemde kızlarda %9,3 (s:8), erkeklerde %16,6 (s:30); okul döneminde kızlarda %42,9 (s:63), erkeklerde %44,3 (s:158) ve ergenlik döneminde kızlarda %37,3 (s:60), erkeklerde %50,3 (s:74)

oranında ikinci şikayet belirtilmiştir; her yaş grubunda cinsiyetler arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 2, Tablo 3).

Anne ve baba tarafından sinirlilik/laf dinlememe (s:35, %15,3), konuşmama/geç konuşma (s:35, %15,3), hareketlilik (s:32, %14,0) ve ders sorunları (s:26, %11,4) başta olmak üzere her türlü şikayet dile getirilmiştir. Erkekler konuşmama/geç konuşma (s:33), hareketlilik (s:29), ders sorunları (s:18), sinirlilik/laf dinlememe (s:18); kızlar sinirlilik/laf dinlememe (s:17), ders sorunları (s:8) nedeniyle getirilmiştir. Anne ve baba tarafından getirilen erkek hastaların %38,1'i (s:59) okul öncesi, %46,5'i (s:72) okul çağı, %15,5'i (s:24) ergenlik döneminde; kızların %35,1'i (s:26) okul öncesi, %41,9'u (s:31) okul çağı ve %23'ü (s:17) ergenlik döneminde. Okul öncesi 17 (%10,6), okul çağında 109 (%67,7) ve ergenlik döneminde 35 (%21,7) hasta okul tarafından yönlendirilmişlerdir. Pediatri tarafından ise 8 (%15,7) okul öncesi, 20 (%39,2) okul çağı ve 23 (%45,1) ergenlik döneminde olan hasta yönlendirilmiştir. Okulun erkekleri ders sorunları (s:40), hareketlilik (s:33), sinirlilik/laf dinlememe (s:17), geç algılama (s:14), kızları ders sorunları (s:11), geç algılama (s:7) ve dikkatsizlik (s:6) nedeni ile; pediatri tarafından ise erkeklerin kaka kaçırma (s:4), geç konuşma (s:3) ile, kızların somatik yakınmalar (s:14), kaka kaçırma (s:3) nedeniyle yönlendirildikleri saptanmıştır. (Tablo 1)

Hastaların %75,3'üne (s:813) en az bir tanı konulmuştur. (Tablo 4) Okul öncesi dönemde 123 (%46,4), okul çağında 87 (%17,5) ve ergenlik döneminde 56 (%18,4) hasta herhangi bir tanı almamıştır; her üç yaş grubunda da tanı alma oranı anlamlı olarak daha fazladır ( $p < 0,05$ ). Kızlarda her yaş grubunda tanı almama oranı daha fazladır ( $p < 0,05$ ). Yaş dönemine göre tanı almama oranları şunlardır: Okul öncesi (E:73 (%40,8), K:50 (%58,1)); okul çağı (E:58 (%16,4); K:29 (%20,1)) ve ergenlik (E:18 (%12,3), K:38 (%23,9)). (Tablo 5, Tablo 6)

Okul tarafından yönlendirilen hastaların 143'üne (%88,8), pediatri tarafından yönlendirilen hastaların 30'una (%60,0) tanı konulmuştur; her ikisinde de tanı alma oranı anlamlı olarak yüksektir ( $p < 0,05$ ). Okulun yönlendirmesiyle başvuranlara DEHB (E:64, %52,0; K:11, %28,9) ve zihinsel yetersizlik (ZY) (E:24, %19,5; K:8, %2,1) en sık konulan tanılar olmuştur. Pediatrinin yönlendirmesiyle başvuran erkeklerin 7'si (%33,3), kızların 13'ü (%44,8) herhangi bir tanı almamıştır. Kendi isteği ile başvuran erkekler konuşma/telaffuz sorunları (s:2), çekingenlik (s:2), mutsuzluk (s:2); kızlar mutsuzluk/kolay ağlama (s:6), somatik yakınmalar (s:4), korku/endişe (s:3), Kendine zarar verme davranışı (s:3), dikkatsizlik (s:2), ders sorunları (s:2), okuldan / evden kaçma (s:2), sinirlilik (s:2) şikayetlerini dile getirmişlerdir.

**Tablo 2.** Hastaların birinci başvuru şikayetlerinin cinsiyete göre dağılımı

Birinci Başvuru Şikayeti	Erkek		Kız		Toplam		p
	s	%	s	%	s	%	
Hareketlilik	111	11,6	18	4,6	129	12,0	<0,05
Sinirlilik/ Laf dinlememe	106	15,5	57	14,5	163	15,1	0,724
Ders sorunları	96	14	50	12,7	146	13,5	0,508
Konuşma/ Telaffuz sorunları	60	8,8	15	3,8	75	7,0	<0,05
Konuşmama/ Geç konuşma	56	8,2	9	2,3	65	6,0	<0,05
Dikkatsizlik	37	5,4	27	6,9	64	5,9	0,350
Korku/Endişe	33	4,8	24	6,1	57	5,3	0,397
Geç algılama	31	4,5	15	3,8	46	4,3	0,641
Somatik yakınmalar	24	3,5	38	9,6	62	5,7	<0,05
Uyku sorunları	17	2,5	9	2,3	26	2,4	1,0
Alışkanlıklar (Tırnak yeme, parmak emme, mastürbasyon)	16	2,3	16	4,1	32	3,0	0,135
Çekingenlik	16	2,3	16	4,1	32	3,0	0,135
Kaka kaçırma	14	2,0	12	3,0	26	2,4	0,309
Okuldan/Evden kaçma	11	1,6	14	3,6	25	2,3	0,057
Tik	10	1,5	6	1,5	16	1,5	1,0
İnternette/telefonla uzun zaman geçirme	8	1,2	2	0,5	10	0,9	0,342
İdrar kaçırma	8	1,2	4	1,0	12	1,1	1,0
Mutsuzluk/Kolay ağlama	8	1,2	26	6,6	34	3,2	<0,05
Takıntı/İstenmeyen düşünce	7	1,0	9	2,3	16	1,5	0,118
Arkadaş sorunları (zorbalığa maruz kalma, küskünlük)	7	1,0	6	1,5	13	1,2	0,564
Kendine zarar verme/İntihar girişimi	2	0,3	12	3,0	14	1,3	<0,05
Diğer (yemek sorunları, saç yolma, özbakımını ihmal etme, karşı cins davranışları gösterme, tedavi uyumsuzluğu)	7	1,0	9	2,3	16	1,5	0,118

**Tablo 3.** Hastaların yaşa ve cinsiyete göre en sık birinci başvuru şikayetleri

Cinsiyet	Okul Öncesi (s)	Okul Çağı (s)	Ergenliği (s)
<b>Erkek</b>	Konuşmama/Geç konuşma (43)	Hareketlilik (75)	Ders sorunları (29)
	Konuşma/Telaffuz sorunları (37)	Ders sorunları (65)	Sinirlilik/Laf dinlememe (28)
	Sinirlilik/Laf dinlememe (31)	Sinirlilik/Laf dinlememe (47)	Hareketlilik (16)
	Hareketlilik (20)	Dikkatsizlik (26)	Dikkatsizlik (9)
	Alışkanlıklar* (8)	Korku/Endişe (22)	Somatik yakınmalar (9)
<b>Kız</b>	Sinirlilik/Laf dinlememe (20)	Ders sorunları (31)	Somatik yakınmalar (27)
	Konuşma/Telaffuz sorunları (11)	Sinirlilik/Laf dinlememe (21)	Mutsuzluk/Kolay ağlama (26)
	Alışkanlıklar* (11)	Dikkatsizlik (19)	Ders sorunları (18)
	Hareketlilik (7)	Hareketlilik (9),	Sinirlilik/Laf dinlememe (16)
	Konuşmama/ Geç konuşma (6)	Somatik yakınmalar (9), Geç algılama (9)	Korku/Endişe (14)

\*Parmak emme, tırnak yeme, çocukluk çağı mastürbasyonu

121 (%17,7) erkek ve 50 (%12,7) kız eştanı almıştır ( $p<0,05$ ). Eştanı sıklığı okul öncesinde %5,2 (s:14), okul çağında %19,2 (s:97), ergenlikte %19,5 (s:60) şeklindedir. İkinci şikayet belirtenlerin 148'i (%86,5) eştanı almıştır ( $p<0,05$ ). Erkeklerde ve kızlarda en fazla eştanı DEHB ve ZY'de saptanmıştır. Erkeklerde DEHB'ye en sık KOKGB (s:24), özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB) (s:7) ve ZY (s:4); kızlarda ÖÖB (s:6), ZY (s:2), karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) (s:2) eşlik etmiştir. ZY'ye erkeklerde DEHB (s:12) ve davranım bozukluğu (s:5), kızlarda DEHB (s:3) eşlik etmiştir. Kızlarda depresyonla görülen eştanı sayısı fazlayken (KOKGB, anksiyete bozukluğu diğer, tik

bozuklukları, Enürezis nokturna ve aylık anksiyetesi bozukluğu) erkeklerde sınırdaki zeka düzeyi ile birlikte görülen eştanı sayısı (ÖÖB, DEHB, KOKGB, sosyal anksiyete bozukluğu, enürezis nokturna) fazladır. Yaş gruplarına göre en sık konulan eştanılar şunlardır: okul öncesi dönemde KOKGB (s:3), otizm spektrum bozukluğu (s:2); okul çağı döneminde KOKGB (s:20), DEHB (s:17), ÖÖB (s:15), ZY (s:8); ergenlik döneminde DEHB (s:10), KOKGB (s:10), davranım bozukluğu (s:8). Eştanı almayan tanılar anoreksiya nervosa, psikotik durumlar, trikotilomani, alışkanlık bozuklukları, uyku bozuklukları, cinsiyet disforisi ve temaruzdur.

**Tablo 4.** Hastaların birincil tanılarının cinsiyete göre dağılımı

Birincil Tani	Erkek		Kız		Toplam		p
	s	%	s	%	s	%	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	201	29,3	47	11,9	248	24,9	<0,05
Zihinsel Yetersizlik	60	8,8	32	8,1	92	8,5	0,821
İletişim Bozuklukları	40	5,8	11	2,8	51	4,7	<0,05
Otizm Spektrum Bozukluğu	36	5,3	2	0,5	38	3,5	<0,05
Kekemelik	19	2,8	4	1,0	23	2,1	0,077
Depresyon	18	2,6	47	11,9	65	6,0	<0,05
Sınırdaki Zeka Düzeyi	17	2,5	13	3,3	30	2,8	0,445
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	15	2,2	14	3,6	29	2,7	0,240
Anksiyete Bozukluğu diğer	15	2,2	16	4,1	31	2,9	0,088
Uyum Bozukluğu	14	2,0	12	3,0	26	2,4	0,308
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	13	1,9	5	1,3	18	1,7	0,622
Özgül Öğrenme Bozukluğu	11	1,6	3	0,8	14	1,3	0,279
Enkoprezis	10	1,5	5	1,3	15	1,4	1,0
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	7	1,0	5	1,3	12	1,1	0,766
Obsesif Kompulsif Bozukluk	7	1,0	9	2,3	16	1,5	0,118
Tik Bozuklukları	6	0,9	6	1,5	12	1,1	0,372
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	6	0,9	12	3,0	18	1,7	<0,05
Uyku Bozuklukları	6	0,9	3	0,8	9	0,8	1,0
Davranım Bozukluğu	5	0,7	1	0,3	6	0,6	0,425
Enüresiz Nokturna	5	0,7	5	1,3	10	0,9	0,511
Diğer*	18	2,6	17	4,3	35	3,2	
Yok	149	21,8	117	29,6	266	24,7	<0,05

\*Travma ile ilişkili bozukluklar, somatik belirti ve ilişkili bozukluklar, selektif mutizm, trikotilomani, bipolar affektif bozukluk, psikotik bozukluk, anoreksiya nervosa, cinsiyet disforisi, alışkanlık bozuklukları, tanımlanmamış, temaruz

**Tablo 5.** Birinci başvuru şikayetine göre en sık konulan birincil tanılarının cinsiyete göre dağılımı

Birinci Şikayet	Erkek (S)	Kız (S)
Hareketlilik	DEHB (84), Yok (22)	DEHB (9), Yok (7)
Sinirlilik/Laf dinlememe	DEHB (36), KOKGB (10), Uyum bzk (5), ZY (4), DB (3), OSB (3), Depresyon (3), Yok (39)	Depresyon (9), DEHB (4), KOKGB (4), Yok (32)
Ders sorunları	DEHB (44), ZY (17) Sınırdaki zeka düzeyi (10), ÖÖB (8), Yok (8)	DEHB (13), Sınırdaki zeka düzeyi (10), ZY (9), Depresyon (3), Yok (10)
Konuşma/Telaffuz sorunları	İletişim bzk (23), Kekemelik (19), Yok (13)	İletişim bzk (8), Kekemelik (3), Yok (4)
Konuşmama/Geç konuşma	OSB (25), İletişim bzk (15), ZY (10), Yok (4)	İletişim bzk (3)
Dikkatsizlik	DEHB (23), Yok (12)	DEHB (15), Yok (10)
Korku/Endişe	YAB (9), Anksiyete bzk, diğer (6), Yok (11)	YAB (6), Anksiyete bzk, diğer (6) Ayrılık ank bzk (3), Yok (4)
Geç algılama	ZY (23), Sınırdaki zeka düzeyi (4)	ZY (14)
Somatik yakınmalar	YAB (5), Anksiyete bzk, diğer (4) Somatik belirti ve ilişkili bozukluklar (3), Yok (10)	Yaygın anksiyete bzk (7) Anksiyete bzk, diğer (5) Somatik belirti ve ilişkili bozukluklar (3) Yok (18)
Uyku sorunları	Uyku bzk (6) Yok (6)	Uyku bzk (3) Yok (4)
Alışkanlıklar*	Yok (9)	Alışkanlık bzk (5) Yok (8)
Çekingenlik	SAB (5), Selektif mutizm (3) Yok (5)	SAB (3) Yok (4)
Kaka kaçıрма	Enkoprezis (9), DEHB (3) Yok (2)	Enkoprezis (5) Yok (5)
Okuldan/Evden kaçma	AAB (3)	AAB (7)
Tik	Tik bzk (6)	Tik bzk (6)
İnternette zaman geçirme	DEHB (3), Yok (3)	
İdrar kaçıрма	EN (5)	EN (3)
Mutsuzluk/Kolay ağlama	Depresyon (7)	Depresyon (23)
Takıntı/İstenmeyen düşünce	OKB (5)	OKB (8)
KZVD/ İntihar girişimi		Depresyon (5)

AAB: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, AST: Akut Stres Tepkisi, bzk: bozukluğu, DB: Davranım Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, EN: Enüresiz Nokturna, KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, KZVD: Kendine zarar verme davranışı, SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu, ÖÖB: Özgül Öğrenme Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, ZY: Zihinsel Yetersizlik, \*Tırnak yeme, parmak emme, masturbasyon

**Tablo 6.** En sık konulan birincil tanıların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Okul Öncesi (s)	Okul Çağı (s)	Ergenliği (s)
Erkek	İletişim bozuklukları (34)	DEHB (145)	DEHB (44)
	OSB (20)	ZY (30)	ZY (20)
	DEHB (12)	OSB (11), Sınırdaki zeka düzeyi (11)	Depresyon (13)
	ZY (10)	Kekemelik (10), Uyum Bozukluğu (10)	Yok (18)
	Enkoprezis (6)	YAB (10)	
Kız	Yok (73)	Yok (58)	
	İletişim bozuklukları (9)	DEHB (36)	Depresyon (41)
	AAB (7)	ZY (18)	YAB (10)
	Yok (50)	Depresyon (7), Anksiyete bzk, diğer (7)	DEHB (9), ZY (9), Anksiyete bzk, diğer (9)
		Yok (29)	Yok (38)

AAB: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu bzk: bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, ZY: Zihinsel Yetersizlik

## Tartışma

Bu çalışma genelinde erkeklerin başvurusu daha fazladır; okul çağında erkekler, ergenlik döneminde kızlar daha fazla başvurmuştur. Okulun erkekleri, pediatri nin kızları yönlendirdiği; kendi isteğiyle başvuru oranının ergen kızlarda daha fazla olduğu saptanmıştır. Ülkemizdeki çalışmalarda erkeklerin ve 6-12 yaş okul dönemi çocuklarının daha çok başvurduğu saptanmıştır [5-16]; sadece bir çalışmada 12-18 yaş grubu daha fazla başvurmuştur [17]. Yurt dışında da erkeklerin daha fazla başvurduğu saptanmıştır [18]. Erkeklerde her yaş döneminde dışa vurum davranışları, okul öncesi dönemde gelişimsel sorunlar fazladır. Bu durum dışa vurum davranışlarının erkeklerde daha sık görülüp kolay saptanması ve erkeklerin nörogelişimlerinin kızırlardan yavaş olması ile ilişkili olabilir [19]. Kendi isteği ile başvuran kızların mutsuzluk/kolay ağlama, somatik yakınmalar ve korku/endişeler gibi içe vurum sorunlarının ön planda olması, bu sorunların fark edilememesi nedeniyle kendilerinin psikiyatride başvurarak yardım arayışında bulunmalarına yol açabilir. Bu çalışmada anne-baba tarafından başvuru ergenlik döneminde erkeklerde %15,5'e karşın kızlarda %23'tür. Erkeklerin aileleri tarafından ikna edilip getirilebilme ihtimallerinin ergenlikte azabileceği düşünülmektedir. Ayrıca genelde psikiyatrik bozukluklar erkeklerde çocukluk, kızlarda ise ergenlik döneminde başlar [19]. Psikiyatri polikliniklerine başvurulardaki cinsiyet farklılığı erişkinlikte de devam etmektedir; bu durum kadınların damgalanma endişesi hissetmeden psikiyatrik sorunlarını daha az inkar etmelerine, daha fazla psikolojik açıklık göstererek yardım arayışında bulunmalarına bağlanmıştır [20].

Bu çalışmada okulun dışa vurum şikayetleri nedeniyle erkekleri yönlendirdiği gözlenmiştir. Dışa vurum belirtileri öğretmenlerce kolay fark edilir. Okullarda içe vurum sorunlarını tanımayla yönelik eğitimlerle farkındalık artırılabilir. Çocuk ve ergen psikiyatrisinde tanı koymada ve tedavide okuldan alınan bilgi önemlidir.

Karakoç Demirkaya ve ark. (2015) pediatri ve diğer bölümlerde yönlendirilme oranını %11,2 olarak belirtirken bu çalışmada sadece pediatri tarafından yönlendirilme oranı %4,2'dir [17]. Pediatri tarafından nörogelişimsel sorunlar ve somatik belirtiler, özellikle kaka kaçırma ve konuşma gecikmesi yönlendirilmiştir. Pediatriye erişim nispeten kolay olduğundan pediatri stlerin psikiyatrik bozukluklarla ilgili farkındalığı artırılmalıdır [21]. Psikiyatri belirtilerini tarayan ölçeklerin pediatri de kullanılması araştırılmıştır [22]. Aile ve hastanın niyeti olmadan psikiyatride yönlendirilmenin başvuruya ve tedavi uyumuna etkisi tartışmalıdır [23].

Bu çalışmada birden fazla şikayetle başvuru oranı erkeklerde daha fazladır. Çalışmalarda birden fazla şikayetin dile getirilme oranlarında, cinsiyetler arasında fark olmadığı belirtilmiştir [8,11,13]; ayrıca birden çok şikayet ile ilaç kullanımı arasında ilişki saptanmıştır [13]. Literatürde erkeklerde kekemelik ile hareketlilik, kızlarda mutsuzluk ile fiziksel yakınmalar; her iki cinsiyette hareketlilik, sinirlilik ve ders başarısızlığı ön plandadır [6,9,11,13]. Hareketlilik en çok dile getirilen şikayetler arasındadır. Bu durum ailelerin baş etme becerisinin yetersizliğine, yaş dönemi özellikleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasına, sınır koyma sorunlarına, DEHB ile ilgili farkındalığın artmasına bağlı olabilir. Erkeklerde okul öncesinde konuşma gecikmesi sık saptanmıştır. Nörogelişimsel olgunlaşmanın gecikmesi, OSB farkındalığının artması, artmış ekran maruziyeti ve uyaran eksikliği bu sonuca yol açabilir. Bu çalışmada kız ergenlerde hareketlilik şikayeti daha az, içe vurum sorunları daha fazla saptanmıştır; ergenlerle yapılan çalışmalarda uyumludur [24,25]. Tanı çeşitliliği, sinirlilik/laf dinlememe ve ders sorunları şikayetlerinde fazladır. Bir şikayetin çoğunlukla birden fazla tanı ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir [8,11,12,25,26]. Bu çalışmada ders sorunlarına eşlik eden ikincil şikayetler fazladır. Pek çok durumun sonucu olan ders başarısızlığı çocuğun motivasyonunu kırıp benlik

saygısını etkiler, ailesiyle arasında sorunlara neden olur. Tedavi risk etkenleri ve eştanılar saptanarak planlanmalı; okulun desteği alınmalıdır. Psikiyatride tanının anamneze dayalı olması, kesin tanıyı koymak için belirteç veya ölçüğün kullanılmaması nedeniyle şikayetler detaylandırılmalı, ilişkili tüm bozukluklar taranmalıdır. Çocuklarda psikiyatrik bozuklukların en sık görülme yaşı 9-10 yaşdır [27]. Bu çalışmada da tanı alma oranı en fazla okul çağı dönemindedir. Akademik başarıda, sorumluluk duygusu ve sosyal ortamlara uyumda becerilerin beklentilerin altında olmasıyla sorunlar fark edilmektedir.

Bu çalışmada her yaş gurubunda kızlarda tanı almama oranı erkeklerden daha düşük bulunurken kızların ergenlikte tanı alma oranı diğer yaş dönemlerine göre daha fazladır. Bu durum ergenlikte kızların başvurularındaki artışla ve psikiyatrik bozuklukların kızlarda sıklıkla ergenlik döneminde başlamasıyla uyumludur [19]. Okul öncesi dönemde herhangi bir tanı alma oranı diğer yaş dönemlerine göre daha düşük bulunmuştur (E %59,2, K %42,9). Tanı alma oranını Sevgen ve Altun (2017) 0-5 yaş arasında %71,6; Çoşkun ve Kaya (2016) ise 3-6 yaş arasında %41,7 olarak bildirmişler [15,28]. Ülkemizde yapılan çalışmalarda çocuk ve ergen psikiyatrisi başvurularında tanı almama oranı %3,3 ile %25,3 arasındadır [8-10,12]. Psikiyatride dair farkındalık ve kültürel yargıların bölgesel farklılık göstermesi nedeniyle hasta profilinin farklılığı, çalışmalarda metodun aynı olmaması tanı oranını değiştirmektedir. Ayrıca çocuk ve ergenlerde saptanan belirtinin şiddetinin ve sayısının tanı koymak için yeterli olamayabileceği; ancak bu çocuklara da ihtiyaç duydukları müdahaleyi uygulamak gerektiği belirtilmektedir [29].

Ülkemizdeki diğer çalışmalara benzer şekilde bu çalışmada da en sık konulan tanı DEHB, ZY, herhangi bir anksiyete bozukluğu olmuştur [7,10,12,13,15]. Literatürde tanı dağılımı erkeklerde DEHB ve diğer dışa vurum bozuklukları, kızlarda ise anksiyete bozuklukları, depresyon gibi içe vurum bozuklukları şeklindedir [9,10,13,14]. Okul öncesi dönemde iletişim bozuklukları, okul döneminde DEHB ve ZY, ergenlik döneminde ise erkeklerde DEHB, kızlarda depresyon en sık saptanan tanılardır. Okul öncesi dönemde iletişim bozukluklarının DEHB ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir [30]. Bu çalışmada erkeklerde okul öncesi dönemde iletişim bozuklukları, okul döneminde DEHB siktir; iletişim bozukluğu tanılı çocukların DEHB yönünden izlenmesi önerilir. 4 yaşındaki çocuklarda psikiyatrik tanının 10 yaşında sürekliliğini araştıran bir çalışmada, psikiyatrik bozuklukların ilerleyen yıllarda aynı kalabildiği gibi başka psikiyatrik bozukluklara da dönüşebildiği belirtilmiştir [31]. Yaş grupları arasındaki belirti ve tanı farklılıklarının nedenlerinden biri bu olabilir. Okul öncesi dönemde saptanan bozuklukların izlenmesinde akılda tutulmalıdır.

Tedaviye uyumu ve yanıtı etkilemeleri nedeniyle eştanıların tespit edilmesi önemlidir. Psikiyatride eştanı oranının %45'lere vardığı belirtilmiştir [32]. Bu çalışmada eştanı oranı erkeklerde daha fazladır. KOKGB her yaş grubunda eştanı olarak saptanmıştır. Her iki cinsiyette de en sık DEHB ve ZY eştanı almıştır. Ülkemizdeki çalışmalarda eştanı oranı metodolojik farklılıklara bağlı olarak %10-%49 arasında değişmektedir; en fazla eştanı DEHB'de saptanmıştır [6,8,12-16]. Bu çalışmada sınırdaki zeka düzeyine DEHB, DEHB'ye sınırdaki zeka düzeyinin sık eşlik etmesi gibi karşılıklılık göze çarpmaktadır. Ayrıca farklı tanıları çok benzer şikayetlere neden olmaktadır. Psikiyatride eştanının çok yaygın olmasıyla ilgili çeşitli hipotezler öne sürülmektedir; sık birliktelik gösteren bozuklukların aynı spektrumun ve aynı yatkınlığın bir parçası olması ya da tanı kriterlerinin belirsizliği ve çakışması bu hipotezlerdendir [32, 33]. Bu çalışmada eştanıların karşılıklılığı, farklı tanılarda şikayetlerin benzerliği ilgili hipotezlerle uyumludur.

Çalışmada ölçek verilerinin kullanılmaması, geriye dönük dosya bilgilerinin taranması çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Tek bir ildeki veriler genelleştirmeyi engellemektedir. Ancak bu çalışma kırkkale ilinde çocuk ve ergen psikiyatrisi ile ilgili yapılan ilk çalışmadır; ülkemizde çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerin planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bölgesel farklılıklar göz önüne alınarak çocuklara, ergenlere ve onlarla etkileşen mesleklerle psikiyatrik farkındalığın artırılmasına yönelik eğitimlerin hazırlanmasının koruyucu ruh sağlığı açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Yapılandırılmış ölçeklerle yurt genelinde epidemiyolojik verilerin toplanması önerilmektedir.

### **Çıkar çatışması / finansal destek beyanı**

Bu yazıdaki hiçbir yazarın herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Yazının herhangi bir finansal desteği yoktur.

### **Kaynaklar**

1. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2015; 56: 345-65.
2. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 715-25.
3. Rutter M, Silberg J, O'Connor T. Genetics and child psychiatry. I. Advances in quantitative and molecular genetics. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40:3-18.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci baskı (DSM 5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev.: Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

5. Avcı A. AÜTF Çocuk Psikiyatrisi kliniğine başvuran hastaların belirti dağılımı ve sosyodemografik özellikleri. Ankara Üniversitesi, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. 1992.
6. Tanrıöver S, Kaya N, Tüzün Ü, Aydoğmuş K. Çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran çocukların demografik özellikleri ile ilgili bir çalışma. *Düşünen Adam Psikiyatri Nöroloji Bilim Derg* 1992; 5: 13-19.
7. Abalı O, Durukan M, Mukaddes NM, Polvan O. Çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özelliklerine göre değerlendirilmesi. *Haseki Tıp Bülteni* 2006; 44: 1-7.
8. Aras Ş, Ünlü G, Taş FV. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. *Klin Psikiyatr Derg* 2007; 10: 28-37.
9. Aktepe E, Demirci K, Çaliskan AM, Sönmez Y. Symptoms and diagnoses of patients referring to a child and adolescent psychiatry polyclinic. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurologic Sciences* 2010; 23: 100-108.
10. Durukan İ, Karaman D, Kara K, Türker T, Tufan A E, Yalçın Ö, Karabekiroglu K. Diagnoses of patients referring to a child and adolescent psychiatry outpatient clinic. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurologic Sciences* 2011; 24: 113-20.
11. Fidan YT. Bir çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran çocuk ve ergenlerin ruhsal belirtileri ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2011; 3: 1-8.
12. Sarı BA. Batman'da çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirti ve tanı dağılımları. *Klin Psikiyatr Derg* 2013; 16: 7-17.
13. Uçar HN, Vural AP, Kocael Ö, Köle IH, Dağdelen F, Kırtıl İY. Bir çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastaların yakınma, tanı ve ilaç uygulamaları karakteristiklerinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniv Tıp Fak Derg* 2014; 40: 75-83.
14. Türkoğlu S. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tanı Dağılımları. *Selçuk Tıp Derg* 2014; 30: 118-122.
15. Çoşkun M, Kaya I. Psikiyatri kliniğine başvuran okul öncesi çocuklarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ve örüntüleri. *Anadolu Kliniği* 2016; 21: 42-47.
16. Gormez V, Oregul AC, Baljinnyam S, Iyeva N. Diagnostic and demographic characteristics of patients referred to a child and adolescent psychiatry clinic. *JMOOD* 2017; 7: 41-46.
17. Demirkaya Karakoç S, Aksu H, Yılmaz N, Özgür BG, Eren E, Avcil SN. Bir üniversite hastanesi çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran olguların tanıları ve sosyodemografik özellikleri. *Meandros Med Dent J* 2015; 16: 4-8.
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. Zahn-Waxler C, Shirtcliff EA, Marceau K. Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2008; 4: 275-303.
20. Mackenzie CS, Gekoski WL, Knox VJ. Age, gender, and the underutilization of mental health services: the influence of help-seeking attitudes. *Aging Ment Health* 2006; 10: 574-82.
21. Costello EJ. Primary care pediatrics and child psychopathology: A review of diagnostic, treatment, and referral practices. *Pediatrics* 1986; 78:1044-51.
22. Jellinek MS, Murphy JM, Robinson J, Feins, A., Lamb S, Fenton T. Pediatric symptom checklist: Screening school-age children for psychosocial dysfunction. *J Pediatr* 1988; 112: 201-209.
23. Hacker K, Arsenault L, Franco I, Shaligram D, Sidor M, Olfson M, Goldstein J. Referral and follow-up after mental health screening in commercially insured adolescents. *J Adolesc Health* 2014; 55: 17-23.
24. Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M, Aydoğdu A. Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniğine Başvuran Ergenlerde Belirti ve Tanı Dağılımı. *Klin Psikiyatr Derg* 2004; 7: 103-10.
25. Akdemir D, Çuhadaroğlu Çetin F. Çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne başvuran ergenlerin klinik özellikleri. *Çocuk Genç Ruh Sağlığı Derg* 2008; 15(1): 5-13.
26. Öner Ö, Öncü B, Sağduyu G, Canat S. Dikkatsizlik yakınması ile başvuran ergenlerin aldıkları tanılar. *Çocuk Genç Ruh Sağlığı Derg* 2002; 9; 167-71.
27. 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: 837-44.
28. Sevgen FH, Altun H. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran 0-5 Yaş Arası Çocukların Başvuru Şikayetleri ve Psikiyatrik Tanıları. *JMOOD* 2017; 7: 205-11.
29. 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
30. Geurts HM, Embrechts M. Language profiles in ASD, SLI, and ADHD. *J Autism Dev Disorders* 2008; 38: 1931-43.
31. Wichstrøm L, Belsky J, Steinsbekk S. Homotypic and heterotypic continuity of symptoms of psychiatric disorders from age 4 to 10 years: a dynamic panel model. *J Child Psychol Psychiatry* 2017; 58: 1239-47.
32. Caspi A, Moffitt TE. All for one and one for all: Mental disorders in one dimension. *Am J Psychiatry* 2018; 175: 831-44.
33. Van Loo HM, Romeijn JW. Psychiatric comorbidity: fact or artifact?. *Theor Med Bioeth* 2015; 36: 41-60.