



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



# ÇOCUK RUH SAĞLIğI



WEglobal





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>1</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>3</b>
<b>ÇOCUKLARDA RUH SAĞLIğI DEĞERLENDİRMESİNİN TEMEL İLKELERİ</b> .....	<b>4</b>
Çocuklarda Ruh Sağlığı Değerlendirmesinin Temel İlkeleri-Özet: .....	6
<b>BİLİŞSEL YETERSİZLİK</b> .....	<b>7</b>
Tanım ve Sıklık .....	7
Değerlendirme ve Takip .....	7
Bilişsel Yetersizlik-Özet .....	8
<b>ÖZGÜL ÖĞRENME BOZUKLUĞU</b> .....	<b>9</b>
Tanım ve Sıklık .....	9
Değerlendirme ve Takip .....	10
Özgöl Öğrenme Bozukluğu-Özet .....	10
<b>İLETİŞİM BOZUKLUKLARI</b> .....	<b>11</b>
Dil Bozukluğu .....	11
Konuşma Sesi Bozukluğu .....	12
Konuşmada Akıcılık Bozukluğu (Kekemelik) .....	12
İletişim Bozuklukları-Özet .....	13
<b>OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU</b> .....	<b>14</b>
Tanım ve Sıklık .....	14
Değerlendirme ve Takip .....	15
Otizm Spektrum Bozukluğu-Özet .....	18
<b>DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU</b> .....	<b>19</b>
Tanım ve Sıklık .....	19
Değerlendirme ve Takip .....	20
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu-Özet .....	22
<b>ANKSİYETE BOZUKLUKLARI</b> .....	<b>23</b>
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu .....	24
Özgöl Fobi.....	25
Sosyal Anksiyete Bozukluğu .....	25
Selektif Mutizm.....	26
Panik Bozukluk.....	27
Yaygın Anksiyete Bozukluğu .....	27
Anksiyete Bozuklukları-Özet .....	28
<b>DIŞA ATIM BOZUKLUKLARI</b> .....	<b>29</b>
Enürezis.....	29
Enkoprezis .....	30
Dışa Atım Bozuklukları-Özet .....	31
<b>NELER ÖĞRENDİK?</b> .....	<b>28</b>
<b>SORULAR</b> .....	<b>30</b>
<b>KAYNAKLAR</b> .....	<b>34</b>



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## ÇOCUK RUH SAĞLIğI

### Öğrenme Çıktıları

- 0-11 yaş aralığındaki psikiyatrik durumlar ile ilgili bilgileri hatırlayabilir, farkı problemler arasında seçim yapabilir.
- 0-11 yaş aralığındaki bir çocukta var olan durumu anlayabilir, yönlendirme yapacağı durumlarda ilgili ruh sağlığı uzmanına vakanın durumunu özetleyebilir.
- Öğrendiği bilgileri mesleki uygulama sürecinde geliştirebilir, vakalardaki temel sorunları çözebilir, vaka izlemi yürütebilir.
- Vakadaki mevcut durumla ilgili riskleri analiz edebilir, riske göre müdahale ve yönlendirme planını elde edebilir.
- Müdahalenin sonuçlarını değerlendirebilir, ölçebilir ve gerekli durumda yönlendirme sağlayabilir.

### Anahtar Sözcükler

Çocuk, ruh sağlığı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, anksiyete, otizm, konuşma



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## GİRİŞ

Bu derste, 0-11 yaş aralığındaki çocuklarda sık görülen duygusal ve davranışsal zorlukların tanınması, ayırt edilmesi; ilk basamak müdahale ve uygun şekilde yönlendirmenin kavranması amaçlanmaktadır.

Öncelikle, çocuk ruh sağlığında değerlendirmenin temel ilkeleri anlatılacaktır. Sonrasında her psikopatoloji ile ilgili tanım, klinik belirtiler, yönetme ve yönlendirme ile ilgili temel becerilerin kazandırılması amaçlanmaktadır. Tedaviler ile ilgili detaylı bilgiye yer verilmemiştir. Bu ders notunun amacı, çocuklarla çalışan sosyal hizmet profesyonelinin bu yaş grubunda sık görülen psikopatolojiler ile ilgili bilimsel temelli bilgi birikimini artırma; patolojileri tanıma, yönlendirme ve temel seviyede yönetme becerisini kazanmasıdır. Bölümün en sonunda ise konu ile ilgili özet noktalar sunulmuştur.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## ÇOCUKLARDA RUH SAĞLIğI DEĞERLENDİRMESİNİN TEMEL İLKELERİ

Bir çocuğun ruh sağlığı değerlendirmesi, çocukta görölen ve çocuğun hayatını etkileyen durumların tanımlanması, bu duruma esas oluşturan psikolojik ve davranışsal güçlüklerinin yapısı ve şiddetinin değerlendirilmesi ve çocuğun mevcut işlevselliğini etkileyen durumların kurum, aile ve okul ortamına olan iz düşümünün değerlendirmesini kapsar.

Genellikle çocuğun değerlendirmesinde bilgi kaynağı, çocuğun kendisi ve bakım verenleridir. Buna ek olarak çocuğun, okul ve sosyal ortamı ile ilgili yapılan görüşmeler, bilişsel gelişimini değerlendiren testler, belirtileri sorgulayan ölçekler de değerlendirmenin temel taşlarını oluşturur. **Çocukların değerlendirmesi nadiren çocuğun kendisi ile başlar. Fakat çocuk, herhangi bir sebeple koruma altına alınmışsa bu durumda tek bilgi kaynağı başlangıçta çocuğun kendisi olabilir.** Özellikle depresyon, anksiyete bozukluğu gibi durumlarda temel bilgi kaynağı çocuğun kendisi olabilirken; dışa vurum bozuklukları denilen davranış problemleri, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu gibi durumlarda ise güvenilir bilgi dış çevreden alınabilir, gözlemlerle doğrulanabilir. Çok küçük yaştaki çocuklar, yaşadıklarını sıklıkla sözel olarak ifade edemezler. Bu çocukların yaşadığı zorluklar ve duygular, oyun ortamında daha iyi gözlemlenebilir. Oyun, bu tür durumlarda açık uçlu bir değerlendirme yöntemidir. Bazen resim çizmek de projektif bir değerlendirme yöntemi olarak kullanılabilir. Bunun yanında çocuğun, geçmiş öyküsünün alınması, sağlık kayıt sisteminde önceki tanıları ile varsa kullandığı ilaçlarının öğrenilmesi değerlendirmeye ışık tutabilir.

4

Çocuk hakkında bilgi toplandıktan sonra mevcut durumu isimlendirmek, uygun ilk müdahale ve yönlendirmeyi yapabilmek için **Psikiyatrik Bozukluklar İçin Tanı ve Sınıflandırma El Kitabının gözden geçirilmiş beşinci baskısının (DSM-5-TR)** tanı ölçütlerinin karşılanıp karşılanmadığının belirlenmesi işe yarayabilir. Bunun yanında, çocuğun koruma altında olduğu durumlarda, onunla görüşme yapacak profesyonelin de bu tanıları hakkında bilgi sahibi olması kıymetlidir.

Görüşmecinin ilk yapması gereken, çocuğun ilgisini çekmek ve kendini rahat hissedebileceği uyumlu bir ilişki kurmaktır. Görüşmeci, görüşmeye başlamadan önce muhakkak kendisini, konumunu ve amacını anlatmalı, görüşmenin amacı ile ilgili çocuğun bildiklerini öğrenmeli (**Neden burada olduğunu biliyor musun? Burası ile ilgili bir fikrin var mı?**) ve iş birliği sağlamaya çalışmalıdır. Çocuđun, mevcut durum ile ilgili zihni karışık ise bazı örneklerle bakım pratiğinin ne işe yaradığı anlatılmalı ve çocuğa sečenekler sunulmalıdır. **Görüşmeye başlarken kapalı uçlu sorular yerine açık uçlu sorular ile genelden özele bir yaklaşım kullanılmalıdır.** Görüşmeci, görüşmeye kendini tanıtarak başlamalıdır. Sonrasında, görüşmeye gelen kişiyle ilgili tanışma aşamasına geçmelidir. Bu tanışmada, çocuğun kendisinden biraz bahsetmesini isteyebilir. Bunun ardından bu görüşmenin sebebi hakkında ne bildiğini ya da görüşme sebebini sorabilir. Bu soru, "Sizi bize getiren sebep nedir? Bugün bu görüşmeyi yapmamız hakkında ne düşünüyorsun, ne biliyorsun?" şeklinde sorulabilir. Eđer çocuk, herhangi bir husustan bahsediyor ise "Bu konudan biraz bahsedebilir misin?" diye devam edilebilir. Görüşme esnasında çocuktan edinilen bilgilerle





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



ilgili kapalı uçlu sorulara geçilebilir. Fakat görüşmenin başında, doğrudan kapalı uçlu sorularla gitmek (Örneğin "Seni buraya annen mi getirdi? Korktuğun için mi geldin?" gibi) görüşmenin tıkanmasına sebep olur.

**Bebeklerin değerlendirilmesi esnasında bebeğin kendisinden bilgi alınması zor olacağından bu değerlendirme gözleme ve çevreden alınan bilgiye dayanmaktadır.** Eğer bebeğin yanında bakım veren var ise genellikle görüşme bu kişi ile başlar. Görüşmenin bakım verenle birlikte yapılması aynı zamanda ilişkiyi gözleme imkânı da tanır. Bu gözlem esnasında genellikle yapılan, bebeğin gelişimsel düzeyini takip etmek, fiziksel sağlığını ve gelişimini desteklemek (**kabaca vücuduna bakmak, mevcut izleri veya farklılıkları not etmek, hareket gelişiminin yaşına olan uygunluğunu değerlendirmek, sosyal gelişimini değerlendirmek gibi**) ve takip etmektir.

Bebeklerde sık görülen bazı problemler; sinirlilik, zor rahatlama, yeme sorunları, yetersiz kilo alımı, uyku problemleri, çekingen davranışlar, oyunlara katılmama ve gelişim geriliği, sosyal beceri problemleri olarak sayılabilir. Görüşmeci, bir taraftan bilgi alırken diğer taraftan da gözlem yaparak bebeğin motor gelişimi, aktivite düzeyi, sözel iletişimi, oyunlara katılma becerisi, problem çözme becerisi, günlük rutinelere uyumu, insan ilişkileri ve sosyal becerilerini içeren işlevsellik alanlarını değerlendirir. Yaşa ve gelişim düzeyine göre oynanan oyun da önemli bir değerlendirme aracıdır. Görüşmeci, 18 aylık veya daha küçük bir bebekle etkileşime "ce-e" gibi oyunlar kullanarak geçebilir. 18 ay ile 3 yaş arası çocuklar oyun odasında gözlemlenebilir. 2 yaş veya daha büyük çocuklar, oyuncaklarla sembolik oyun (bir rol üstlenerek sergilenen oyunlar, evcilik, doktorculuk gibi) sergileyebilirler ve bu yolla, konuşarak elde edilecek bilgiden daha fazla bilgi elde edilebilir. 6 yaşından küçük çocuklarla kuklaların ve oyuncak bebeklerin kullanılması, özellikle soruların çocuğa değil de oyuncak bebeğe yöneltilmesi bilgi elde etmenin sıklıkla başvurulan etkili bir yoldur. Bunun yanında daha önce yapılan görüşmelerden örnekler verilmesi, "Buraya gelen çocuklar bazen sinirlilikten bahsediyorlar.", "Bazen buraya ailesi ile anlaşmazlıklar yaşayan çocuklar geliyor.", "Burada, anne veya babasından ayrı kalan çocuklarla görüşüyorum." gibi görüşme başlatma yolları işe yarayabilir. Aynı zamanda, görüşmeci tarafından doldurulan veya bakım verenlerin doldurduğu yapılandırılmış ölçekler de veri sağlar.

Okul çağı çocukları ile görüşme ise biraz daha farklıdır. Bazı okul çağı çocukları, yetişkinlerle rahatlıkla konuşur. Bazıları ise kaygı, sözel ifade becerisinin zayıf olması veya inatlaşma sebebiyle zorlanabilirler. Bu yaş grubu ile yapılan görüşmelerin bir bölümü yapılandırılmış oyuna ayrılabilir ve çocuğun ilgisini çekmek için çeşitli oyuncaklar kullanılabilir. Yaş büyüdükçe çocuğun oyuna olan ilgisi de azalabilir. Bazen değerlendirme esnasında bir resim çizdirilebilir. Bu çizim, yönlendirilmiş bir çizim yerine çocuğun ne isterse çizebileceği bir resim olabilir. Yönlendirmek gerekirse de "bir aile resmi, çocuk resmi" gibi mümkün olduğunca az yönlendirme yapılmalıdır. Çocuktan; arkadaşlarının, aile fertlerinin, bir evin veya aklına gelen herhangi bir şeyin resmini yapmasını istemek duygularını ifade etmesini kolaylaştırabilir. Ardından çocuğa çizdikleriyle ilgili sorular sorulabilir. Basit ve kapalı (evet veya hayır) sorular yeterli bilgi vermeyebilir, açık uçlu sorular ise kapsamlı bir konuşma kurgulayamayan bir okul çağı çocuğunun kafasını karıştırabilir. Bu tür teknikler sıklıkla çocuğun isteksizliği ile sonuçlanır. Bazen dolaylı anlatımların kullanılması faydalıdır. Örneğin, "Buraya daha önce gelen çocuklardan birisi konuşmakta zorlanıyor,



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



kendini ifade edemiyordu çünkü ailesi ile bir anlaşmazlık yaşamıştı.” gibi bir giriş yapılabilir. Ancak görüşmeci bunu yaparken çocuktan ne duymak istiyorsa onu söylemesi için çocuğu **yönlendirmemeye** mutlaka dikkat etmelidir.

#### **Çocuklarda Ruh Sağlığı Değerlendirmesinin Temel İlkeleri-Özet:**

- Değerlendirme esnasındaki bilgi kaynakları çeşitlendirilmelidir.
- Değerlendirme yaparken öncelikle çocuğu bilgilendirmek ve güven tesis etmek önemlidir.
- Standardize ölçekler veya tanı sistemleri değerlendirmede faydalıdır.
- Gerektiğinde açık uçlu görüşme ve değerlendirme sistemleri kullanılabilir.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## BİLİŞSEL YETERSİZLİK

### Tanım ve Sıklık

Bilişsel Yetersizlik, uyumsal işlevsellik olarak bilinen sosyal ve kişisel yeterlilik için gerekli olan davranışlar ve bilişsel becerilerdeki yetersizlikleri tanımlayan psikiyatrik bir durumdur. Bu kavram, öncesinde zekâ geriliği (mental retardasyon) olarak nitelenirken mevcut tanımlama sisteminde (DSM-5) Bilişsel Yetersizlik olarak adlandırılmaktadır. Bilişsel Yetersizliğin seviyesinin belirlenmesinde; testler önemli bir araç olsa da kişinin sosyal uyum ve genel uyum becerilerinin de değerlendirilmesi gerektiği aşıkardır. Mevcut tanımlama sistemine göre standardize edilmiş zekâ testlerinde, 70 puan ve altında alan bireyler Bilişsel Yetersizlik kümesinde değerlendirilmektedir. Bu sınıflamada zekâ puanı;

- 50-70 arasında olan bireyler hafif derecede,
- 35-50 arasında olanlar orta derecede,
- 20-35 ağır ve 20 altı çok ağır Bilişsel Yetersizlik kümesi içinde yer alır.

DSM-5'te ise bu ağırlık dereceleri, kavramsal alan, toplumsal alan ve uygulamalı alan kümeleri içinde yapılabilen işlevlere göre değerlendirilmektedir.

Çocukluk çağında Bilişsel Yetersizliği olan bireylerin çoğu, hafif bilişsel yetersizliğe sahip kişilerdir (%85); bireylerin geri kalanı, orta (yaklaşık %10), ağır (yaklaşık %4) ve çok ağır (%1 ila %2) Bilişsel Yetersizliği olan kişilerden oluşur (Volkmar ve ark., 2017).

Toplum genelinde, Bilişsel Yetersizliğin herhangi bir zamanda görülme olasılığı %1 ile %3 arasında değişmektedir (Leonard ve Wen, 2002). Çocuğun normal gelişimi iyi bilinir ve takip edilirse Bilişsel Yetersizliği erken yaşta tanımlamak daha kolaydır. Genellikle tanı, en sık okul çağına doğru koyulur.

Özellikle hafif derecede Bilişsel Yetersizlik durumları, okul döneminde akademik becerilerdeki işlevsellik kaybı sebebiyle daha sık anlaşılır. Daha ağır durumlarda ise erken çocukluk döneminde aşılması gereken bazı köşe taşlarının aşılması mümkün olmayacağı için tanınabilir. Bazı vakalarda çocuk, zekâ işlevleri sınırlı olmasına rağmen iyi uyum becerileri ile geç çocukluk dönemine veya erken ergenlik dönemine kadar zorlanmayabilir ve tanı bu döneme kadar konulamayabilir.

Bilişsel Yetersizlik, erkeklerde kadınlara göre 1,5 kat daha sık görülmektedir. Fiziksel bozukluklarıyla ilişkili komplikasyonlar nedeniyle ağır ve ileri derecede Bilişsel Yetersizliği olan kişilerde ölüm oranları daha yüksektir. Bunun yanında, Bilişsel Yetersizliğin şiddeti arttıkça nörolojik ve fiziksel başka hastalık görülme oranı da artmaktadır.

### Değerlendirme ve Takip

**Bilişsel Yetersizliği tanımanın en kolay yolu normal gelişimi bilmektir.** Normal gelişim, takip edildiği ve bilindiği takdirde Bilişsel Yetersizlik kolay tanınır. Ek olarak, erken dönemde tanındığı zaman müdahale







Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



şansı ve yapılan müdahalenin etkinliği daha yüksektir. Bu sebeple, çocuğun yaşına göre becerilerinin takip edilmesi ve bu becerilerin görülmemesi durumunda değerlendirme için yönlendirilmesi önemlidir.

Örneğin 12-18 ay arasında yürüyemeyen çocuk, 4 yaşına gelmesine rağmen renkleri öğrenemeyen bir çocuk veya okula başlamasına rağmen okuma yazma öğrenemeyen bir çocuk bu açıdan değerlendirilmelidir. Bunun yanında çocuğun, yaşıнын gerektirdiği sohbet etme, etkileşim kurma, oyun oynama becerilerine sahip olmaması da Bilişsel Yetersizlik açısından değerlendirilmesini gerektirir.

### **Bilişsel Yetersizlik-Özet**

- Bilişsel Yetersizliği tanımada en önemli husus normal gelişimi değerlendirebilmektir.
- Erken dönemde bu durumu tanıma, bireysel destek eğitim planlama açısından önemlidir.
- Bilişsel Yetersizliğin tanınması ve takibi; Bilişsel Yetersizliğin koruma altındaki çocuklarda daha sık görülməsi ve Bilişsel Yetersizliği olan çocukların duygusal ve davranışsal bozukluklar açısından risk altında olması sebebi ile önemlidir.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## ÖZGÜL ÖĞRENME BOZUKLUĞU

### Tanım ve Sıklık

Özgül Öğrenme Bozukluğu, bir çocuk veya ergenin okuma, yazma veya matematik alanlarında genel zekâ düzeyine oranla daha düşük akademik başarı göstermesiyle karakterize bir durumdur. Öğrenme bozukluğu olan çocuklar, belirli konularda yaşitlarını yakalamakta zorlanırken diğer alanlarda başarılıdır.

Zorlanma, özellikle akademik alanlarda görülür. **Öğrenme bozuklukları, okul çağı çocuklarının en az %5'ini etkilemektedir.**

Öğrenme bozukluğu terimi, DSM-5'te nörogelişimsel bozukluklar başliğı altında tanımlanmıştır. Öğrenme bozukluğu tanısını karşılamak için öğrenme sorunlarının çocuğun; okul başarısını ve günlük yaşantısını etkilemesi, özel bir öğrenme alanında beklenenin belirgin olarak altında başarı göstermesi ve bu başarısızlığının başka bir faktörle (Bilişsel Yetersizlik, görme işitme problemi, okul devamsızlığı, dikkat problemleri vs.) açıklanamaması gerekmektedir.

Öğrenme bozuklukları kategorisi; Okuma Bozukluğu (Disleksi), Matematik Bozukluğu (Diskalküli), Yazılı Anlatım Bozukluğu (Disgrafi) olarak sınıflandırılmaktadır. Okuma Bozukluğu olan bir çocuk, yaşitlarına oranla daha zayıf okuması veya genel zekâ düzeyine oranla beklenenin altında okuma başarısı göstermesiyle dikkat çeker. Öğrenme bozuklukları için DSM-5 tanı ölçütleri, belirgin zekâ-başarı farkı ile aynı yaştaki çoğu çocuğa oranla düşük okuma başarısını gerektirmektedir. Okuma bozukluğu olan çoğu çocuk, IQ'dan bağımsız olarak fonolojik işlem becerilerinde (sesleri tanıma, anlama, isimlendirme gibi) eksiklikler gösterir, sözcükleri tanıma ve seslendirmede sorun yaşar. Sözcükleri oluşturan sesleri tanımakta ve anlamakta zorlanırlar. Öğrenme bozukluğu olan çocukların 4'te 3'ünde, Okuma Bozukluğu belirtileri bulunmaktadır. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan çocuklar da Okuma Bozukluğu açısından artmış risk altındadır. Okuma Bozukluğunun toplumdaki yaygınlığını araştıran çalışmalarda %2 ile %8 arasında değişen oranlar bildirilmiştir. Okuma Bozukluğu olan çocuklar, dikkat sorunları, yıkıcı davranış bozuklukları ve depresif bozukluklar açısından daha fazla risk altındadır. Okuma Bozukluğu olan çocukların %25'inde, beraberinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olduğu bildirilmektedir. DEHB'li çocukların da %15-30'unda eşlik eden bir öğrenme bozukluğu olduğu tahmin edilmektedir (Seager ve O'Brien, 2003).

Okuma Bozukluğu genetik kökenlidir ve çevresel faktörlerin etkisi ile ortaya çıkan nörobiyolojik bir bozukluktur. Okuma Bozukluğu, konuşulan dildeki sesleri işlemede bir eksiklik sebebiyle oluşmaktadır. Bu bozukluğa sahip çocuklar, kelimeleri tanıma ve seslendirmede zorlanır, sesleri tanımada güçlük yaşarlar. Bu bozuklukta, zekâ düzeyi ile açıklanamayan bir okuma sorunu vardır ve genellikle matematik ve yazma da etkilenmiştir. Beyinde esas olarak sol yarım küre etkilenmektedir. Genetik etmenler de bu bozuklukta rol almaktadır. Okuma Bozukluğu olan çocukların birinci derecede akrabalarında %35-40 oranında çeşitli derecelerde okuma güçlüğu olduğu görülmektedir.





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## Değerlendirme ve Takip

**Okuma Bozukluğu olan çocuklar, genellikle 6-7 yaşına doğru (1. sınıfın ikinci döneminde) tanınırlar.** Eğer çocuğun zekâ düzeyi ileri ise bu durum okumadaki güçlüğu maskeleyip tanınmayı geciktirebilir. Böyle durumlarda, zekâ testleri kullanılarak çocuğun potansiyelini ne derecede yansıttığı değerlendirilir. Okuma güçlüğu olan çocuklar, sesli okumada birçok hata yapar. Hatalar genellikle kelimelerin atlanması, eklenmesi ve çarpıtılması şeklindedir. Çocuğun okuma hızı yavaştır ve çocuk, okuduğunun çok azını anlamaktadır. Okuma Bozukluğu olan çoğu çocuk, yazılı veya basılı bir metinden yaşına uygun olarak kopyalayabilmekte, fakat bu çocukların çoğu dikte ile yazmakta zorlanmaktadır. Matematik Bozukluğu (diskalküli) ve Yazılı Anlatım Bozukluğu (disgrafi) tek başlarına nadir görülürler. Bu iki bozukluk sıklıkla Okuma Bozukluğu (disleksi) ile birlikte görülmektedir.

Okuma Bozukluğu, Matematik Bozukluğu ve Yazılı Anlatım Bozukluğu gibi öğrenme bozukluklarının tedavisinin temelinde çocuğun bireysel eğitim desteği alması vardır. Bu eğitim düzeni, özel eğitim veya okula destek eğitim şeklinde olabilir. Bununla birlikte bu çocuklarda, eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların tedavisi, özellikle Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun tedavisi önemlidir. Okulla iş birliği içinde olmak ve süreci birlikte yönetmek en ideal seçenektir.

### Özgül Öğrenme Bozukluğu-Özet

- Özgül Öğrenme Bozukluğu olan çocukların bilişsel gelişimleri normaldir. Bu çocuklarda, gelişimle açıklanamayan bir öğrenme sorunu vardır.
- Öğrenme sorunları, okuma, yazma ve matematik alanlarının birinde veya birkaçında olabilir.
- Eşlik eden durumların tanınması, eğitimde mesafe kat etme hızı açısından önemlidir.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## İLETİŞİM BOZUKLKLARI

İletişim bozuklukları, çocukluk çağının en sık görülen rahatsızlıkları arasında yer alır. DSM-5'te nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında sınıflanır. Bu grupta, Dil Bozukluğu, Konuşma Sesi Bozukluğu, Konuşmada Akıcılık Bozukluğu (Kekemelik) ve Toplumsal İletişim Bozukluğu yer almaktadır.

Konuşma, beynin birçok bölümünden veri alınarak oluşan karmaşık bir süreçtir. Her söylenen kelime için öncelikle kelimenin seçilip işlenmesi ve ses yapısı ile tekrar düzelemesi gerekir. Son zamanlarda Konuşma Sesi Bozuklukları ile Okuma Bozukluklarının ilişkili olduğunu gösteren birçok veri elde edilmiştir. Tüm konuşma ve dil bozukluklarının okul çağındaki tahmin edilen sıklığı %5'tir (%3 Ses Bozukluğu, %1 Kekemelik, %2-3 Gelişimsel Bozukluklara bağlı olduğu düşünülmektedir). 3 yaşın altındaki çocukların yaklaşık %10-15 kadarında sözel anlatımın gelişimi geç başlar ve yavaş ilerleme gösterir (Jijo ve ark., 2020).

Çocuklarda konuşma bozukluğu değerlendirilirken normal dil gelişiminin de bilinmesi gerekmektedir. 4 ile 6 ay arasında bebek, insan sesi başta olmak üzere tüm seslerin kaynağını görsel olarak aramaya, beşinci aydan itibaren ise yetişkinlerin görsel bakış çizgisini pasif olarak takip etmeye başlar. Bu süreç, bebeğin erişkinler ile çevrelerinde bulunan aynı obje ve olaylara ortak referans geliştirilmesiyle sonuçlanır. Bebeğin agulama sesleri, 4-6 hafta arasında belirmeye başlar. Yaşamın ilk aylarında bebekler genellikle anlamsız sesler çıkarır. 3 ayın sonunda ise bebeklerin çoğu bir yetişkin ile ilişkisini anlamsız sesler çıkararak sürdürebilir. 6-8 ay arasında babıldamalar başlar. (Babıldama, çoklu anlamsız heceler anlamına gelmektedir). 8-10 ay arasında ise bebekler, özellikle ana dillerinin seslerine karşı yatkınlık gösterir. 12 aylık bir bebek, "bana ver" gibi tek basamaklı komutları alabilir, tek kelimeler kullanabilir. 1-2 yaş arasında dil becerisi hızlı şekilde gelişir, 2 yaşına gelen bebek ilgisiz ve sıralı ikili komutları alabilir. 4 yaş itibarıyla erişkin konuşmasını algılayabilir.

### Dil Bozukluğu

Dil Bozukluğu, çocukların gelişimsel döneminden beklenen alıcı ya da ifade edici dil becerilerini sergileyememesi olarak tanımlanabilir. Bu durum, toplumumuzda genelde geç konuşma olarak adlandırılmaktadır. Dil Bozukluğunun ortaya çıkmasında genetik ve çevresel faktörler rol almaktadır. Yapılan çalışmalarda, Dil Bozukluklarındaki kalıtsallık oranı (sebepleri arasında kalıtımın rolünün oranı) %25-45 arasında bildirilmiştir. Ailede Dil Bozukluğunun bulunması, çocukta Dil Bozukluğu bulunma riskini artırmaktadır. Dili öğrenmede çevresel faktörlerin rolü ise gün geçtikçe önemi daha iyi anlaşılabilir bir husustur. Çocukla kurulan sağlıklı etkileşim, çocuğun sözel becerilerinin geliştirilmesi, etkileşimin sürdürülmesi esasında çocuğun dil gelişimini kuvvetlendiren bir husustur. Örneğin, ebeveynlerin eğitim düzeyinin ve çalışma oranının düşük olmasının çocukta Dil Bozukluğu gelişimi açısından bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda eşlik eden bazı tıbbi durumlar; örneğin, işitme sorunları da Dil Bozukluğu için bir risk faktörüdür. Bunun yanında ağız bölgesindeki yapısal problemler de Dil Bozukluğu



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



riskini arttırabilir. Dil Bozukluğunda sözel olmayan iletişim alanında belirgin bir problem genellikle bulunmaz, aynı zamanda mevcut Dil Bozukluğunu, Bilişsel Yetersizlik açıklayamaz.

## Konuşma Sesi Bozukluğu

**Konuşma Sesi Bozukluğu, özellikle ifade edici dil alanında çocukların çıkardığı bazı seslerin zor anlaşılması veya anlaşılabilmesidir.** Artikülasyon Bozukluğu veya Fonolojik Bozukluk olarak da isimlendirilmektedir. Bu bozuklukta, belirli bir yaşa kadar bazı seslerin çıkarılmaması gelişimsel çerçeve değerlendirildiğinde normal olabilir. Fakat son yıllarda artan bilimsel kanıtlar, Konuşma Sesi Bozukluğu olan çocuklara erken dönemde müdahale edildiğinde sonuçların daha olumlu olduğunu göstermektedir. Konuşma Sesi Bozukluğu, sesli harflerde olduğu gibi sessiz harflerde de olabilir. Özellikle, dilimizde sert sessiz harf olarak isimlendirilen bazı harflerin söylenmesi bazı çocuklar için ilkökul çağlarına kadar zor olabilir. Bu çocuklarda erken dönemde tanıma ve hızlı müdahale, gidişat açısından önemlidir.

## Konuşmada Akıcılık Bozukluğu (Kekemelik)

**Konuşmada Akıcılık Bozukluğu, istemsiz motor etkinlikler neticesinde normal konuşma akışının bozulmasıdır.** Kekemelikte, konuşmanın akıcılığında çeşitli bozulmalar gözlenebilir. Bunlar; ses uzatmaları, konuşmanın ritminde bozukluklar, kelimelerin veya hecelerin arasında takılmalar veya duraksamalar, ses veya hece tekrarları olarak sıralanabilir. Şiddetli vakalarda kekemeliğe, solunum problemleri, anormal ses fonasyonları veya dil ve ekstremitelerdeki hareketler gibi telafi edici ek çabalar eşlik edebilir. Gözünü kırpma, yüz hareketleri, kafa hareketleri ve anormal vücut hareketleri gibi eşlik eden davranışlar konuşmanın bozulma öncesi veya süresince gözlemlenebilir. Bu bozukluk genellikle çocuklukta başlar. Kekemeliğin toplumdaki yaygınlığının %1 olduğu düşünölmektedir.

Tipik başlangıç yaşı 2 ile 7 yaş arasındır; 5 yaşında sıklık, tepe noktasına ulaşır. Bireylerin %3-4 kadarının, yaşamlarının bir dönemlerinde kekemelik yaşadıkları düşünölmektedir. Kekemeliği olan küçük çocukların, yaklaşık %80'inin zamanla kendiliğinden iyileşmesi beklenir. Yaş ilerledikçe bu oran düşer.

Kekemelik erkeklerde daha sık görülür (3-4/1). Genetik yönü kuvvetlidir. Ailelerinde kekemelik olanlarda kekemelik görülme sıklığı daha fazladır. Kekemeliğin sebebinde biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler rol oynar. Tek başına bir stres faktörü kekemeliğe neden olmamaktadır. Fakat kekemelik stres ile artabilen bir durumdur. Tedavisinde, erken dönemde başlanan konuşma terapisinin etkinliği yüksektir. Kendi seyrine bırakılsa da düzelme ihtimali yüksek olan bir bozukluk olmakla birlikte konuşma terapisinin önemi gün geçtikçe daha iyi anlaşılmalıdır.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



### İletişim Bozuklukları-Özet

- İletişim bozuklukları, iletişimin konuşma ve anlama ile ilgili alanlarında etkilenmelerle giden bozukluklardır. Sözel olmayan iletişim genellikle etkilenmemiştir.
- Dil Bozukluğunda, konuşmanın niceliksel boyutunda etkilenme vardır. Aynı zamanda alıcı dil de etkilenebilir.
- Konuşma Sesi Bozukluğunda, bazı seslerin çıkarılması etkilenirken akıcılık bozukluğunda ise konuşmada takılma vardır.
- Hepsi eğitime hızlı yanıt verir. İditme değerlendirmesi yapılması önemlidir.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU

### Tanım ve Sıklık

**Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), çocukluk çağı Nörogelişimsel (anne karnından itibaren sinir sistemindeki gelişimsel problemlerle karakterize) Bozukluklarından biridir. Belirtileri erken çocukluk çağında başlar; sosyal etkileşim, iletişim alanda belirgin yetersizlikler ve sınırlı, tekrarlayıcı davranışlar ve ilgi alanları ile karakterizedir.**

Otizm Spektrum Bozukluğunun sıklığı giderek artmaktadır. Son veriler, her 36 çocuktan birinde görüldüğünü göstermektedir (Maenner ve ark., 2023). Seyri ağır olabilmektedir, erken tanı koymak çocuk ve aile açısından faydalıdır.

Yıllar içinde otizimli bireylerin toplum içinde kabulü artmış, henüz yeterli olmasa da kendilerine hayat alanı bulabilmeye başlamışlardır. Bununla birlikte OSB'li çoğu bireyin, tam zamanlı çalışabilme veya bağımsız yaşayabilme konusunda zorlandığı bilinmektedir. Dolayısıyla otizmin tanınması ve uygun yönlendirme sağlanması kritik öneme sahiptir.

Otizimde, anne karnındaki dönemde başlayan aşırı bir sinir hücresi gelişimi ve bu gelişim ile uyumlu olmayan işlevsiz bir bağlantı oluşumu mevcut olduğu belirtilmekte, sonrasında da normalden farklı bir sinir hücresi düzenlenmesi (budanma) olduğu vurgulanmaktadır. Dış görünüm olarak ise otizimli çocukların beyinlerinin yaşamın ilk üç yılında büyüdüğu sonrasında ise bu büyümenin durduğu belirtilmektedir. Otizm belirtilerinin oluşmasında beynin her bölgesi ön planda olmakla birlikte özellikle frontal lob (alın bölgesine denk düşen beyin kısmı) önemli rol üstlenmektedir. Yine beynin ön kısmı ile beynin diğer bölgelerinin birbiriyle ilişkilerinde düzensizlikler vurgulanmaktadır (Courchesne ve ark., 2011).

Otizm, genetik yönü kuvvetli bir bozukluktur ve sebeplerini bulmak için çok sayıda aday gen çalışılmış olmasına rağmen sorumlu tek bir gen bölgesi yoktur. Tek yumurta ikizleri arasındaki birlikte hastalık geliştirme oranı %36-91 olarak belirtilmekte, çift yumurta ikizlerinde bu oran %5 olarak belirtilmektedir.

Her iki durumda da toplumun genelinden daha yüksek bir sıklık söz konusudur. Bir çalışmada ise ailenin ilk çocuğunda OSB tanısı varsa, doğacak bir sonraki çocukta OSB gelişme riski %2-8 olarak bulunmuştur.

Genetik çalışmalar, otizmde geniş fenotip kavramını da ortaya çıkartmıştır. Otizimli çocukların kardeşlerinde de tanı almasalar da sosyal iletişim ve etkileşimi etkileyen bazı eşik altı belirtiler bulunmaktadır (Young, 2001).

Otizmin etiolojisinde çevresel faktörler genel olarak, beyin gelişimini gebelik döneminde ve gebelik sonrası dönemde etkileyebilen faktörler (kanama, annede viral enfeksiyonlar, çocukta düşük doğum



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



tartısı, doğumda oksijensiz kalma, mekonyum aspirasyonu, solunum zorluk sendromu) olarak belirtilmektedir.

Annede görülen şeker hastalığı, yüksek tansiyon, obezite, tiroid bezinin yavaş çalışması gibi hastalıklar ve maternal valproate, talidomid gibi ilaçların kullanımı da OSB riskini artıran faktörler olarak bulunmuştur. Diğer yandan, gebeliğin meydana gelmesinden önceki 3 ay boyunca vitamin takviyeleri almak ve gebeliğin 1. ayında folik asit kullanmak, OSB'den koruyucu faktörler olarak düşünülmektedir.

Ayrıca, artmış ebeveyn yaşı (hem annede hem de babada) (Durkin ve ark., 2008) ile otizmli bir çocuğa sahip olma arasında bir ilişki olduğu ileri sürülmüştür. Başka birçok çevresel faktörün (Nikel, Kadmiyum, Vinil klorid, Cıva gibi) sorumlu olabileceği iddia edilmiştir ancak bunlar ile ilgili yeterli kanıt bulunmamaktadır. D vitamini eksikliği ve artmış otizm riski ilişkisi ile ilgili veriler de bulunmaktadır (Kočovská ve ark., 2012). Çocuklara yapılan aşilar kesinlikle otizme neden olmamaktadır (Krakowiak ve ark., 2012).

Ebeveynler genellikle, çocuklarının gelişimsel özelliklerindeki gecikmelere duyarlıdır. 15 aylıkken ayakta duramayan, 18-20 aylıkken yürüyemeyen, 12-18 aylıkken kelimeleri kullanmayan veya 2 yaşına gelmesine 15arall cümle kuramayan çocukların ebeveynleri bu durum için çoğunlukla hekime başvurmaktadır. Dolayısı ile Otizm Spektrum Bozukluğu tanılı olgularda kliniğe başvuru genellikle 18 ay ve sonrasını bulmaktadır. Gelişimsel açıdan bakıldığında da bu ay öncesinde tanı koymak daha zordur.

Çünkü 18 ay öncesinde görülen konuşma, sosyal iletişim ve etkileşim becerilerindeki sorunların ayrırcı tanısında gelişimsel gerilik de düşünülür. Hekime başvuru, çeşitli şikayetlerle olabiliyor olsa da genellikle konuşma gecikmesi, anlamsız sesler çıkarma, göz temasının az olması ya da hiç olmaması, sallanma, kendi etrafında dönme, parmak ucunda yürüme, el çırpma, seslenince bakmama, sosyal gülümsemenin olmayışı, mimikleri kısıtlı kullanma, yaşına uygun akran ilişkisi kuramama, istediği bir şeyi işaret ederek gösterememe, aynılık konusundaki ısrar, oyuncaklarla amaca yönelik oyun kuramama en sık görülen başvuru sebepleridir.

## Değerlendirme ve Takip

**Günlük pratikte Otizm Spektrum Bozukluğu için değerlendirmeye başlarken en önemli sorular, "Çocuğunuz sizinle sosyal ilişki kurar mı? Siz onunla iletişim kurduğunuz zaman size yanıt verir mi? Sizinle konuşabilir mi? İsteddiği bir nesneyi işaret edebilir mi? İsmi seslendiğiniz zaman dönüp bakar mı? İlgisini çeken oyuncaklarla oynarken 15ara davet eder mi? Heyecanlandığı bir durumda kendisini heyecanlandıran nesneyi veya olayı size gösterip sizin tepkinizi takip eder mi?" olabilir.** Normal gelişim gösteren bir çocuk, genellikle 2 ay civarında göz ile takip etmeye, 8-10 ay civarında ismi seslenildiği zaman seslenen kişiye bakmaya, 10-12 ay civarında bir nesneyi veya bir "şeyi" isteme amaçlı işaret etmeye ve 12-18 ay arasında kelimeleri anlamlı şekilde kullanmaya başlar. Bununla birlikte, 12 aylık bir çocuğun yavaş yavaş oyun becerilerinin başladığı ve 18 ay civarında taklit temelli 15arallel oyun becerisinin geliştiği görülür. 18-24 aylıkken, ortak dikkatin de gelişmesi ile karşılıklı oyun





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



becerisinin daha da gelişip artık “*mış gibi oyun*” denilen senaryolu oyunları (örneğin, bebeği sallayıp uyutma, mutfak eşyaları ile yemek yapma, tamir aletleri ile tamircilik oynama gibi) oynayabilmesi beklenmektedir. Bunun yanında 24 aydan itibaren nesnelere birbirinin yerine kullanma (örneğin, eline aldığı bir muzun telefon gibi kullanma, televizyon kumandasından araba yapma) becerisinin gelişmesi gerekir. Otizm Spektrum Bozukluğu, aslında sosyal iletişim alanındaki tüm bu becerilerin değişen derecelerde etkilenmesi ve bunun başka bir klinik durum ile açıklanamaması ile kendini gösterir.

**Otizm Spektrum Bozukluğunun klinik belirtilerini anlamak için “ortak dikkat” kavramını öğrenmek önemlidir. Ortak dikkat, ebeveyn ve çocuğun aynı nesneyi veya olayı beraber referans alabilmesidir.** Ortak dikkat kurabilme aslında sosyal öğrenmenin de temelidir. Çocuğun, bir nesneyi veya olayı ebeveynine göstermesi, bu nesne veya olay ile ilgili duygusunu ifade etmesi ve ebeveyn, çocuk ve nesne/olay arasında bir üçgenin kurulması ortak dikkat olarak tanımlanabilir. Örneğin çocuk, sokakta bir kedi gördüğü zaman heyecanlanabilir veya korkabilir, kediyi göstererek annesine bakar ve tekrar kediye bakar. Burada hem kedi ile ilgili duygusunu anne ile paylaşır hem de annesinin tepkisini ölçer. Bu örnekte, kedi, anne ve çocuk arasında kurulan üçgene ortak dikkat denir. Ortak dikkat, yaşamın 3. ayından itibaren çocuğun nesnelere takip etmesi ile başlar, 9.-10. aydan itibaren çocuğun bir şeyi göstererek ortak dikkati başlatabilme becerisinin gelişmesi ile devam eder. 18. aydan itibaren ise bu paylaşımın duyguların katılması ile tamamen gelişmeye başlar.

1-2 yaş arasında belirtiler daha aşikâr hâle gelir. Bu yaş aralığında, göz teması yetersizliği, görsel takipte zorluk, insan yüzünden ziyade nesnelere yönelik fazla ilgi, motor aktivite ve koordinasyonda zorluk, ince-kaba motor becerisi eksikliği, parmak ucunda yürüme ve garip el hareketleri olabilir. Bu belirtilerden birinin veya daha fazlasının varlığında, şüphe, bakım verene bildirilmelidir. Bazı durumlarda, bu yaş aralığına kadar normal gelişen çocuklar becerilerini kaybedebilir, bu durum regresyon olarak adlandırılır.

Bu durumun gerçekleşme oranı %20-47 olarak bildirilmektedir. Bu yaş grubunda, CHAT ve M-CHAT ölçekleri tarama amaçlı kullanılabilir (Mukaddes, 2013).

2-3 yaş aralığı, Otizm Spektrum Bozukluğu tanımlı çocukların en sık hekime başvurdukları aralıktır. Bu yaşta, ebeveynler, sıklıkla konuşma gecikmesi şikâyeti ile hekime ya da çocuk hastalıkları uzmanına başvurabilir.

Otizm Spektrum Bozukluğu tanımlı olan bu yaşta çocuklarda; sosyal ilişkide zorluk, ikili ilişkilerde kısıtlılık, göz teması ve işaret etme becerilerinde zayıflık, ortak dikkat zayıflığı görülür. Çevreden izole görünme, ikili ilişki kuramama, oyuna davet etmeme, başkalarının ilgisini çekmede güçlük, yaşlılarına olan ilgide azalma veya kontrolsüz ve anlamsız ilgi ve temas (hiç tanımadığı birisine sarılma, kucağına oturma vs.) görülür. Kurallı oyunlar ve senaryolu oyunlar henüz başlamamıştır. Dil gelişimi çoğu çocukta geridir, 4-5 yaş aralığında ise klinik belirtiler artık nettir. Yaşlılarından farklılık, sosyal ilişkide güçlük, kısıtlı jest ve mimikler, sosyal ilişkiyi sürdürmemeye, senaryolu oyunları oynamada güçlük, kısa ve tekrarlayıcı konuşmalar, söyleneni tekrar etme (ekolali) dikkat çeker. Dil gelişimi, önceki yaşlara göre daha iyi olabilir fakat bu dil işlevsel olmayabilir. Okul çağı geldiğinde, bu çocuklarda görülen temel belirtiler sürmekle birlikte bazı belirtilerde hafifleme ve kısmi iyileşmeler görülebilir. Okul döneminde daha çok sosyal beceri



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



gerekmekte ve akademik gereklilikler artmaktadır. Dolayısı ile bu dönemde, çocukta bilişsel bir sorun olmamasına rağmen öğrenme sorunları görülebilir. Sosyal ilişki esnasında, eğer çocukta ortak dikkat gelişmişse yaşlıları ile karşılıklı etkileşim ve oyun oynama becerisi gelişebilir. Küçük yaşlardan itibaren uygulanan bireysel eğitim programlarının esas amacı, ortak dikkati desteklemek ve çocuğun sosyal ilişki kurabilmesini kolaylaştırabilmektir. Motor stereotipiler devam edebilir, bunun yanında törensel ve takıntılı davranışlar, aynılıkta ısrar ve sınırlı ilgi alanı görülebilir.

Sonuç olarak, Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı, çocuğun yaşına ve gelişimsel düzeyine göre yapılan klinik değerlendirmede yaş grubuna göre sosyal iletişim, etkileşim, davranış alanlarındaki belirtilerin yaşama etkisinin değerlendirmesi ile konur. Otizm, klinik bir tanıdır. Hekimin, çocuğu ve ailesini değerlendirmesi, geçmiş kayıtlarını ve videoları incelemesi; çocuğun tam bir fizik muayenesi, rutin ve ileri tıbbi incelemelerinin yapılması ile tanıya ulaşılır. Otizm Spektrum Bozukluğu tanısını koyduran spesifik bir ölçek, görüntüleme yöntemi veya laboratuvar testi yoktur. Tanı koyulan olguların, belirti şiddetinin değerlendirilmesinde ve izleminde kullanılan ölçekler, yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşme yöntemleri vardır. Bu yöntemler ve ölçekler, çocuk ve ergen psikiyatrisi hekimi tarafından uygulanır. Otizm Spektrum Bozukluğu tanısını koyarken DSM-5 tanı kriterleri kullanılır.

Otizm Spektrum Bozukluğunda, tedavi çok boyutludur ve bireyselleştirilmelidir. Çünkü bu bozukluk, her çocukta farklı seyredebilir ve her bireyin klinik özelliklerine bağlı eğitsel ve tıbbi ihtiyaçları birbirinden farklı olabilir. **Otizm Spektrum Bozukluğunda, ana belirtilere etkisi görölmüş en etkili tedavi yöntemi, eğitsel yaklaşımlardır. Eğitsel tedaviye başlarken çocuğun bilişsel seviyesi, erken yaşta tedaviye başlanması (3 yaş ve öncesi), tedavinin yoğunluğu ve miktarı, ailenin özellikleri, çocuğun genetik ve biyolojik özellikleri (belirti şiddeti), sosyal hayata katılım derecesi eğitimin başarısını belirleyen en önemli faktörlerdendir.**

Tanının erken belirlenmesi, çocuğun gereksinimlerinin tespit edilip eğitsel müdahaleye hemen başlanması bunun yanında evde eğitim programları, okul ile iş birliği ve ailenin gereksinimlerinin tespiti ve desteklenmesi otizm gidişatında önemli rol oynar. Uygulamalı Davranış Analizi (Applied Behavior Analysis), Erken Yoğun Davranış Analizi (Early Intensive Behavioral Analysis), Erken Başlangıçlı Denver Modeli (The Early Start Denver Model) en sık kullanılan ve etkinliği ispatlanmış eğitsel yöntemlerdir.

Otizm Spektrum Bozukluğunda, konuşma ve dil terapisi ancak ortak dikkat geliştikten sonra gündeme gelebilir. Çünkü Otizm Spektrum Bozukluğu, salt bir konuşma bozukluğundan ziyade bütüncül olarak sosyal iletişim ve etkileşimin etkilendiği bir nörogelişimsel bozukluktur. Dolayısı ile çekirdek belirtilere yönelik yapılacak olan müdahaleler, dolaylı yoldan dil ve konuşma becerisini de geliştirir. Ortak dikkat geliştikten sonra da çocuk ve ergen psikiyatrisi ile kulak burun boğaz hastalıkları uzmanı tarafından yapılacak olan değerlendirmelerle dil ve konuşma terapisi planlanabilir (Mukaddes, 2013).

Otizm Spektrum Bozukluğu, kronik ve uğraş gerektiren bir bozukluk olduğu için bu süreçte aileler ve bazen hekimler tarafından alternatif tedavi arayışları gündeme gelmektedir. Ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre, Otizm Spektrum Bozukluğunda alternatif tedavi kullanma oranı %56'dır. Melatonin,





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



spor, masaj, vitamin takviyeleri, spesifik diyet uygulamaları, hiperbarik oksijen tedavisi, nörofeedback yöntemleri, ağır metal şelasyonu, IVIG tedavisi, hayvanlarla uygulanan terapiler bu alternatif yöntemler arasında sayılabilir. Bilimsel bilgiye göre bu yöntemler arasında uyku için melatonin, spesifik masaj yöntemleri ve beslenmesi kötü olan çocuklarda multivitamin takviyesi etkisi gösterilmiş yöntemlerdir.

Spor, hayvanlarla uygulanan terapiler, düşük doz B6/MG, folik asit, omega-3 desteği, akupunktur, müzik terapisi kısmen kabul edilebilir yöntemlerdir. Fakat B12, C vitamini takviyesi, immun terapiler, spesifik diyet yöntemleri, hiperbarik oksijen tedavisi, ağır metal şelasyonu Otizm Spektrum Bozukluğu tedavisinde etkisizdir. Bu yöntemlerin, bir faydası olmadığı gibi bazen klinik gidişata olumsuz etkileri de olabilmektedir. Ayrıca ana belirtiler üzerine etkisi gösterilmiş bir medikal tedavide bulunmamaktadır.

Medikal tedavi sadece otizme eşlik eden diğer psikiyatrik durumlara (örneğin, irritabilite, depresyon, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, anksiyete bozuklukları, uyku sorunları gibi) yönelik olarak kullanılabilir.

Gidişte, en çok üzerinde durulan klinik özellik zekâ düzeyidir. OSB'de bazı çocuklar ana belirtilerde iyileşmeye rağmen tanıyı korumaktadır. Diğer yandan daha hafif belirtileri olanlar, yaşları ilerledikçe OSB tanı ölçütlerini karşılamasalar bile toplumsal iletişim, dil becerileri ve davranış açısından silik belirtiler gösterebilmektedir. Bu bireylerin çoğunluğu, yaşam boyu aile ve çevre desteğine muhtaç olurken az bir kısmı yalnız başına yaşamını sürdürebilmektedir. Literatürde yer alan otizm gidişatı; otizm şiddeti ve ek tanılarına göre değişiklik göstermektedir.

#### **Otizm Spektrum Bozukluğu-Özet**

- OSB, anne karnından itibaren beyinde meydana gelen bazı değişiklikler sebebiyle ortaya çıkan bir bozukluktur.
- Sebebi, ne tek bir gendeki sorun ne de tek bir çevresel faktördür. Genetik ve çevresel faktörlerin birleşimi ile ortaya çıkar.
- İspatlanmış en etkili tedavisi, erken dönemde başlayan yoğun eğitimidir.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

### Tanım ve Sıklık

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocuğun genel gelişimi ile uyumsuz; aile, sosyal yaşam ve okul ortamlarındaki yaşamını etkileyen dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle karakterize bir bozukluktur. Dikkat eksikliği; çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine göre değerlendirildiğinde, dikkat süresinin kısa olması, unutkan ve dağınlık olması, günlük yaşamı organize etmekte zorlanması, bir işe konsantre olmuşken basit bir uyararla dikkatinin çabuk dağılması ve uzun süreli dikkat gerektiren işlerden kaçınması olarak tanımlanabilir. Hiperaktivite-dürtüsellik ise gelişim düzeyine uymayan aşırı hareketlilik, yerinde duramama, çok konuşma ve konuşma sırasını bekleyememe, acelecilik gibi belirtilerle karakterizedir.

DEHB, okul çağı çocuklarının %3-7'sinde görülen bir bozukluktur. Son yıllarda yapılmış olan bir çalışmada, dünya genelinde DEHB sıklığı %5,9-7,1 olarak saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada, DEHB'ye erkeklerde daha sık rastlandığı, DEHB alt tipleri açısından dikkat eksikliği baskın tipinin daha çok toplum bazlı çalışmalarda, birleşik tipin ise klinik başvurularda ve klinik temelli çalışmalarda daha sık olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde DEHB sıklığını dört yıl boyunca değerlendiren bir çalışmada, sıklığın yıllara göre %12,22-13,38 arasında değiştii gözlenmiştir (E. Ercan ve ark., 2013). Bu çalışma, ülkemizde DEHB sıklığının dünya ortalamasına göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu konuda ülkemizde yapılan güncel bir sıklık çalışmasında da ülkemizde DEHB sıklığının %12,39 olduğu bildirilmiştir (E. S. Ercan ve ark., 2019).

**DEHB, nörobiyolojik bir bozukluktur. Bunun anlamı, anne karnından itibaren beyin gelişimindeki bazı farklılıkların bu bozukluğa yol açtığıdır.** DEHB'nin sebepleri arasında çeşitli faktörler sayılabilmektedir. DEHB'nin ortaya çıkışında genetik faktörlerin önemli rolü olduğu bilinmektedir. Yapılan ikiz çalışmalarında, genetik geçişin %74 oranında etkili olduğu görülmüştür. Aile çalışmalarında ise aile bireyleri, özellikle de kardeşler arasında DEHB'nin topluma göre daha sık olduğu gösterilmiştir (Faraone ve ark., 2018). DEHB'nin sebepleri arasındaki nörokimyasal faktörlere bakıldığında beyinde bazı sinyal moleküllerinde (örneğin dopamin) düzensizlikler olabileceği düşünölmektedir. Yapılan çalışmalarda, dopaminerjik sistem (DA) ve indirekt olarak noradrenerjik sistemin etkili olduğuna dair bulgular saptanmıştır.

Beynin yapısı ile ilgili yapılan çalışmalarda ise DEHB'li bireylerde, normal bireylere göre beyin hacminde küçölme olduğu, bu küçölmenin özellikle de frontal lob (ön beyin) ve serebellumu (beyincik) içerdiği saptanmıştır. Yapılan fonksiyonel MR çalışmalarında, DEHB'lilerde prefrontal korteks işlevlerinde azalma olduğu anlaşılmıştır. Prefrontal korteks, insanın yürütücü işlevlerini yapan beyin merkezidir ve beyin ön kısmında yer alır.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



DEHB ile ilişkili; doğum öncesi, doğum esnası ve doğum sonrası olarak listelenebilecek birçok risk faktörü vardır. Annenin; ileri ya da genç yaşta olması, hamilelik sırasında sigara ve alkol kullanması, yoğun kaygı ve strese maruz kalması, hamilelikte düşük folik asit düzeyi ve ailede DEHB öyküsü gebelik öncesi risk faktörleri arasında yer almaktadır. Erken doğum, düşük doğum ağırlığı, doğum komplikasyonları, yenidoğan dönemindeki komplikasyonlar doğum sonrası risk faktörleri arasındadır. Anne depresyonu, parçalanmış ailede olma, erken yaşta duygusal yoksunluk ve ihmal, evlat edinilme ve anneden ayrı kalma gebelik sonrası risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (Froehlich ve ark., 2011).

## Değerlendirme ve Takip

DEHB'nin klinik özelliklerine göre sınıflandırılmış üç alt tipi bulunmaktadır:

- 1. Dikkat eksikliği baskın tipte** bireyler, genellikle ev, okul ve sosyal ortamlarda içe dönük, ağır kanlı olarak tanımlanır; evde ve okulda dikkat sorunları, eşyalarını unutma, organize olma ve planlamada güçlük çekme gibi belirtiler gösterir. Bu alt tip, kız çocuklarında daha yaygın olarak görülmektedir. Bu tür çocuklar daha az kliniğe başvururlar. Başvuru sebepleri daha çok dikkat eksikliğinin işlevsellikte bozulmayla ilişkili olarak ortaya çıkan akademik sorunlar, anksiyete ve depresyon gibi belirtiler olabilir.
- 2. Hiperaktivite-dürtüsellik baskın tip,** aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinin daha ön planda olduğu ve dikkat belirtilerinin daha geride olduğu tiptir.
- 3. Birleşik tip** hem dikkat sorunlarının hem de aşırı hareketlilik belirtilerinin olduğu ve kliniğe en sık başvurunun olduğu tiptir. Bu tip çocuklar, daha çok okulda ve evde kurallara uymayan, sık sık kazalara karışan ve akademik başarısı zihinsel kapasitesinin altında olan çocuklardır (Ougrin ve ark., 2010).

DEHB'nin klinik belirtileri, farklı yaş gruplarında farklı şekilde görülebilir. Bu dönemler; okul öncesi, okul dönemi, ergenlik ve yetişkinlik gibi sınıflandırılabilir. Süreçte bazı klinik belirtiler azalmakta, bazı belirtiler sabit kalmakta, bazı belirtiler ise farklılaşmaktadır. Örneğin hiperaktivite belirtileri, yaş arttıkça azalmakta, ergenlikte ve erişkinlikte içsel huzursuzluğa dönüşmekte, dürtüsellik ve dikkat sorunları ise daha stabil seyretmektedir (Biederman ve ark., 2000).

Okul öncesi dönemde ilk 3 yaşta, daha çok uyku ve beslenme problemleri ön plandadır. Bu çocuklarda, uykuya dalmakta zorlanma, sık uyanma ve uyku süresinin kısa olması gibi uyku problemleri ile emmeyi reddetme ve yemek seçme gibi beslenme problemleri daha sık görülmektedir. İlk 3 yaştaki motor aktiviteyle ileriki yaşlarda görülen DEHB belirtileri arasında direkt bir ilişki olmasa da bu çocukların hareketliliği nedeniyle günlük hayat zorlaşabilmektedir.

3 yaş sonrası okul öncesi dönemde ise daha çok huzursuzluk, aşırı hareketlilik, her şeye dokunmaya çalışma, oyundan yaşitlarına göre çok daha çabuk sıkılma, kitap okuma gibi etkinliklerde dinlememe



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



sıktır. Arkadaşlarının eşyalarını izinsiz alma, oyunlarının daha gürültülü ve sert olması, sınıftaki çoğu etkinliği gezerek yapmaya çalışma, kural konulduğunda bunu dikkate almayıp engellendiğinde çabuk hırçınlaşma, arkadaşlarına saldırma gibi diğer belirtiler eşlik eder. Ayrıca ateş, delici-kesici aletler gibi tehlikeli eşyalarla oynama, yüksek yerlere çıkmaya çalışma, kanepenin üzerinden atlama gibi hareketli ve tehlikeli oyunlar nedeniyle kazaya uğrama, kendine ve çevreye zarar verme ihtimalleri fazladır. Okul öncesi dönemde, DEHB belirtileri spesifik olmasa da bu bozukluk nörogelişimsel bir bozukluk olduğu için okul öncesi dönemde de belirtilerin görülmesi olasıdır.

**Okul dönemi, tanı alma açısından en sık başvurunun olduğu dönemdir. Okulun başlamasıyla birlikte; sınıfta uzun süre oturamama, ayağa kalkıp sınıf içerisinde gezinme, oturduğu zamanlarda bile kıpırdanma ve yanındaki arkadaşını rahatsız etme, çok konuşma ve söz kesme sık gözlemlenir.**

Öğretmenin anlattığı dersleri dinleyememe ve tahtadakileri defterine geçirmekte zorlanma, verilen sınıf içi görevleri tamamlayamama ya da aceleyle yanlış yapma, ödevleri not almakta zorlanma, silgi, kalem ve defter gibi okul eşyalarını sık sık kaybetme eşlik eden diğer belirtilerdir. Teneffüslerde aceleyle çıkarak kendini ve arkadaşlarını yaralama, oyunlarda hep kendi arzuladığı oyunların oynanmasını isteme ve engellendiğinde öfke patlaması yaşayıp kavga etme, arkadaşları tarafından dışlanma ve öğretmenler tarafından sık uyarılma gibi belirtiler de gözlenir. Bazı DEHB tanılı çocukların ciddi davranış sorunları, arkadaş ortamlarından dışlanmamalarına ve zorbalığa uğramalarına yol açabilir.

**Evide ise ödev yapmak istememe ve erteleme, ödev yaparken bir ebeveynin yanında olmasına ihtiyaç duyma, ödev yaparken çabuk sıkılıp ara verme isteğinin olması, kitap okumayı sevmeme gibi problemlerle sık karşılaşırlar.** Ayrıca çanta hazırlama, yatış kalkış saatine uyma, öz bakım alışkanlıklarını kazanma, zamanında hazırlanma gibi plan ve organizasyon gerektiren işlerde ebeveynleriyle çok sık tartışırlar.

Ergenlik döneminden önce DEHB tanısı alan çocuklarının büyük bir kısmının, tanı kriterlerini ergenlik döneminde de karşılamaya devam ettiği saptanmıştır. Bu dönemi değerlendirirken ergenlik döneminin kendine özgü doğası da göz önünde bulundurulmalıdır. Ergenlik döneminde, kişinin dürtü ve davranış kontrolünü sağlayan ve destekleyen ön beyin bölgesi gibi bölgelerin aktivitesinin dürtüsellik merkezi olan beyin bölgelerinin aktivitesine göre daha yavaş kaldığı bilinmektedir. Ergenlik dönemindeki bu değişim daha çok; bağımsızlaşma, ebeveyn gibi otorite figüründen ayrışma ve çatışma şeklinde kendini göstermektedir. DEHB tanısı olan ergenlerin; dikkat eksikliği, plan yapma ve buna uymadaki sorunları, dürtü kontrol bozuklukları ve engellenme eşiklerinin düşük olması, ergenliğe ait özelliklerin gelişimini yavaşlatmakta veya bozmaktadır. DEHB'nin varlığı, ergenlik döneminde akademik ve sosyal alan ile aile ilişkilerinde sorunlar çıkmasına yol açabilmektedir.

Çocuklar, yaşadıkları bu sorunlarla ilgili ebeveyn desteğine çok ihtiyaç duymalarına rağmen bu desteği kendi özerk yapılarına bir saldırı olarak kabul edip reddederler. Bu durum, sorunları daha çözümsüz hâle getirebilir. Örneğin akademik alandaki ders yükü ve ağırlığı, ergenlikle birlikte artmakta ve DEHB nedeniyle bu yükü organize etmek zorlaşmaktadır. Sosyal alanda ise bireyin dürtüsellik i ikili ilişki kurmanın önünde bir engel olabilmekte ve işleri zorlaştırabilmektedir. DEHB'si olan ergenlerin ya arkadaş



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



ortamlarına alınmak için riskli davranışlara yönelmeleri ya da kendileriyle benzer özellikte olan, suç ve madde kullanımına yatkın ergenlerle bir araya gelmeleri sık görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, DEHB tanılı ergenlerin, akranlarına göre daha fazla davranış sorunları gösterdikleri, suç işleme ve madde kullanım sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca dürtü kontrol bozuklukları olduğundan erken yaşta riskli cinsel davranışlarda buldukları bildirilmektedir. DEHB tanısı olan ergenlerde, ek psikiyatrik rahatsızlıklar akranlarına oranla daha fazla görülmektedir. 2007 yılında, 16-18 yaş aralığındaki DEHB tanılı ergenlerle yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, bu ergenlerde; Anksiyete Bozuklukları (%26,6), major depresyon (%24), madde bağımlılığı (%16), Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (%13,8), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) (%9,6) gibi bazı sorunlar akranlarına oranla daha sık rastlanmıştır. Başka bir çalışmada ise depresyon ve intihar girişimi sıklığının akranlarına göre 4 kat daha fazla olduğu gözlenmiştir (Gnanavel ve ark., 2019).

Çocuk ve ergenlerde DEHB tanısı, çocuk psikiyatri uzmanı tarafından klinik görüşmelere göre konulur. DEHB klinik tanısı için, DSM-5'e göre dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik alt başlıklarındaki 9 maddeden en az 6'sının, en az 6 ay süreyle karşılanması gerekmektedir. Ayrıca bu belirtiler, ilk defa 12 yaşın altında ortaya çıkmalıdır. DSM-5 tanı kriterlerini karşılayan bir çocuğun, DEHB tanısı alabilmesi için üç yaşamsal alanın (okul, ev ve sosyal ortam) en az ikisinde işlevselliğinin bozulması gerekir. Tanı, ebeveynler ve okuldaki öğretmenlerden alınan bilgilerin yanı sıra çocukla yapılan bireysel görüşmeyle koyulur.

Ülkemizde DEHB tanısı ve tedavisi, çocuk, genç veya erişkin ruh sağlığı uzmanları tarafından yapılmaktadır. Öncelikle ailelere, DEHB'nin biyolojik ve nörogelişimsel bir bozukluk olduğu ve tedavisinde ilacın temel tedavi aracı olduğu anlatılmalı ve ilaç dışı diğer tedavilerin (Bilişsel Davranışçı Terapi, ebeveyn eğitimi vb.) ilacın etkinliğini artırıcı etkisi olduğu vurgulanmalıdır. Dünyada, DEHB tedavisi için hazırlanan kılavuzlardan Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ve Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatri Akademisi (AACAP); ilk sıra tedavi olarak psikostimülanları (metilfenidat ve amfetamin) ve atomoksetini önermektedir. DEHB tanısı olan çocuklarla yapılan Multimodal Tedavi (MTA) çalışmasında ise metilfenidat ve yoğun davranışsal terapinin birlikte kullanımının tek başına metilfenidat kullanımına göre daha faydalı olduğu gösterilmiştir.

### **Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu-Özet**

- DEHB, çocukluk çağında en sık görülen psikiyatrik bozukluklarından birisidir.
- Çocukların hayatını akademik ve sosyal açıdan etkiler.
- Erken dönemde tanınması, belirtilerin "yaramazlık" gibi sebeplerle gözden kaçırılmaması ve gerekiyorsa ilaç tedavisine erken dönemde başlanması önemlidir.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

**Anksiyete bozuklukları, çocukluk çağında sık görülen psikiyatrik bozukluklardandır. Çocuk ve ergenlerin %10'undan daha fazlası, gelişimlerinin belli bir döneminde bu bozukluklardan etkilenirler. Anksiyete, kişide öznel bir huzursuzluğa yol açan, kişiyi kaygılandıran, beraberinde irritabilite denilen kolay öfkelenme ve parlama durumunun da eşlik edebildiği bir duygudur.**

Ayrılık kaygısı, bir yaşın altındaki bebeklerde ortaya çıkan ve tüm çocuklarda görülebilen gelişimsel bir durum olup çocuğun farkındalığının annesi veya bakım verenden ayrılmaya odaklandığı bir durumdur.

Normal ayrılık kaygısı, 9.-18. aylar arasında artış gösterir ve bu durum küçük çocuklarda, okul öncesi dönemde ebeveynlerden uzak kaldığında güven hissi gelişmesiyle 2,5 yaş civarında azalmaya başlar.

Yabancı kaygısı olarak da tanımlanan bu durum, yaşamsal öneme sahip olan insani bir yanıt olarak değerlendirilir. Küçük çocukların yaklaşık %15'i, yabancı ortamlarda ya da yabancı kişilerle karşılaştıklarında yoğun ve ısrarcı bir tarzda korku, utanma ve sosyal kaçınma yaşarlar. Bu tarz davranışsal ketlenme sergileyen küçük çocuklar; Ayrılık Kaygısı Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Sosyal Fobi gelişimi açısından daha yüksek risk altındadır. Endişeler, okula gitmeyi reddetme, ayrılıkla ilgili korku ve sıkıntı, ayrılık beklendiğinde baş ağrısı ve karın ağrısı gibi bedensel yakınmalar ve ayrılıkla ilgili kabuslar tarzında ortaya çıkabilir.

Tüm anksiyete bozukluklarının çocukluk çağı başlangıcı sık olmasına rağmen, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu (AAB) ve Seçici Konuşmazlık (Selektif Mutizm) çocukluk ve ergenlik dönemine özgü iki anksiyete bozukluğudur. Okul performansı ve sosyal ortamlarla ilgili aşırı ve tekrarlayıcı endişe duyan, huzursuzluk, konsantrasyon güçlüğü veya korkularıyla ilişkili irritabilite gibi en az bir fizyolojik belirti gösteren çocuklara Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) tanısı konulabilir. YAB olan çocuklar, birçok ortamda korku hissetme eğilimindedirler, akademik ve sosyal güçlüklerle karşılaştıklarında olayları arkadaşlarına oranla daha olumsuz olarak yorumlar ve olaylara karamsar bakarlar. Tekrarlayıcı aşırı kaygı yaşayan ve sosyal ortamlardan incelenme ve aşağılanma korkusu nedeniyle uzak duran çocuklar, Sosyal Fobi (SF) tanısı alabilir. Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB) olan çocuklar, yaşıt ve erişkinlerin bulunduğu ortamlarda bulunmaktan sıkıntı ve rahatsızlık duyarlar. Çocuklardaki AAB, YAB ve SAB, ayırıcı tanı ve geliştirilen tedavi yöntemlerinde birlikte düşünülür ve yüksek oranda binişiklik ve örtüşen belirtiler gösterirler. AAB, YAB ya da SF tanılarında herhangi biri konulmuş çocuk, en az %60 oranında diğer iki tanıdan birini de almaktadır. Yukarıda bahsedilen tanılardan herhangi biri konulmuş çocuklar, %30 oranında her üç tanıyı da birlikte almaktadır.

Anksiyete bozukluklarının sıklığı, araştırılan yaş grubu ve kullanılan tanı ölçütlerine göre değişkenlik göstermektedir. Çocuk ve ergenlerde yaşam boyu herhangi bir anksiyete bozukluğu görülme sıklığı, %8,3-27 arasında değişmektedir. Okul Öncesi Dönemi Psikiyatrik Değerlendirme (Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)) formu kullanılan ve yakın dönemde yapılan bir çalışmada; okul öncesi çocuklarda, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre herhangi bir anksiyete bozukluğunu saptanma oranı %9,5,





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



YAB oranı %6,5, AAB oranı %2,4 ve SF oranı %2,2 olarak saptanmıştır. AAB'nin çocuk ve genç ergenlerde görülme oranı yaklaşık %4'tür. AAB, küçük çocuklarda ergenlere oranla daha sık görülür ve görülme sıklığı kız ve erkeklerde aynıdır. Başlangıcı, okul öncesi dönemde olabilir ancak genellikle 7-8 yaş aralığında olmaktadır. Okul çağı çocuklarında YAB oranı yaklaşık %3, SF oranı ise %1, basit fobi oranı ise %2,4'dür. Ergenlerde yaşam boyu Panik Bozukluk sıklığı %0,6, YAB sıklığı ise %3,7'dir.

Çok küçük çocuklarda, mizaçla birlikte psikososyal faktörler ayrılık anksiyetesini ve sosyal anksiyeteyi etkileyebilir. Anksiyete belirtilerinin gelişiminde mizaç önemli bir bileşendir. Mizaç, bir kişinin etrafında olup bitenlere verdiği tepkileri belirleyen ve doğuştan getirdiği özelliklerin tümüne verilen isimdir. Aşırı utangaçlık ya da yabancı ortamlardan kaçınmaya mizaç olarak yatkınlık; devamlılık gösteren bir yanıt tarzı gibi gözükmemektedir. Eğer çocuğun mizacı yatkın ise ilerleyen dönemde AAB, SAB, YAB ve Panik Bozukluk görülme sıklığı artabilir. Örneğin, davranışsal ketlenme (aşırı utangaçlık, davranışsal inhibisyon) gösteren çocuklar bu açıdan risk altındadır.

Sosyal ortamlardan öğrenme de anksiyete bozuklukları açısından risk teşkil etmektedir. Yabancı ya da beklenmedik çeşitli ortamlara yanıt olarak oluşan kaygı, ebeveynlerden çocuklara doğrudan model alma yoluyla istenmeden aktarılabilir. Eğer bir ebeveyn endişeliyse çocuk, özellikle okul çevresi gibi yeni ortamlara uyum sağlamakta zorlanabilir. Bazı ebeveynler, çocuklarını olası tehlikelerden aşırı koruyarak ya da tehlikeyi abartarak çocuklarına kaygıyı öğretmektedirler. Örneğin bir ebeveyn, bir sokak hayvanı geldiğinde aşırı derecede korkuyorsa çocuğuna da aynı şeyi öğretebilir. Ebeveynlerde anksiyete bozukluğu varsa anksiyete tepkilerinin gelişiminde sosyal öğrenme faktörleri daha da önemli hâle gelmektedir. Anksiyete bozukluklarında, mizaç özelliği olarak değerlendirilen yatkınlıkların psikososyal stresörle değil yüksek oranda genetik aktarımından kaynaklandığı düşünölmektedir. Ailelerde yapılan genetik çalışmalar, çocuklarda anksiyete bozukluklarının gelişimindeki değişkenliğin en az 1/3'ünden genlerin sorumlu olduğuna işaret etmektedir. Bu oran, çoğu çalışmada %40-60 arasında bildirilmektedir (Purves ve ark., 2019). Bu nedenle davranışsal ketlenmenin mizaçla ilişkisi, aşırı utangaçlık, yabancı ortamlardan kaçınma eğilimi ve sonucunda anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasında genetiğin katkısı vardır.

## Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu

**Babıldama bir bağlanma figüründen veya bakıcıdan ayrılmaya ilişkin, gelişimsel olarak uygun olmayan kaygı veya sıkıntıdır. AAB'li çocuklar; kaçırılma, kaybolma ve/veya ayrılığın, ebeveynlerinin ölümü veya yaralanmasıyla sonuçlanabileceği ve bakıcılarını bir daha göremeyecekleri konusunda endişelenebilirler.** AAB, sıklıkla ebeveyn kaybı, ailede veya çocukta önemli bir hastalık, bir evcil hayvanın ölümü veya diğer stresli olaylardan sonra ortaya çıkar (Battaglia ve ark., 2009). AAB, çocukların yalnız uyumayı veya evden uzaklaşmayı reddetmesi ve ayrılıkla ilgili kâbuslar görmesi ile ortaya çıkabilir. AAB'nin baş ağrısı, karın ağrısı, kas krampları veya baş dönmesi gibi somatik semptomlarla ilişkili olması nadir değildir. Somatik semptomlar, sadece çocuklar bağlanma figürlerinden ayrıldıklarında veya ayrılıkla karşı karşıya kaldıklarında ortaya çıkıyorsa (örneğin, okulun olmadığı hafta sonlarında somatik semptomlar görülüyorsa) diğer tıbbi sebeplerden ziyade anksiyete muhtemeldir.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



AAB'li küçük çocuklar, yalnız bırakıldıklarında canavar gölgeleri gördüklerini bildirebilir ve bu çocukların ebeveynlerine sarılma, onları odadan odaya takip etme ve/veya her zaman ebeveynin varlığında ısrar etme (örneğin banyo yapmada) olasılıkları daha yüksektir. AAB, okul reddi ile sonuçlanabilir ve çocuğun ev dışında arkadaşlarıyla oynamasını, yatıya gitmesini veya gece kamplarına katılmasını engelleyebilir. Tanı konulabilmesi için ayrılık kaygısı semptomları, çocuklarda en az 4 hafta, yetişkinlerde ise 6 ay sürmelidir.

Koruma altındaki çocuklarda bu semptomlar, çoğu psikopatoloji gibi özellikle primer bakım verenlerinden ayrıldıkları için daha sık görülebilir (Janssens ve Deboutte, 2010). Kurumdaki bakım verenden ayrılmakta güçlük, karanlıktan korkma, okula gitmek istememe gibi belirtiler gözlenebilir. Bu durumda çocuğun kaygısını sözelleştirmek, senaryolaştırmak uygundur. Belirsizlikler kaygıyı artıracığı için örneğin canavardan korkan çocuğa "Canavar diye birşey yoktur." demek kaygıyı yatıştırmaz. Bunun yerine çocuğun canavardan ne kastettiği anlaşılmalı, canavar tasvir edilmeli, bazen resmedilmeli ve canavarın ne yapabileceği konuşulmalıdır. Bundan sonra çocuğun bununla nasıl mücadele edebileceği ve baş etme stratejileri konuşulup kaygı somutlaştırılabilir. Bazen, resmedilen canavarın resmi üstünde komik değişiklikler yapılarak da baş etme becerileri geliştirilebilir.

## Özgöl Fobi

**Özgöl Fobi (ÖF), belirli bir nesne veya durumdan aşırı derecede korkmaktır. Nesneye veya duruma maruz kalma; sürekli olarak saklanma, tutunma, donma, ağlama, çığlık atma, bayılma (özellikle kan ve iğne fobilerinde) veya otonomik uyarılma şeklinde ortaya çıkabilen ani, aşırı ve mantıksız korkuya neden olur.** Tanı için belirtiler, 6 ay boyunca sürmeli, önemli ölçüde kaçınma davranışına ve/veya sıkıntı ve işlevsel bozukluğa neden olmalıdır. Fobiler beş kategoriye ayrılır:

- Hayvanlar, doğal çevre (örneğin, şimşek, yükseklik, karanlık)
- Kan, enjeksiyon, yaralanma (diğer tıbbi prosedürler dahil)
- Durumsal (örneğin, uçmak, araba kullanmak, köprüler)
- Diğer (örneğin, yüksek ses, boğulma, palyaçolar)

Araştırmalar, ÖF'li çocukların yalnızca %17'sinin tek bir fobiye sahip olduğunu ve çoğu çocuğun birden fazla fobisi olduğunu göstermektedir (Burstein ve ark., 2012). Travmatik ve korkutucu deneyimlerden sonra ÖF veya TSSB gelişebilir; ÖF yalnızca TSSB kriterlerinin karşılanmadığı durumlarda teşhis edilir.

## Sosyal Anksiyete Bozukluğu

**Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB), başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmekten aşırı ve hayati etkileyecek şekilde korkmaktır.** Tanı için SAB'ye sosyal durumlardan kaçınma ya da sosyal durumlara katılırken ciddi rahatsızlık eşlik etmelidir. Çocuklarda kaygı, sosyal durumlarda rahatsızlık duymakla sınırlı değildir. SAB'li çocukların akranlarına yaklaşması pek olası değildir ve genellikle başkalarının onları izlediğini hissederler. SAB'li çocuklar, başkalarının, onları tuhaf, çirkin, aptal ya da sakar





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



bulacağından endişe edebilir. Sosyal ilişkiye katılmaya zorlanırlarsa etkinlikten önce öfke nöbeti geçirebilirler ve daha küçük çocuklar, sosyal ortamlarda ağlayabilir, donabilir veya yetişkinlere yapışabilir.

SAB'li çocuklar için göz teması genellikle rahatsız edicidir. Bu çocuklarda, duruş aşırı sert olabilir ve konuşma anormal derecede yumuşak olabilir. Kaçınma, misafir varken odasına çekilme, öğle yemeğini diğer çocuklarla yemek yerine yalnız yeme, alışveriş merkezleri veya umumi tuvaletler gibi halka açık yerlere gitmeyi reddetme ve ciddi vakalarda, genellikle günlük döngülerin tersine dönmesi (çocuğun odasında neredeyse tamamen kendini izole etmesi) gibi durumları içerebilir (Beesdo ve ark., 2009). Sosyal açıdan kaygılı çocuklar, yüz kızarması, terleme veya ses titremesi gibi fiziksel kaygı belirtilerini fark edebilecek başkaları tarafından yargılanmaktan endişe edebilirler.

SAB'li çocuk ve ergenlerin çoğu, çeşitli sosyal durumlardan korkar ancak sosyal anksiyete performansla sınırlı olduğunda (örneğin, spor, konserler, sunumlar), performans anksiyetesidir (APA, 2013). SAB tanısı konmadan önce semptomların 6 ay boyunca mevcut olması ve neredeyse her zaman korkulan sosyal durumda ortaya çıkması gerekir. Bozulma, normal utangaçlık ile SAB arasında ayırım yapılmasına yardımcı olur. Bozulma örnekleri arasında; arkadaş edinme veya arkadaşlık ilişkilerini sürdürmede zorluklar, sınırlı romantik ilişkiler, okul reddi, müfredat dışı etkinliklere katılmama yer alır. Ergenler, kendi kendilerini tedavi etme girişimlerinde, sosyal durumlar öncesinde ve/veya sırasında ilaçları kötüye kullanabilirler. Aile yaşamı da çocuğun kaçınması ve bozulması nedeniyle sıklıkla bozulur ve bu durum, ailelerin eğlenceli aktivitelere katılımını kısıtlar. Ayırıcı tanı, bazen SAB'nin şiddetli bir varyantı olarak kavramsallaştırılan Kaçınan Kişilik Bozukluğunu içerir (Bögels ve ark., 2010). Otizm Spektrum Bozukluğu, **SAB için ayırıcı tanıda yer alır çünkü sınırlı sosyal etkileşimlerden kaynaklanan sosyal beceri eksiklikleri Otizm Spektrum Bozukluğunda görülen sosyal zorlukları taklit edebilir. Ancak SAB'li çocukların, genellikle kendi yaşlarında arkadaşları vardır ve kurulan ilişkilerde gelişmiş sosyal beceriler gösterirler.** Birçok Otizm Spektrum Bozukluğu vakasında eşlik eden bir SAB tanısı olabilir.

26

## Selektif Mutizm

**Selektif Mutizm (SM) belirli ortamlarda konuşmayı reddetmektir. Çocuklar, evde konuşabilir ancak okulda veya tanımadıkları insanların önünde konuşmayabilirler. Konuşmak yerine başlarını sallayarak, yazarak veya sesler çıkararak iletişim kurabilirler.** SM'li birçok çocuk, sosyal ortamlarda kendileri adına konuşmaları için arkadaşlarına ve ebeveynlerine güvenir. SM'ye bağlı bozukluklar arasında derslere katılımın azalması, akademik başarısızlık ve akranlardan izolasyon yer alır. Tanı konulması için belirtiler bir ay boyunca devam etmelidir ve bu süre, okulun ilk ayı ile sınırlı olamaz.

Konuşamama fiziksel bir yetersizlikten kaynaklanamaz. SM'li çocuklar genellikle utangaçtır ve genellikle eşlik eden Sosyal Fobileri vardır (Viana ve ark., 2009) ancak bazıları konuşma gerektirmeyen sosyal aktivitelere katılmaktan hoşlanır. İletişim ve gelişimsel bozukluklar sıklıkla SM ile komorbiddir (Kristensen, 2000) ve SM, iletişim ve gelişimsel bozuklukları olan çocukların hepsi konuşma eksikliği ile kendini gösterir. **SM'li çocukları, iletişim ve gelişimsel bozuklukları olan çocuklardan ayıran şey, ilkinin**





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



**belirli sosyal bağlamlarda konuşma yeteneğine sahip olması ancak diğerlerinin olmamasıdır** (Kristensen, 2000).

## Panik Bozukluk

**Panik Bozukluk (PB), bazılarının tanımlanabilir öncülleri olmayan panik atakların olmasıyla tanımlanır. Panik atak, klasik olarak 10 ila 15 dakika içinde zirveye ulaşan bir dizi sıkıntı verici semptomdur. Fiziksel belirtiler arasında titreme, baş dönmesi, çarpıntı, nefes almada güçlük, bulantı ve kusma yer alır.** Derealizasyon (yani beden dışı deneyimler) ve ölme ve/veya aklını kaybetme korkusu da ortaya çıkabilir. Panik atak tanısı koymadan önce tıbbi sebeplerin ekarte edilmesi gerekir. Tıbbi nedenler ekarte edildikten sonra panik atakların diğer bozukluklarla ilişkili uyarılar tarafından uyarılıp uyarılmadığını belirlemek önemlidir. (Örneğin, sosyal değerlendirme ortamlarındaki panik, panik ataklı sosyal anksiyete tanısını düşündürülebilir). Panik ataklar, yalnızca belirli durumlara yanıt olarak ortaya çıktığında PB tanısı konmaz.

PB'li çocuklar, tanımlanabilir bir neden olmaksızın panik atak geçirir ve belirli durumlara maruz kalma ile ilişkili ek panik atakları olabilir. Kişiyi uykudan uyandıran gece panik atakları genellikle PB için tipiktir. PB tanısının anahtarı, panik atak geçirme endişesinin varlığı veya ataktan kaçınma ya da ataktan kaynaklanabilecek olası zararı azaltma girişimindeki davranış değişiklikleridir.

PB'li çocuklar, artan kalp atış hızının panik atağı tetikleyebileceğine dair inançları nedeniyle merdiven çıkmayabilir veya spora katılmayabilir. Dışarıya yalnızca, bir atak meydana gelirse yardım edebilecek kişilerle birlikte çıkabilirler. Endişe veya davranış değişiklikleri, en az 1 ay boyunca mevcut olmalıdır. Anksiyete duyarlılığının artması veya anksiyete ile ilişkili hislerin (kalp atış hızının artması, baş dönmesi veya derealizasyon gibi) zararlı fiziksel, psikolojik veya sosyal sonuçları olduğuna dair inançlar nedeniyle bu hislerden korkulması özellikle PB'de yaygındır, ancak anksiyete duyarlılığı diğer anksiyete bozuklukları olan çocuklar tarafından da yaşanmaktadır (Reiss, 1991; Silverman ve ark., 2003). Somatik Belirti Bozukluğu, rahatsız edici somatik belirtilerin sıklıkla belirgin olması bakımından PB ile benzerlik gösterir. Bununla birlikte, PB'de somatik semptomlar, Somatik Belirti Bozukluğunun sürekli olarak mevcut olan semptomlarının aksine genellikle nispeten kısa ve yoğun ataklar halinde ortaya çıkar.

## Yaygın Anksiyete Bozukluğu

**Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), en az 6 ay boyunca süren ve birden fazla durum hakkında günlük hayatı etkileyen endişe ile karakterize edilir. YAB olan çocuklar, potansiyel olarak olumsuz olaylar hakkında sık sık endişe duyarlar ve endişenin odağı konudan konuya değişebilir. YAB'daki kaygıyı kontrol etmek genellikle zordur ve görevleri tamamlamayı, aktivitelerden keyif almayı engeller. Bu da patolojik kaygıyı normal kaygıdan ayırt etmeye yardımcı olur.** YAB olan çocuklarda, uykuya dalma veya uykuda kalma güçlüğü, yorgunluk, odaklanma sorunu, kas gerginliği veya sinirlilik görülebilir ve YAB'de endişeye bu belirtilerden birinin eşlik etmesi gerekir. (Yetişkinlerde YAB tanısı için endişeye bu belirtilerden üçünün eşlik etmesi gerekir.) YAB'daki kaygılar genellikle ödevleri tamamlama,



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



zamanında yetişme, iyi notlar alma ve performans teşvikleri gibi gündelik konularla ilgilidir. Beklenen değişiklikler ve fırtına, hırsızlık veya bir aile üyesinin hastalanması gibi tehlikeli durumlarla ilgili endişeler de yaygındır. Endişeler, bazen fantastik (örneğin, bodrumdaki canavarlar) veya aşırı (örneğin, terörist saldırılar) olabilir. YAB olan çocuklar, performansları veya güvenlikleri hakkında sık sık güvence arayabilir. YAB ayrıca mükemmeliyetçilik, yanlış seçim yapma korkusuyla kararsızlık ve küçük hataları büyütme eğilimi olarak da ortaya çıkabilir. Beden ile ilişkili semptomlar da sıklıkla baş ağrısı ve mide ağrısı şeklinde kendini gösterir. Uyku değişiklikleri, düşük enerji, konsantrasyon güçlüğü, psikomotor değişiklikler ve sinirlilik (özellikle ergen depresyonunda) dahil olmak üzere depresif ve YAB semptomları arasında önemli bir örtüşme vardır. Semptom örtüşmesine ek olarak, YAB ve depresyonun yaş-sıklık eğrilerinde önemli bir örtüşme vardır (Copeland ve ark., 2014): Her ikisi de küçük çocuklarda nispeten nadirdir ve ergenlik ve genç yetişkinlik boyunca artar.

Tedavinin birincil amacı, çocukların günlük hayatı bozan kaygılarını nasıl yöneteceklerini ve bunlarla nasıl başa çıkacaklarını öğrenmeleridir. Anksiyete bozukluğu alt tipleri, birlikte sık görüldüğünden ilk olarak en çok zarar veren anksiyete bozukluğunu hedeflemek yaygındır. Bu şekilde başarı elde edilebilir ve çocuk, anksiyetenin yönetilebilir olduğunu ve öğrenilen becerilerin komorbid sorunlara da uygulanabileceğini anlar. Uykuyu etkileyen anksiyete bozukluklarının tedavisine de öncelik verilmelidir. Çocukluk çağı anksiyete bozuklukları için ilk basamak müdahaleler, Bilişsel Davranışçı Terapi ve ilaç ile tedavidir (Silverman ve ark., 2008; Wehry ve ark., 2015).

### Anksiyete Bozuklukları-Özet

- Anksiyete bozukluklarının çok sayıda alt tipi vardır. Bunlar çocukluk çağında net olarak ayırt edilemeyebilir.
- Anksiyete bozukluklarının tedavisinde hem terapi yöntemleri hem de ilaçlar kullanılabilir.
- Anksiyete bozuklukları, tedavi edilmedikçe kronikleşir. Bu sebeple erken dönemde tanımak önemlidir.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## DIŞA ATIM BOZUKLUKLARI

Dışa Atım Bozuklukları, çocukluk çağında oldukça sık görülen, genellikle iyi seyirli ve çocuğun gelişimsel süreciyle alakalı bozukluklardır. Bu durumlar, genellikle yaşla beraber düzelmekte olup sıklıkla ısrarlı seyir gösterir. Çocuğun tuvalet eğitimi aldığı yaştan itibaren idrar veya dışkı kaçırmaması varsa primer, sonradan başladıysa sekonder olarak adlandırılır. Bazen diğer bozukluklar ile (DEHB, bilişsel yetersizlik, kaygı bozuklukları gibi) birlikte görülebilir. Bu durumda, diğer bozukluğun tedavisi de önemlidir. Enürezis ve enkoprezis olarak iki başlıkta anlatılacaktır.

### Enürezis

**Enürezis, idrar kaçırmaya demektir. Birincil ve ikincil olmak üzere iki alt tipe ayrılır. Birincil enürezis, hiçbir zaman idrarını tutamayan çocukları kapsarken ikincil enürezis, en az 1 yıl boyunca kontinansı koruyan ancak daha sonra bir noktada kaybeden çocukları ifade eder. Terimin kendisi Yunanca "idrar boşaltmak" anlamına gelen enourein kelimesinden türemiştir.**

Enürezis sıklığına ilişkin istatistikler de bu bozukluğun yaygınlığını göstermektedir. Bu konuda yapılan bir çalışmada, erkek çocukların %15,2'sinin haftada bir kereden daha az altını ıslattığını, buna karşın sadece %6,7'sinin haftada en az bir kez altını ıslattığını tespit edilmiştir. Kız çocukları için bu oranlar sırasıyla %12,2 ve %3,3'tür. 14 yaşına gelindiğinde, erkek çocukların sadece %1,9'u haftada bir kereden daha seyrek alt ıslatırken, %1,1'i haftada en az bir kez ıslatmaktadır; bu oranlar kızlar için sırasıyla %1,2 ve %0,5'tir (Mikkelsen, 2001). Ayrıca enürezis, psikososyal stres altındaki ve sosyal olarak dezavantajlı koşullarda yaşayan çocuklarda daha sık bulunmuştur (Rutter, 1989).

Belirtildiği gibi, enürezis terimi yalnızca idrarın işenmesini ifade eder ancak yıllar içinde hem patolojik hem de noktürnal bir anlam kazanmıştır. Gündüz altını ıslatma diurnal enürezis olarak adlandırılırken, gece altını ıslatma noktürnal enürezis olarak adlandırılır.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013), Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın (DSM-5) beşinci baskısında birincil enürezisi "**istemsiz veya kasıtlı olarak gündüz veya gece yatağa veya kıyafetlere tekrar tekrar idrar yapma**" olarak tanımlamaktadır. DSM-5, "davranışın, en az üç ay boyunca haftada en az iki kez görülmesi ya da sosyal, akademik (mesleki) veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulma ile kendini gösterecek şekilde klinik olarak anlamlı olduğunu" belirtmeye devam etmektedir. Çocuk, idrar tutmanın makul olarak beklenebileceği bir yaşa ulaşmış olmalıdır. Kriterler, gelişimsel gecikmeleri olan çocuklar için kronolojik yaşın 5 veya zihinsel yaşın 5 olmasını gerektirmektedir. Ayrıca DSM-5, alt ıslatmanın "bir maddenin (örneğin bir ilaç) veya genel bir tıbbi durumun (örneğin diyabet, spina bifida, nöbet) fizyolojik etkilerinin" sonucu olmamasını şart koşmaktadır. Birincil ve ikincil enürezis arasında ayırım yapmak için gerekli olan kontinans süresinin 6 ay ila 1 yıl olduğu çeşitli şekillerde öne sürülmüştür.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



Bu bozukluğun sebepleri ile ilgili çeşitli teoriler mevcuttur. Bunların öncelikli odak noktası doğal olarak mesane ve idrar yollarının anatomisi olmuştur. Sıvı yüklemesinin, enürezis öyküsü olmayan çocuklarda da enüretik olaylara neden olabileceği gösterilmiştir. Enürezis ve mesane enfeksiyonu arasında belirgin bir ilişki vardır.

Yaygınlık çalışmaları, psikolojik bozukluk ile enürezis arasında, daha büyük çocuklarda daha belirgin olan bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu gözlem, ilişkinin doğası sorusunu gündeme getirmektedir: Nedensel mi, tesadüfi mi yoksa ikincil bir ilişki mi? Bu konuda net veriler olmamakla birlikte iki yönlü bir ilişki olduğu söylenebilir.

Psikoterapi, enürezise eşlik eden davranış bozukluklarını yönetmek için yararlı olsa da birincil enürezisin kendisi üzerinde çok az etkisi var gibi görünmektedir, çalışmalar %20'lik bir başarı oranı göstermektedir, bu da büyük ölçüde kendiliğinden remisyona ile açıklanabilir. Psikoterapi, ikincil enürezisli çocuklar için, özellikle de atakları travmatik bir olaydan veya ebeveyn boşanmasından sonra başlayanlar için veya enürezisin devam etmesine katkıda bulunan belirli bir ebeveyn-çocuk çatışmasının görüldüğu durumlarda daha yararlı olabilir. Gece enürezisine sahip olmanın benlik saygısı üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu ve bunun etkili bir tedavi ile normalleştirilebileceği gösterilmiştir.

## Enkoprezis

**Enkoprezis, DSM-5 tarafından "dışkıının uygun olmayan yerlere tekrar tekrar geçmesi" olarak tanımlanmaktadır. Kirlenmenin genellikle istemsiz olduğu ancak bazı durumlarda kasıtlı olabileceği belirtilmiştir.** Kılavuzda, dışkılamanın en az 3 ay boyunca ayda en az bir kez gerçekleşmesi ve çocuğun zihinsel ya da kronolojik yaşının en az 4 olması gerektiği belirtilmektedir. Fiziksel bozukluklar elbette göz ardı **edilmemelidir**. Kirlenmenin tekrarlamasından önce bir dışkı tutamama dönemi olmuşsa, bu ikincil enkoprezis olarak sınıflandırılır. DSM-5 ayrıca "kabızlık ve taşma kaçırmaları ile birlikte" ve "kabızlık ve taşma kaçırmaları olmadan" olarak etiketlediği iki enkoprezis alt tipini de belirtir. 8.863 çocuğu kapsayan bir çalışmada, 7-8 yaş arası çocuklar arasında %1,5'lik bir yaygınlık tespit edilmiş olup erkek-kadın oranı 3:1'in üzerindedir (DeLeon ve ark., 2022). Bu sorunu yaşayan çocuklarda, dışkı tutan kaslarda güçsüzlük, fonksiyon sorunları sık görülmektedir. Yine bu sorunu yaşayan çocuklarda, ilişkisel problemler, gelişimsel sorunlar ve ek psikopatolojiler sık görülmektedir.

En yaygın kabul gören ilk tedavi yöntemi, eğitimsel, psikolojik ve davranışsal yaklaşımları kapsayan bir tedavi yöntemidir. Bu yaklaşım, hem ebeveynleri hem de çocuğu bağırsak fonksiyonu hakkında eğitmek ve enkoprezis etrafında ailede gelişmiş olabilecek psikolojik gerilimi dağıtmak için tasarlanmış bir başlangıç toplantısını gerektirir. Bu eğitimsel ve psikolojik müdahalenin ardından ilk bağırsak boşaltımı uygulanır ve sonrasında çocuğa günlük dozlarda kabızlığı azaltan ilaçlar (laksatif) veya mineral yağ verilir.

Tedavinin davranışsal bir bileşeni de vardır; bu bileşen, başarı için ödülleri birlikte, tuvalette günlük zamanlanmış aralıklardan oluşur. Bu yaklaşım için semptom ikamesi olmaksızın %78 başarı oranı



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



bildirilmiştir (Borowitz ve ark., 2002). Yoğun tıbbi tedaviye bir davranış yönetimi bileşeninin eklenmesi bazı ek faydalar sağlar.

#### **Dışa Atım Bozuklukları-Özet**

- Dışa Atım Bozuklukları çocukluk çağında sık görülür. Genellikle iyi seyirlidir.
- Alta yatan ve tuvalet tutmayı engelleyecek bir sebep olup olmadığı ayırt edilmelidir.
- Davranışçı yöntemler ile çoğunda ilerleme sağlanabilir.





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## NELER ÖĞRENDİK?

Bu derste, çocukluk çağında sık görülen psikopatolojileri ele aldık ve önemli konuları keşfettik. Başlıca öğrendiklerimiz aşağıda yer almaktadır:

- **Bilişsel Yetersizlik:** Bilişsel Yetersizlik, çocukların düşünme, anlama ve öğrenme süreçlerinde yaşadığı sorunları ifade eder. Bu durum, zeka seviyesi ve dil becerileri açısından yaşitlarından geride olmalarına neden olabilir. Bilişsel Yetersizlik; öğrenme güçlükleri, dikkat eksikliği ve davranış sorunları gibi belirtilerle kendini gösterebilir.
- **Özgül Öğrenme Bozukluğu:** Özgül Öğrenme Bozukluğu okul çağında sık görülen ve normal bilişsel gelişime sahip çocuklarda okuma yazma veya matematik alanlarında etkilenmelerle giden bir psikopatolojidir. Eşlik eden durumların tedavisi ve bireysel özel eğitim önemlidir.
- **İletişim bozuklukları:** İletişim bozuklukları konuşma alanında görülen Dil bozukluğu, Artikülasyon Bozukluğu-Fonolojik Bozukluk ve Kekemelik olarak sınıflandırılabilir. Genellikle iyi seyirli olan bu bozukluklar, erken tanındığı ve tedavi edildiğinde hızlıca düzelme gösterebilir. Bu bozukluklarda, çocuğun, sosyal iletişim etkileşim alanında becerileri iyi olmakla birlikte iletişimin konuşma alanında yaşadığı problemler vardır.
- **Otizm Spektrum Bozukluğu:** OSB, çocukların sosyal etkileşim becerilerinde ve iletişim yeteneklerinde bozukluklarla kendini gösteren bir nörogelişimsel bozukluktur. Otizm spektrumunda yer alan çocuklar, sınırlı ve tekrarlayıcı davranışlar sergileyebilir, duyu hassasiyetler gösterebilir ve sözel olmayan iletişimde zorluklar yaşayabilir. Erken tanı ve müdahale, Otizm Spektrum Bozukluğu olan çocukların yaşamlarını daha iyi yönetmelerine yardımcı olabilir.
- **Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu:** DEHB, çocuklarda yaygın olarak görülen bir psikopatolojidir. Bu bozuklukta, dikkat süreleri kısa olabilir, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri gözlemlenebilir. Çocuklar, okul başarısında sorunlar yaşayabilir ve sosyal ilişkilerinde zorluklarla karşılaşabilir. DEHB tedavi edilebilir ve ilaçlar; terapi ve eğitimsel stratejiler gibi çeşitli yöntemlerle desteklenir.
- **Anksiyete Bozuklukları:** Çocuklarda anksiyete bozuklukları, yaygın olarak görülen psikopatolojiler arasındadır. Bu bozukluklar arasında Genel Anksiyete Bozukluğu, Ayrılık Kaygısı, Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Selektif Mutizm bulunur. Çocuklar, yoğun endişe ve korku hissi yaşayabilir, fiziksel belirtiler gösterebilir ve bu durum, günlük işlevlerini etkileyebilir. Anksiyete bozuklukları genellikle çocukların yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Tedavi seçenekleri arasında terapi, ilaçlar ve aile destek programları bulunur. Erken teşhis ve uygun müdahale, çocukların anksiyete belirtilerini yönetmelerine ve sağlıklı bir yaşam sürmelerine yardımcı olabilir.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



- Enürezis, idrar kaçırma olarak bilinir; birincil ve ikincil olmak üzere iki tipe ayrılır. Enürezis, sosyal stres altında ve dezavantajlı koşullarda yaşayan çocuklarda daha yaygındır. Enürezis, gündüz altını ıslatma olarak adlandırılırken, gece altını ıslatma nokturnal enürezis olarak adlandırılır. DSM-5'e göre, birincil enürezis, istemsiz veya kasıtlı olarak gündüz veya gece yatağa veya kıyafetlere tekrar tekrar idrar yapmayı içerir. Enürezis tedavisinde davranışçı yöntemlerin etkisi vardır, gerektiğinde ilaç tedavisi de kullanılabilir. Gece enürezisinin benlik saygısı üzerinde olumsuz bir etkisi vardır ve etkili bir tedavi ile düzeltilir.
- Enkoprezis, dışkının uygun olmayan yerlere tekrar tekrar geçmesi olarak tanımlanır. İkincil enkoprezis, dışkı tutamama döneminden sonra tekrarlaması durumunda tanımlanır. Erkek çocuklarda daha yaygındır. Enkoprezisli çocuklarda, dışkı tutan kaslarda güçsüzlük ve işlev sorunları görülebilir. Tedavi yöntemleri; eğitimsel, psikolojik ve davranışsal yaklaşımları içerir. Eğitim, aileleri ve çocuğu bilgilendirme ve psikolojik gerilimi azaltma odaklıdır. Kabızlığu azaltan ilaçlar (laksatif), mineral yağ kullanımı ve zamanlanmış tuvalet aralıkları da tedaviye dahil edilir.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## SORULAR

1. Çocuklarla görüşme ilkeleri ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
  - a) Mümkün olduğunda sıcak ve samimi bir ortam sağlanmalıdır.
  - b) Görüşmeye kendini tanıtarak başlanmalıdır.
  - c) Kapalı uçlu sorularla ilerlenmelidir.
  - d) Görüşmede oyun tekniklerinden faydalanılabilir.
2. Bilişsel yetersizlik ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
  - a) Hafif, orta, ağır ve çok ağır olarak sınıflandırılır.
  - b) Tanımda en önemli husus normal gelişimi değerlendirebilmektir.
  - c) Erken dönemde tanıma, bireysel destek ve eğitim planlama açısından önemlidir.
  - d) Takipte izlem yapmak yeterli olup ek bir müdahaleye gerek yoktur.
3. Bir çocuk, birinci sınıfı bitirmesine rağmen okumayı öğrenememiş ise ve yapılan zeka testinde bilişsel gelişimi takvim yaşı ile uyumlu tespit edilmiş ise aşağıdakilerden hangisi öncelikli olarak düşünülür?
  - a) Bilişsel Yetersizlik
  - b) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
  - c) Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
  - d) Özgül Öğrenme Bozukluğu
4. Özgül Öğrenme Bozukluğu ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
  - a) Bilişsel gelişimleri normaldir fakat bu gelişimle açıklanamayan bir öğrenme sorunu vardır.
  - b) Öğrenme sorunları, okuma, yazma ve matematik alanlarının birinde veya birkaçında olabilir.
  - c) Eşlik eden durumların tanınması, eğitimdeki mesafe kat etme hızı açısından önemlidir.
  - d) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu sık eşlik etmez.
5. Konuşma bozuklukları ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **doğrudur**?
  - a) Konuşmanın sadece nicelikle ilgili etkilenmelerini içerir.
  - b) Otizm Spektrum Bozukluğu bu grupta yer alır.
  - c) Sadece konuşma bozukluğu olan çocuklarda sosyal etkileşim problemleri görülmez.
  - d) Ergenlik döneminde ortaya çıkar.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



6. Aşağıdakilerden hangisi, konuşma bozuklukları arasında **sınıflandırılmaz?**
- Fonolojik Bozukluk
  - İfadece Edici Dil Bozukluğu
  - Alıcı Dil Bozukluğu
  - Özgöl Öğrenme Bozukluğu
7. Otizm Spektrum Bozukluğu ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
- Çocukluk çağında nadir görülür.
  - Sosyal iletişim ve etkileşim etkilenmez.
  - Tedavisinde en temel yöntem, erken dönemde başlanan özel eğitimidir.
  - Ağır metal şelasyonu tedavide yardımcıdır.
8. Aşağıdakilerden hangisi, Otizm Spektrum Bozukluğunun belirtilerinden **değildir?**
- Konuşma gecikmesi
  - Göz temasının az olması
  - İsmi söylendiğinde bakmama
  - Geç yürüme
9. Aşağıdakilerden hangisi, Otizm Spektrum Bozukluğu değerlendirmesinde ilk aşamada değerlendirilen parametrelerden değildir?
- Çocuğun ismine bakması
  - Çocuğun oyun becerisi
  - Çocuğun işaret etme becerisi
  - Tuvalet eğitimi becerisi
10. Otizm için önemli bir beceri olan ve aynı anda benzer şeylere ilgi gösterme olarak tanımlanabilen kavram hangisidir?
- Ortak dikkat
  - Göz teması
  - İşaret etme
  - Hayali oyun
11. Aşağıdakilerden hangisi, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu sıklığı için doğrudur?
- %1
  - %12-13
  - %5
  - %40



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



12. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu değerlendirmesi için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
- Tanı, spesifik kan testlerinin yapılması ile koyulur.
  - Tanısal değerlendirmede çocuğun gözleminin yanı sıra bakım verenden ve okuldan alınan bilgiler kıymetlidir.
  - Özgöl öğrenme güçlüğu nadiren eşlik eder.
  - İlaçların tedavide yeri yoktur.
13. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı koyarken aşağıdakilerden hangisi esas yöntemdir?
- Yapılandırılmış dikkat testleri
  - Spesifik kan testleri
  - Klinik gözlem, aileden ve okuldan alınan bilgiler
  - Sadece çocukla görüşme
14. Aşağıdakilerden hangisi, anksiyete bozuklukları altında **sınıflandırılmaz**?
- Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
  - Sosyal Anksiyete Bozukluğu
  - Travma Sonrası Stress Bozukluğu
  - Panik Bozukluk
15. Çocuğun, bakım verenlerinden ayrıldığında yoğun kaygı duyduğu, onlara veya kendisine bir şey olacağına dair kaygı hisettiği bozukluk hangisidir?
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu
  - Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
  - Panik Bozukluk
  - Selektif Mutism
16. Anksiyete bozuklukları ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
- Anksiyete bozukluklarının çok sayıda alt tipi vardır.
  - Alt tipler, çocukluk çağında net olarak ayırt edilemeyebilir.
  - Anksiyete bozukluklarının tedavisinde hem terapi yöntemleri hem de ilaçlar kullanılabilir.
  - Anksiyete bozuklukları, çocukluk çağında nadir görülür.
17. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
- Uzun süreçte, tedavi edilmezse kötü seyir beklenmez.
  - Genelde bakım veren ilgisizliğinden dolayı olur.
  - Sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklar eşlik eder.
  - Sıklığı nadirdir.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



18. Aşağıdakilerden hangisi, enürezis için doğrudur?

- a) Enürezis tedavisinde ilk sırada ilaçlar kullanılır.
- b) Davranışçı yöntemler tedavide etkilidir.
- c) Kötü seyirli bir bozukluktur.
- d) Tanı esnasında genel çocuk muayenesi yaptırmak gerekmez.

19. Enkoprezis ile ilişkili olan aşağıdaki durumlardan hangisi doğrudur?

- a) Dışkı tutan kaslarda güçsüzlük ve fonksiyon sorunları sık görülür.
- b) Enkoprezis, sadece kız çocuklarında görülen bir sorundur.
- c) Enkoprezis, yalnızca fiziksel bozukluklardan kaynaklanır.
- d) Enkoprezis tedavisinde ilaç kullanımı önerilmez.

20. Otizm Spektrum Bozukluğunda, en etkili tedavi yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Alternatif tıp tedavileri
- b) Hiperbarik oksijen tedavisi
- c) Bireyselleştirilmiş özel eğitim
- d) Medikal tedaviler



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## KAYNAKLAR

- APA. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*. 1. American Psychiatric Association.
- Battaglia, M., Pesenti-Gritti, P., Medland, S. E., Ogliari, A., Tambs, K., ve Spatola, C. A. M. (2009). A genetically informed study of the association between childhood separation anxiety, sensitivity to CO(2), panic disorder, and the effect of childhood parental loss. *Archives of General Psychiatry*, 66(1), 64–71. <https://doi.org/10.1001/ARCHGENPSYCHIATRY.2008.513>
- Beesdo, K., Knappe, S., ve Pine, D. S. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483–524. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>
- Biederman, J., Mick, E., ve Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *The American Journal of Psychiatry*, 157(5), 816-818. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.157.5.816>
- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., ve Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 168-189. <https://doi.org/10.1002/DA.20670>
- Borowitz, S. M., Cox, D. J., Sutphen, J. L., ve Kovatchev, B. (2002). Treatment of childhood encopresis: a randomized trial comparing three treatment protocols. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 34(4), 378–384. <https://doi.org/10.1097/00005176-200204000-00012>
- Burstein, M., Georgiades, K., He, J. P., Schmitz, A., Feig, E., Khazanov, G. K., ve Merikangas, K. (2012). Specific phobia among U.S. adolescents: phenomenology and typology. *Depression and Anxiety*, 29(12), 1072-1082. <https://doi.org/10.1002/DA.22008>
- Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., ve Costello, E. J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21-33. <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2013.09.017>
- Courchesne, E., Campbell, K., ve Solso, S. (2011). Brain growth across the life span in autism: Age-specific changes in anatomical pathology. *Brain Research*, 1380, 138–145. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2010.09.101>
- DeLeon, J., Shrestha, M., Mahmood, Z., ve Patel, D. R. (2022). Encopresis. *Behavioral Pediatrics II: Neuropsychiatry, Sexuality and Eating Disorders. Fifth Edition*, 69–79. <https://doi.org/10.1177/1942602x13500994>
- Durkin, M. S., Maenner, M. J., Newschaffer, C. J., Lee, L. C., Cunniff, C. M., Daniels, J. L., Kirby, R. S., Leavitt, L., Miller, L., Zahorodny, W., ve Schieve, L. A. (2008). Advanced parental age and the risk of autism spectrum disorder. *American Journal of Epidemiology*, 168(11), 1268-1276. <https://doi.org/10.1093/aje/kwn250>



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



- Ercan, E., Kandulu, R., Uslu, E., Ardic, U., Yazici, K., Basay, B., Aydın, C., ve Rohde, L. (2013). Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 30. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-30>
- Ercan, E. S., Polanczyk, G., Akyol Ardic, U., Yuce, D., Karacetin, G., Tufan, A. E., Tural, U., Aksu, H., Aktepe, E., Rodopman Arman, A., Başgöl, S., Bılac, O., Coşkun, M., Celik, G. G., Karakoc Demirkaya, S., Dursun, B. O., Durukan, İ., Fidan, T., Perdahlı Fiş, N., ... Yıldız, N. (2019). The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(2), 132–140. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1574892>
- Faraone, S. V. ve Larsson, H. (2018). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry* 2018 24:4, 24(4), 562-575. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>
- Froehlich, T. E., Anixt, J. S., Loe, I. M., Chirdkiatgumchai, V., Kuan, L., ve Gilman, R. C. (2011). Update on Environmental Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 333. <https://doi.org/10.1007/S11920-011-0221-3>
- Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal, P., ve Hussain, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World Journal of Clinical Cases*, 7(17), 2420. <https://doi.org/10.12998/WJCC.V7.I17.2420>
- Hangül Z. , Tufan A. E. Otizm Spektrum Bozukluğunda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin Kullanımı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2022; 14(2): 165-173.
- Janssens, A., ve Deboutte, D. (2010). Psychopathology among children and adolescents in child welfare: a comparison across different types of placement in Flanders, Belgium. *Journal of Epidemiology ve Community Health*, 64(4), 353-359. <https://doi.org/10.1136/JECH.2008.086371>
- Jijo, P. M., Sreeraj, K., Sandhya, K., Preethi, M., ve Rashmi, P. (2020). Prevalence and causes of communication disorders- A retrospective study from northern Karnataka. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 8(1), 138-141. <https://doi.org/10.1016/J.CEGH.2019.06.002>
- Kočovská, E., Fernell, E., Billstedt, E., Minnis, H., ve Gillberg, C. (2012). Vitamin D and autism: Clinical review. *Research in Developmental Disabilities*, 33(5), 1541-1550. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.02.015>
- Krakowiak, P., Walker, C. K., Bremer, A. A., Baker, A. S., Ozonoff, S., Hansen, R. L., ve Hertz-Picciotto, I. (2012). Maternal Metabolic Conditions and Risk for Autism and Other Neurodevelopmental Disorders. *PEDIATRICS*, 129(5), e1121-e1128. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2583>
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2), 249-256. <https://doi.org/10.1097/00004583-200002000-00026>
- Leonard, H., ve Wen, X. (2002). The epidemiology of mental retardation: challenges and opportunities in the new millennium. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8(3), 117-134. <https://doi.org/10.1002/MRDD.10031>





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.




- Loening-Baucke VA, Cruikshank BM: Abnormal defecation dynamics in chronically constipated children with encopresis. *J Pediatr* 108:562–566, 1986.
- Maenner, M. J., Warren, Z., Williams, A. R., Amoakohene, E., Bakian, A. V., Bilder, D. A., Durkin, M. S., Fitzgerald, R. T., Furnier, S. M., Hughes, M. M., Ladd-Acosta, C. M., McArthur, D., Pas, E. T., Salinas, A., Vehorn, A., Williams, S., Esler, A., Grzybowski, A., Hall-Lande, J., ... Shaw, K. A. (2023). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR. Surveillance Summaries*, 72(2), 1-14. <https://doi.org/10.15585/MMWR.SS7202A1>
- Mikkelsen, E. J. (2001). Enuresis and Encopresis: Ten Years of Progress. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, 40(10), 1146-1158. <https://doi.org/10.1097/00004583-200110000-00008>
- Mukaddes, N. M. (2013). *Otizm Spektrum Bozuklukları Tanı ve Takip* (1st ed.). Nobel.
- Ougrin, D., Chatterton, S., ve Banarsee, R. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): review for primary care clinicians. *London Journal of Primary Care*, 3(1), 45. <https://doi.org/10.1080/17571472.2010.11493296>
- Purves, K. L., Coleman, J. R. I., Meier, S. M., Rayner, C., Davis, K. A. S., Cheesman, R., Bækvad-Hansen, M., Børglum, A. D., Wan Cho, S., Jürgen Deckert, J., Gaspar, H. A., Bybjerg-Grauholm, J., Hettrema, J. M., Hotopf, M., Hougaard, D., Hübel, C., Kan, C., McIntosh, A. M., Mors, O., ... Eley, T. C. (2019). A major role for common genetic variation in anxiety disorders. *Molecular Psychiatry* 2019 25:12, 25(12), 3292–3303. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0559-1>
- Reiss, S. (1991). *Expectancy model of fear, anxiety, and panic*. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153. <http://www.sciepub.com/reference/91041>
- Rutter, M. (1989). Isle of Wight revisited: twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(5), 633-653. <https://doi.org/10.1097/00004583-198909000-00001>
- Seager, M. C., ve O'Brien, G. (2003). Attention deficit hyperactivity disorder: review of ADHD in learning disability: the Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation [DC-LD] criteria for diagnosis. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 47 Suppl 1(1), 26-31. <https://doi.org/10.1046/J.1365-2788.47.S1.30.X>
- Silverman, W. K., Goedhart, A. W., Barrett, P., ve Turner, C. (2003). The facets of anxiety sensitivity represented in the Childhood Anxiety Sensitivity Index: Confirmatory analyses of factor models from past studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 364-374. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.3.364>
- Silverman, W. K., Pina, A. A., ve Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 37(1), 105-130. <https://doi.org/10.1080/15374410701817907>



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



- Viana, A. G., Beidel, D. C., ve Rabian, B. (2009). Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 57-67. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2008.09.009>
- Volkmar, F. R., Dykens, E. M., ve Hocapp, R. M. (2017). Intellectual Disabilities. In A. Martin, M. H. Bloch, ve F. R. Volkmar (Eds.), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook* (5th ed., pp. 1197-1223). Wolters Kluwer.
- Wehry, A. M., Beesdo-Baum, K., Hennelly, M. M., Connolly, S. D., ve Strawn, J. R. (2015). Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 17(7). <https://doi.org/10.1007/S11920-015-0591-Z>
- Young, L. J. (2001). Oxytocin and vasopressin as candidate genes for psychiatric disorders: lessons from animal models. *Am J Med Genet*, 105(1), 53-54. [https://doi.org/10.1002/1096-8628\(20010108\)105:1<53:AID-AJMG1059>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1096-8628(20010108)105:1<53:AID-AJMG1059>3.0.CO;2-U) [pii]



"Bu yayın, Avrupa Birliği'nin maddi desteği ile oluşturulmuştur ve sürdürölmektedir.  
İçerik tamamıyla WEglobal Danışmanlık A.Ş sorumluluğu altındadır  
ve Avrupa Birliği'nin görüşlerini yansıtmak zorunda değildir."